

Der verschwundene Grippeimpfstoff, oder viel Lärm um nichts?

Im Spätherbst impfe ich als Arbeitsmedizinerin hauptberuflich gegen Grippe und leiste so meinen Beitrag zu Public Health. Im Vorjahr impfte ich etwa 270 Personen. Heuer hat sich die Nachfrage in meinen Firmen in etwa verdreifacht. Hauptberuflich habe ich seit Monaten erfolglos Impfstoffe gesucht, bisher nur etwa 150 bekommen.

Im Juli kam die erste Anfrage zu einer betrieblichen Grippeimpfaktion. Jetzt schon? Die Grippe war weit weg – sie wütete wohl gerade auf der Südhalbkugel: In Australien lassen sich jedes Jahr etwa 60 % der Bevölkerung gegen Influenza impfen, nicht vergleichbar mit unseren österreichischen Impfmuffeln (8 %).

Die Apotheke meines Vertrauens informierte: „Bei den Influenza-Impfstoffen wird die Nachfrage definitiv das Angebot übersteigen, weltweit. Die Impfstoffe wurden deshalb kontingentiert. Wir haben zwar hohe Bestellungen deponiert, haben aber schon bei einer davon eine Kürzung um 80 %. Die Stadt Wien hat 400.000 Impfstoffe gekauft, das reicht natürlich nicht für alle. Es werden wahrscheinlich Risikogruppen gratis geimpft werden und sozial Benachteiligte.“

Na klar. Österreich hat heuer 1,25 Millionen Impfdosen bestellt. Laut Pandemieplan wird bei Impfstoffknappheit immer zuerst Personal in versorgungskritischen Organisationen, dann in Schulen geimpft. Auch Risikogruppen haben Vorrang.

Mitte September wurde niedergelassenen Ärzten in Ermangelung eines käuflich zu erwerbenden Impfstoffes doch noch ein Teil des Kontingents der 400.000 Gratisimpfstoffe in Aussicht gestellt. Ich bestellte online, nach „Nachwassern“ kamen zu meiner Freude einen Monat später zwei Impfbezugscheine. Allerdings entpuppte sich einer der Scheine als gegenwärtig nicht gedeckt: Statt 50 Impfstoffe erhielt ich nur 25, für die 25 anderen wurde ich auf Ende November vertröstet. Und die Online-Bestellmöglichkeit wurde gleichzeitig beendet.

Laut Pandemieplan ist auch das Impfen in Schulen vorrangig. Von verschiedenen Mitarbeitern aus der Bildungsdirektion erhielt ich insgesamt vier E-Mails mit ähnlichem Inhalt:

20. 09. 2020: Bedarfserhebung Grippeimpfung für Lehrpersonal.

02. 10. 2020: Bedarfserhebung Grippeimpfung für Personal an Schulen.

21. 10. 2020: Impfaktion in Schulen – haben Sie eine Ärztin, die impft? (Ja, mich!)

05. 11. 2020: Vielen Dank für Ihre Antwort, wir haben sie an die MA 24 weitergeleitet.

Anfang November wird das erst weitergeleitet? Na, das kann was werden.

Ich konnte mich des Eindrucks nicht erwehren, dass da statt einer akkordierten, groß angelegten Impfaktion zur möglichst raschen Durchimpfung gemäß den Prioritäten des Pandemieplans etwas kräftig



Dr. Cornelia Croy

Ärztin für Allgemeinmedizin, Wien

schiefgelaufen ist. Es gab Defizite sowohl in der Koordination als auch in der Kommunikation. Bestehende, gut funktionierende Strukturen (zum Beispiel Impfmöglichkeit beim Hausarzt) wurden nicht ausreichend genutzt. Werden alle Behörden rechtzeitig daraus ihre Lehren für die nächstes Jahr vielleicht anstehende Corona-Impfung ziehen?

Es tröstet mich folgende Pressemeldung aus dem Economist vom 12. 09. 2020:

„Durchschnittlich 86.000 Australier wurden jedes Jahr positiv auf Grippe getestet. In diesem Winter hat die Regierung nur 627 Influenzainfektionen registriert. In der Zwischenzeit sollten die Länder der nördlichen Hemisphäre mit weniger Grippefällen rechnen, da weniger Infektionen aus dem Ausland importiert werden und die meisten Menschen Abstand halten.“

Mit besten Grüßen
Cornelia Croy

Influenza zu Zeiten von COVID-19

Bei diesem Artikel handelt es sich um Auszüge aus den EBM-Guidelines zur Influenza, Stand 4. 3. 2020, adaptiert unter Berücksichtigung der derzeitigen Pandemiesituation.

Wichtiges in Kürze zur Influenza

- In der nördlichen Hemisphäre treten saisonale Influenzaepidemien im Winter auf („Grippesaison“), meist mit einem Höhepunkt im Jänner/Feber.
- Risikogruppen sollten jedes Jahr bereits frühzeitig geimpft werden (Oktober–November), also einige Zeit vor Beginn der erwarteten Influenzaepidemie.
- Das klinische Bild ist – seit COVID-19 – nicht mehr für die Diagnose ausreichend. Zuvor war es das, wenn eine regionale Influenzaepidemie bestätigt war; ansonsten kann die Diagnose auf Basis virologischer diagnostischer (Schnell-)Tests gestellt werden (Anmerkung: *Als Frühwarnsystem fungiert in Österreich das Sentinel-Netzwerk der MUW*).
- Bei gesunden Erwachsenen ist die Behandlung in der Regel symptomatisch.
- Antivirale Arzneimittel sind bei Kindern, Schwangeren, Patienten mit außergewöhnlich schweren Symptomen und bei Angehörigen einer Hochrisikogruppe zu erwägen.
- Je früher die medikamentöse Therapie eingeleitet wird, desto besser ist die Wirkung. Innerhalb von 48 Stunden nach Symptombeginn sollte mit der Behandlung begonnen werden.
- Virustypen
- Influenzaviren werden in drei Typen unterteilt: A, B und C. Klinisch am bedeutsamsten sind die Typen A und B.
- Influenza-A-Viren werden entsprechend dem enthaltenen Hämagglutinin (H, 1–16) und der Neuraminidase (N, 1–9) subtypisiert. Die Typen H1N1, H2N2, H3N2 und H3N8 haben nachweislich Epidemien bei Menschen ausgelöst, ebenso die Virustypen H5N1, H7N7 und H7N9 sowie möglicherweise auch andere Typen. Während für Influenza-A-H1N1 hauptsächlich Kinder und Jugendliche empfänglich sind, ist Typ-A-H3N2 mitunter mit einer deutlich erhöhten Mortalität im Alter > 65 Jahren verbunden. Da die Dunkelziffer der tatsächlichen Infektionen bei COVID-19 hoch ist, ist die Letalität der

Erkrankung noch nicht endgültig abzuschätzen; gesichert ist jedoch, dass das Mortalitätsrisiko mit zunehmenden Alter und Multimorbidität steil ansteigt, die IFR (Infection Fatality Rate) ist hierbei deutlich höher als jene der Influenza.

Pathogenität und Krankheitsbild – ein kurzer Vergleich zu COVID-19

- Die Übertragung von Influenza-Viren erfolgt wie bei COVID-19 über von einem Infizierten ausgeatmete Aerosole und über den direkten Kontakt.
- Inkubationsdauer Influenza: kurz, am häufigsten 2–3 Tage. Bei COVID-19 spricht man von einer Inkubationsdauer (95. Perzentile) von 10–14 Tagen, die mittlere Inkubationszeit wird in den meisten Studien mit etwa 4–6 Tagen angegeben.
- Die Virusausscheidung (präsymptomatisch) kann vor dem Ausbruch klinischer Symptome beginnen – dies gilt für Influenza und COVID-19 (1–2 Tage).
- Die Dauer der Hauptsymptome bei Influenza beträgt meist 3–8 Tage. Dies gilt auch für COVID-19, die Symptome können jedoch auch länger persistieren, ab Tag 10 ist bei milden und moderaten Verläufen eine Kontagiösität jedoch abnehmend wahrscheinlich. Häufig bei COVID-19 ist jedoch eine zum Teil fulminante Verschlechterung zwischen Tag 5 und 12 – ein Monitoring ist daher wichtig.
- Bei Erwachsenen zeigt die Influenza einen abrupten Beginn mit schweren Symptomen: hohes Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Myalgie, Unwohlsein und trockener Husten. Eine Rhinitis ist in der Frühphase selten. All diese Symptome können in gleicher Form bei COVID-19 auftreten. Daher ist eine Differenzierung mittels AG-Schnelltests bei symptomatischen PatientInnen als Point of Care Tool sehr sinnvoll. Typisch für COVID-19 ist das Auftreten einer Geruchs- oder Geschmacksstörung. Die Symptomatik einer ausgeprägten und langanhaltenden Fatigue (Post-COVID-Syndrom/Fatigue) ist

bei COVID-19 möglich.

- Eine Rhinitis ist bei Kindern häufig ein Frühsymptom der Influenza – hier fällt die Differenzierung zu anderen viralen Infekten schwer. Fast alle an Influenza erkrankten Kinder haben jedoch Fieber. Bei Kindern < 10 Jahren erfolgt die Indikation zur Testung auf COVID-19 somit entsprechend dem Algorithmus der Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (www.paediatric.at/images/Covid19/test.pdf).

Geänderte Diagnostik bei Verdacht auf Influenza aufgrund der COVID-19-Pandemie

- Vor COVID-19 galt noch: Plötzliches Fieber und trockene Hustenanfälle sind starke Hinweise auf eine Influenza. Während einer Influenzaepidemie konnte die Diagnose rein aufgrund der Symptomatik gestellt werden – dies gilt nunmehr seit COVID-19 nicht mehr. Die Differenzierung wird aber durch die Möglichkeit der Schnelltests erleichtert.
- Gültig bleibt: Bei Kindern ist es schwieriger, die Influenza allein aufgrund des klinischen Bildes von anderen viralen Atemwegsinfektionen zu unterscheiden: Etliche Viren, die ein ähnliches Krankheitsbild hervorrufen können, treten oft gleichzeitig mit einer Influenzaepidemie auf – so auch SARS-CoV-2.
- Influenzaschnelltests stehen zur Verfügung. Das Abnahmeprotokoll unterscheidet sich nicht vom COVID-19-Schnelltest (inklusive Schutzmaßnahmen). Die Spezifität der Tests ist gut, doch ihre Sensitivität ist schlechter als die konventioneller Labortests. Ein negativer Test schließt daher eine Influenza nicht aus.
- Selbiges gilt derzeit auch für die AG-Schnelltests für COVID-19. Derzeit ist es in der hausärztlichen Praxis gesetzlich geregelt (Stand 23. 11. 2020), dass bei positivem AG-Schnelltest eine PCR-Testung nachfolgen muss. Nach ausreichender Validierung der Schnelltests könnte es sein, dass dieser Schritt wegfällt. Die Möglichkeit bei negativem AG-Test, aber nicht plausibler Symptomatik, eine PCR-Testung einzusenden, wird weiterhin wichtig bleiben.
- Auch bei der Influenza gibt es die Möglichkeit einer Untersuchung mittels PCR. Sowohl Sensitivität als auch Spezifität dieser Tests sind sehr gut, und zusätzlich zur Identifizierung von A- und B-Viren können sie auch Virus-A-Subtypen nachweisen. Die Abnahme erfolgt wie beim AG-Schnelltest mittels nasopharyngealen Abstrichs. Zu beachten sind die Regelungen zur epidemiologischen Meldung.
- Für die Influenza gilt: Wenn mehr als 48 Stunden seit Symptombeginn vergangen sind, ist eine antivirale Therapie nicht

mehr sinnvoll, da nach diesem Zeitraum eine medikamentöse Therapie den zeitlichen Verlauf der Infektion nicht beeinflusst. Ausnahmen sind Patienten mit schwerer Symptomatik oder solche mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen, ebenso wie enge Kontakte.

Maria Wendler

Review: Cornelia Croy, Ronald Ecker, Gustav Kamenski, Susanne Rabady

Literatur bei der Verfasserin

Saisonale Influenza – Impfpflicht

Personengruppen, denen in Österreich die Impfung jedenfalls empfohlen wird, sind:

- Personen mit Grunderkrankungen:
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Krankheiten der Atemwege
 - chronische Nierenerkrankungen
 - Diabetiker
 - Immundefekte
 - chronische neurologische Erkrankungen und körperliche Bewegungseinschränkung
- Personen, die einem erhöhten Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind, zum Beispiel Gesundheitsberufe, Kindergarten- und Lehrpersonal sowie Berufstätige in Arbeitsbereichen mit häufigem Personenkontakt
- Betreuungspersonen und Angehörige gefährdeter Personen, zum Beispiel kranke Kinder, Bewohnerinnen und Bewohner von Altersheimen
- Schwangere und Frauen, die während der Influenzasaison schwanger werden wollen
- Kinder über 6 Monate
- Kinder und Jugendliche unter ASS-Therapie
- Personen über 65 Jahre (Österreich: 50)
- folgenden weiteren Personengruppen wird im Impfplan Österreich die Immunisierung empfohlen:
 - Stillende und Personen im Umfeld von Neugeborenen
 - stark übergewichtige Personen (BMI > 40)
 - Reisende

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

„Allgemeinmedizin kümmert sich um den ganzen Menschen und um das Leben selbst“ (M. Kochen). Das war ein wichtiges Motto meiner beruflichen Tätigkeit als Hausärztin in Wien. Ich habe stets versucht, hinter den Beschwerden und Erkrankungen meiner Patienten den Menschen zu sehen. Meinen Beruf habe ich all die 30 Jahre wirklich gerne ausgeübt. Zuerst war ich unsicher, die Ausbildung war ja nicht gerade toll gewesen, dann mit wachsender Erfahrung fühlte ich mich immer wohler. Nach etwa 15 Jahren in der niedergelassenen Praxis bin ich in die ÖGAM gerutscht. Ich war noch nicht zu alt, um sicher zu sein, dass man die Welt verändern könne (und müsse!) ... Ich wollte die Wertschätzung für die allgemeinmedizinische Tätigkeit in der Öffentlichkeit verbessern, den jungen Kolleginnen und Kollegen Lust auf den Beruf machen und ihnen eine bessere Ausbildung schaffen. Die internationalen Kongresse haben mir einen Blick über den Tellerrand ermöglicht, mich neugierig auf Gesundheitssysteme im Ausland gemacht. Ich war an vielen Projekten der ÖGAM beteiligt, von Kongressorganisation bis hin zu den EbM-Guidelines und vieles mehr. Und ich muss zugeben, die allgemeinmedizinische Welt hat sich in den letzten 20 Jahren tatsächlich geändert! Das war natürlich nicht mein Verdienst, aber es hat immer Freude gemacht, „dabei“ zu sein. Nicht zuletzt habe ich in der Familie der ÖGAM viele engagierte, interessante Menschen kennengelernt.

Wie das nun einmal in Familien ist, muss man auch gewisse Tätigkeiten übernehmen. Vor 10 Jahren übernahm ich die Verantwortung für die Koordination der ÖGAM-News, die alle zwei Wochen mit 4 Seiten in der *Ärzte Krone* eingehaftet sind. Inhaltlich waren und sind die ÖGAM-News von der *Ärzte Krone* unabhängig, die Texte stammen durchgehend aus der ÖGAM.

Wir haben stets versucht, unterschiedliche Themen zu bedienen: Weiterbildung, aktuelle politische Themen, Kongressberichte, Ankündigungen relevanter Veranstaltungen, Berichte aus den Landesgesellschaften et cetera. Es war nicht immer einfach, die Kolleginnen und Kollegen zu überreden, etwas zu schreiben, Abgabetermine einzuhalten, Ideen für Themen zu liefern. Es passierte immer wieder, dass in letzter Sekunde Rettung angesagt war: am Sonntagabend schnell ein Editorial oder eine Seite 4 aus dem Ärmel schütteln – welches Thema könnte interessieren? Gesundheitspolitik oder Artikel aus den Guidelines?

Die *Ärzte Krone* hat uns mit ihren Grafikern immer unterstützt, Layout-Ideen entwickelt, Fotos zur Illustration gefunden. Die Redaktion hat sich inhaltlich nie eingemischt.

Aber auch im ÖGAM-Redaktionsteam gab es eine gute und unkomplizierte Zusammenarbeit, wir trafen uns vierteljährlich, um die Themen für die kommenden Ausgaben der ÖGAM-News festzulegen und AutorInnen anzufragen.

Vor etwas mehr als drei Jahren bin ich in Pension gegangen und habe die Leitung



Dr. Barbara Degn, Wien

der ÖGAM-News an Maria Wendler übergeben, die sich seither engagiert um die News kümmert. Und nun ist der Zeitpunkt gekommen, mich ganz aus dem Team zurückzuziehen.

Die Allgemeinmedizin steht nicht mehr im Mittelpunkt meines Lebens, es gibt noch so viel anderes zu tun: Enkelkinder sind auf die Welt gekommen, ich mache ein Studium generale an der Universität Wien, viele Berge warten noch darauf, bestiegen, ungelesene Bücher liegen bereit, gelesen zu werden ... Es gibt auch ein Leben nach der ärztlichen Tätigkeit!!

Ich möchte mich bei den Kolleginnen aus dem Redaktionsteam und bei der Redaktion der *Ärzte Krone* für die gute gemeinsame Arbeit in all den Jahren sehr herzlich bedanken. Ohne dieses Team wären die ÖGAM-News nicht das, was sie sind!

Mit besten Grüßen
Barbara Degn