

# Leben mit Covid-19: Konzept für die hausärztliche Primärversorgung (ÖGAM Juni 2020)

## Zusammenfassung

1. Die hausärztliche Versorgung spielt die wesentliche Rolle in der Grundversorgung der Patienten während einer Epidemie und hat zuletzt viele Kollateralschäden verhindert, daher muss sie in Zukunft gestärkt werden
2. Die Zutritts- und Basisversorgungsebene im Gesundheitssystem sollte durch eine hausarztzentrierte Versorgung sichergestellt werden. Um effizient (auch ökonomisch) agieren zu können, bedarf es einer massiven politischen Unterstützung der Ausweitung des diagnostischen und therapeutischen Angebotes in der fachärztlich-allgemeinmedizinischen Versorgung, was auch zu einer Entlastung der weiteren Ebenen des Gesundheitssystems führt
3. Die Kommunikation zwischen Ämtern, Behörden und den Hausärzten muss vereinheitlicht, strukturiert und transparent werden, damit Hausärzte ihrer Versorgung von Patienten vollumfänglich gerecht werden können
4. Hausärzte spielen die wesentliche Rolle bei der Erstbeurteilung von Infektsverdachtsfällen und v.a. aber der weiteren ärztlichen Betreuung aller Patienten und sollten daher federführend in die Entscheidungsprozesse zur Testung eingebunden werden, unterstützt durch reine Teststellen wie 1450 und ggf. auch andere Testorganisationen (Drive-Ins). 1450 garantiert keinerlei ärztliche Behandlung oder Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patienten außerhalb des COVID-19 Verdachts.

## Fazit aus Phase I

Die primären Ziele wurden erreicht (Vermeidung von Verschleppung der Infektion ins/im Gesundheitssystem; Verhinderung der Überlastung von Intensivstationen). Folgen waren im Gesundheitsbereich ein weitgehendes Aussetzen von akuter und elektiver Regelversorgung. Ursache des Erfolgs waren der Lockdown und die (daraus resultierende) kurze Dauer des Ausnahmezustands, die ein Überhandnehmen der Kollateralschäden verhindert haben.

**Ein neuerlicher Lockdown soll nicht mehr stattfinden. Daher muss eine nachhaltige Strategie entwickelt werden: eine anhaltende Zugangsbeschränkung zur Gesundheitsversorgung ist nicht verantwortbar.** Ein „Leben mit Covid-19“ über (zumindest) viele Monate wird auch für das Gesundheitssystem das realistische Szenario.

Daraus ergeben sich folgende Herausforderungen für das Gesundheitssystem:

- Verhinderung größerer Ausbrüche: rasche Identifikation neuer Fälle und Verhinderung der Verbreitung (Testen – Tracken – Isolieren).
- Aufrechterhalten einer funktionierenden Regelversorgung unter Beachtung des Schutzes vor Infektion bei Kontaktpersonen UND dem medizinischen Personal.

## Teil 2: Strategie aus Sicht der Primärversorgung

### Rahmenbedingungen

Ca. 70 Mio Patientenkontakte<sup>1</sup> pro Jahr werden in der hausärztlichen Primärversorgung derzeit abgewickelt, etwa 15-20% davon aufgrund von Symptomen, die auch auf Covid zurückzuführen sein können<sup>2</sup>. Mit saisonalen Häufungen ist zu rechnen. Dazu kommen Kontakte, die derzeit bei Fachärzten und in Ambulanzen abgewickelt werden, und wegen der Infektionsgefahr dort vermieden werden sollten, also zumindest zum Teil in der Primärversorgung zusätzlich anfallen. 80 – 90% der Kontakte können in der hausärztlichen Primärversorgung abschließend behandelt werden (internationale Zahlen).

Die Entscheidung zu einer Zutrittssteuerung zum Schutz des Gesundheitssystems hat sich grundsätzlich als richtig erwiesen. Die Steuerung sollte in Hinkunft jedoch nicht in Form einer mit Gesundheitsrisiken einhergehenden Behinderung des Zutritts erfolgen, sondern niedrigschwellig und qualitätsorientiert nach international erfolgreichen Vorbildern (Dänemark, Deutschland) als „hausarztzentrierte Versorgung“.

### Funktion und Aufgaben

Anforderung	Maßnahme	Begründung
<u>Zugang zur adäquaten Betreuung für alle Patient*innen:</u>  hinsichtlich aller gesundheitlicher Belange: Infektionskrankheiten, andere akute und chronische Krankheiten, psychosoziale Anliegen, Vorsorge	<b>Niedrigschwelliger Zugang und umfassende Versorgung über hausärztliche Primärversorgung (zu jeder Zeit – Ausmaß und Methodik angepasst an die jeweilige epidemiologische Situation)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Covidpatient*innen sind krank und brauchen Betreuung, das gilt insbesondere für bekannte Risikopatienten, aber auch Patient*innen ohne bekanntes Risiko erleiden Komplikationen</li> <li>- Andere Akuterkrankungen dürfen weder undiagnostiziert, noch unbehandelt bleiben</li> <li>- Patient*innen mit chronischen Krankheiten brauchen kontinuierliche Betreuung</li> </ul>

<sup>1</sup> 56 Mio nur GKK, hochgerechnet aus Erfahrungswerten auf alle Kassen.

<sup>2</sup> Fink W, Kasper O, Kamenski G. Gesundheitsstörungen und Fälleveteilung in zwei allgemeinmedizinischen Praxen unter dem Aspekt unterschiedlichen Kodierens. Wien Med Wochenschr (2017) 167:320–332 DOI 10.1007/s10354-017-0567-1

<p><u>Schutz für Patient*innen und Gesundheitssystem :</u></p> <p>Organisationskonzept in den Praxen, technisch-administrative Voraussetzungen:</p> <p>Nicht essenzielle Kontakte mit weiterführenden Ebenen im Gesundheitssystem reduzieren</p>	<p><b>Hygienische und organisatorische Standards:</b> klare Ziele, flexible Methoden). Beibehalten von Telekontakten und Infektionssprechstunden, persönliche Schutzausrüstung, physische Distanzierung</p> <p><b>Filtern der nötigen Patientenkontakte durch hausärztliche Primärversorgung: Leitung und Steuerung („Hausarztzentrierte Versorgung“).</b></p>	<p>Schutz von Patient*innen und Health Care Workers vor Infektion (und Quarantäne)</p> <p>Schutz der weiterführenden Ebenen vor Verbreitung der Infektion und vor Überlastung durch gezielte, strukturierte Zuweisung</p>
<p><u>Frühe Identifikation von C-19 Neuinfektionen</u> („Clusterfrüherkennung“)</p>	<p><b><u>Integration der hausärztlichen Primärversorger in eine Teststrategie (Indikationsstellung bzw. Testung in Ordinationen),</u></b> geregelter Kooperation mit Behörde hinsichtlich Tracing und Isolation (gegenseitige Information)</p>	<p>Es gibt keine objektiven klinischen Parameter zum Ausschluss einer Covid Erkrankung. Algorithmen sind für die Testentscheidung nicht ausreichend. Spezifische hausärztliche Skills. (Kontinuität in Beobachtung und Kenntnis der Patient*innen, generalistische Kompetenz und Mustererkennung), niedrigschwelliger Zugang, vertrauensvolle, angstfreie Beziehung fördert die Früherkennung neuer Cluster.</p>

<p>Ergänzung der hausärztlichen Primärversorgung durch Parallelstrukturen</p>	<p><b>1450 :</b></p> <p><b>"traditionelle" Funktion des Call Center für Dispatching</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organisation der Testung bei fehlendem Zugang zu hausärztlicher Versorgung (incl. der Zuführung zu geeigneter ärztlicher Hilfe!)</b></li> <li>- <b>Organisation der Testung für Hausarzt*innen, die nicht selbst testen</b></li> <li>- <b>Notfallplan für Hochprävalenzzeiten: Visitendienste, Infektionsambulanzen.</b></li> </ul>	<p>Die österreichische hausärztliche Primärversorgung ist nicht lückenlos und flächendeckend gegeben, Strukturschwächen werden hier sichtbar: Hausarztmangel, fehlender Versorgungsauftrag, uneinheitliche Landesregeln.</p>
---	---	--

Alle Maßnahmen müssen flexibel und gezielt entsprechend der epidemiologischen Situation gehandhabt werden

**Impressum:**

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

Alser Straße 4 UniCampus 1.17

A-1090 Wien

[office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)

ZVR-Zahl: 112715314

Für den Inhalt verantwortlich: Susanne Rabady

Version: 2020-08-04