

Was ist mit der Medizin los?

Als scheidender Präsident einer wissenschaftlichen Gesellschaft und als Hausarzt am Ende seiner Berufslaufbahn irritiert mich die Entwicklung innerhalb der Medizin.

Ich erlebe in meinem Umfeld bei nicht wenigen Kolleg:innen einen Aktionismus gepaart mit einem Dilettantismus, der erschreckend ist, das zieht sich durch alle Fächer und nützt weder den Patient:innen noch dem System.

Was können mögliche Ursachen sein?

Durch die zunehmende Spezialisierung kommt es zu einem Verlust des Gesamtverständnisses, es werden nur noch Teilbereiche gesehen. Möglicherweise sind auch viele Kolleg:innen mit der Komplexität in manchen Situationen überfordert, und das führt zu einem einfachen, eindimensionalen Denken, das dem Menschen oft nicht gerecht wird.

Die Ausbildung wird dem auch nicht gerecht. Sie gestaltet sich sehr techniklastig, man klammert sich an Befunde und vergisst, den Menschen mit all seinen Symptomen und Bedürfnissen wahrzunehmen. Es wird zu wenig klinisch untersucht und zu wenig kommuniziert. Der berühmte, vor kurzem verstorbene Kardiologe Bernard Lown schreibt in seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“, dass die Anamnese und die körperliche Untersuchung 90 % der Diagnose ausmachen. Alle Laboruntersuchungen und bildgebenden Verfahren sind zum großen Teil Bestätigung einer klinischen Diagnose. Solche Betrachtungsweisen werden heute nicht mehr gelehrt und gelernt.

Ich erlebe, dass Gelenke – auch von Orthopäd:innen – nicht mehr untersucht werden, man verlässt sich ausschließlich auf MRT-Bilder und schaut lieber mit einer Arthroskopie in Gelenke hinein, als sie klinisch zu untersuchen. Ich habe einige Pes-anserinus-Tendinopathien erlebt, die nicht diagnostiziert wurden, aber es wurde eine Arthroskopie gemacht, ohne die Beschwerden zu lindern. Das kostet Geld, Ressourcen und schadet der Gesundheit. Mit einer einfachen, billigen Injektion wäre den Patient:innen besser geholfen worden.

Es gibt nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch unter der Ärzt:innenschaft eine zunehmende Wissenschaftsskepsis. Das gipfelt darin, dass nicht wenige Ärzt:innen in Österreich zu Zeiten der Coronapandemie die Impfung ablehnen sowie diese den Patient:innen sogar ausreden und dafür ohne wissenschaftliche Evidenz Ivermectin, Vitamine und Zink verschreiben.

Dazu kommt, dass sich Ärzt:innen anscheinend mehr in populärwissenschaftlichen Zeitschriften als in seriösen wissenschaftlichen Journalen informieren, und einige Ärzt:innenpraxen haben den Charakter eines Verkaufstandes für Nahrungsergänzungsmittel. Ein Beispiel ist das Vitamin D, die neue Wunderwaffe gegen fast „alles“. Es werden in großem Ausmaß Vitamin-D-Spiegel gemessen, ohne klare Evidenz für eine konkrete Aussage zu haben, und vielen, auch ganz jungen Menschen wird eine Vitamin-D-Substitution verordnet. Ich sah als junger Arzt alte Röntgenaufnahmen, die nach dem Krieg gemacht wurden, bei denen rachitische



Dr. Christoph Dachs

Allgemeinmediziner, Salzburg,
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

Veränderungen als Ausdruck eines echten Vitamin-D-Mangels zu sehen waren. Diese sehen wir nicht mehr.

Wie können wir das verändern?

Die wichtigste Maßnahme ist die Qualität der Ausbildung. Die ist in Österreich nach wie vor in einigen Bereichen sehr schlecht, junge Ärzt:innen bekommen in ihrer Ausbildung kein klares Ausbildungskonzept (obwohl es das gäbe!), Rasterzeugnisse werden ungefragt abgezeichnet und Jungärzt:innen lieber zu Routineaufgaben verdonnert, statt sie an die Hand zu nehmen und durch die Ausbildung zu leiten. Die Verantwortung und das Selbstbewusstsein der Jungärzt:innen für ihre ärztliche Tätigkeit gehört gestärkt. Wir verunsichern sie lieber, indem wir ihnen eintrichtern, alles zu untersuchen und alles abzeichnen zu lassen, um nicht vor dem Richter zu landen, statt ihnen den Umgang mit Unsicherheiten zu lehren und patient:innenorientierte, ▶

individuelle Entscheidungen zu treffen sowie mit den Patient:innen zu kommunizieren – mit gutem (Ge-)Wissen können wir auch unser Handeln gut begründen.

Die Fortbildung muss verbessert werden und noch mehr verpflichtend sein. Vor allem brauchen wir eine unabhängige Fortbildung, die meisten Fortbildungen werden immer noch von der Pharmaindustrie gesponsert. Ich habe keine Berührungängste mit der Pharmaindustrie, sie ist uns ein wichtiger Partner. Allerdings unterliegt sie ganz klar wirtschaftlichen Interessen, das muss uns bewusst sein, und dementsprechend sollten wir auch den Umgang mit ihr gestalten.

Es braucht auch Rahmenbedingungen, die uns eine gute Medizin machen lassen, das heißt, wir müssen den Druck herausnehmen, Konzepte überlegen, wie wir aus der „Hamsterradmedizin“ herausfinden. Die Kultur des Patient:innengesprächs und des Umganges mit den Patient:innen gehört verbessert, wir sind als Ärzt:innen nicht nur simple Dienstleistende und Erfüllungsgehilfen eines restriktiven Systems.

Es ist so viel Ineffizienz im Gesundheitssystem, die Patient:innen werden im Kreis geschickt, es werden so viele unnötige Untersuchungen angeschafft, und es wird viel Geld vergeudet. Ich glaube daran, dass man es besser machen kann, sowohl hinsichtlich der Qualität der Versorgung als auch hinsichtlich des effizienten Einsatzes der Mittel. Viel Frustration – vor allem der jungen Kolleg:innen – entsteht auch, weil sie genau das wahrnehmen.

Ungeachtet meiner Kritik am System möchte ich betonen, dass ein Großteil der Kolleg:innen den Beruf trotz widriger Umstände tagtäglich mit einem unheimlichen Engagement und mit Freude ausübt. Für mich gehört er immer noch zu einem der schönsten, den es gibt!

Mit besten Grüßen
Christoph Dachs

Die hausärztliche Rolle Frühtherapie bei COVID

Das hausärztliche Wesen und unsere Kernkompetenz sind es, auf ungewöhnliche und unvorhergesehene Situationen zu reagieren – sei es bei komplexen biopsychosozioökonomischen Fragestellungen von Patient:innen in ihrem Umfeld, bei komplexen Mehrfacherkrankungen einer Person oder bei COVID-19.

Neben der Impfung haben wir jetzt die Möglichkeit frühtherapeutischer Intervention mit Medikamenten – und auch hier mehrt sich das Wissen und müssen Erfahrungen gesammelt werden. Ein paar Dinge sind jedoch sicher:

- Nach wie vor gültig ist die Tatsache, dass die Impfung vor schweren Verläufen schützt.
- Monoklonale Antikörper (AK) und auch antivirale Mittel sind daher nur für einen eingeschränkten Patient:innenkreis Mittel der Wahl: Hauptsächlich handelt es sich derzeit um eine kleine Zahl an Patient:innen mit fehlendem bzw. anzunehmend unzureichendem Immunschutz und Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf.
 - Die i. v. Gabe der monoklonalen AK ist bundesländerunterschiedlich gelöst, läuft aber über spezielle Ambulanzen.
 - Antivirale Mittel in Tablettenform sind hingegen leichter zu lagern, zu liefern und zu verteilen – und auch hier wird die Ausgabe/Verfügbarkeit bundesländerunterschiedlich gelöst.
- „Je früher, desto besser“: Die Ent-

scheidung zur Frühtherapie unterliegt einem – je nach Situation – engen Zeitfenster: **5(-7) Tage** – je nach Therapeutikum – **nach Symptombeginn (CAVE: nicht nach PCR-Ergebnis!)** muss mit der Therapie begonnen werden. Verzögerte Diagnose, Wochenende u. Ä. machen eine Entscheidung ggf. rasch notwendig.

Notwendige Fakten zur Entscheidung der Frühtherapie

- genaue Anamnese über Symptombeginn
- Alter, Gewicht (Adipositas als Risikofaktor, Therapieuntergrenze z. B. Sotrovimab: lt. Zulassung 40 kg)
- Kenntnis SÄMTLICHER Grunderkrankungen bzw. Risikofaktoren
 - und der laufenden Medikation (CAVE: ELGA-Opt-out)
 - Kenntnis über zusätzlich eingenommene Bedarfsmedikation
- COVID-Impfstatus und ggf. vorangehende SARS-CoV2-Infektion
- Abschätzung des individuellen Risikos für einen schweren Verlauf bzw. Risikos und der Vulnerabilität der Patient:innen oder möglicher Immunsuppression/-schwäche

in dieser Pandemie – -19

All diese Eckpunkte sind in unserem Gesundheitssystem nirgends so konzentriert und vollständig vorhanden wie in den Karteien der betreuenden Hausärzt:innen, geschuldet der kontinuierlichen Betreuung und auch der damit einhergehenden Vertrauensbasis – selbst mit ELGA-Opt-out ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Liste der Dauermedikamente in den Karteien der betreuenden Hausärzt:innen vollständig ist und auch bereitwillig Auskunft über OTC-Medikationen oder Phytopharmaka gegeben (bzw. auch danach gefragt) wird. Zudem sind auch unsere Praxen ein Ort der Diagnosestellung und des Monitorings. Deshalb ist im hausärztlichen Alltag eine Frage nach der Möglichkeit einer Frühtherapie (und welcher) unumgänglich. Eine Einschätzung, ob und welche Frühtherapie für Patient:innen infrage kommt, ist allerdings auch nur bei zeitnaher Kenntnis des positiven PCR-Ergebnisses möglich.

Wer für eine Frühtherapie prinzipiell infrage kommt – und für welche

Prinzipiell gilt es, die notwendigen Fakten zu klären und das Risiko einer schweren Erkrankung einzuschätzen. Der **Vorschlag für den Entscheidungsprozess bei der Auswahl der antiviralen Therapie der COVRIIN** kann hierbei helfen.

Mitunter wichtig sind:

- Adipositas (BMI ≥ 30 bzw. BMI [kg/m²] ≥ 95 . Perzentile) für Alter und Geschlecht (12–17 Jahre bei Sotrovimab)
- Alter > 60 Jahre
- COPD, Rauchen
- Diabetes mellitus
- schwere kardiale Erkrankung
- chronische Lungenerkrankung, chronische Niereninsuffizienz
- aktive Krebserkrankung

Monoklonale Antikörper

Zum Zeitpunkt der Artikelerstellung (22. 2. 2022) befindet sich Evusheld® (Tixagevimab/Cilgavimab) im Rolling Review der EMA (in Öst. daher Compassionate Use); die Besonderheit dieses Präparates ist eine lange Wirksamkeit (> 6 Monate) sowie die Möglichkeit einer i. m. Gabe – die FDA sprach hier eine EUA (Emergency Use Authorization) auch für die Präexposition prophylaxe aus. Eine Wirkung gegen VOC Omikron wird angegeben.

Der monoklonale Antikörper Sotrovimab (Xevudy®) zeigt bei der VOC Omikron eine reduzierte, aber ausreichende Wirkung. Es ist ein monoklonaler Antikörper, der an ein hochkonserviertes Epitop auf der Rezeptorbindenden Domäne des Spikeproteins von SARS-CoV-2 bindet – die europäische Zulassung ist vorhanden. Xevudy® ist zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen (ab 12 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 40 kg) mit COVID-19 indiziert, die keine Sauerstoff-Supplementierung benötigen und ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 haben.

Es wird empfohlen, dass Xevudy® **innerhalb von 5 Tagen nach Auftreten von COVID-19-Symptomen (CAVE: nicht PCR-Ergebnis)** angewendet wird; die empfohlene Dosis ist eine einzelne intravenöse Infusion von 500 mg.

Welche Dinge gibt es speziell bei antiviralen Medikamenten zu beachten?

Prinzipiell ist der Impfstatus kein Kriterium bzgl. einer antiviralen Therapie: Wissen über Sinn und Wirkung bei Genesenen und Geimpften sind jedoch noch gering – hier wird eine verbesserte Datenlage erwartet, was auch für unsere Entscheidung im Praxisalltag eine Rolle spielen wird. Die



Dr. Maria Wendler

Ärztin für Allgemeinmedizin, Graz

individuelle ärztliche Einschätzung und Kenntnis unserer Patient:innen und ihrer Grunderkrankungen bzw. Medikationen ist hier relevant. Neben dem bereits bekannten Remdesivir (Veklury®) kommen nunmehr auch weitere Präparate für die Frühtherapie in Frage:

Paxlovid® (Nirmatrelvir/Ritonavir): Das Medikament besteht aus Nirmatrelvir und Ritonavir – Letzteres ist aus der HIV-Therapie bereits gut bekannt und dient dazu, dass Nirmatrelvir nicht so schnell abgebaut wird. Aufgrund seiner Interaktionen mit Cytochrom P450 3A4 und P-Glycoprotein gibt es einige Wechselwirkungen, die zu beachten sind. Im Beipacktext des Medikaments findet sich eine detaillierte Liste mit Interaktionen und Wechselwirkungen; weitere relevante Links finden Sie im Infokasten am Ende dieses Artikels.

Lagevrio® (Molnupiravir):

- Bei noch fehlender Zulassung der EMA ist eine Anwendung im Rahmen des **Compassionate Use** möglich – Informationen dazu finden sich auf der Seite des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen.
- Schwangerschaft ist eine Kontraindikation – Frauen im gebärfähigen Alter ▶

müssen vor Einnahme einen Schwangerschaftstest durchführen; das Stillen sollte während der Dauer der Behandlung bis 4 Tage nach Einnahme der letzten Dosis unterbrochen werden. Männer sollten bis 3 Monate nach Einnahme kein Kind zeugen (lt. COVIRIIN – medikamentöse Therapie bei COVID-19 mit Bewertung durch die Fachgruppe).

- Es existieren keine Daten für Kinder und Jugendliche; eine Anwendung ist hier nicht empfohlen.

Praxisorganisation

Personen, die sich aufgrund einer SARS-CoV2-Infektion in behördlicher Quarantäne befinden, haben selbstverständlich das Recht, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen – sie dürfen also wenn notwendig auch Arzt- und Krankenhausbesuche absolvieren. Natürlich ist im Praxisalltag der Umgang mit diesen Personen – unter entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen – gut möglich. Schutzmaßnahmen zählen ja bereits zur täglichen Routine – die bereits bestätigte Diagnose hilft jedoch, eine bewusstere und der Situation entsprechende, gezielte Kontaktvorbereitung zu treffen: nicht ohne telefonische Ankündigung; in speziell dafür vorgesehenen Zeitfenstern und möglichst gut belüfteten Räumlichkeiten sowie unter entsprechenden Schutzmaßnahmen. Prinzipiell aber sind die Sicherheitsmaßnahmen in den Ordinationen aufgrund der pandemischen Situation – da wir ja nie wissen, ob nicht präsymptomatisch-infektiöse Patient:innen unsere Ordination be-

treten – nicht mit wesentlich höherem Aufwand zu sehen als in unserem derzeit

regulären pandemischen Ordinationsalltag samt „Infektsprechstunde“.

Wo finden sich die relevanten Informationen?

Bei den oben angeführten Medikamenten handelt es sich um einen Ausschnitt aus den derzeit relevanten Möglichkeiten der Frühtherapie. Weitere Medikamente befinden sich in Begutachtung oder sind zugelassen; eine regelmäßige Nachlese ist auch hier notwendig, wie bei allen Themen dieser Pandemie. Die jeweils aktuellsten Informationen finden Sie bei folgenden Stellen:

- COVID-19: Prävention und Umgang in Primärversorgungspraxen – Behandlung



- EMA – COVID-19 Treatments



- Seite des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen zu den COVID-19-Therapien



Detaillierte Informationen zu Kontraindikationen und Interaktionen:

- Robert-Koch-Institut COVRIIN – Paxlovid®



- Gelbe Liste – Paxlovid®



- Liverpool Drug Interactions Group – Interaktionsüberprüfung



- Assessing a Patient for Paxlovid® und Duration of CYP3A4 Inhibition after Stopping Paxlovid®

