

# Telemedizin zu Zeiten von COVID-19

COVID-19 hat zu einer raschen und massiven Änderung im Praxisalltag geführt - die Betreuung der Patienten mit möglichst wenigen persönlichen Kontakten und ausreichendem Followup stellt die Allgemein-und Familienmedizin weltweit vor eine große Herausforderung.

Prinzipielles zur telemedizinischen Konsultation

Vorbereitung auf die Konsultation

Technische Fallstricke:

Gesprächseröffnung:

Grundlegende Fragen:

Spezielle Problematik der Differenzialdiagnostik infektiöser Erkrankungen während der Covid-Epidemie

Patient mit nicht-zugeordneten Zeichen einer Infektion:

Positiv getestete Patient\_innen/**hochgradiger klinischer Verdacht auf COVID-19**

Spezielle Hinweise zur Beurteilung der respiratorischen Situation (link zum Dokument)

weitere relevante Fragen/Gesprächsabschluss:

Literatur:

## Prinzipielles zur telemedizinischen Konsultation

Als "telemedizinische Basis" ist das Telefonat und die telefonische Beratung als einfachste Form gut etabliert und bietet einfache und niederschwellige Möglichkeit, mit den Patient\_innen in Kontakt zu bleiben.

Voraussetzung ist, dass der/die Patient\_in mit dem Vorgehen einverstanden und technisch, sensorisch und kognitiv dazu in der Lage ist.

- Folgen Sie den gleichen Kommunikationsregeln, die auch für die Präsenzkonsultation gelten.
- Es sollte daran gedacht werden, dass diese Kommunikationsform für manche Patient\_innen ungewohnt ist, daher ist es wichtig, zu prüfen, ob Patient\_innen ihr Anliegen vollständig vorbringen konnten, und sie sich verstanden fühl(t)en - und Sie auch gut verstanden haben.

**Geeignet scheinen nach bisherigen Erfahrungen z.B.:**

- Milde Verlaufsformen oder z.B. eine allgemeine Beratung zu COVID-19,

- Erste Anamnese zu sämtlichen Beratungsanlässen
- Beratung und Behandlungsvorschlag bei eindeutigem Beratungsergebnis
- Follow up bzw. Befundbesprechungen in unkomplizierten Situationen
- administrative Tätigkeiten (Rezepte, tel. Krankmeldung...)

Es ist jedoch eine gezielte Entscheidung über das weitere Prozedere notwendig (Videokonferenz ja/Nein, Ordination/Visite ja/nein, wenn ja - in welchem Zeitraum?)

Eine Erweiterung des Telefonats hin zu einer Videokonsultation kann in manchen Situationen hilfreich sein:

- Die Situation ist am Telefon schwer oder nicht beurteilbar
  - klinischer Zustand
- Schlechte Verständlichkeit am Telefon
  - Zugewinn durch visuelle Komponente in der Videoübertragung
- Anspannung/Panik/Angstzustände

Datenschutzrechtliche Aspekte sollten hierbei unbedingt berücksichtigt werden.

Eine entsprechende **Dokumentation** jeder telemedizinischen Konsultationen ist wie bei jeder anderen Konsultation notwendig und dient auch dem Selbstschutz.

Trotz COVID-19 Epidemie gilt, dass persönliche Kontakte, die für Beurteilung, Behandlung und Betreuung notwendig sind auch stattfinden sollen. Sie können und sollen unter entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen stattfinden.

- Achten Sie auf notwendige Maßnahmen - [Schutzausrüstung](#) und [Praxisorganisation](#)
- Bei Unsicherheiten kontaktieren Sie bitte unseren Helpdesk [covidhelp-ogam@kl.ac.at](mailto:covidhelp-ogam@kl.ac.at)

## Vorbereitung auf die Konsultation

- Krankengeschichte bereithalten
- Risikofaktoren für einen schwereren COVID-19-Verlauf?
- Chronische Erkrankungen und häufige Komplikationen?
- Wichtige Parameter vorhanden und aktuell? (Gewicht bzw. BMI, Nikotinanamnese...)
- Hinweis auf Betreuungslücke? (letzter Kontakt sehr lange her? fehlende Befunde?)
- Aktuelle Telefonnummer vorhanden? - falls es technische Probleme gibt, kann ein Anruf zur Klärung notwendig sein

*optimal: Schauen Sie, ob Sie 2 Bildschirme an ihrem Arbeitsplatz verwenden können oder - sollten Sie das Handy für eine Videokonsultation benutzen - Sie ein Headset verwenden und das Handy gut positionieren (z.B. Halterung/"Stativ") - die Bildübertragung ist ruhiger (kein Wackeln) und Sie haben so die Möglichkeit, während dem Gespräch Maus und Tastatur zu bedienen, können in der*

*Krankenakte nachlesen oder aber "on time" mitdokumentieren ohne das die Gesprächsqualität leidet.*

## Technische Fallstricke:

- Je besser die audiovisuelle Qualität der Videokonsultation, desto "realer" bzw. klarer ist diese (und desto weniger Zeit und Information geht dadurch im Gespräch verloren)
  - Fragen Sie nach Bild und Ton - "Verstehen Sie mich gut? Sehen Sie mich gut? Gibt es eine Verzögerung?" (Anpassung Mikrofonlautstärke möglich?)
  - Überprüfen Sie, ob Sie die Patient\_innen gut hören/sehen
  - Ruhige Umgebung? ausreichende Beleuchtung?

*Bei einer Videokonsultation ist eine klinische Untersuchung über die visuelle Prüfung hinaus praktisch unmöglich und jedenfalls stark von den Lichtverhältnissen und Übertragungsqualität abhängig. Falls notwendig, testen Sie, ob eine weitere Lichtquelle die Bildqualität verbessert - Lampen trotz Tageslicht, Jalousien oder Vorhänge, Schreibtischbeleuchtung, Handy-/Taschenlampe zum Beleuchten des Oropharynx etc.*

**Wenn eine Untersuchung sich als notwendig zur Beurteilung herausstellt, muss ein Präsenzkontakt ermöglicht werden, es darf nicht darauf verzichtet werden!**

## Gesprächseröffnung:

- Falls Sie Patient\_innen nicht kennen, überzeugen Sie sich von der Identität (Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer)

*Im Normalfall wurden die persönlichen Daten von der Ordinationsassistentin bereits aufgenommen und ein erstes Mal geprüft*

- Bei Videokonsultation: Prüfen Sie damit gleichzeitig die audiovisuelle Qualität
- Reden Sie - wenn möglich - mit den Patient\_innen direkt.
- Wenn der Kontakt mit den Patient\_innen direkt nicht möglich ist: Sprechen Sie wenn möglich immer mit EINER Personen, die den/die Patient\_in derzeit unmittelbar betreut oder die bereits im Vorfeld bevollmächtigt (z.B. zur Befundauskunft und Rezeptabholung) bzw. mit der Krankengeschichte vertraut war.
  - Ansonsten: bei kontaktfähigen Patient\_innen zumindest eine mündliche Einverständniserklärung einholen.

## Grundlegende Fragen:

- Gezielte Anamnese - sorgfältige Abwägung und Evaluation des weiteren Abklärungsbedarfs

*Zur Objektivierung von Befindlichkeit und Schmerzen (zu Dokumentationszwecken oder bei schwieriger Einschätzbarkeit) können Zahlenskalen helfen z.B. EQ-5D VAS ("ihr heutiger Gesundheitszustand) oder die Visual Analogue Scale (VAS bei Schmerzen)*

- Beobachten Sie Atmung, Körpersprache und Tonfall. Wirken die Patient\_innen gestresst?
- Gibt es Zeichen einer Verwirrtheit oder Vigilanzminderung?

*"Basischeck Orientierung": Fragen Sie nach dem Aufenthaltsort (wahrscheinlich meist zu Hause), nach dem Datum und nach Betreuungspersonen*

- Fragen Sie, was der/die Patient\_in gerade erst getan hat (Alltagsaktivität) - waren Sie gerade im Bett oder im Wohnraum unterwegs?

Bei Beratungsanlass Infektionskrankheit wird [eine strukturierte Symptomerfassung](#) empfohlen

*Wichtig: wenn es Hinweise auf eine andere mögliche Ursache als COVID-19 gibt, muss diesen entsprechend nachgegangen werden!*

**Bei allen anderen Beratungsanlässen:** sorgsame Evaluierung und Vorgehen wie bei Präsenzkonsultation incl. Dokumentation

*Achten Sie auch beim Monitoring von Nicht-COVID-19-Fällen auf eine strukturierte Dokumentation (z.B. Vitalparameter - Blutdruck, Puls, BZ, Gewicht etc.) mit Datum und Uhrzeit*

## Spezielle Problematik der Differenzialdiagnostik infektiöser Erkrankungen während der Covid-Epidemie

Patient mit nicht-zugeordneten Zeichen einer Infektion:

- z.B.: Evaluation der Symptomatik anhand des [ärztlichen Fragebogens](#) zur strukturierten Symptomerfassung, dient auch der Dokumentation
  - Tipp: fragen Sie **sehr genau** nach dem **Erkrankungsbeginn** - eventuell gab es initial nur sehr diskrete Symptome. Diese Information ist zur Einschätzung der "gefährlichen Phase" von hoher Relevanz,
- Evaluation des Basisrisikos ebd.

- Bei V.a.COVID-19 Veranlassen der Testung..
- Beginn des [Monitoring](#) bis zum Einlangen des Testergebnisses und Fortführung des Monitorings bei bestätigter Erkrankung in strukturierter Form
- Bei jeder Konsultation neuerliche Entscheidung über das zu wählende Vorgehen
  - Testergebnis Negativ: bei starkem klinischem Verdacht: Monitoring wie bei COVID-19 wird empfohlen, je nach Verlauf eine zweite Testung veranlassen
  - Positives Testergebnis: s. nächster Absatz
- Achten Sie auf [red Flags](#)

#### Positiv getestete Patient\_innen/**hochgradiger klinischer Verdacht auf COVID-19**

- Verwenden Sie den [Monitoringbogen](#) (gleichzeitig Dokumentation)
- Festlegen der Intervalle nach individueller Situation:
  - bei Vorliegen auch nur eines Risikofaktors: tgl. Kontakt jedenfalls empfohlen
  - enge Intervalle werden auch zwischen Tag 6 und 12 nach Erkrankungsbeginn empfohlen, da es typischerweise zu dieser Zeit zu den bekannten fulminanten Verläufen kommt.
- Bei Auftreten von red flags oder anderen Hinweisen auf ein Entgleisen der Situation (siehe [Selbstmonitoringbogen](#): persönlicher Kontakt in voller [Schutzausrüstung](#))

*Wichtig: COVID-19 kann derzeit nur dann ausgeschlossen werden, wenn eine eindeutige Identifikation einer anderen Ursache möglich ist. (andere Ursachen für Fieber - z.B. Pyelonephritis, Cholezystolithiasis, Appendicitis etc. und auch Ursachen anderer berichteter Symptome)*

## Spezielle Hinweise zur Beurteilung der respiratorischen Situation

**Eine gute klinische Anamnese ist durch kein Tool ersetzbar!**

Die respiratorische Situation lässt sich im Telemonitoring über folgende Kennzeichen einschätzen (s.[Monitoring](#)) :

- Wenn irgend möglich, sollte ein Pulsoxymeter die Objektivierung unterstützen (ev. leihweise aus der Ordination oder durch Patienten besorgen lassen, Werte durchgeben lassen) - die möglichen Anwender-Limitationen sind hier zu beachten. Ggf. ist eine Überprüfung des richtigen Handlings mittels Videokonsultation möglich.

- Subjektives Empfinden des Patienten – Veränderungen? (v.a. bei kurzen Belastungen - z.B. 1-2 min flottes Gehen oder Stiegensteigen)
- Sprechpausen? Zählen bis 30 möglich?

Als Cut-off für die Hospitalisierung gilt aufgrund der veränderten Situation derzeit ein auf < 95% sinkendes pO<sub>2</sub> !

Die verschlechterte respiratorische Situation ist dringlicher Indikator für eine Einweisung ins Krankenhaus, selbstverständlich ist hier aber: es zählt das klinische Gesamtbild, nicht die respiratorische Situation alleine – gibt es Limitationen der telemedizinischen Beurteilbarkeit der respiratorischen Situation oder weitere Faktoren bzw. Hinweise einer Verschlechterung, dann ist auch eine augenscheinlich zufriedenstellende respiratorische Situation bedeutungslos.

## Literatur:

Trisha Greenhalgh - [Video-Consultation: A Guide for practice](#) - (16.04.2020, 11:09)

Trisha Greenhalgh, Koot Kotze and Helene-Mari Van Der Westhuizen:

[Are there any evidence-based ways of assessing dyspnoea \(breathlessness\) by telephone or video,](#)

Trisha Greenhalgh: Should de Roth Score be used in the remote Assessment of Breathlessness:NO <https://www.cebm.net/covid-19/roth-score-not-recommended-to-assess-breathlessness-over-the-phone/>]

Greenhalgh Trisha, Koh Gerald Choon Huat, Car Josip. Covid-19: a remote assessment in primary care BMJ 2020; 368 :m1182

[Grafische Auflösung](#)

### **Metadaten:**

*Autorin: Wendler*

*Review: Rabady, Dolcic*

*letzte Änderung: 10.05.2021*