

Das gesellschaftliche Chronique-Fatigue-Syndrom?

Am 3. 8. 2020 wurde die MNS-Pflicht in allen öffentlichen Bereichen eingeführt, nachdem sie kurz zuvor gelockert worden war und die COVID-19-Zahlen wieder zu steigen begannen, beinahe zeitgleich hatte der Verfassungsgerichtshof einige der damals gesetzten Maßnahmen als verfassungswidrig beurteilt. Danach kamen steigende Zahlen, ein Zusammenbrechen des Contact Tracings, eine Herbstwelle, der zweite harte Lockdown in Österreich und das Jahr 2021, das ähnlich verlief wie das Jahr 2020 – Maske rauf, Maske runter, Maßnahmen lockern, anziehen, lockern, Variantenwellen und so weiter. Wir wissen es alle.

In der Zwischenzeit sind wir bei den Omikron-Varianten diverser Subgruppen angekommen. Mittlerweile kennen wir das Virus und seinen Namen – es ist Alltag, aber nicht alle haben verstanden, was das bedeutet. „Damit leben“ bedeutet nun einmal nicht, dass es harmlos ist, es bedeutet einen rationalen Umgang damit. Tagtäglich sind wir in unseren Ordinationen immer noch mit Infekt-Patient:innen konfrontiert, die nicht daran denken, dass jegliche Infektsymptomatik – angefangen von einem bisschen Halskratzen bis hin zur akuten Gastroenteritis – auch COVID-19 sein kann. Immer noch müssen wir Menschen bitten, sich doch bitte ihre Masken aufzusetzen oder ordentlich zurechtzurücken, wenn sie die Ordinationen betreten. Einige von uns mühen sich täglich ab, zumindest klar symptomatische Infektpatient:innen von „normalen“ Patient:innen zu trennen und Ansteckungen innerhalb der Ordination zu vermeiden. Selbst wenn es zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Editorials keine Quarantäne, sondern nur noch eine „Verkehrsbeschränkung“ für „asymptoma-



Dr.ª Maria Wendler

Ärztin für Allgemeinmedizin, Graz

tische“ positiv Getestete gibt. In den letzten Tagen bekam ich mehrere Anrufe von sehr netten und gewissenhaften Patient:innen, die von mir wissen wollten, ob ein bisschen Halskratzen und eine minimal rinnende Nase Symptome sind oder ob das noch als asymptomatisch zu werten ist ... für mich drängte sich daher die Frage auf, wie viele Patient:innen sich selbst einfach als asymptomatisch interpretieren. Und wie viele Patient:innen überhaupt noch einen Test machen, wenn es „eh wurst ist“ und sie nur milde „asymptomatische“ Symptome haben – unter einer Maske lässt sich auch die Schnupfnase gut verbergen – getestet oder nicht – Quarantäne gibt’s eh keine mehr ... Umgekehrt werden Menschen, die sich mit einer Maske schützen wollen und sie zum Schutz öffentlich tragen, von Mitmenschen „schief angeschaut“ weil die Maske zum Stigma der Positivität wurde, nicht zum Grundlagenwissen und Grundsatz eines Selbst- und solidarischen Fremdschutzes. In diesem Zusammenhang hat sich klar eine Pandemiemüdigkeit entwickelt – die ständigen Maßnahmenwechsel, Maske rauf – Maske runter oder dort ja/da nein und die ständige Ungewissheit, was als Nächstes kommt, hat die Bevölkerung ein-

fach müde und mürbe gemacht, das kollektive Ventil ist Frustration und fehlende Empathie Mitmenschen gegenüber.

Jedenfalls ist es eine Beobachtung der letzten Tage und Wochen, dass diverse, milde Infektsymptome oft NICHT als mögliches COVID-19 wahrgenommen werden und erst getestet wird, wenn „das bissl Schnupfen“ 3–4 Tage nicht vergeht oder sich nach ein paar Tagen weitere Symptome dazugesellen, statt dass es besser wird. Wenn es geht und der Schnelltest positiv ist und das Wochenende naht, wird versucht, auch einmal ohne weitere Kontakte und Diagnostik durchzuhalten, „weil’s eh nicht wild ist“ – nach wie vor gibt es aber zwischen Tag 5 und 8 eine mögliche Verschlechterung der Erkrankung. Wird dann doch getestet (und damit meine ich nur AG-Schnelltest), ist mehrheitlich das Fenster für eine antivirale Therapie bereits wieder zugefallen. Zuvor wussten wir von vielen Patient:innen nicht, dass sie in Quarantäne waren und COVID-19 hatten – erst wenn sie wegen des Krankenstandes nach der Quarantäne anriefen (dieser Art gab es in Österreich lt. ÖGK bis Juni 2022 ca. 65.000 Stück). Doch auch ohne Quarantäne wissen wir jetzt von ihnen oft nicht schneller, da viele sich nicht wirklich krank einschätzen und sich erst später melden ... oder überhaupt erst Tage und Wochen nach ihrem „Infekt“ zu uns kommen, da sie sich noch immer müde, abgeschlagen und nicht fit fühlen, heiser sind, Reizhusten haben oder mit Kreislaufschwierigkeiten, psychischen Problemen oder anderen polytopen Beschwerden bei uns sitzen, weil sie sich seit Wochen brav durch den Alltag schleppen. Und immer noch ist das Erstaunen sehr groß, dass COVID-19 solche lästigen Symptome und auch so lange machen kann ... trotz Impfung. ■

Neues Point-of-Care-Tool für antivirale Therapien bei COVID-19

Die Verordnung früher antiviraler Therapien ist eine der wesentlichen Aufgaben der hausärztlichen Primärversorgung. Ihr Einsatzgebiet ist die (noch) milde bis moderate Krankheit, meist für extramural betreute Personen mit erhöhtem Risiko.

Die Verordnung früher antiviraler Therapien ist eine der wesentlichen Aufgaben der hausärztlichen Primärversorgung. Ihr Einsatzgebiet ist die (noch) milde bis moderate Krankheit, meist für extramural betreute Personen mit erhöhtem Risiko. Das sind typischerweise hausärztlich betreute Personen. Aufgrund des Interaktionspotenzials der wirksamsten Substanz (mit Ritonavir verstärktes Nirmatrelvir) ist die korrekte Indikationsstellung und gutes Medikationsmanagement wesentlich. Beides wird durch Kenntnis der Patient:innen und ihrer Vorgeschichte unterstützt.

Das COVID-19-Team des Kompetenzzentrums für Allgemein- und Familienmedizin hat daher in bewährtem Format auch ein Point-of-Care-Tool zur antiviralen Therapie bei COVID-19 entwickelt, das seit kurzem frei verfügbar ist (**QR-Code**).

Alle Empfehlungen des Tools beziehen sich auf die derzeit dominierenden Omikron-Varianten von SARS-CoV-2. Das vorliegende Instrumentarium soll rasche Unterstützung bei der sicheren und korrekten Verordnung am Ort der Betreuung auch während der Konsultation anbieten und Sicherheit im Umgang mit der antiviralen Therapie im niedergelassenen Bereich geben.

Wichtiges zur Therapie in Kürze

Für die frühe kausale Therapie von COVID-19 stehen nun einige antivirale Wirkstoffe zur Verfügung. Ihr Einsatz wird zum frühestmöglichen Zeitpunkt bei nachgewiesener Infektion mit SARS-CoV-2 und Symptomen einer Erkrankung zur Reduktion eines vorbestehenden Risikos für einen schweren, hospitalisierungspflichtigen Verlauf empfohlen. Voraussetzung ist das Fehlen von Kontraindikationen.

- Zeitpunkt: optimal bis 3 Tage nach Symptombeginn, sinnvoll bis 5 Tage nach Symptombeginn.
- Nachweis der Infektion: Antigen-Schnelltest oder PCR-Test
- Symptomausprägung: mild bis moderat ▶

Die ÖGAM-Tool-Box zur antiviralen Therapie bei COVID-19:

- ▶ Das KL Point-of-Care Tool: antivirale Therapie bei COVID-19



- ▶ Übersicht antiviraler Therapien in der hausärztlichen Praxis



- ▶ Tools für die Bewertung möglicher Wechselwirkungen zwischen Paxlovid und Komedikationen

- Tabelle: Interaktionen auf einen Blick:
www.kbv.de/media/sp/2022-02-12_AMK_DDI_Paxlovid.pdf
- Liverpool-CODIV-Interaktionschecker:
www.covid19-druginteractions.org
- Diagnosia: (Log-in notwendig)
premium.diagnosia.com/interactions

- ▶ CODIV-19-Infotalk der ÖGAM: Einsatz von Paxlovid® im niedergelassenen Bereich mit Dr. Oliver Lammel



- Positive Testung bei asymptomatischen Personen: Behandlung nicht empfohlen, da der Infektionszeitpunkt bei Fehlen von Symptomen unklar ist und für die verfügbaren Substanzen kein Hinweis auf Verhindern symptomatischer Verläufe erbracht werden konnte.
- Risikobewertung und Indikationsstellung sollte leitliniengerecht und gemeinsam mit dem:der Patient:in erfolgen.
- Es sollte das wirksamste Medikament (Nirmatrelvir/Ritonavir = Paxlovid®) verordnet werden, wenn keine harte Kontraindikation besteht (GFR < 30, schwere Hepatopathie).
 - Interaktionen mit begleitenden Medikamenten sollten nur dann zum Behandlungsverzicht führen, wenn keine andere Strategie möglich ist.
 - Bei Kontraindikation und entsprechendem Risiko können Remdesivir (Veklury® oder Molnupiravir (Lagevrio®) eingesetzt werden (als „compassionate use“).

Bei Personen ohne erhöhtes Risiko ist der Nutzen wahrscheinlich geringer, da dieser nach derzeitigem Stand der Erkenntnis in der Verhinderung schwerer Verläufe besteht. Bei niedrigem Ausgangsrisiko profitiert ein sehr viel geringerer Anteil der behandelten Personen als bei hohem Ausgangsrisiko.

Ein hohes Ausgangsrisiko besteht für **nicht vollständig geimpfte Personen** mit zusätzlich mindestens 1 Risikofaktor. ■

Dr.ⁱⁿ Susanne Rabady und Team

Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid®): Fakten auf einen Blick

1. Die Wirksamkeit ist für ungeimpfte Personen mit hohem Risiko für einen schweren Verlauf nachgewiesen (Number needed to treat: 17). Die Studie war vor der Omikronwelle abgeschlossen (EPIC-HR)
2. Diese Aussage gilt für einen Therapiestart innerhalb von 5 Tagen nach Symptombeginn.
3. Die Zulassungsstudie EPIC-HR hat nur die Endpunkte Hospitalisierung (innerhalb von 28 Tagen) oder Tod ausgewertet, eine Auswertung hinsichtlich Symptomverlaufs ist geplant
4. Eine Fortführung der Zulassungsstudie zeigte keinen signifikanten Nutzen für geimpfte Personen mit zumindest 1 Risikofaktor für schweren Verlauf hinsichtlich Hospitalisierung oder Tod. Der Endpunkt Symptomreduktion wurde ebenfalls nicht erreicht. Die Rekrutierung für diesen Studienarm (EPIC-SR) wurde gestoppt, Grund war das Risiko für die Endpunkte in dieser Patientengruppe.
5. Studienarm EPIC-PEP untersuchte die Wirksamkeit in der postexpositionellen Prophylaxe, eine signifikante Risikoreduktion für nachgewiesene symptomatische Infektion wurde nicht gefunden
6. „Real-World“-Studien (retrospektive Kohortenstudien aus Hongkong und Israel, Januar bis Mai 2022) zeigen für Nirmatrelvir + Ritonavir auch für die Omikron-Variante eine Reduktion von Hospitalisierungen (31 % gegenüber unbehandelten Personen) und Tod (75 %). Bei Geimpften/Genesenen fällt der absolute Nutzen deutlich geringer aus als bei Nichtgeimpften.
7. „Rebound“: Eine Wiederaufflammen der Symptome mit neuerlichem Ansteigen des CT-Wertes inklusive Infektiosität nach 5-tägiger Behandlung mit Paxlovid® ist beschrieben. Unklar ist derzeit noch, ob dieser Rebound dem Medikament oder dem Virus zuzuschreiben ist. Die Symptomatik wird als durchgängig leicht berichtet, eine neuerliche Behandlung wird nicht empfohlen.
8. Nebenwirkungen: Geschmacksstörungen (metallischer Geschmack) und gastrointestinale Nebenwirkungen sind beschrieben (meist Diarrhö). Letztere sind jedoch bei der Infektion mit der Omikron-Variante häufige Symptome und schwer abzugrenzen.
9. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten: Ritonavir interagiert mit vielen Medikamenten. Wichtig: häufig handelt es sich dabei nicht um Klasseneffekte, d. h. der interagierende Wirkstoff kann durch einen anderen derselben Gruppe ersetzt werden.
10. Einschränkungen: eingeschränkte Nierenfunktion (Dosisreduktion GR <60>30, KI GFR >30), schwere Schädigung der Leber, Alter <12a, Schwangerschaft. Nicht absetzbare interagierende Medikation.
11. Anmerkung Die Kombination der beiden Wirkstoffe ist zwingend erforderlich: Der CYP-3A4-Hemmer Ritonavir sorgt dafür, dass therapeutisch wirksame Plasmaspiegel des CYP-3A-Substrates Nirmatrelvir erreicht werden.
12. Die Behandlung ist sicher (bei korrekter Durchführung und Beachtung der Kontraindikationen). Sie kann auch Patient:innen verordnet werden, die dies nach entsprechender Information wünschen, auch wenn sie nicht unter die Gruppe mit dem gut belegten Nutzen fallen.

Details und Quellen siehe: www.kl.ac.at/coronavirus/aktuelles – Evidenzübersicht

Für Qualitätszirkel im Gesundheitswesen

Moderator:innentraining

Wann: 14. und 15. Oktober 2022

Wo: ibis Linz City, Kärntner Straße 18–20, 4020 Linz

Vortragende: Dr. Erwin Rebhandl, Haslach (Leitung); Dr. Wolfgang Zillig, Linz

FREITAG, 14. OKTOBER 2022

17.00–20.00

Grundlagen der Qualitätszirkelarbeit

Dr. Wolfgang Zillig, Arzt für Allgemeinmedizin, Linz

17.00

Was ist ein Qualitätszirkel? Verschiedene Typen von Qualitätszirkeln; Wie unterscheidet er sich von anderen Arbeitsgruppen (Balintgruppe, Focusgruppe)? Vorbereitung, Methoden, Hilfsmittel, Arbeitsweise und Grenzen; Vor- und Nachteile verschiedener Modelle; Planung, Motivation, Teilnehmer:innenzahl, Strukturierung, Rollenverteilung, Themenfindung; Sensibilisierung, Auswahl

18.30

Pause

18.45–20.00

Training in Kleingruppen (Themenfindung)

je 5–8 Teilnehmer:innen üben mit erfahrenem Moderator:in

SAMSTAG, 15. OKTOBER 2022

8.30–17.00

Moderator:innenverhalten

Werkzeuge der moderierenden Kommunikation

Erwin Rebhandl, Arzt für Allgemeinmedizin, Haslach

08.30

Grundhaltung der Moderatorin oder des Moderators, Wechselwirkung zwischen Moderator:in und Gruppe, Herstellung einer Balance, Umgang mit Konflikten bzw. kritischen Situationen; Fragetypen, Fragen als strukturierende Intervention (Widerspiegelung, Sammlung, Integration, Kommunikationsförderung), Schlüsselfragen im Peer Review Prozess, „aktives Zuhören“, Intervention durch Thesen und Phantasien, Meta-Kommunikation (Reflexion des Gruppengeschehens)

10.00

Pause

10.30

Training in Kleingruppen

Die Teilnehmer:innen moderieren abwechselnd

12.30–14.00

gemeinsames Mittagessen

14.00

Vorbereitung, Zielsetzung, Klärung der Methode

Protokoll, Evaluation, Organisatorische Nachbearbeitung

Erwin Rebhandl, Arzt für Allgemeinmedizin, Haslach

Beispiele aus der QZ-Praxis; Orientierungsphase – Arbeitsphase – Abschlussphase, Bedeutung und Form des Protokolls; Bedeutung der Kontinuität; Evaluationsmöglichkeiten: Veränderungen der Versorgungszufriedenheit, Veränderung der Lebensqualität der Teilnehmer:innen

14.30

Training in Kleingruppen

Die Teilnehmer:innen moderieren abwechselnd

16.30

Gemeinsame Diskussion

17.00

Ende

Für diese Veranstaltung werden 10 DFP-Punkte aus dem Fach Freie Fortbildung eingereicht

ZUR
ANMELDUNG

