

## COVID ist anders

Diese Pandemie hat uns das Umdenken gelehrt. Es beginnt damit, dass wir alle wohl, nicht gedacht hätten, dass unsere sichere, bequeme westliche Welt so schnell und so gründlich erschüttert werden könnte.

**W**enig ist so, wie es einmal war, auch unsere Arbeit nicht. Nach dem Anfangsschock hat sich vieles gut eingespielt, anderes noch immer nicht.

Bisher waren wir es gewohnt, uns fast ausschließlich um individuelle Gesundheitsanliegen zu kümmern: Es zählte der einzelne Patient. Es ging um die Patientin, die vor uns saß. Keine Hausärztin, kein Hausarzt konnte sich wohl vorstellen, aus Angst um die eigene Gesundheit oder um die Gesundheit anderer Menschen Patienten abzuweisen: Wir sind Primärversorger und damit die erste Anlaufstelle. Für alle, die das möchten, mit jedem Anliegen.

Nun geht es aber nicht mehr nur um individuelle Erkrankungen, sondern um die Gesundheit und Funktionsfähigkeit der Gesellschaft: Wir haben es mit einer Pandemie, einer Seuche zu tun. Für gesunde Virusträger ist daher die öffentliche Gesundheitsvorsorge, also die Behörde, zuständig.

Kranke Menschen gehören aber weiterhin zum Arzt.

Mancherorts werden Patienten mit Krankheitszeichen abgewiesen, aus Sorge, diese könnten die Seuche über die Ordinationen verbreiten. Sie werden nicht mehr primär als kranke Menschen und gefährdete Individuen wahrgenommen, sondern als Virusträger und potenzielle Gefährder für ein Kollektiv.

Sie sind und bleiben aber beides – gleichzeitig. Und beides muss gleichzeitig wahrgenommen werden: der Patient und der Überträger.

Das gibt uns Primärversorgern eine erweiterte Rolle: Wir sind nicht nur für den Menschen vor uns zuständig, sondern

auch für den Schutz der Gesellschaft. Wir haben zusätzlich Public-Health-Aufgaben zu erfüllen.

Das bedeutet zweierlei:

Wir sind selbstverständlich als hausärztliche Primärversorger weiterhin (oder: wieder) für unsere kranken Patientinnen und Patienten zuständig. Wer sonst?

Wir sind auch dafür zuständig, aus diesen Patienten diejenigen herauszufiltern, die ihre Mitwelt anstecken und daher gefährden können.

Aus diesen beiden Zuständigkeiten ergibt sich eine Veränderung unserer Vorgangsweisen: Unsere bewährte Methode des abwartenden Offenhaltens funktioniert nur eingeschränkt. Erst wenn wir wissen, dass ein Patient mit suspekten Symptomen nicht das Virus trägt und weitergeben kann, ist ein Abwarten sinnvoll selbstverständlich nach Ausschluss eines Behandlungsbedarfes. Denn auch der geringfügig erkrankte Virusträger muss isoliert werden, seine Kontaktpersonen müssen ausgeforscht und ebenfalls isoliert werden. Der virusfreie Patient kann in seinen Beruf zurückkehren, sobald er kuriert ist, seine Kontaktpersonen bleiben unbehelligt.

Die Testung durch den Hausarzt erspart Quarantänetauge, überflüssige behördliche Meldungen, Ressourcen für Tracing und für Testteams sowie Angst und Unsicherheit für Betroffene und Angehörige. Und sie stellt sicher, dass kranke Menschen eine Behandlung bekommen; mit oder ohne COVID.

Testen in der Ordination ist sicher: Die Übertragung erfolgt im Wesentlichen über Tröpfchen, ein Teil über Aerosole. Beide sind gut kontrollierbar. Die Eintrittspforten sind Mund, Nase, Augen: die kann man ab-



© Foto Wilke

**Dr. Susanne Rabady**

Karl Landsteiner Privatuniversität,  
Kompetenzzentrum für  
Allgemein- und Familienmedizin

decken. Es gelten die allgemeinen Regeln: Abstand, Hygiene, persönliche Schutzmittel – das ist in jedem Fall die Maske, je nach Tätigkeit zusätzlich Kittel und Brille. Für Allgemeinpraxen und Warteräume braucht es selbstverständlich wirksame Konzepte, auch diese sind im Grunde nicht kompliziert und ergeben sich aus dem vorher Gesagten. Hinweise und Hilfen finden Sie in den nachfolgenden Tools in diesen ÖGAM-News und auf [www.kl.ac.at/coronavirus](http://www.kl.ac.at/coronavirus), oder unter [www.oegam.at](http://www.oegam.at).

Am schwierigsten ist die Sache mit dem Abstand. Die verlangt nach einem Termin- oder Nummernsystem, nach einem angemessenen Anteil Telemedizin und danach, dass die Wartezimmer frei bleiben von Menschen, die keinen direkten Arztkontakt brauchen – das muss aber auf jeden Fall geschehen. Das Fernhalten symptomatischer Patienten ist nicht nur medizinisch zu hinterfragen, es schützt auch nicht vor dem Einschleppen des Virus durch prä- oder oligosymptomatische Personen mit ganz anderen Beratungsanlässen. ■

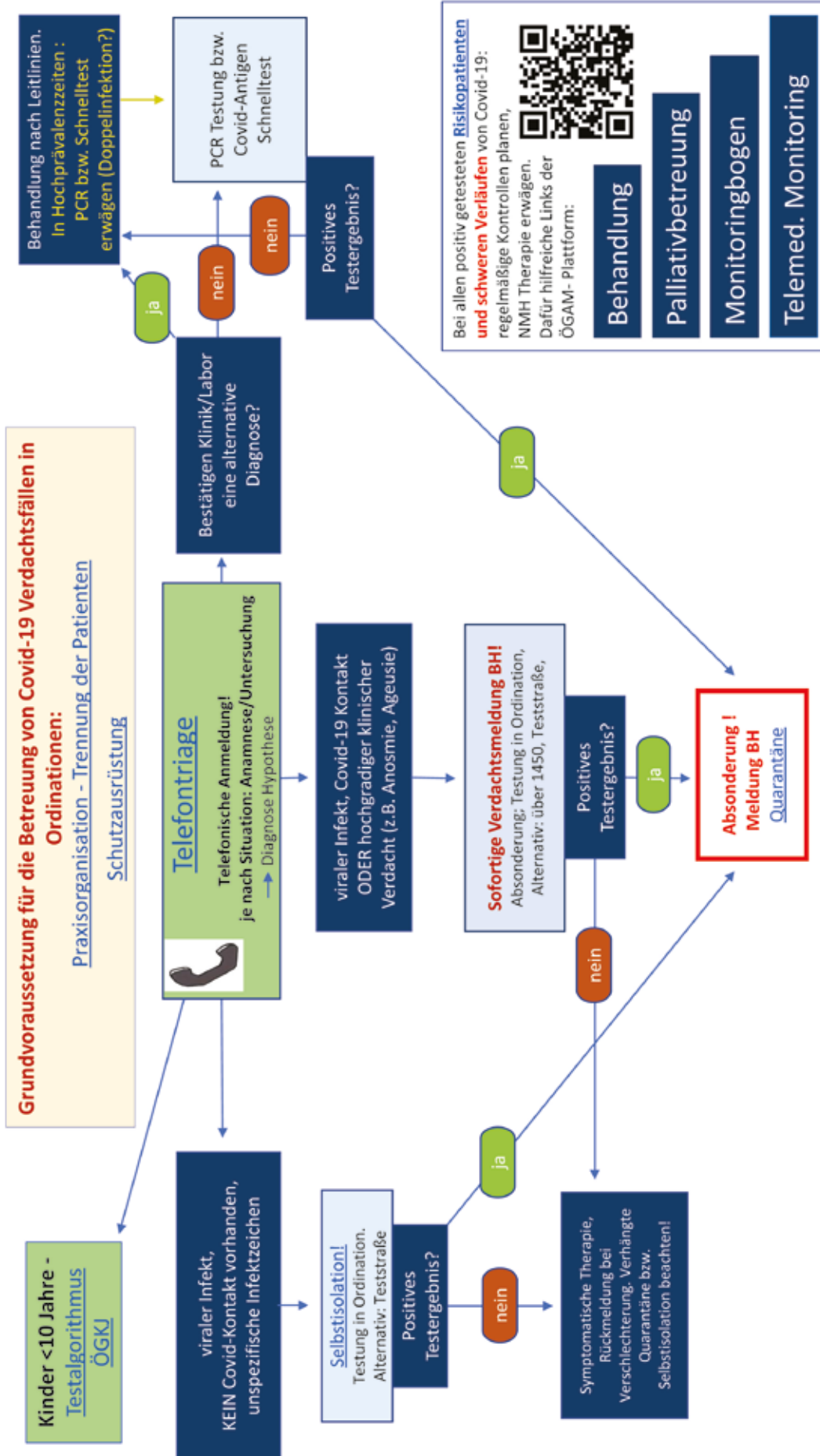
# Praxisorientierte Übersicht

Überblick: Tätigkeiten, Exposition und Schutzmaßnahmen					
Tätigkeit	Beteiligte	Standardsituation	Risiko	Potenzielle Exposition	Maßnahme [jeweils: mindestens]
Patientenempfang	Patient, Praxismitarbeiter	> 1 m Abstand, Gespräch in normaler Lautstärke, Kontakt über Gegenstände (Formulare, evtl. Geld, Bankkarten, E-Card), Kontinuierliche Kontaktzeit: < 15 min	Husten, Niesen	Tröpfchen, Gegenstände	MNS für alle Beteiligten, Mindestabstand 1 m. Gesichtsschutz bei Unterschreiten des Abstands. Trennwände (Glas oder Plexiglas) vorhanden: für Praxismitarbeiter keine weitere PSA erforderlich
Patientengespräch: Beratungsanlässe ohne Infektzeichen	Ärzt_in, Patient, Angehörige	> 1 m Abstand, Gespräch in normaler Lautstärke, evtl. Kontakt über Gegenstände (Formulare), Kontinuierliche Kontaktzeit: < 15 min	(plötzliches Husten, Niesen)	Tröpfchen, Gegenstände	Alle Beteiligten mit MNS, Mindestabstand 1 m, (bei längeren Gesprächen Intervall mit Lüften und MNS-Wechsel entsprechend der epidemiologischen Situation)
Untersuchung ohne Mund-Nasen-Region (keine Infektzeichen)	Praxispersonal, Patient	Abstand variabel je nach Region, bis < 1 m, Berührung von Haut/ Schleimhaut	Husten, Niesen, Sprechen	Tröpfchen, Haut	Praxispersonal FFP2, Patient MNS, bei Abstand < 1 m: Visier oder Brille, Handschuhe
Standarduntersuchung mit Mund-Nasen-Region sowie alle Patienten mit Infektzeichen	Praxispersonal, Patient, Praxismitarbeiter	Abstand < 1 m, Berührung von Haut/ Schleimhaut. Patient ohne MNS	Husten, Niesen, Sprechen, Ausatemluft	Tröpfchen, evtl. Aerosol, Haut/Schleimhaut	Praxispersonal FFP2, Visier oder Brille, Handschuhe. Auf Lautäußerungen während der Untersuchung („aah“) verzichten
Abstrichentnahme pharyngeal/nasopharyngeal	Praxispersonal, Patient	Abstand < 1 m, Berührung von Haut/ Schleimhaut Patient ohne MNS	Husten, Niesen, pot. starker Hustenstoß (Reflex)	Tröpfchen, evtl. Aerosol, Haut/Schleimhaut	Entnahme in geschlossenen Räumen: Behandler FFP2, Visier oder Brille, feuchtigkeitsdichter Mantel oder Schürze, Handschuhe; Abnahme im Freien oder Drive-in: chirurgische Maske und Handschuhe ausreichend
Behandlung (Venepunktion, Injektionen sc oder im, Wundversorgung, physiotherapeutische Maßnahmen, kl. Chirurgie u. ä.)	Praxispersonal, Patient	Abstand nach Versorgungsregion variabel bis < 1 m, Berührung von Haut/ Schleimhaut	Husten, Niesen	Tröpfchen, Haut/ Schleimhaut	Behandler_in FFP2 (+ Visier oder Brille, bei Abstand < 1 m) Patient MNS, Handschuhe
Notfallmaßnahmen	Praxispersonal, Patient	Abstand von Patient und Mitbehandlern < 1 m	Tröpfchen, Aerosol je nach Maßnahme (nicht planbar), Körperflüssigkeiten, Spritzer oder Benetzen		Behandler_in FFP2, Visier oder Brille, feuchtigkeitsdichter Mantel, Handschuhe, Haube
Labortätigkeiten	Praxispersonal	Hantieren, keine Tröpfchenbildung, Spritzer und Benetzung möglich		Blut und andere Körperflüssigkeiten (meist: Harn, ggf. Stuhl)	Visier oder Brille, Handschuhe

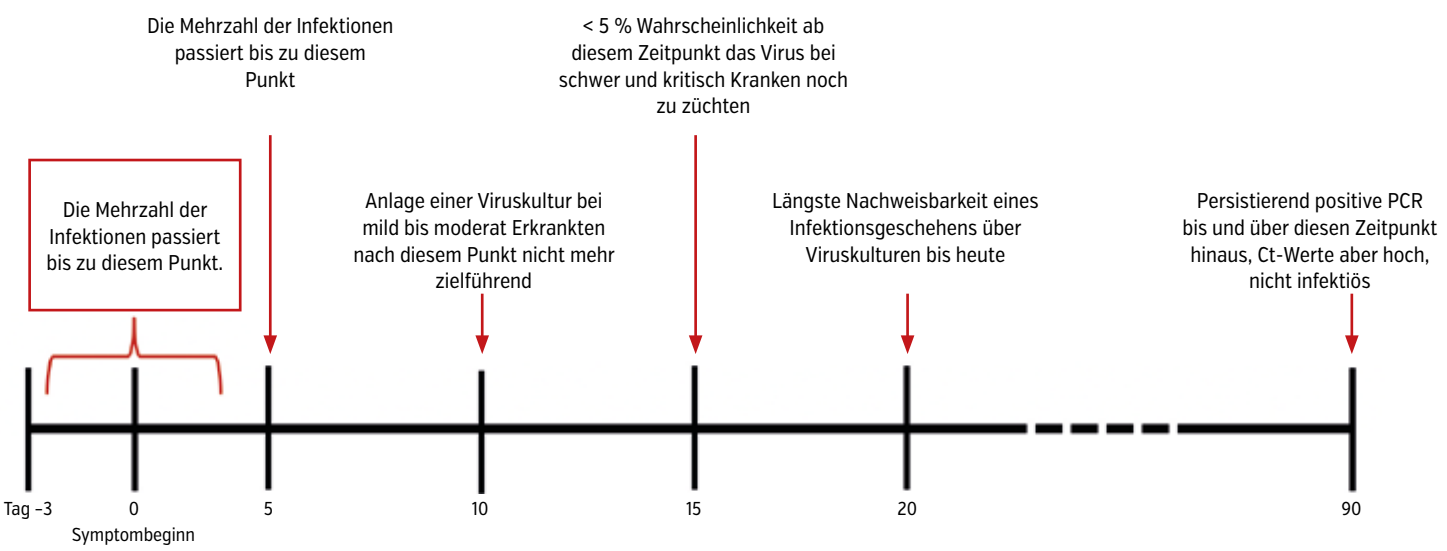
Diese Empfehlungen wurden von den vorhandenen internationalen Empfehlungen (s. ECDC) abgeleitet. Da es in Österreich noch keine bundesweiten Empfehlungen für die hausärztliche Primärversorgung gibt und im Rahmen des Epidemie-Gesetzes die Behörden weisungsgebend sind, können wir nicht gewährleisten, dass die behördliche, fallindividuelle Beurteilung, ob die durchgeführten Schutzmaßnahmen ausreichend (zur Verhinderung einer Quarantäne) waren, immer mit diesen Empfehlungen übereinstimmt!

Wir empfehlen, Standards für den Umgang mit Schutzausrüstung (Tragedauer, Aufbewahrung, Wiederaufbereitung) innerhalb der Praxen festzulegen und zu dokumentieren, inklusive einer Dokumentation der Unterweisung des Personals.

## Differentialdiagnostik unspezifischer Infekt Zeichen während der Covid-19 Pandemie



Übersicht zu Infektiosität			
	median	Max. Zeitraum	Kommentar
<b>Infektiosität</b> siehe Abbildung	-3 bis 5 Tage	-3 bis 20 Tage	Die Infektiosität hängt unter anderem auch von der Krankheitsschwere und Viruslast ab.
<b>Inkubationszeit</b>	5	2-14	
<b>RT-PCR: Test positiv</b>  (PCR negativ: Abnahme korrekt? Vortestwahrscheinlichkeit? Symptombeginn? Ggf. Testung wiederholen)	-3 bis 14 Tage	-3 bis 90+	Bei positiver PCR auf Ct-Wert achten, Ct-Wert > 30 = wahrscheinlich nichtinfektiös (90 % der PCR Tests ab Tag 14)
<b>Antikörper-Tests</b>			
Schnelltests (lateral Flow Assay)	nach Symptombeginn	Abstand < 1 m, Berührung von Haut/Schleimhaut Patient ohne MNS	Cave: Zertifizierung? keine Aussage über Immunität
ELISA, CLIA	sinnvoll	Abstand nach Versorgungsregion variabel bis < 1 m, Berührung von Haut/Schleimhaut	keine Aussage über Immunität, nur über stattgehabte Infektion
Neutralisationstest	NICHT für Akuttestung geeignet	Frühestens 14 Tage	Neutralisierende Antikörper geben Hinweis auf Immunität – wenige Labors (zum Beispiel MUW, MUI, AGES)
<b>Antigen-Tests</b> („AG-Schnelltests“)	nach Symptombeginn	Hantieren, keine Tröpfchenbildung, Spritzer und Benetzung möglich	Aktuelle Info unter <a href="http://kl.ac.at/coronavirus">kl.ac.at/coronavirus</a>



**Abbildung: Übersicht Infektiosität:** Die höchste Infektiosität besteht in den ersten Tagen, trotzdem ist eine Positivität der PCR über einen längeren Zeitraum möglich, allerdings die Anlage von Viruskulturen bei mild bis moderat Erkrankten ab 10 Tagen nicht mehr zielführend [also nicht mehr ausreichende Virusaktivität vorhanden, dafür ist der Ct-Wert entsprechend erhöht]. Antikörpertests sind erst ab Tag 15 nach Symptombeginn zur Feststellung einer abgelaufenen Infektion sinnvoll.

Literatur bei den Verfassern.