

COVID-19-Pandemie 2020

Ein Rückblick aus hausärztlicher Sicht



Dr. Christoph Dachs

© Medmedia-Verlag – Oliver Miller-Aichholz

Das Corona-Virus SARS-CoV-2 hat uns alle überrascht. Wir waren plötzlich mit einer neuen Situation konfrontiert, die wir alle in dieser Form in unserer Praxiszeit noch nicht erlebt hatten. Es gab mit dem „Lockdown“ am 16. März wenig klare Anweisungen und viel Spekulation, und wir alle wussten nicht, wie sich das Virus verhalten wird bzw. wir uns dem Virus gegenüber verhalten sollten. Erste Horrormeldungen kamen aus Italien und danach aus Frankreich und Spanien, Militärlastwagen mit Särgen und Massenbegräbnisse ohne Angehörige wurden uns als Bilder frei Haus geliefert. Das hat zu berechtigten Ängsten bei einem großen Teil der Bevölkerung geführt. Die Politik ging damals ebenfalls von hohen Infektionszahlen und massiven Todesfällen aus und hat auch dementsprechend – aus meiner Sicht sehr vernünftig – reagiert.

Wir Hausärztinnen und Hausärzte mussten sehr rasch unsere Ordinationen und Ordinationsabläufe umstellen, um den Spagat zwischen Selbst- und Fremdschutz und optimaler Patientenversorgung zu schaffen. Das ist uns zum Großteil gut und mit viel Engagement gelungen. Eine große Herausforderung war, rechtzeitig und in großem Umfang Schutzausrüstung zu bekommen. Schuldzuweisungen von mancher Seite, wir hätten die Verpflichtung gehabt, ausreichend Schutzmaßnahmen in den Praxen vorzuhalten, mutet eigenartig an in einer Zeit, in der auch in Krankenhäusern und anderen öffentlichen Institutionen viel zu wenig vorhanden war und wir auch nicht die Möglichkeit hatten, akut welche zu besorgen. Dennoch gab es von Seiten der Allgemeinmedizin große An-

strengungen, zu Schutzausrüstung zu kommen, und diese hatte zum Teil auch großen Erfolg, nicht zuletzt auf Grund großzügiger Spenden von Firmen und Initiativen von Privatpersonen. Im Moment scheint österreichweit genug Schutzausrüstung vorhanden zu sein, sodass wir für eine weitere Welle einer möglichen Pandemie deutlich besser gerüstet sind.

Wir sind stolz, dass über 90 % der Allgemeinmedizin-Praxen in Österreich über die Hochzeit der Pandemie geöffnet hatten, einige mussten aus Quarantäne-Gründen die Ordination partiell zusperren.

Es hat sich gezeigt, wie wichtig die Rolle einer gut funktionierenden Hausarztmedizin in solchen Zeiten ist. Wir hatten nicht nur mit möglichen Corona-Patienten zu tun, es gab daneben auch noch das normale Spektrum der Hausarztmedizin abzudecken wie „normale Infekte“ und vor allem die weitere Betreuung der chronisch Kranken, die genauso wichtig ist. In dieser Zeit gab es für uns sogar erschwerte Bedingungen, da der Zugang zum Krankenhaus und den Spezialisten nur schwer oder in manchen Fällen überhaupt nicht möglich war. So mussten wir selbst viele Entscheidungen treffen. Wir haben gelernt, die Patientenströme durch Terminvergabe und gute Aufklärung zu lenken, sie im Vorfeld zu triagieren. Wir haben uns ein Stückweit der Telemedizin genähert, haben vieles im Vorfeld am Telefon geklärt und dies mit Unterstützung der Krankenkassen auch abrechnen können. Viele von uns sind weiter Visiten gefahren, wenn auch vorsichtig und mit den notwendigen Schutzmaßnahmen. Das hat auch gut geklappt, und in unseren Reihen gab es wenig Infizierte – bis

auf den tragischen Tod eines Kollegen aus Niederösterreich, den wir sehr bedauern.

Trotzdem müssen wir auch über negative Auswirkungen nachdenken, dürfen Mänöverkritik üben. Manchmal waren wir auch zu restriktiv mit dem Fernhalten des Patienten. Ich habe Patienten erlebt, die positiv getestet von keinem Arzt mehr angeschaut wurden und die mit relativer Dyspnoe nach 6 Wochen weder beim Lungenspezialisten, beim Hausarzt noch in der Klinik angeschaut wurden. Das sollte in Zukunft nicht passieren. Wir haben zu wenig verlässliche Zahlen über mögliche Kollateralschäden, das gehört auf alle Fälle angeschaut und aufgearbeitet. Dabei sollten wir nicht nur auf die physischen Faktoren achten, sondern auch der gesamte psychosoziale Bereich gehört miteinbezogen. Die Politik und die Verantwortlichen des Gesundheitssystems täten gut daran, das Hausarztssystem zu stärken, da es nicht nur in Pandemiezeiten eine wesentliche Stütze des Gesundheitssystems darstellt. Das haben wir in diesen Zeiten auch auf exzellente Weise zeigen können.

Wir als ÖGAM bemühen uns sehr, die wichtige Rolle der Hausarztmedizin hervorzuheben, und wir haben auch für eine nächste mögliche Welle der Pandemie ein Konzept für die Hausarztmedizin entwickelt, mit klaren Forderungen an Politik und Krankenkasse. Wenn diese umgesetzt werden, sind wir überzeugt, dass wir auch die nächste Krise gut bewältigen werden. Wir danken allen Hausärztinnen und Hausärzten, für das tolle Engagement, das ihr während der 1. Welle der Pandemie geleistet und damit die Bedeutung der Hausarztmedizin aufgezeigt habt. ■

Aussichtsturm und Krähenest

Die hausärztliche Primärversorgung ist der Aussichtsturm des Gesundheitssystems.

Problemstellungen

- Zu erwarten ist eine gemischte Infektionswelle (diverse Atemwegsinfekte, Influenza, COVID-19). Die klinische Unterscheidung zwischen COVID-19- und Nicht-COVID-19-Infektionen ist praktisch nicht möglich.
- Kollateralschäden wie in der 1. Welle aufgrund der Fokussierung auf die Unterscheidung COVID/Non-COVID dürfen nicht mehr vorkommen
- Reduktion nicht nötiger physischer Kontakte im Gesundheitssystem ist weiterhin sinnvoller Teil des Schutzkonzeptes
- Physische Kontakte sollen dann stattfinden, wenn zum Beispiel telemedizinische Kontakte nicht sinnvoll bzw. zielführend sind
- Nichtessenzielle physische Kontakte mit nachgeordneten Ebenen im Gesundheitssystem sollten vermieden werden
- Verbreitung von Infektionen durch Gesundheitspersonal muss vermieden werden

Vorschläge/mögliche Ansatzpunkte aus Sicht der hausärztlichen Primärversorgung

Die hausärztliche Primärversorgung ist systemrelevant und dementsprechend in Planung und Organisation einzubeziehen:

- Hinsichtlich Funktion und Aufgaben
- Hinsichtlich Ausstattung

Erläuterungen:

Zutritt

Der primäre Eintritt über eine koordinierende Stelle hat sich in der 1. Welle grundsätzlich bewährt (hier: 1450).

Für die 2. Welle müssen allerdings Lerneffekte verwertet werden: **Kollateralschäden durch Fokussierung auf COVID und durch Überlastung sind zu vermeiden.** Daher:

Der primäre Zutritt sollte für alle gesundheitlichen Anliegen nach Möglichkeit über die Ebene der Primärversorgung erfolgen, wo in 80–90 % der Fälle die abschließende Behandlung erfolgen kann bzw. die gezielte Weiterleitung im Bedarfsfall. Zu erwägen sind folgende unterstützende Strukturen:

- Zusatzstruktur Corona-Informationshotline für alle Menschen ohne Beschwerden
- Ersatzstruktur 1450 (Re-Fokussierung auf Triage und Dispatching)
- Ersatzstruktur, (eventuell) Infektambulanz („out of hours“)

Begründung: 1450 wurde als Anlaufstelle für alle Beschwerden kommuniziert und rezipiert, konnte aber de facto ausschließlich als Clearingstelle für die Initiierung einer Testung fungieren. Zahlreichen Erfahrungsberichten zufolge sind eine Reihe von Kollateralschäden durch lange Wartezeiten und verzögerte Versorgung entstanden.

Der Vorteil der Wahl des primären Ansprechpartners Hausarzt*in liegt auch darin, dass aufgrund meist bekannter Vorgeschichte und Umstände eine raschere und zielsichere Abklärung möglich

ist und die Zuständigkeit für alle gesundheitsassoziierten Anliegen die abschließende Behandlung häufig möglich macht.

Da jedoch nicht zu jeder Zeit und an jedem Ort hausärztliche Betreuung erreichbar sein wird bzw. nicht alle in Österreich lebenden Menschen eine Hausarzt*in haben, ist es sinnvoll, von Beginn an Ersatzstrukturen mitzudenken, die auch bei drohender Systemüberlastung wirksam werden. Eine strukturierte Kooperation der verschiedenen Systempartner ist unerlässlich.

Kontaktreduktion

Die Beschränkung physischer Kontakte bleibt wichtig. SARS-CoV-2 bleibt als Erreger weiterhin relevant, dazu kommt die saisonal übliche Vielzahl an Erregern von Atemwegsinfektionen, die das System zusätzlich strapazieren werden.

Durch Kontaktreduktion in Kombination mit Abstands- und Hygieneregeln sollte sich ein möglichst großer Teil der Infektionen vermeiden lassen. Die Verteilung von Patient*innen auf mehrere verschiedene Behandlungsstellen ist daher nicht wünschenswert. Die gezielte Weiterleitung nur bei Notwendigkeit spart Wege und Kontakte. Dazu sind, neben der erwähnten abschließenden Behandlung innerhalb der Primärversorgung, mehrere Varianten denkbar: telemedizinische Kontakte zwischen Patient*innen und Arzt*innen aller Ebenen ebenso wie direkte Kontakte zwischen Hausarzt*innen und Spezialist*innen (Telekonsil). Letztere ermöglichen einen umfassenderen Befundaustausch und eine bessere Dokumentation der Konsultationsergebnisse.

Funktion

- Erstkontakt
 - Identifikation von Verdachtsfällen, Abklärung, Behandlung
- Primär patientenführende Stelle
 - COVID-Patient*innen
 - Andere akut Erkrankte
 - Chronisch kranke Personen

Aufgaben

- Testen symptomatischer Patient*innen
- Regelversorgung nach guter medizinischer Praxis, alle üblichen Aufgaben der hausärztlichen Allgemeinmedizin entsprechend den üblichen und pandemiebezogenen Hygieneregeln (inklusive ambulant betreute COVID-Erkrankte)
- Besonderer Fokus auf Chronic Care (Risiko-gruppen): antizipative Behandlungsplanung, Clearing hinsichtlich Weiterleitungsnotwendigkeit, Telekonsil

Ausstattung

- Testkapazitäten für symptomatische Patient*innen
- Einbindung aller Beschäftigten in systematische Testkonzepte für Health Care Workers
- Schutzausrüstung:
 - Transparente Bedarfserhebung
 - Beschaffungsstruktur für Schutzausrüstung mit individueller Anforderungsmöglichkeit
- Zutrittssteuerung:
 - Erstkontakt über hausärztliche Primärversorgung
- Informationsmanagement:
 - verbindliche Befundübermittlung
 - verbindliche Übermittlung von Testergebnissen anderer Teststellen

Regelversorgung

Wesentlich ist, dass alle Patient*innen eine adäquate Behandlung und Betreuung benötigen: Der jederzeitige und geplante Zugang zur adäquaten Betreuung muss gesichert sein.

- COVID-Patienten sind krank und brauchen Betreuung; das gilt insbesondere für bekannte Risikopatient*innen, aber auch Patient*innen ohne bekanntes Risiko erleiden Komplikationen. Mit der Beschränkung auf die Entscheidung über eine Testung ist es nicht getan; daher müssen Hausärzt*innen über getestete Patient*innen informiert werden: positiv getestete Patient*innen brauchen Monitoring und Behandlung, negativ getestete sind der differenzialdiagnostischen Abklärung zuzuführen.
- Andere Akuterkrankungen dürfen weder undiagnostiziert noch unbehandelt bleiben.
- Chronisch kranke Patient*innen benötigen so wie immer, aber auch als gegenüber COVID besonders vulnerable Personen, sorgfältige Führung und Betreuung.
- Alle anderen Versorgungsaspekte, wie zum Beispiel die Gesundheitsvorsorge, können nicht ohne Folgen über längere Zeit aufgeschoben werden.

Testung

Die Primärversorgung ist das „Krähennest“ des Gesundheitssystems: dort fallen symptomatische Patient*innen am raschesten auf, und auch die Zunahme eines Infektgeschehens insgesamt wird in der Primärversorgung am raschesten wirksam und damit erkennbar.

Die hausärztliche Primärversorgung muss damit Teil einer einheitlichen und transparenten Teststrategie werden. Testungen müssen – nach Möglichkeit als Point-of-care-Tests (sofort bei Verfügbarkeit geeigneter Testsysteme) – an Ort und Stelle abgenommen werden können, und wenn das nicht möglich ist, durch die Hausärzt*in unkompliziert veranlassbar sein.

Die hausärztliche Primärversorgung kann damit auch einen wesentlichen Beitrag zur ehestmöglichen Aufdeckung neuer Cluster leisten, nicht zuletzt, weil die vertraute Hausärzt*in für viele Menschen niedrigschwellig zugänglich ist.

Die Kenntnis der lokalen Epidemiologie kann, neben der Kenntnis der Patient*innen und der fachlichen Zuständigkeit, wertvolle Unterstützung bei der Testentscheidung liefern. ■