

Regelversorgung in Zeiten der Pandemie (LINK)

Herr Otto Motor, 72a, Adipositas, Nikotin- und Alkoholabusus, Z.n. 2x Herzinfarkt mit sekundärer ischäm. Kardiomyopathie und Herzinsuffizienz (HFrEF, NYHA III), COPD II ist seit Jahren ihr Patient. Normalerweise kommt er trotzdem in die Ordination seine Medikamente holen, durch die Pandemie erfolgte die Rezeptbestellung telefonisch, Sie haben ihn schon seit März nicht mehr gesehen.

Heute werden Sie von seiner Tochter angerufen, es geht ihm "so schlecht". In der näheren Anamnese mit ihr ergibt sich eine ausgeprägte Ruhedyspnoe seit dem Vortag sowie eine ausgeprägte Müdigkeit und Schwäche - er sei heute nicht einmal mehr "vernünftig aus dem Bett gekommen" und hat die Tochter angerufen, damit sie ihm zu Hilfe eilt. Der Blutdruck sei normal, Medikamente habe er genommen.

Was weiter?

- Aufgrund der Risikokonstellation des Patienten vereinbaren Sie eine Visite unmittelbar nach der Ordination - eine Einberufung erscheint aufgrund der klinischen Situation, Vulnerabilität und der eingeschränkter. Mobilität nicht sinnvoll.
- Sie nehmen die Ausrüstung für eine Covid-19 Testung (AG-Schnelltest, FFP2-Maske, Handschuhe, Brille, Schürze, PCR-Proberöhrchen) mit - Rationale: eine plötzliche AZ-Verschlechterung kann alles sein, Dyspnoe und Müdigkeit sind mögliche und relevante **Symptome einer Sars-Cov-2-Infektion (LINK)** - auch ohne Fieber oder sonstige Symptomatik

Der weitere Verlauf:

- In der genauen Anamnese ergibt sich, dass die Belastbarkeit seit Wochen langsam abnimmt. Seit 2 Tagen gibt es jedoch eine deutliche und rasche Verschlechterung.
- in der klinischen Untersuchung:
 - RR 118/72, HF 85/min, sPO2 98% arrhythmisch bei bek. VHFL.,
 - geringe Beinödeme, perk. basale Dämpfung bds., ausk. RGs im rechten Unterfeld sowie ein verlängertem Expirium unter etablierter inhalativer Therapie
- Der Sohn, welcher eine Woche zuvor auf Besuch war, wartet derzeit auf sein Covid-19 Testergebnis. Der Covid-19 Schnelltest des Patienten selbst ist negativ. Ein Labor wird von Ihnen abgenommen.
- Es findet sich anamnestisch kein Hinweis auf einen anderen akuten Infekt oder ein akutes kardiales Event, die Beinödeme seien schon seit "längerem" vorhanden.
- Es gelingt den Pat. auf die Waage zu stellen, hier ist eine Gewichtszunahme zu verzeichnen. In Folge der Anstrengung eine Herzfrequenz von 140/min arrhythmisch, rasch rückläufig - die OAK wurde eingenommen.

Es bleibt die Arbeitshypothese kard. Dekompensation

Sie forcieren die Diurese (Spironolacton und Torasemid ist als Dauermed etabliert, Torasemid wird gesteigert) und vereinbaren ein **telefonisches Monitoring (LINK)** sowie tgl. Gewichtskontrollen.

Nach 3 Tagen hat der Patient 3,5kg abgenommen, die Dyspnoe und die Müdigkeit sind aber nur gering gebessert, die Belastbarkeit bleibt reduziert auf NYHA IV. Laborchemisch findet sich kein Hinweis auf ein Infektgeschehen, BNP ist bei stabiler Nierenfunktion im Vergleich deutlich erhöht. Eine fachärztliche Kontrolle inkl. Echokardiographie erscheint notwendig - und das eher rasch. Das hausärztliche Netzwerken ist gefragt.

Zu Zeiten von Covid-19 triagieren viele Krankenhäuser ihre Patient_innen zentral, dieser Patient ist aus der **Hochrisikogruppe (LINK)** - es empfiehlt sich also ein "direktes Einschleusen" bei einem Facharzt oder in einer Fachambulanz, ohne den Pat. einem erhöhten Expositionsrisiko in diversen Wartezonen auszusetzen. Der durchgeführte negative AG-Schnelltest sollte auch dies deutlich erleichtern. Eine direkte Kontaktaufnahme mit betreuenden Kardiolog_innen ist in diesem Zusammenhang sicherlich sinnvoll - **auf jeden Fall sollte vermieden werden, den Patienten ohne Ankündigung in eine weitere Versorgungsebene zu schicken.**

Positiver Vorreiter ist hier z.B. die Möglichkeit des TeleKard-Konsils in Niederösterreich.

Das TeleKard-Konsil:

Kooperation, Kreativität und Flexibilität – kurz: Kernkompetenz gelebter Allgemeinmedizin

Nach der Fastnormalität der Sommermonate und mittlerweile zur Gewohnheit gewordenen Vorkehrungen zum sicheren Praxisbetrieb sind erneut Engagement und Kreativität gefragt. Als unterstützendes Praxistool zur Versorgung Ihrer kardiologischen Patienten möchten wir Ihnen das TeleKard-Konsil vorstellen:

In Niederösterreich wurde ein strukturierter Konsiliardienst ins Leben gerufen¹. Patienten mit sämtlichen Fragestellungen aus der Kardiologie, wie Herzinsuffizienz, Rhythmologie, KHK u.a. können telefonisch zu fixierten Zeiten an der Klinische Abteilung für Innere Medizin 3 des UK St. Pölten, vorgestellt werden. Die Konsultation findet zwischen Hausarzt_in und Spezialist_in statt, eventuell im Beisein der Patient_in in der Hausarztpraxis. Ihre erhobene Anamnese und klinische Einschätzung, die samt weiteren Befunden vorab per Fax übermittelt werden können, dienen als Grundlage des Konsils, das in einem Telefonat die weitere diagnostisch-therapeutische Vorgehensweise im kollegialen Diskurs erörtert.

¹ Eine Kooperation der Klinischen Abteilung für Innere Medizin 3 des Universitätsklinikums St. Pölten (Priv.Do. Dr. Deddo Mörtl), des Kompetenzzentrums für Allgemein- und Familienmedizin der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems und der Niederösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (verantwortlich: Dr. Benedikt Hofbaur, Arbesbach)

Das TeleKard-Konsil ist

- sicher für den Patienten, da nicht notwendige Sozialkontakte reduziert werden
- Praktisch und zeitsparend, da kurzfristige Termine möglich sind
- Ressourcenschonend und schützt kritische Infrastruktur durch Verringerung von Präsenz-Patientenkontakten
- Nützlich für den Hausarzt als verlängerten Arm der spezialisierten Medizin
- Hilfreich für den Patienten, dem zeitgleich sein Vertrauensarzt wie auch der Spezialist zur Verfügung steht

Alle Informationen zum TeleKardKonsil Niederösterreich für niedergelassene Hausärzte finden Sie unter

<https://noegam.at/>

Informationen zur Coronahomepage der KLPU unter

<https://www.kl.ac.at/allgemeine-gesundheitsstudien/allgemein-und-familienmedizin>