

COVID-Impfungen – eine „duale“ Erfahrung

Ein persönlicher Erfahrungsbericht aus der Praxis

Über 8 Jahre führte ich eine Einzelpraxis, seit 3 ½ Jahren mit nun 4 Kolleg*innen ein Primärversorgungszentrum (PVZ). Als Partner in einem PVZ hat man Vorteile, aber auch Nachteile (z. B. ständige Erreichbarkeit, ganzjähriges Offenhalten). Jedoch insgesamt taugt es mir, ich möchte nicht mehr in eine Einzelpraxis zurück.

Einige Dinge in der Praxis haben sich – so wie wohl bei den meisten anderen Ärzt*innen in der Primärversorgung – mittlerweile etabliert:

- eigener Infekt-Eingang (bauliche Vorzüge durch das große Gebäude), eigene Infekt-Ordination sowie eigene Infekt-Ordinationszeiten
- telefonische Beratungen – nun endlich als Leistung verrechenbar
- papierloses Rezeptieren
- COVID-19-AG- oder PCR-Tests und Konsequenzen daraus (Bestätigung ausstellen oder Meldung bei Behörde) und Ausrüstung
- Routine bei Umgang mit COVID-19-Erkrankten sowie bei Visiten in Quarantäne-Wohnungen. Damit verbunden die medizinischen Herausforderungen
 - frühzeitiges Erkennen von schweren Verläufen und Reagieren darauf
 - Angst reduzieren bei Betroffenen und Angehörigen
 - und das mittlerweile wohlbekannte Post-COVID-Syndrom

Wie so oft im Leben ist Flexibilität gefordert – das ist eine Eigenschaft, die als Hausarzt/Hausärztin ohnehin Voraussetzung ist. Auch bei der COVID-19-Impfung. Jedes Bundesland hat seine eigene Strategie, wie die COVID-Impfstoffe

bestmöglich verimpft werden. In Oberösterreich gibt es ein duales System.

Pro Bezirk gibt es 1–2 große Impfstraßen (Land/Rotes Kreuz), dort werden Patient*innen geimpft, die sich über „das Land“ angemeldet haben. Impfbereite sind eine breite Kollegenschaft von Wahlärzt*innen, pensionierten Ärzt*innen und – aus Zeitgründen nicht ganz so stark vertreten – Kassenärzt*innen, die sich über die Software „DocSced“ anmelden.

Ich wirke zudem bei Impfstraßen von gewissen Berufsgruppen (Rotes Kreuz, Feuerwehr, Pädagog*innen) mit. Zusätzlich können sich impfbereite Ordinationen im System anmelden und bekommen dann ebenfalls Impfkontingente zugeteilt. Wir (PVE-Ärzt*innen) erfahren, zu welchem Datum die Impflieferung kommt und müssen dann anhand unserer eigenen Ordinationslisten der „Impfwilligen“ und der vorgegebenen Priorisierungsrichtlinien (Alter, Höchst- oder Hochrisiko etc.) die Patient*innen in unserer Liste filtern und zuteilen (manchmal mehr als 20 Vials). Eine direkte Einsicht in die Anmelde- oder Impfliste vom Land haben wir nicht, d. h., eine Mehrfachanmeldung der Patient*innen ist sehr oft gegeben.

Patient*innenauswahl – eine Herausforderung

Eine große Herausforderung stellt somit die Patient*innenauswahl dar, eine sorgfältige Auswahl der Personen ist notwendig. Es kann aber vorkommen, dass uns Personen, die wir zuteilen wollen, mitteilen, dass sie bereits woanders geimpft wurden. Natürlich kommt es auch zu ungeplanten Krankheiten und Ausfällen. Somit ist auch hier große Flexibilität notwendig: Neben einer Reserveliste werden manche Patient*innen „zu-



Dr. Ronald Ecker

Arzt für Allgemein- und Sportmedizin,
Marchtrenk

fällig“ auserwählt, da es medizinisch einen guten Grund zur Impfung gibt, sie noch keinen Impftermin haben und gerade aus einem anderen Grund in unserer Ordination sind – denn: Keine einzige Impfdosis sollte verworfen werden.

Man ist aber auch großem Druck und Begehrlichkeiten ausgesetzt: Viele Patient*innen melden sich per Telefon oder Mail, manche auch per Facebook oder auf der Straße, dass sie „sofort“ geimpft werden wollen. Manchmal erlebt man durchaus, dass sich am Ende die am lautesten Schreienden doch durchsetzen – trotz aller Bemühungen, die vorgesehenen Reihungen und Ordnungsabläufe einzuhalten.

Der elektronische Impfpass wird in der Ordination über die e-card befüllt, in Impfstraßen über iPads und Handysignatur. Die jungen Ärzt*innen tun sich definitiv leichter.

Positiv an meiner Situation in der Arbeit im Team ist: Selbst wenn sich die Zahl der Impfungen noch erhöht, so können wir unsere Kapazitäten danach richten, letztendlich hängt dies aber von der Verfügbarkeit der Impfstoffe ab. ■

Die COVID-19-Impfung in verschiedenen hausärztlichen Perspektiven

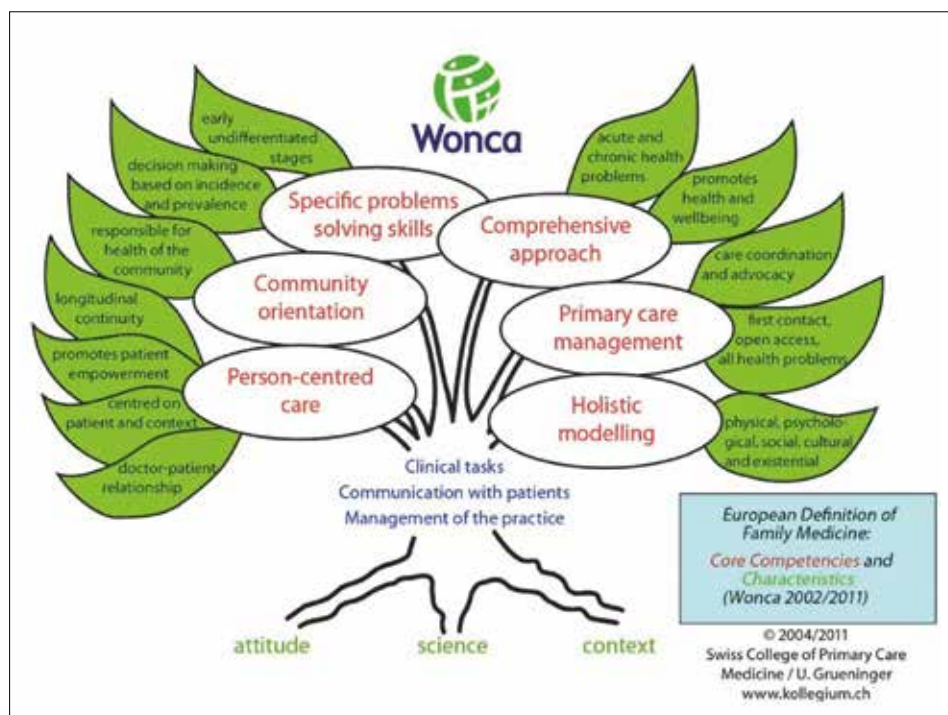
Die Lösungen der einzelnen Bundesländer sind, wie angekündigt, unterschiedlich – von Impfordinationen (Burgenland) über duale Systeme (z. B. Steiermark oder Oberösterreich), wo Impfstraßen neben Impfordinationen koexistieren, bis hin zur „Einbuchung“ in Impfstraßen oder Impfboxen (Wien) sind die Lösungen und Ideen vielgestaltig. Für eine rasche Durchimpfung der Bevölkerung braucht es prinzipiell aber zwei Dinge: eine gute Erreichbarkeit für die Patient*innen und eine hohe „Schlagzahl“ an Impfungen.

Erreichbarkeit

Hausärztliche Ordinationen, egal welcher Strukturform – ob Primärversorgungseinheit oder Gruppenpraxis oder Einzelordinationen – befinden sich im unmittelbaren Nahfeld ihrer Patient*innen. Sie sind niederschwellig und – manchmal ist auch das wichtig – zu Fuß erreichbar („In die Impfstraße fahre ich nicht, da muss ich mit den Öffis oder mit dem Taxi hin, und wer weiß, wo ich mich da anstecke“). Als Ärzt*innen des Vertrauens – im Sinne der Ärzt*innen-Patient*innen-(Angehörigen-)Beziehung sind hausärztliche Ordinationen mehr noch als Impfstellen vor allem Kommuni-

kations-, Informations- und Aufklärungsstellen – egal, wo die Impfung am Ende stattfindet. Tagtäglich sind diese niederschweligen Anlaufstellen derzeit mit einer Unzahl von Fragen zur COVID-19-Impfung konfrontiert. Ob wir Hausärzt*innen nun selbst impfen oder nicht, der Aufklärung darüber kann man sich nicht entziehen. Es sind aber auch Haus- und Vertrauensärzt*innen, die jene Personen für die Impfung erreichen, die sich vielleicht noch nicht zur Impfung angemeldet haben – ältere Menschen, die mit der Informationsflut oder den Anmeldemodalitäten überfordert sind und dann letztendlich von

ihren Ärzt*innen selbst angemeldet werden. Menschen, die Angst vor der Impfung haben oder Angst haben, in die Impfstraße „zu müssen“, weil ihnen der Weg zu beschwerlich ist oder sie nicht „von Fremden“ geimpft werden wollen, Menschen, die skeptisch sind und die um Rat fragen. „Community Care“ und „Public-Health-Intervention“ sind schwer ins Deutsche zu übersetzen, dennoch ist es Wesen und eine Kernaufgabe der Allgemein- und Familienmedizin, hier unterstützend zu wirken. Die COVID-Impfung ist ein weiteres Beispiel für die hausärztliche Verantwortung und das hausärztliche Wirken.



Die Rolle der kontinuierlichen Betreuung und des umfassenden Fallverständnisses

Unabhängig vom Ort, in dem Hausärzt*innen dann impfen, erkennen sie viele ihrer Patient*innen wieder; selbst wenn es Personen mit wenigen Kontakten in der Ordination sind, weil diese zum Teil in fachärztlicher oder auch wahlärztlicher Betreuung sind. Durch das Nahfeld zu den Patient*innen und auch die kollegiale Vertretung zu Urlaubszeiten kennen Hausärzt*innen oft „die Leute aus der Gegend“, viele Personen vom Sehen oder beim Namen, oder aber die Patient*innen selbst geben sich als „ihrem Hausarzt zugehörig“ zu erkennen – diese Wiedererkennung kann ein Gefühl des Vertrauens und der Sicherheit auslösen, das die Nervosität vor der Impfung oder etwaigen Impfreaktionen auflöst. Hausärztliche Impfer haben auch den Vorteil bei „den eigenen“ Patient*innen,

enen Strukturen

dass sie ihnen die Verfügbarkeit bei Fragen oder behandlungsbedürftigen Impfreaktionen oder potenziellen Impffolgen aktiv anbieten können – die Patient*innen kennen die Ordinationszeiten ihrer Vertrauensärzt*innen, Bereitschaftsverfügbarkeiten und ihre wohnortnahe Versorgung. Das wirkt mitunter beruhigend und erhöht im Vorfeld unter Umständen auch die Bereitschaft, diese (manchmal als sehr lästig empfundenen) Impfreaktionen, aber auch potenzielle weitere Komplikationen (Allergien und Gerinnungsstörungen) in Kauf zu nehmen. Selbiges gilt aber auch beim Termin in der Impfstraße – wahrscheinlich kennen viele Allgemeinmediziner*innen dieser Tage den Satz: „Wenn nach der Impfung was ist, rufen Sie uns/Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin an.“ Viele der Patient*innen sind vielleicht schon in „ordinationsinternen“ Impflisten eingetragen, weil sie sich nicht einfach nur beim Land angemeldet haben, sondern ihre Hausärzt*innen über diese Anmeldung bzw. ihre Impfwilligkeit informiert haben; oder weil sie aufgrund ihrer Risikokonstel-

lationen bereits aktiv von ihren Hausärzt*innen angesprochen und aufgefordert wurden, sich „beim Land“ anzumelden. Im Gegensatz zur Impfstraße, in der auch unbekannte Patient*innen von unbekanntem Ärzt*innen geimpft werden, besteht in der Ordination bei den Patient*innen, die kontinuierlich durch ihre Hausärzt*innen betreut und vielleicht auch dort geimpft werden, die Möglichkeit, die Kartei zu Rate zu ziehen, um (vergessene) laufende Medikationen oder spezifische Fragen (krankheits- bzw. therapieassoziiert) oder etwaige Kontraindikationen im Vorfeld (und nicht erst beim Impftermin) zu klären – besteht eine gute Vernetzung in einem fachärztlichen (Kommunikations-)Netzwerk, bedarf dies manchmal wenig Zeit.

Mitunter kann es auch Teil des individuellen Fallverständnisses und der Impfstoffwahl sein, dass die Mobilität der Patient*innen und deren familiärer Support mit eingerechnet werden muss – im Sinne eines holistischen Fallverständnisses und

der Kenntnis des familiären Umfeldes: Betreuende Hausärzt*innen wissen oft, ob es Angehörige gibt, die zur Impfung begleiten können, ob ein Rettungstransport zur Impfung (und damit auch der Transportschein) notwendig ist oder aber ob eine „Astra-Visite“ zu planen ist – denn Teil der hausärztlichen Aufgabe ist es auch, dass Menschen zu einer Versorgung kommen, wenn sie nicht zur Versorgung kommen können. Viele Patient*innen, die bereits in der ersten und zweiten Welle positiv waren, haben sich zu den Impfungen angemeldet, auch hier bedarf es einer Triage, Aufklärung und eines „Timing“ der Boosterimpfung; und des Wissens um die wissenschaftlichen Datenlage, ob es nur eine Boosterimpfung bleibt.

Kurz zusammengefasst: Auch bei Fragen rund um die COVID-Impfung spiegeln sich wesentliche Merkmale der hausärztlichen (Kern-)Kompetenzen wider. Auch die Darstellung des WONCA-Trees (**Abb.**) erklärt in seiner Art die Multidimensionalität dieser Fragestellungen. ■

Tab.: Zur Übersicht dargestellt – die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Strukturen zur COVID-19-Impfung

	Impfen in der Ordination	Impfen in der Impfstraße
Vorteile	<p>Patient*innen sind gut bekannt</p> <p>Vektorimpfstoffe – erleichterte Lagerung, Impfungen im Ordinationsalltag „nebenbei“</p> <p>Service für die Patient*innen</p>	<p>keinerlei Organisationsaufwand</p> <p>Anonymität (nimmt manchmal Druck)</p>
Nachteile	<p>Je nach System:</p> <p>Flexibilität – Auswahl der Impflinge je nach Größe des zugewiesenen Impfkontingents in der jeweiligen Kalenderwoche</p> <p>Zum Teil starker Druck von Seiten der Patient*innen (unterstützt durch Medien und offizielle Stellen [„Fordern Sie beim Hausarzt die Impfung!“])</p> <p>Je nach Impfung:</p> <p>mRNA-Impfstoffe: geblockte Impftermine notwendig (ggf. außerhalb der regulären Ordinationszeit oder auf „Kosten“ der Regelversorgung) – erhöhter Aufwand</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die Terminvereinbarung (1. und 2. Impftermin) – Ordinationsassistentinnen • Personell: 1 Arzt (Aufklärung und Impfen) und 1 Assistentin (Aufnahme, elektronischer Impfpass, Entlassung) fehlen im Ordinationsalltag. <p>Je nach Ordination:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitation durch Raumgröße: Impftermine bzw. Personenzahlen müssen an Wartezimmergröße (Beobachtungszeit) angepasst werden – fehlende Raumstruktur dehnt Impfzeit aus. 	<p>zeitlicher Aufwand zusätzlich zum normalen Berufsalltag, oftmals am Wochenende</p> <p>unbekannte Personen mit manchmal komplexen Fragestellungen, fehlende Überprüfbarkeit von medizinischen Angaben oder komplexen Fragestellungen</p> <p>Planbarkeit der „Impfreserve“, um Impfstoffverwurf zu vermeiden</p>

Frühjahrstagung 2021: „Alles wird besser“

Nachdem die ÖGAM-Wintertagungen 2020 und 2021 COVID-bedingt ausfielen, veranstaltete die ÖGAM am 10. 4. 2021 als kleinen Ersatz dafür diese Vormittagstagung. Hatte man bis zuletzt auf die Durchführbarkeit der Wintertagung gehofft, so musste am Ende doch auf ein Online-Format ausgewichen werden. Die Veranstaltung ist sehr gut gelungen. Die 4 Vorträge waren ausgezeichnet, die Moderationen professionell, und auch die Organisation hat wunderbar geklappt. Die Rückmeldungen der Teilnehmer*innen waren durchaus positiv, sodass weitere derartige Webinar-Veranstaltungen in Planung sind.

1. Fallbeispiele – von der Leitlinie zu den Patient*innen

MR Dr. Susanne Rabady, Ärztin für Allgemeinmedizin, Leitung Kompetenzzentrum AM der Karl Landsteiner Privatuniversität, Krems, hat anhand von 3 Fällen die Herangehensweise der Allgemeinmedizin in der Praxis dargestellt. In ihren Fällen ging es um die Antikoagulation im komplexen Raum mit Berücksichtigung der Mehrdimensionalität, um die Herzinsuffizienz im Umgang mit Multimorbidität und den Brustschmerz. Hier lag der Fokus auf der Vortestwahrscheinlichkeit und der möglichen Mehrdeutigkeit. Sie konnte dabei klar darstellen, wie man als „personal doctor“ zur Entscheidungsfindung kommt. Dabei spielen rationale und empirische Entscheidungen, das Bauchgefühl und Herausforderungen im Monitoring, Medikamentenmanagement, Lebensstil und in der Adhärenz eine bedeutende Rolle.

2. Kardiologie – Stellenwert präventiver Maßnahmen bei alten Patient*innen

Von Prim. Priv.-Doz. Dr. Johann Altenberger, Rehabilitationszentrum Großmain, wurde der Stellenwert präventiver Maßnah-

men bei älteren Patient*innen besprochen. Die Epidemiologie mit deutlichem Anstieg der Herzerkrankungen verlangt ein Management bis ins hohe Alter. Dabei stand die Primärprävention mit Statinen im Alter an oberster Stelle. Mehrere Studien konnten beweisen, dass ein klarer Benefit für die Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen mit harten Endpunkten bei Älteren durch Lipidsenkung, Blutdrucksenkung, Nikotinstopp und Risikoabschätzung durch SCORE erreicht werden können. Auch dem Lebensstil fällt eine entsprechende Bedeutung zu.

3. Soziale Isolation und soziale Deprivation bei kardiovaskulären Erkrankungen

OÄ Dr. Evelyn Kunschitz, Psychokardiologie, Hanusch-Krankenhaus, Wien, zeigte den Zuhörenden, dass der Anstieg der Singlehaushalte und das Alleinleben von über 65-Jährigen Risikofaktoren für diverse Gesundheitsschäden darstellen. Einsamkeit, Isolation, COVID und Social Distancing führen zu erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen, Insult, kardiovaskuläre Ereignisse und Pneumonien.

4. Herz und COVID

Von Prim. Univ.-Doz. Dr. Jeanette Strametz-Juranek, Ärztliche Leiterin der Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Bad Tatzmannsdorf, wurde die Rehabilitation im „cardiac care cycle“ im Kontext von COVID vorgestellt – Rehabilitation bedeutet nicht nur Rücksichtnahme auf medizinische Leistungsdaten, sondern auch die Berücksichtigung von biopsychosozialen Aspekten und die nachhaltige Steigerung von Lebensqualität. Die kardiovaskuläre Mortalität und die kardiovaskulären Interventionen haben in der COVID-Pandemie deutlich zugenommen. Dabei konnte die Pathophysiologie am



Dr. Ursula Doring

Ärztin für Allgemeinmedizin, Bregenz

Herzen unter einer COVID-Erkrankung diesen Anstieg eindeutig erklären. Die kardiovaskulären Langzeitfolgen sind mit den Langzeitschäden des Diabetes mellitus II durchaus vergleichbar. Als weitere Folgeerkrankung eines COVID-19-Infektes wurde uns das „Multisystem-Inflammatory-Syndrom (MIS-C)“ bei Kindern vorgestellt, das ebenfalls kardiale Spätfolgen mit sich bringen kann. Eine Gleichstellung dieses Syndroms mit einer immunologischen Erkrankung ist gegeben.

Zum Schluss zeigte uns Dr. Strametz-Juranek noch Daten über Resilienz auf pandemiebedingte Stressfaktoren und Angst bei Ärzt*innen auf. Sie motivierte uns, Auszeiten zu nehmen und auf uns aufzupassen, um nicht selbst an pandemiebedingten psychischen Folgen zu erkranken.

Sämtliche Vorträge sind auf der ÖGAM-Website unter: <https://oegam.at/veranstaltungen/fruehlingstagung-oegam-online-kongress> nachzulesen

