

Die hausärztliche Rolle beim COVID-19-Monitoring

In einem der letzten COVID-19-Newsletters baten wir Dr. Michael Rosner, Facharzt für Innere Medizin an der 1. Medizinischen Abteilung Wien-Favoriten, von seiner Überwachungsstation zu berichten.¹ Auch die Medienberichte der zunehmend vollen Intensivstationen mehrten sich in den letzten Tagen und Wochen. Mitunter schuld ist das Auftreten der Virusmutation B.1.1.7 von SARS-CoV-2, welche einerseits leichter ansteckend, andererseits auch in einem höheren Prozentsatz für schwere Fälle bzw. tödliche Verläufe verantwortlich ist. So berichtet Dr. Rosner, dass die Mehrzahl der Patient*innen seiner Überwachungsstation (IMC) zwischen 50 und 70 Jahre alt ist, das Durchschnittsalter sinkt. Zusätzlich wichtig ist, dass nur etwa die Hälfte der Patient*innen relevante Komorbiditäten haben und die plötzliche, aber meist massive Verschlechterung in der zweiten Woche der Erkrankung auftritt – irgendwann zwischen Tag 6 und Tag 14!

Auch wir kennen in unseren Verläufen diese akute respiratorische Verschlechterung, welche anfangs von den Patient*innen zum Teil kaum wahrgenommen wird („happy hypoxia“ oder „stille Hypoxie“ bei Hyperkapnie), die letztendlich akute Verschlechterung allerdings führt dann oftmals zu einer akuten Spitalweisung, eine High-Flow-Sauerstofftherapie mitunter gepaart mit einer Bauchlagerung bis zu 18 h am Tag sind ein Teil der dann notwendigen Therapie.

Betrachtet man diese Pandemie von Beginn an, so merkt man, wie viel wir dazulernen, wie sehr sich das Wissen wandelte und wie notwendig unsere Adaptationsfähigkeit an neue Erkenntnisse ist. Im Verlauf der ersten Welle war die Wahrnehmung, dass vor allem alte Menschen mit vielen Risikofaktoren sterben, führend. Dass auch jüngere Personen von schweren Verläufen getroffen werden könnten und eine Vielzahl jüngerer Menschen mit milden Verläufen auch an einem Long-COVID leiden, nahmen wir wahr und erlebten im Einzelnen mit, dies setzte sich aber erst im Verlauf der zweiten Welle bis jetzt zunehmend wissenschaftlich wie medial durch. Mittlerweile ist Long-COVID eine Diagnose bzw. anerkannte Krankheitsentität, der hohe wissenschaftliche Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Ebenso wandelte sich unsere Wahrnehmung der Erkrankung selbst. Wurde von Anfang an ein Monitoring erkrankter Personen – zumindest telemedizinisch in regelmäßigen Abständen und individuell abgeschätzt – anhand der zugrunde liegenden Risikofaktoren als notwendig erachtet, so zeigt sich mittlerweile, mitunter auch bestätigt durch die Zwischenergebnisse der PrimeRisk-Studie, dass jede symptomatische Person mit COVID-19 ein strukturiertes und individuell angepasstes Monitoring benötigt – unabhängig von Alter oder Risikofaktoren zumindest in der „vulnerablen Phase“ zwischen Tag 6 und 10 täglich. Der damit verbundene



© Archiv

Dr. Maria Wendler

Ärztin für Allgemeinmedizin, Graz

„Mehraufwand“ organisatorisch wie zeitlich wird bei den Kolleg*innen als selbstverständlich erachtet – das strukturierte Monitoring bzw. das Führen von „Rückruf- oder Monitoringlisten“ wurde bei vielen von uns zum Alltag. Aus den Erfahrungen des letzten Jahres und vieler einzelner Fallbeispiele in unserem Umkreis zeigte sich in letzter Zeit aber auch, dass dieses Monitoring am besten durch uns strukturiert ist und wir uns nicht auf den Anruf der Patient*innen bei Verschlechterung verlassen, da eben aufgrund der stillen Hypoxie die Verschlechterung subjektiv nicht wahrgenommen wird. Und auch das änderte sich im Laufe der Pandemie jetzt: Trotz all seiner Limitationen kann das Pulsoximeter Ihnen durchaus helfen, mit einer weiteren Unsicherheit in dieser Pandemie umzugehen. ■

¹ www.kl.ac.at/sites/default/files/doc/cn_27_-_bericht_von_einer_covid-19_ueberwachungsstation_impfen_und_risikogruppen.pdf

COVID-19-Monitoring

Wir empfehlen besonders engmaschiges Monitoring zwischen Tag 6 und 10 nach Erkrankungsbeginn, wo erfahrungsgemäß häufig Verschlechterungen eintreten. Ein engmaschigeres Monitoring (täglich) ist bei Vorliegen von zumindest einem Risikofaktor empfohlen. Selbstverständlich ist die Vereinbarung von Art und Umfang zusammen mit den Betroffenen bzw. deren Betreuungspersonen zu treffen.

Erfahrungsgemäß ist in vielen Fällen ein **strukturiertes, telemedizinisches Monitoring** ausreichend, die Schwelle zu einer klinischen Kontrolle/Krankenhauseinweisung sollte aber v. a. bei Anzeichen einer respiratorischen Verschlechterung – auch bei jungen Personen – niedrig sein, da eine rapide Verschlechterung innerhalb kürzester Zeit möglich ist!

Das Monitoring setzt die Kenntnis des Ausgangsrisikos voraus und umfasst die Kontrolle von zumindest folgenden Parametern:

- Temperatur,
- RR und HF,
- Atmung (**optimal mittels Pulsoximeter**),
- Thoraxschmerz,
- Belastbarkeit/Fatigue,
- Husten und andere Symptome,
- Vigilanz.
- Zusätzlich: Monitoring evtl. Grundkrankheiten

Cave: Die subjektive Wahrnehmung kann von der objektiven Situation erheblich abweichen: die Atemnot wird von vielen Patienten erst sehr spät als solche wahrgenommen (Folge der Hyperkapnie).

Die respiratorische Situation lässt sich im Telemonitoring über folgende Kennzeichen einschätzen

- Wenn irgend möglich, sollte ein **Pulsoximeter die Objektivierung unterstützen** (evtl. leihweise aus der Ordination oder durch Patienten besorgen lassen, Werte durchgeben lassen)
- Subjektives Empfinden des Patienten – Veränderungen? (v. a. bei kurzen Belastungen – z. B. 1–2 min flottes Gehen oder Stiegen steigen)
- Sprechpausen? Zählen bis 30 möglich?

Wenn eine klinische Verschlechterung vorliegt, stellt bereits ein auf < 95 % sinkender pO₂ einen Einweisungsgrund dar!

Die verschlechterte respiratorische Situation ist dringlicher Indikator für eine Einweisung ins Krankenhaus, selbstverständlich ist hier aber: Es zählt das klinische Gesamtbild, nicht die respiratorische Situation allein – gibt es Limitationen der telemedizinischen

Tab.: Kriterien für die Hospitalisierung

„red flags“: Hospitalisierung (frühzeitig!) erwägen – Anzeichen für respiratorische, kardiale oder renale Insuffizienz

- Verschlechterung der respiratorischen Situation
- Leistungsknick
- Sinkender RR ohne korrigierbare Ursache (Medikation, Flüssigkeitsaufnahme)
- Abnehmende Vigilanz bis Verwirrtheit
- Retentionszeichen (Harnmenge ↑, Gewicht ↓, zunehmend Ödeme)

„orange flags“: Hospitalisierung erwägen

- Betreuungssituation zu Hause kritisch – Hospitalisierung erwägen!
- Medikation/Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht gesichert
- Betreuungssituation entgleisend
- Grundkrankheit entgleisend

Höheres Alter sowie männliches Geschlecht senken die Hospitalisierungsschwelle.

schon Beurteilbarkeit der respiratorischen Situation oder weitere Faktoren bzw. Hinweise einer Verschlechterung, dann ist auch eine augenscheinlich zufriedenstellende respiratorische Situation bedeutungslos.

Weitere Aspekte

- Hinweise auf Dehydratation/Fehl- oder Mangelernährung,
- Betreuungssituation
- Medikationsmanagement/Sicherstellung der korrekten Einnahme einer Dauermedikation
- Psychische Situation

Hilfreich ist die Führung eines Erfassungs- und Monitoringbogens. Bei kompetenten Patient*innen kann man auch einen Heim-Monitoringbogen zur Selbstbeobachtung mitgeben, auf ärztliche (telemed.) Monitoring-Kontakte sollte jedoch nicht verzichtet werden.

Monitoringbögen und weitere Informationen finden Sie hier:
www.kl.ac.at/coronavirus/monitoring-0



1:

(4F) Bogen zur Selbstbeobachtung Covid-19 Name: _____ Datum Testung: _____

Wenn Sie bei Atemnot einen Wert über 3 eintragen, oder sich plötzlich schlecht fühlen, rufen Sie bitte sofort Hausarzt/Hausärztin, oder 144 an.

Datum	Temp. max/Tag	Krankheitsgefühl	Atemnot	Schwäche	Schmerzen	Husten	Brustenge	Weitere Symptome
Tag _____					Glieder: Ja/nein Kopf: Ja/nein Hals: Ja/nein Ohren: Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/Geschmack Durchfall Bauchweh
Tag _____					Glieder: Ja/nein Kopf: Ja/nein Hals: Ja/nein Ohren: Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/Geschmack Durchfall Bauchweh
Tag _____					Glieder: Ja/nein Kopf: Ja/nein Hals: Ja/nein Ohren: Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/Geschmack Durchfall Bauchweh
Tag _____					Glieder: Ja/nein Kopf: Ja/nein Hals: Ja/nein Ohren: Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/Geschmack Durchfall Bauchweh



MODERATORENTRAINING für Qualitätszirkel im Gesundheitswesen

Datum: 28. und 29. Mai 2021

Eine Veranstaltung der ÖGAM

Ort: ibis Styles Linz • Wankmüllerhofstr. 37 • 4020 Linz

Vortragende und Trainer: Dr. Erwin Rebhandl, Haslach (Leitung) • Dr. Wolfgang Hockl, Enns

MODUL 1 Freitag, 28. Mai 2021, 17.00–20.00 Uhr

17.00 Uhr **Grundlagen der Qualitätszirkelarbeit** Dr. Erwin Rebhandl
 Was ist ein Qualitätszirkel? (verschiedene Typen von Qualitätszirkeln)
 Wie unterscheidet er sich von anderen Arbeitsgruppen (Balintgruppe,
 Fokusgruppe)? Vorbereitung, Methoden, Hilfsmittel, Arbeitsweise und Grenzen;
 Vor- und Nachteile verschiedener Modelle; Planung, Motivation, Teilnehmerzahl,
 Strukturierung, Rollenverteilung; Themenfindung: Sensibilisierung, Auswahl
Arzt für Allgemeinmedizin, Haslach

18.30 Uhr Pause

18.45–20.00 Uhr **Training in Kleingruppen (Themenfindung)**
 Je 5–8 Teilnehmer üben mit einem erfahrenen Moderator.

MODUL 2 Samstag, 29. Mai 2021, 08.30–17.00 Uhr

08.30 Uhr **Moderatorenverhalten:
Werkzeuge der moderierenden Kommunikation** Dr. Erwin Rebhandl
 Grundhaltung des Moderators, Wechselwirkung zwischen Moderator und Gruppe,
 Herstellung einer Balance, Umgang mit Konflikten bzw. kritischen Situationen;
 Fragetypen, Fragen als strukturierende Intervention (Widerspiegelung, Sammlung,
 Integration, Kommunikationsförderung), Schlüsselfragen im Peer-Review-Prozess,
 „aktives Zuhören“, Intervention durch Thesen und Phantasien, Metakommunikation
 (Reflexion des Gruppengeschehens)
Arzt für Allgemeinmedizin, Haslach

10.00 Uhr Pause

10.30 Uhr **Training in Kleingruppen**
 Die Teilnehmer moderieren abwechselnd.

12.30–14.00 Uhr **Gemeinsames Mittagessen**

MODUL 3

14.00 Uhr **Vorbereitung, Zielsetzung, Klärung der Methode, Protokoll, Evaluation,
organisatorische Nachbearbeitung** Dr. Wolfgang Hockl
 Beispiele aus der QZ-Praxis; Orientierungsphase – Arbeitsphase – Abschlussphase,
 Bedeutung und Form des Protokolls; Bedeutung der Kontinuität;
 Evaluationsmöglichkeiten: Veränderungen der Versorgungszufriedenheit,
 Veränderung der Lebensqualität der Teilnehmer
Arzt für Allgemeinmedizin, Enns

14.30 Uhr **Training in Kleingruppen**
 Die Teilnehmer moderieren abwechselnd.

16.30 Uhr **Gemeinsame Diskussion**

17.00 Ende

Für diese Veranstaltung werden 10 DFP-Punkte aus dem Fach Freie Fortbildung eingereicht.