

ÖGAM reagiert auf den hohen Informationsbedarf in der Primärversorgung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, mit zunehmender Ausbreitung der Epidemie geraten nun auch immer mehr Praxen in Quarantäne, was sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch MitarbeiterInnen betrifft. Dies kann, wenn die Entwicklung so weitergeht, die Gefährdung der gesamten Versorgung bedeuten. Zudem sind primärversorgende Praxen potenzielle Multiplikationsräume.

Als erste Maßnahmen empfehlen wir daher:

Trennung vulnerabler Gruppen (alte, vor allem gebrechliche Patienten, chronisch Kranke, Multimorbide, Menschen unter Immunsuppression) von allen (!) Patienten mit Infektionskrankheiten:

Telefonische Anmeldung und Einrichtung einer „Infektionssprechstunde“ zu Randzeiten

- Mögliches Tool für eine strukturierte Erhebung am Telefon ist der MFA-Triagebogen der DEGAM (www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Aktuelles/2020/Benefits/Coronavirus_MFA-Fragebogen.pdf).
- Praxen ohne Terminsystem: telefonisches Aussortieren von Infektfällen und Verweisen auf Infektionssprechstunde
- alternativ eventuell getrennte Anmelde- und Wartebereiche

Vorgehen im Verdachtsfall: siehe Informationsblatt des Bundesministeri-

ums (www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Aktuelles/2020/Benefits/Coronavirus_MFA-Fragebogen.pdf) [Stand: 2005. 03. 2020];
Coronavirus-Hotline: 0800 555 621

Reduzieren der Kontakthäufigkeit

- Dauermedikamente: nach Abwägung der individuellen Situation die erlaubte Höchstabgabemenge verordnen
- Wo immer möglich: Telefonsprechstunden (zum Beispiel Befundbesprechung) – nicht in allen Bundesländern kassenseitig
- Kontrollen und Monitoring: Häufigkeit kritisch gegen das Risiko abwägen

Reduzieren von Kontaktflächen

- Eine möglichst geringe Zahl von Mitarbeitern tritt mit den Infektionspatienten in Kontakt (unterschiedliche Verrichtungen werden von derselben Mitarbeiterin/vom selben Arzt vorgenommen)
- Bei mehreren Ärzten in einer Ordination: eventuell Kontakt mit Infektpatienten durch einen „abgestellten“ Kollegen – damit geraten im Anlassfall nicht alle in Quarantäne.

Alle diese Maßnahmen schützen die vulnerablen Gruppen in unseren Ordinationen genauso wie uns selbst.

Zu einer reibungslosen Umsetzung können einige legislative und bürokratische/



© Foto Wilke

Dr. Susanne Rabady

Kompetenzzentrum Allgemein- und Familienmedizin der KLU Krems, Vizepräsidentin

technische Veränderungen notwendig beziehungsweise sinnvoll sein (kontaktlose Krankenschreibung, Telefon- oder Videosprechstunde, höhere Abgabemengen für Dauermedikamente und andere)

Die ÖGAM befindet sich in engem Austausch mit der DEGAM und weiteren Experten, wir werden versuchen, euch möglichst zeitnahe Updates beziehungsweise Tools zur Verfügung zu stellen, um gemeinsam an der Versorgungssicherheit für Österreich mitzuwirken.

Bis zur Bereitstellung der Toolbox empfehlen wir die pragmatischen Algorithmen der DEGAM (werden laufend aktualisiert) www.degam.de und die entsprechenden Websites von Ärztekammern und Sozialministerium. ■

COVID-19 in der Primärversorgung

Risikobewertung und Risikokommunikation

Noch nie wurde einer Erkrankung so viel Aufmerksamkeit geschenkt wie COVID-2019, und noch nie beherrschte ein Thema derart die Weltbevölkerung.

Am 31.12.2019 wurde die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals über die Existenz eines neuen Virus informiert, der für zahlreiche Lungenentzündungen in der Provinz Wuhan im Osten Chinas verantwortlich gemacht wurde. Seither ist viel passiert. Mitte Februar wurde Italien zum meistbetroffenen Land außerhalb von Asien. Am 27. Februar wurde die erste Person in Österreich positiv getestet. Seither wächst sowohl die Zahl der betroffenen Länder als auch die der betroffenen Personen ständig an. Neue Fälle werden fast in Echtzeit registriert. Derzeit sind über 140.000 Personen nachweislich mit SARS-CoV-2 infiziert und über 5.000 Personen an COVID-19 verstorben.¹ In Österreich sind aktuell (Stand 20. 3. 2020, 08:00 Uhr) 2.203 Personen nachweislich infiziert und 6 Personen verstorben.

Entscheidend bei diesen epidemiologischen Großereignissen ist die Risikobewertung und Risikokommunikation. Dabei ist es ein sehr großer Unterschied, ob jemand die Situation als verantwortlicher Gesundheitspolitiker bewertet und kommuniziert oder als Virologe im Nachrichtenstudio oder als Hausarzt in der Praxis. Letztere stehen so wie die anderen Gesundheits- und Sozialberufe in der Primärversorgung an vorderster Stelle, wenn es um die Identifizierung, Versorgung und

das Management von betroffenen Personen geht. Sie sind aber auch oft die ersten Ansprechpartner für die Bevölkerung. Umso wichtiger ist es, dass diese Berufsgruppen das individuelle und gesellschaftliche Risiko möglichst korrekt bewerten. Dazu brauchen sie die Unterstützung des Gesundheitssystems beziehungsweise geeigneter Institutionen. In Österreich ist dies zum Beispiel die Agentur für Ernährungssicherheit (AGES), die eine informative Website eingerichtet hat.² Bei Epidemien ist die Risikobewertung fließend und muss ständig angepasst werden. Trotzdem folgt sie einem bestimmten Muster.

Anfangs gibt es wenig Daten, eine Vielzahl an Szenarien und deshalb auch große Unsicherheit. Es ist wenig über die Letalität (Anzahl COVID-19-spezifischer Todesfälle : Anzahl der mit SARS-CoV-2 infizierten Personen), Übertragungsraten (durchschnittliche Anzahl an Personen, die von einer infizierten Person angesteckt werden) und andere wichtige medizinische und epidemiologische Parameter bekannt. Im zeitlichen Verlauf gibt es immer mehr Informationen, Studienergebnisse und Erkenntnisse. Wichtige Fragestellungen werden gezielt beantwortet, wesentliche Parameter dem aktuellen Wissensstand angepasst. Diese Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden erfordert spezielle Kompetenzen, die in der



Dr. Martin Sprenger

Allgemeinmediziner, Master of Public Health,
Leiter des ULG Public Health
an der Medizinischen Universität Graz

Ausbildung für Gesundheits- und Sozialberufe oft zu kurz kommen. Faktum ist, dass ohne eine korrekte Risikobewertung keine korrekte Risikokommunikation erfolgen kann, weder auf einer individuellen noch auf einer gesellschaftlichen Ebene.

Wie sollte eine Risikobewertung in Zeiten der COVID-19-Pandemie erfolgen?

Beginnen wir mit dem gesellschaftlichen, bevölkerungsbezogenen Risiko: Anfangs lag die angenommene Letalität bei 7 %. Diese wurde seither ständig nach unten korrigiert. In einer im *NEJM* erschienenen Studie zur Situation in China³ lag die Letalität unter 1.099 Patienten, die in chinesische Krankenhäuser aufgenommen wurden, bei 8 % bei älteren Personen mit mehreren Grunderkrankungen

ing unikation in Zeiten einer Pandemie

und bei 0,1 % bei jüngeren und gesünderen Personen (gesamt 1,4 %). Diese Letalitätsrate entspricht jener von hospitalisierten Personen, aber nicht der Letalitätsrate von allen mit SARS-CoV-2 Infizierten. So wurden sicher auch in China viele asymptomatische und milde Verläufe in kein Krankenhaus aufgenommen und damit auch nicht Teil der Auswertung. Sollte diese Gruppe 50 % beziehungsweise 90 % der Infizierten ausmachen, läge die durchschnittliche Letalitätsrate für alle Infizierten deutlich niedriger.

Was heißt das für Österreich: Hierzulande sind wir auf COVID-19 viel besser vorbereitet, als es China war. Die rasche Ausbreitung deutet darauf hin, dass die Anzahl der asymptomatischen und milden Verläufe sehr hoch ist. Auch die im Vergleich bessere intensivmedizinische Versorgung in Österreich beeinflusst die Letalitätsrate. Neben dem Ausmaß der Dunkelziffer an nichterkannten infizierten Personen, dem Anteil an infizierten Hochrisikopersonen bestimmt aber vor allem auch die Funktionalität der Krankenversorgung die Letalitätsrate. Am Beispiel von Italien ist deutlich zu sehen, was passiert, wenn sich unbemerkt viele Menschen, vor allem auch aus den vulnerablen Bevölkerungsgruppen, infizieren und die Krankenversorgung zusammenbricht.⁴ Wir haben gegenüber Italien den Vorteil, die verbleibende Zeit gut nutzen zu können. Neben ausreichenden Ressourcen im Intensivbereich „downstream“ wird es vor allem von der Effektivität von „upstream“-Maßnahmen abhängen, wie die Krankenversorgung belastet wird. Ganz entscheidend wird dabei sein, wie gut es uns gelingt, Personen mit hohem Risiko vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu schützen.

Von einem statistischen bevölkerungsbezogenen Risiko auf das individuelle Risiko zu schließen ist gar nicht so einfach. Ein glücklicherweise sehr niedriges Risiko, an COVID-19 schwer zu erkranken, haben Schwangere, Säuglinge, Kinder und Jugendliche, aber auch gesunde nichtrauchende Erwachsene. Das Risiko, schwer zu erkranken, intensivmedizinische Versorgung zu benötigen oder zu versterben, steigt mit dem Alter, der Anzahl und dem Schweregrad von chronischen Erkrankungen (vor allem Herz und Lunge) deutlich an.

Wie sollte eine Risikokommunikation in Zeiten der COVID-19-Pandemie erfolgen?

Idealerweise erhalten alle in Gesundheits- und Sozialberufen Beschäftigten tagesaktuell einen kurzen Situationsbericht, in dem neben Empfehlungen, Vorgaben et cetera auch alle wesentlichen Informationen zur Risikobewertung verständlich zusammengefasst sind. Schließlich ist kaum jemand besser geeignet, diese Risiken der Bevölkerung beziehungsweise einzelnen Personen zu kommunizieren. Aber auch eine professionelle Risikokommunikation erfordert Kompetenzen, die in der Ausbildung für Gesundheits- und Sozialberufe oft zu kurz kommen.⁵ Die aktuelle Herausforderung besteht darin, sowohl das sehr niedrige als auch das deutlich erhöhte Risiko korrekt zu vermitteln. Wie gut uns Letzteres gelingt, wird zu einer der größten Herausforderungen.

Hochrisikopersonen leben in unterschiedlichen Bereichen und unter unterschiedlichsten sozialen Gegebenheiten in unserer Gesellschaft. Zum Beispiel im Altersheim, im Familienverbund oder alleine zuhause, in der Stadt oder auf dem Land, sozial gut

oder schlecht vernetzt, gut informiert oder überhaupt nicht informiert. Es braucht somit eine umfassende, systematische und professionelle Risikokommunikation auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene, und zwar sehr rasch. Mit fast 200.000 täglichen Patientenkontakten ist die Allgemeinmedizin die ideale Informationsdreh-scheibe, um der wenig gefährdeten jüngeren Generation ihre Verantwortung beim Schutz der hochgefährdeten älteren Generation zu verdeutlichen und Letzteren den Ernst der Lage unmissverständlich zu kommunizieren.

Leider werden die Beschäftigten in den Gesundheits- und Sozialberufen bei der Bewertung und Kommunikation von Risiken oft alleingelassen. Im Falle von COVID-19 wissen viele von ihnen nicht einmal über ihr persönliches Risiko Bescheid und haben oft unzureichende Informationen darüber, leider oft auch eine unzureichende Ausrüstung, wie sie sich selbst und ihre Mitarbeiter vor einer Ansteckung schützen können. Letztendlich wird es aber vor allem von der Effektivität der Primärversorgung abhängen, wie gut es in Österreich gelingt, Infizierte so früh wie möglich zu erkennen, milde Verläufe zu versorgen und gefährliche Verläufe rechtzeitig zu überweisen. Nur eine effektive Primärversorgung kann in den nächsten Wochen dazu beitragen, die österreichischen Krankenhäuser zu entlasten und damit die Versorgung schwerkranker Personen zu gewährleisten. ■

1 Johns Hopkins Department of Civil and Systems Engineering (CSSE), <https://bit.ly/39crevc>
2 WHO Situation Dashboard, www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019
3 AGES, www.ages.at/themen/krankheitserreger/coronavirus
4 Guan W et al., Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. NEJM 28. 2. 2020; <https://bit.ly/2VtASpT>
5 Schirren C et al., Risikokommunikation: Zahlen können Verwirrung stiften. Dtsch Arztebl 2019; 116[38]

Erfahrungsbericht aus der Praxis – Möglichkeiten einer **erfolgreichen Telefontriage**

Die Lehrpraxis Dr. Wendler in Graz-Andritz hat in den letzten Tagen bereits auf eine Telefontriage und geändertes Verhalten in der Ordination umgestellt. Die Patienten zeigen breites Verständnis und sind durchwegs kooperativ.

Angesichts der aus Italien überschwappenden Corona-Welle möchte ich gerne unsere ersten Erfahrungen und Vorbereitungen auf die möglicherweise auch bei uns kommenden Szenarien berichten. Vielleicht als Idee und auch als Start eines Erfahrungsaustausches: Zum Glück haben wir als Basis unserer Vorkehrungen seit Jahren eine halboffene Bestellpraxis, und viele unserer Patienten sind es gewohnt, um einen Termin anzufragen beziehungsweise ihr Kommen anzukündigen. Das versetzt uns in die Lage, schon sehr früh eine Vortriage von Infekt-Patienten zu machen und eine tägliche Infektionssprechstunde einzurichten. Am heutigen Montag (Vormittag und Nachmittag) hat diese eine erste Bewährungsprobe bestanden.

Für jeden Anruf wegen eines respiratorischen oder unklaren Infektes legt unsere Assistentin am Telefon ein MFA-Triage-Abfrageblatt mit Namen, Rückrufnummer und Uhrzeit des Telefonates an. Dies geschieht auch mit allen spontan kommenden Infekt-Patienten in der Ordination, die sofort bei der Anmeldung triagiert und nach Hause geschickt, damit sie erst zur „Infekt-Zeit“ wiederkommen. (An der Ordinationstüre hängt das Plakat der Ärztekammer, dass COVID-Verdachtsfälle die Ordination nicht betreten sollen.)

Die Triagebögen werden dann im Sprechzimmer dem Arzt/der Ärztin vorgelegt (**rote** Aktenmappe). Zwischen einzelnen Konsultationen kann dann der Arzt/die Ärztin die Patienten einzeln telefonisch zurückrufen und eine Triage vornehmen: Der strukturierte Fragebogen wird in kürzester Zeit Punkt für Punkt angekreuzt, und so ergibt sich eine aktuelle Dringlichkeit der Vorgehensweise.

Dann wird der Fragebogen in eine **grüne** Mappe abgelegt und dient in der Infekt-Sprechstunde zur schnelleren Anamnese.

Möglichkeiten:

- nur Krankschreibung, Verhaltenstipps, Medikation zum Abholen durch Angehörige und Kontrolle in einer Infektsprechstunde an einem späteren Tag
- Terminvergabe in der Infektsprechstunde am selben Tag
- Visite
- dringender Corona-Verdacht, Einleitung des von den Behörden vorgegebenen Algorithmus
- vorläufig keine spezielle Maßnahme, Beratung oder wegen fehlender Infekt-anamnese Bestellung in die Normal-sprechstunde

Wie sind unsere Infektsprechstunden organisiert?

An allen Ordinationshalbtagen reservieren wir nach Ende der Ordinationszeit eine Stunde, in der wir Termine für Infektpatienten vergeben. Wir tun dies vom Ende her, damit im günstigsten Fall ein Abstand zum letzten regulären Patienten bleibt (meist haben wir zu Mittag dazwischen sogar unsere Teambesprechung).

Vorteile

1. Die strukturierte Vorgabe des DEGAM-Bogens hilft die Situation rasch einzuschätzen.
2. Ich finde das Ausfüllen durch den Hausarzt effizienter als durch die Assistentin, da der Hausarzt viele Patienten kennt und ihre Schilderung besser interpretieren kann. In der Infektsprechstunde sind die Vorinformationen sofort präsent, und die Konsultationen sind dadurch viel kürzer.



Dr. Michael Wendler

Jahrelanger Lehrpraxisleiter,
Lehrordination und Lehrbeauftragter der MUG
Entwickler des JAMÖ-Case-Cafés

3. Der Rückruf zwischen 2 Patienten ermöglicht einen besseren Datenschutz, da schon das Wort Corona, leichtfertig am falschen Ort ausgesprochen, unter anderen Patienten Panik auslösen kann.
4. Heute hatten wir während der regulären Sprechstunde (die man ja auch ein wenig kürzen könnte) keinen einzigen Infekt-Patienten wissentlich in unseren Ordinationsräumen. Die anderen Patienten haben es uns gedankt!
5. Weiterer Benefit: Je nach Medienlagen in der *Zeit im Bild* etc. hat auch eine Bestellpraxis in der Früh einen vermehrten Ansturm. Den konnten wir so deutlich reduzieren und auf den ganzen Halbtage verteilen.
6. Da wir übers Dienst-Handy die Patienten zurückrufen, ist auch unser Ordinationstelefon (2 Leitungen) entlastet. Empfehlen kann ich hier die Website der DEGAM (degam.de) und deren Newsletter (DEGAM-Benefits) unter der Ägide von Prof. Kochen, die uns durch ihre Praxisnähe viele Ideen zur Vorbereitung auf steigende Infektzahlen geliefert haben. ■