



Covid 19-Newsletter Ausgabe 27/2021

Liebe Leser_innen!

Donnerstag ist Covid-Tag...

Die heutigen Themen:

- [ÖGAM Covid-19 Infotalk vom 24.3.2021](#) - mit Univ.-Prof.in Dr.in Ingrid Pabinger-Fasching zum Thema Gerinnungskomplikationen nach Impfung mit Astra-Impfstoff - Stand der Erkenntnis
- Frage der Woche: Risikofaktoren für Impfkomplicationen?
- **Erfahrungen auf einer Covid-19 Überwachungsstation von Dr. Michael Rosner**
- Risikoatteste für Impfungen und Priorisierung

Gerinnungskomplikationen nach Impfung - Kernpunkte aus dem Podcast:

- "Normale" thromboembolische Ereignisse nach Impfung sind nicht erhöht
- Covid-19 per se führt zu einem deutlich erhöhten Thromboserisiko, die Impfung schützt vor der Erkrankung
- Bei den - sehr seltenen -Ereignissen, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung mit AstraZeneca Vakzine beobachtet wurden, handelt es sich um immunvermittelte Koagulopathien (Mechanismus ähnlich dem "HIT"-Syndrom - ohne Heparinabgabe).
- Die Patient*innen waren jüngeren Alters und weit überwiegend weiblich.
- Risikofaktoren sind derzeit noch nicht bekannt.
- Leitsymptom: Thrombopenie und atypische Thromboselokalisationen (extrem hohes D-Dimer und vermindertes Fibrinogen)
- Eine Primärprophylaxe gegen Thrombosen im Zusammenhang mit der Impfung ist **NICHT EMPFOHLEN** (weder ASS noch niedermolekulares Heparin)!

Vorgehen bei V.a. eine dieser seltenen Koagulopathien (v.a. bei Thrombopenie):
Kontaktaufnahme mit dem Gerinnungsbereitschaftsdienstes mit dem AKH Wien und entsprechende Labordiagnostik!

Gerinnungsbereitschaftsdienst AKH Wien:

Gerinnungsambulanz: 01-40400-44970

Ab 14 Uhr, an Sonn- und Feiertagen: 01-40400-44740

[GTH Stellungnahme 4 mit FlowChart zum AstraZeneca COVID-19 Vakzin, Stand: 22.03.2021 \(LINK\)](#) - die jeweils aktuellste Version finden Sie unter <https://gth-online.org>

Frage der Woche:

Ergeben sich aus einer vorbestehenden Erkrankung des Gerinnungssystems (wie

Autoimmunthrombopenie, Antiphospholipidsyndrom, Faktor V Leiden, etc.) Kontraindikationen gegen den Impfstoff von Astra Zeneca, bzw. ist in diesen Fällen ein mRNA Impfstoff vorzuziehen? (Frage von mehreren Kolleg*innen gestellt)

Antwort: Dazu ist derzeit keine klare Antwort möglich - es fehlen die entsprechenden, ausreichend gesicherten Erkenntnisse. Hinweise auf Zusammenhänge gibt es derzeit nicht. Die ausführliche Antwort finden Sie [hier](#)

Die Probleme werden größer: Erfahrungen auf einer Covid-19 Überwachungsstation

von Dr. Michael Rosner

Ich möchte an dieser Stelle von den Erfahrungen aus meiner ärztlichen Arbeit mit SARS- Covid19 Patient*innen auf einer Überwachungsstation (IMC) berichten. Die Mehrzahl unserer Patient*innen sind zwischen 50 und 70 Jahren alt, das Durchschnittsalter liegt bei 62 Jahren, wobei seit dem Auftreten der Virusmutation B 1.1.7 die Patienten auch in unserer Empirie jünger geworden sind. Nur die Hälfte der Pat. hat eine relevante Co -Morbidity. Hier ist, wie auch in der Literatur gut beschrieben, Diabetes mellitus oft als nur als Prädiabetes vorliegend.

Die **Hauptaufgabe** besteht in der Behandlung der respiratorischen Symptomatik mit der Hypoxämie, den ARDS Zeichen im Lungenröntgen und dem dadurch drohenden Lungenversagen. Typischerweise tritt dies ja in der zweiten Woche auf, beginnend mit Tag 6 nach Symptombeginn, dies kann jedoch zum Tag 14!! noch möglich sein. Die respiratorische Verschlechterung an diesen Tagen erfolgt oft **innerhalb von Stunden**, die entweder auf der Normalstation bemerkt wird oder seltener als dramatische Direktaufnahmen von extern erfolgen. Klinisch ist das Leitsymptom bei unseren Aufnahmen Dyspnoe, Schmerzen im Brustkorb und Schwäche. Eine Minderzahl der Betroffenen ist trotz deutlicher Dyspnoe fast asymptomatisch.

Die **Behandlung** erfolgt mit nicht invasiver Beatmung durch High flow Sauerstofftherapie über die Nasenbrille. Die Sauerstoffgabe liegt hier zwischen 50-100 % !! Die Patient*innen werden mit invasivem arteriellem Monitoring überwacht. Soweit es möglich ist streben wir an, sie bis zu 18 Stunden pro Tag am Bauch zu lagern, was auch bei ca. 70 % der Fälle gelingt.

Nun zu den Besonderheiten:

Zunächst einmal ist es die Virusinfektiosität selber, zusätzlich ist durch die High Flow Beatmung eine hohe Aerosol Belastung gegeben. Dies erfordert eine sorgfältigste Beachtung der Schutzmaßnahmen. Dies war anfänglich mit einem erheblichen Stresslevel verbunden, sowohl wegen der Eigengefährdung, aber auch wegen der Gefährdung der anderen Mitarbeiter. Entsprechend hat die Impfung eine deutliche Erleichterung bewirkt. Humorvollerweise werde ich beim Anziehritual an die eigene Kindheit erinnert: wie oft kommt es denn sonst vor, dass einem ca. 10x am Tag die Haube von freundlichen Händen zugebunden wird.

Durch die Notwendigkeit des Tragens von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) ergibt sich eine veränderte Zusammenarbeit der Berufsgruppen: jeweils berufsfremde Tätigkeiten, bis hin zum fallweisen Essen austeilen, werden übernommen, damit der Gesamtablauf möglichst reibungslos von statten geht.

Bei der Visite ist durch die erforderlichen Schutzmaßnahmen ev. von 2 Masken übereinander und dem Geräusch des Flows sehr lautes Sprechen notwendig, die Berührung und auch das sinnliche Tastgefühl ist durch Mehrfachlagen der Handschuhe herabgesetzt. Es ist aber gleichzeitig notwendig, die Isolation der Patienten verbal, aber auch non- verbal, zu überbrücken. Damit wir

auch als Personen sichtbar bleiben, gibt es Fotos aller Mitarbeiter*innen in den Patientenzimmern

Die Hauptschwierigkeit beim Gespräch und der Informationsübermittlung ist, die richtige Dosis zu finden, und die Patient*innen zwar auf die Gefährdung aufmerksam zu machen, da sie diese oft wenig spüren, aber nicht zu viel Angst zu verbreiten. Am besten funktioniert es m.E., wenn ich unsere Zielparameter, bezüglich O₂-Sättigung im Blut in der Regel 93-94% und der O₂-Zufuhr über den High Flow genau erkläre. Diese Parameter sind auch für die Patient*innen gut sichtbar positioniert. Die Bauchlagerung zu erzielen braucht anfangs noch deutlichen Erklärungsaufwand und auch direkte Hilfe. Die geringeren Trinkmengen überbrücken wir durch vermehrte intravenöse Flüssigkeitsgabe. Ein Problem bei der Bauchlagerung kann natürlich eine Adipositas sein, die wiederum ja einen Risikofaktor darstellt.

Klinisch ist der Verlauf oft ab dem 10. Tag nach Symptombeginn durch weniger Beschwerden, nämlich die Abnahme von Husten, Fieber und Schmerzen gekennzeichnet. Die subjektiv empfundene Dyspnoe wird durch die entsprechenden O₂ Gabe geringer, sodass sich gelegentlich eine paradoxe Situation ergibt, dass Patienten zwar eine Zufuhr von 90% O₂ haben und brauchen, aber gleichzeitig mit dem Handy nach außen telefonieren, weil sie sich nicht so schlecht fühlen. Die Gefahr kann hier subjektiv unterschätzt werden. Das Monoorganversagen der Lungen geht zum Glück in der Regel nicht wie bei anderen Entitäten mit weiteren Organversagen oder deutlicher AZ Reduktion einher.

M.E. gibt 3 besondere Problemlagen

1. Patient*innen mit einer Sauerstoffzufuhr zwischen 90-und 100%.

Es können im günstigen Fall nur 2-4 kritische Tage sein, aber allenfalls gilt es dann diese zum richtigen Zeitpunkt auf die ICU, bei ja oft sehr eingeschränkten Kapazitäten- zu überstellen. (15-20 % kommen auf die ICU).

2. Patient*innen aus der Altersgruppe über dem 80 Lebensjahr, auch wenn sie altersentsprechend weitgehend vorher gesund waren- weil die Corona Pneumonie bei dieser Subgruppe mit einer erschreckend hohen Letalität einhergeht. Etwas was wir als internistische Normalstation im Rahmen von Pneumonien oder auch anderen, selbst septisch verlaufenden, Infektionen bisher nicht so gekannt hatten. Dies ist für die ganze Station auch emotional belastend.

3. Die Informationsgespräche mit den Angehörigen – die ja auch von den Besuchseinschränkungen betroffen sind. Hier kann noch dazu kommen, dass die Ansteckung im Familienkreis erfolgt ist und entsprechend auch Schuldgefühle vorliegen können.

Insgesamt möchte ich trotzdem deutlich sagen, dass es sich, nach Adaptierung an die Begleitumstände, um eine ärztlich befriedigende Tätigkeit handelt, da doch ein Großteil der initial schwer kranken Patienten unter konservativer Therapie - d.h. dem wachen Patienten- gut geholfen werden kann und insbesondere die jüngeren Patienten sich nach der sehr kritischen Phase auch wieder sehr rasch erholen. Zusätzlich wissend, dass ohne diese Modalitäten und der High Flow Beatmung diese Patientengruppe nicht überlebt hätte.

Ich freue mich aber trotzdem auf den Tag, an dem ich wieder meiner normalen Tätigkeit zuwenden kann.

Dr. Michael Rosner
Klinik Favoriten Wien
1.medizinische Abteilung

Wichtiges zu Risiko-Attesten für Impfungen und Impfreihungen

Wir dürfen uns des Weiteren mit der Einordnung von Patient*innen in Risikogruppen beschäftigen - in mehreren Bundesländern ist das Ausstellen von Attesten für Höchstisikopatient*innen für Impfungen notwendig oder vorgesehen. Bevor wir jedoch ins Detail gehen, dürfen wir noch auf eine weitere wichtige Sache aufmerksam machen:

Wir haben im letzten Covid-19-Newsletter "gebeten", starke Impfreaktionen und ungewollte Nebenwirkungen an das BASG unbedingt zu [melden \(LINK\)](#) - wir wurden darauf aufmerksam gemacht, dass diese Bitte auch eine gesetzliche Grundlage hat bzw. keine Bitte sondern eigentlich eine **gesetzliche Verpflichtung unsererseits** im Rahmen des Arzneimittelgesetzes ist ([Arzneimittelgesetz, konsolidierte Fassung 22.03.2021, §75g](#)). Hier geht es zum **[Online-Formular mit Erweiterungen für Angehörige von Gesundheitsberufen](#)**.

[Hier geht es zu den weiteren Informationen zur Einteilung von Höchstisikopersonen](#) entlang der Empfehlungen des NIG als Hilfestellung für die Praxis.

weitere Hinweise:

ZFA 3/2021 - besonderer Artikel: [COVID-19-Pandemie: Sind harte Lockdowns unwirksam? Warum die Studie von Bendavid et al. dafür kein Beweis ist](#)

[Wie häufig ist häufig? Was für eine Impfung mit Astra Zeneca spricht](#) - Kommentar von Florian Stigler am 24.3.2021 im Standard

Für die Karl-Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften (inhaltlich verantwortlich),
Dr. Susanne Rabady (Leitung)
Dr. Maria Wendler

Für die ÖGAM
Dr. Christoph Dachs (Präsident)

Vorangegangene Newsletter finden Sie auch unter <https://oegam.at/covid-19> oder <https://www.kl.ac.at/coronavirus/aktuelles>.

Anm: Auf <https://oegam.at/covid-19> gibt es rechts ein Anmeldeformular für den COVID-Newsletter. Bitte gerne an interessierte Kolleg*innen weiterleiten, diese können sich somit direkt dazu anmelden!



Sie erhalten diese Email als eingetragenes Mitglied einer Mitgliedsgesellschaft der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (ÖGAM).

Vom COVID-19 Newsletter abmelden.

Sie können auch alle ÖGAM-Newsletter abbestellen.

(C) 2021 - ÖGAM

ÖGAM c/o Wiener Medizinische Akademie GmbH Alser Strasse 4, UniCampus 1.17 Wien 1090
Austria

This email was sent to cl@medacad.org

[why did I get this?](#) [unsubscribe from this list](#) [update subscription preferences](#)

ÖGAM · c/o Wiener Medizinische Akademie GmbH · Alser Strasse 4, UniCampus 1.17 · Wien 1090 · Austria

