



Covid-19 Newsletter, Ausgabe 83/2022

Liebe Leser:innen,

Es ist Donnerstag - hier ist der COVID-Newsletter. Es ist zwar erst eine Woche vergangen, aber wir möchten Ihnen die durchaus spannenden Ergebnisse unserer Blitzumfrage zur antiviralen Therapie in der Praxis nicht vorenthalten.

Wir haben heute für Sie:

- [Den aktuellen COVID Talk: Dr.Horst Olschewski bietet einen Überblick über unterschiedliche Ursachen von Luftnot: von COVID-19, Lungen- und Herzkrankheiten zur pulmonalen Hypertonie](#)
- Verordnung von Paxlovid in der hausärztlichen Praxis: Hindernisse und Möglichkeiten: Ergebnisse einer Blitzumfrage: nein, wir sind keine Verhinderer!
- Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin an der Karl-Landsteiner Universität sucht [wissenschaftliche:n Mitarbeiter:in](#)

Paxlovid in der Praxis

Viele spekulieren darüber, warum Paxlovid in den Praxen wenig verschrieben wird - wir haben Fakten.

Hier nun die ersten Ergebnisse aus unsere Umfrage:

1. **Der bei weitem am häufigsten genannte Grund für nicht erfolgte Verschreibung ist: Wir sehen die Patient:innen zu spät.** Ursachen:
 - Bei Symptomen wird oft zu lange abgewartet - Folge:
 - (falsch negative) Selbsttests,
 - Verzögert abgenommene und eintreffende PCR Tests
 - Arztbesuch erst bei Symptompersistenz zur Krankschreibung
 - Hintergrund: Vermeidung der Absonderung, Verharmlosung...
 - Wir werden weiterhin von positiven Tests nicht verständigt
 - Die Aufforderung an Patient:innen, sich bei der Hausärzt:in zu melden kommt erst mit dem Absonderungsbescheid
2. Gleich danach wird die Schwierigkeit der Indikationsstellung genannt
 - Die meisten Patient:innen in der Hausarztpraxis sind durch Impfung geschützt, die Kolleg:innen sehen praktisch nur milde Verläufe.
 - Wenn dann (bei Risikopatient:innen häufig) die Ausgangsmedikation verändert werden muss, ist die Abwägung schwierig: kritische Medikamente bei solchen Personen abzusetzen, kann ein höheres Risiko darstellen, als die COVID-Infektion selbst.
 - Ungeimpfte, für die eine Indikation besteht, sind dem Medikament gegenüber oft ähnlich ablehnend wie gegenüber der Impfung

-
3. Unter den organisatorischen Problemen wird das komplexe Medikationsmanagement genannt:
 - die Einnahme des aus zwei verschiedenen Tabletten bestehende Paxlovid muss erklärt werden- bei Dosisreduktion bei eingeschränkter Nierenfunktion ist dies noch komplexer.
 - Es muss sichergestellt werden, dass ev. Veränderungen der Grundmedikation verstanden und umgesetzt werden können. D.h. dass häufig Kontakt mit Pflegepersonen aufgenommen werden muss.
 4. Die verfügbaren Wechselwirkungstools sind noch sperrig - in der Ordinationssoftware nicht integriert, daher entweder extra einzugeben (Liverpool, Diagnosia) oder auf einem Zettel nachzuschauen (Heidelberger Tabelle)
 - Konkrete Handlungsempfehlungen beim Absetzen häufiger Medikamente müssen erarbeitet werden:
 - Auswaschperiode nötig?
 - Wiedereinführung nach Therapieende: wann
 - Begleitmaßnahmen (Bridging bei OAK) ?

HIER finden Sie einen typischen Erfahrungsbericht aus einer Ordination, der die gesamte Problematik sehr gut illustriert.

Nun noch ein paar Fakten zum Paxlovid und seiner Verordnung:

- **Der professionell in der Ordination mit einem hochsensiblen Testkit durchgeführte Antigen-Schnelltest ist für die Verordnung ausreichend!**
Es muss kein PCR Test abgewartet werden - das ist unter Kolleg:innen wie Patient:innen viel zu wenig bekannt. Falsch positive Ergebnisse sind äußerst zuverlässig, also fast nie falsch positiv.
- Paxlovid hat einen Nutzen für Personen mit hohem Risiko - je höher das Risiko, desto größer die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens. Patient:innen ohne Einschränkung der Indikation (Nieren-, Leberfunktion, Wechselwirkungen mit therapeutisch hochrelevanten Medikamenten) sollte es jedenfalls empfohlen werden - insbesondere Un- oder unzureichend Geimpften (Anm: die 2x-ige Impfung schützt bei Omikron nicht ausreichend gegen schweren Verlauf!). Bei allen anderen Patient:innen sollte eine sorgfältige individuelle Abwägung von Nutzen gegen Risiko erfolgen.

Nach wie vor gilt:

- Die Zulassungsstudien wurden an nicht geimpften Personen durchgeführt (Delta-Welle), und ergaben für diese eine NNT (number needed to treat) von etwas über 17 - d.h. unter 17 behandelten Personen konnte 1 schwerer Verlauf verhindert werden. Das ist besser als die NNT vieler anderer Medikamente, und spielt angesichts der hohen Inzidenz durchaus eine erhebliche Rolle.
- Unklar ist weiterhin, wie gut der Effekt für vollständig Geimpfte ist - es gibt Hinweise, dass der Prozentsatz der verhinderten schweren Verläufe ähnlich hoch ist wie bei ungeimpften Personen. Andererseits sind diese schweren Verläufe bei Geimpften aber natürlich sehr viel seltener (um 0,8%), was bedeutet, dass unter Geimpften sehr viel mehr Personen behandelt werden müssen, damit ein schwerer Verlauf verhindert wird. Für die Nutzen-/Risikoabwägung bei drohenden Wechselwirkungen ist das relevant.
- dies gilt in dieser Form nur für vollständig - also mindestens 3x - geimpfte Personen, und auch das nur innerhalb von 3 Monaten nach der 3. Impfung (für

-
- die 4. Impfung ist der Zeitraum noch nicht ganz klar).
- Derzeit findet auch die Herstellerfirma keinen Hinweis, dass Paxlovid bei Personen ohne zusätzliche Risikofaktoren einen Nutzen hinsichtlich Hospitalisierung oder Tod hätte. [https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-reports-additional-data-paxlovidtm-supporting#:~:text=Additional%20analyses%20of%20secondary%20endpoint,placebo%20\(p%3D0.0228\)](https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-reports-additional-data-paxlovidtm-supporting#:~:text=Additional%20analyses%20of%20secondary%20endpoint,placebo%20(p%3D0.0228)).
 - Bei einem Teil der Patient:innen kommt es zu einem Rebound nach Beendigung der Einnahme, diese sind dann auch wieder infektiös. Diese Rebounds sind nach bisherigen Kenntnisstand meist leicht. Eine neuerliche Behandlung wird nicht empfohlen. ([pdf CDC](#))

Für uns Hausärzt:innen spielt das Medikament also eine wichtige Rolle: zumindest die unter unseren Patient:innen, die entweder nicht mindestens 3x geimpft sind, oder deren Auffrischung länger als 3 Monate zurück liegt, und die Risikofaktoren haben, könnten von der Medikation profitieren, ebenso wie diejenigen, die möglicherweise nicht ausreichend immunkompetent sind.

- Die Nutzen-/Risikoabwägung lässt sich durch Hilfsmittel unterstützen: [pdf](#)
- Weitere Hilfsmittel zur Verordnung für die Praxis: <https://www.kl.ac.at/coronavirus/monitoring-und-behandlung>

Für die Karl-Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften (inhaltlich verantwortlich),

Dr. Susanne Rabady (Leitung)
Dr. Patrick Erber

Für die ÖGAM
Dr. Susanne Rabady (Präsidentin)
Dr. Christoph Dachs (Past-President)

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) 2022 - ÖGAM

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

This email was sent to office@oegam.at

[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

