

Postvirale Zustände am Beispiel von Long Covid Das Webtool



kl.ac.at/de/allgemeine-gesundheitsstudien/long-covid-leitlinie

Erarbeitet und betrieben durch das
Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin
an der Karl-Landsteiner Privatuniversität
mit Unterstützung des Bundesministers für Gesundheit

Einleitung

Zielsetzung

Definition "Long COVID"

Epidemiologie und Bedeutung

Symptomatik

Pathomechanismen - Was ist bekannt

Organsysteme Übersicht: Leitsymptome und Krankheitsbilder

Versorgungsweg postvirale Erkrankungen am Beispiel der SARS-CoV-2 Infektion

Differentialdiagnostisches Vorgehen

Symptombezogene Abklärungsgänge: häufige Präsentiersymptome

Behandlung

Nachsorge und Rehabilitation

Empfehlungen auf einem Blick

Zusatz Arbeitsmedizin

Zusatz Arbeitsrecht

Zusatz Myalgische Enzephalomyelitis/
Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS)

Zusatz Psychosoziale Aspekte

Netzwerkpartner:innen/Information für Patient:innen

Podcasts/Fortbildungen

Downloadbereich

Autor:innen Team

Patient:innen mit anhaltenden Symptomen nach COVID-19 bzw. Verdacht auf Long COVID müssen sorgfältig abgeklärt und betreut werden.

Eine herausfordernde Aufgabe:

- Das Krankheitsbild ist neu
- Diagnose-, Behandlungs-, und Betreuungsstrukturen sind noch nicht gut etabliert
- Entscheidungen müssen aber getroffen werden: die Betroffenen brauchen Hilfe.

Wir bieten Ihnen hier ein Point-of-Care Tool, das Information und Entscheidungsunterstützung bieten soll, dort wo und wie sie gebraucht wird:

Die klare Gliederung in mehrere Ebenen ermöglicht rasches Auffinden der gesuchten Information und gleichermaßen eine tiefere Recherche.

Damit eignet sich das Tool sowohl zur Verwendung am Ort des Bedarfs - auch während der Konsultation - als auch zum Nachlesen und Recherchieren.

- Einleitung
- Zielsetzung
- Definition "Long COVID"
- Epidemiologie und Bedeutung
- Symptomatik
- Pathomechanismen - Was ist bekannt
- Organsysteme Übersicht: Leitsymptome und Krankheitsbilder
- Versorgungsweg postvirale Erkrankungen am Beispiel der SARS-CoV-2 Infektion
- Differentialdiagnostisches Vorgehen
- Symptombezogene Abklärungsgänge: häufige Präsentiersymptome
- Behandlung
- Nachsorge und Rehabilitation
- Empfehlungen auf einem Blick
- Zusatz Arbeitsmedizin
- Zusatz Arbeitsrecht
- Zusatz Myalgische Enzephalomyelitis/ Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS)
- Zusatz Psychosoziale Aspekte
- Netzwerkpartner:innen/Information für Patient:innen
- Podcasts/Fortbildungen
- Downloadbereich
- Autor:innen Team



A. Überblick über die bisherigen Erkenntnisse zu Folgezuständen nach COVID-19.

B. Beschreibung der Versorgungswege von der Erstabklärung bis zur Rehabilitation mit Zuordnung der Aufgaben an die jeweiligen Berufsgruppen.

C. Leitung durch die primäre Abklärung und Zuordnung häufiger Symptome entsprechend hausärztlicher Vorgangsweise:

- / Ausschluss/Abklärung von Erkrankungen aus anderer Ursache
- / Erkennen von organisch-strukturellen Ursachen als kurz-, mittel- oder langfristiger Folge der SARS-CoV-2 Infektion, der akuten COVID-19-Erkrankung und/oder ihrer Komplikationen
- / Erkennen einer Verschlechterung vorbestehender Grundkrankheiten im Gefolge von COVID-19
- / Abgrenzung anhaltender Störungen durch postvirale Folgezustände im Körper nach SARS-CoV-2 Infektion von organisch-strukturellen Ursachen

D. Empfehlungen zum Management der zugeordneten Störungen und Beschwerden:

- / Empfehlungen zu Betreuung und Coping
- / Empfehlungen zur Vermeidung iatrogenen Verstärkung
- / Empfehlungen zur Vermeidung von Chronifizierung, sowie
- / Empfehlungen zu Rehabilitationsbedarf und -optionen

Behandlung Übersicht +

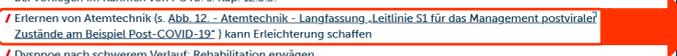
Allgemeinmaßnahmen im Detail +

Spezielle Behandlungsansätze im Detail -

In den nachfolgenden Punkten werden die nach COVID-19 am häufigsten beschriebenen Symptome angeführt und die speziellen Behandlungsansätze im Detail & Empfehlungen zusammengefasst:

- **Dyspnoe** -
 - / **Orale Kortikosteroide**: nach Indikationsstellung durch Pneumologen bei stagnierender Besserung und Bildgebung passend zu organisierender Pneumonie
 - / **Antifibrotische Therapie**: keine Evidenz
 - / **Inhalierbare Kortikosteroide oder Betamimetika**: bei Hinweisen auf obstruktive Komponente und/oder bronchiale Hyperreagibilität (Anamnese, Klinik, Spirometrie), wenn Kriterien lt. Leitlinien erfüllt (EbM-Guideline „Atemnot“: ebd00096)
 - / Milde bis moderate Dyspnoe nach COVID-19 ist nicht selten, remittiert meist spontan nach einigen Wochen
 - / Versuch mit Pacing (s. Kap. 12.2.), wenn zusätzlich PEM oder PESE vorliegen; bei Vorliegen im Rahmen von POTS: s. Kap. 12.3.3.
 - / Erlernen von Atemtechnik (s. Abb. 12 – Atemtechnik – Langfassung – Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19*) kann Erleichterung schaffen
 - / Dyspnoe nach schwerem Verlauf: Rehabilitation erwägen
 - / Zur Differenzialdiagnostik s. Kap. 11.4.

- **Leistungseinschränkung/Fatigue/ mit oder ohne PEM** +
- **Autonome Dysfunktion** +
- **Mit dem Konzept der Mastzellüberaktivierung vereinbare Symptomatik** +
- **Husten** +
- **Sensori-neurale Riechstörungen** +
- **Kognitive Dysfunktion** +
- **Muskelschmerzen** +
- **Hauterkrankungen** +



Atemtechnik (Abb. 12)

Ca. 80% der Atemarbeit wird vom Zwerchfell geleistet. Im Gefolge einer Erkrankung oder allgemeiner Abbauvorgänge kann das Atemmuster verändert sein. Die Zwerchfellmobilität kann reduziert sein, und der Einsatz der Atemhilfsmuskulatur daher verstärkt. Daraus resultieren: flachere Atmung, raschere Ermüdung, Kurzatmigkeit, und erhöhter Energieverbrauch. Die Methode der Atmungskontrolle soll das Atemmuster normalisieren, den Einsatz der Atemmuskulatur (inkl. Zwerchfell) effizienter machen, und den Energieaufwand damit reduzieren. Dies reduziert auch die Irritation der Atemwege, die Ermüdung, und die Kurzatmigkeit.

Die Patient:in soll eine Sitzhaltung einnehmen, in der sie sich abstützen kann, und langsam atmen: es soll möglichst durch die Nase ein- und durch den Mund ausgeatmet werden. Dabei sollen Brust und Schultern bewusst entspannt bleiben, und die Bewegung des Bauches ungehindert möglich sein. Es sollte ein Verhältnis von 1:2 zwischen Ein- und Ausatmungsdauer angestrebt werden. Diese Übung kann über den Tag verteilt mehrmals wiederholt werden, Übungsdauer jeweils 5–10min, oder auch länger. Andere Atemtechniken, wie z.B. die Zwerchfellatmung, langsames und tiefes Atmen, Atmen mit gespitzten Lippen, Yoga- oder Butyotekniken können nach Indikationsstellung durch Spezialisten und unter Anleitung speziell ausgebildeter Personen eingesetzt werden ([9]; eigene Übersetzung).

Anmerkung d. Autoren: Die beschriebene Technik kann als „4711-Methode“ einprägsam vermittelt werden: 4 s ein-, 7 s ausatmen, 11 Wiederholungen.

Testdatum: _____ / Uhrzeit: _____

Schellong-Test

Patient	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

	RR mmHg	RR mmHg	Puls	
	min	Systole	Diastole	/Min
liegend	0			
	2			
	5			
stehend	0			
	2			
	5			
liegend	0			
	2			
	5			

Auswertung:

RR-Veränderung systolisch nach dem Aufstehen: _____ mmHg
 RR-Veränderung diastolisch nach dem Aufstehen: _____ mmHg
 Pulsveränderung nach dem Aufstehen: _____ /min

pathologischer Blutdruckabfall:

- systolisch ≥ 20 mmHg
- diastolisch ≥ 10 mmHg

pathologischer Herzfrequenzanstieg:

- ≥ 30 /min
- *QDER* Herzfrequenz absolut > 120 /min

	liegend			stehend			liegend			
	0	2	5	0	2	5	0	2	5	
200										200
190										190
180										180
170										170
160										160
150										150
140										140
130										130
120										120
110										110
100										100
90										90
80										80
70										70
60										60
50										50
40										40
RR systolisch: ∇										RR diastolisch: \triangle
										Puls: \times

Das Webtool basiert auf der **Leitlinie S1:**
für das Management postviraler Zustände
am Beispiel Post-COVID-19 der österreichischen
 Fachgesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin



Bundesministerium
 Soziales, Gesundheit, Pflege
 und Konsumentenschutz