

Liebe Leser_innen!

Donnerstag ist Covid-Tag....heute gibt es, wie angekündigt, einen Blitz-NT mit ein paar wichtigen Neuigkeiten:

- ÖGAM-Infotalk: [Peter Klimek \(Complexity Science Hub\) zur Wirksamkeit der Maßnahmen - und Prognosen für den Herbst](#)
- Neue Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums
- Impffolgen
- Behandlung - divergierende Empfehlungen in Leitlinien

Update der Anwendungsempfehlungen des NIG

- Aufgrund der Delta-Variante wird derzeit eine **Verkürzung der Impfintervalle** auf die ursprüngliche Zulassung empfohlen (Comirnaty 21 Tage, Moderna 28 Tage, Vaxzevira 4-8 Wochen) - bereits vereinbarte Impftermine müssen aber nicht verschoben werden.
- **heterologe Impfung:**
 - *bei einem heterologen Impfschema mit 1. Dosis Vektorimpfstoff von AstraZeneca und 2. Dosis mRNA-Impfstoff für beide Dosen ergibt sich eine vergleichbare bis höhere Rate an Impfreaktionen.*
 - *Die Evidenz bzgl. Wirksamkeit, dass ein heterologes Impfschema gegenüber einem homologen Impfschema überlegen wäre, ist derzeit limitiert.*
 - *Bei Nebenwirkungen, welche eine medizinische Kontraindikation für eine zweite Impfung mit dem gleichen Impfstoff darstellen oder bei Eintreten einer Schwangerschaft nach der 1. Dosis mit dem 2-teiligen Vektorimpfstoff, soll ein heterologes COVID-19-Impfungen in Erwägung gezogen werden.*
 - **Wird ein heterologes Impfschema angewandt, wird den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten empfohlen, die diesbezügliche Aufklärung inkl. der ausdrücklichen Begründung explizit zu dokumentieren.**
- **Überprüfung des Impferfolges:** Bei immunsupprimierten Personen, bei denen der Impferfolg tatsächlich zu bezweifeln ist, sollte **frühestens 4 Wochen nach der 2. Impfung (!)** eine Antikörperkontrolle (neutralisierende AK) durchgeführt werden - bei negativem Neutralisationstest/neg. Testergebnis beim NT-Korrelat (**Low-/Non-Responder**) ist zeitnah (Abstand **frühestens 4 Wochen nach der 2. Dosis**) eine 3. Impfung empfohlen - dies ist jedoch eine off-label-Anwendung. Fraglich ist die Sinnhaftigkeit einer 3. Impfung bei immun-inkompetenten Personen mit schweren B oder T-Zell-Suppressionen - weitere Details siehe in den [Anwendungsempfehlungen](#).

- **Impfung nach Genesung:** Nach wie vor ist bei Genesenen nur eine Impfung empfohlen (frühestens 21 Tage nach pos. PCR). Bei nachgewiesener Sars-Cov-2-Infektion (auch mittels Nachweis durch NT- und NT Korrelat) braucht nur 1 Impfung erfolgen, selbst wenn die Infektion mehr als 8 Monate zurück liegt. Es wird aber eingeräumt, dass *“unabhängig von der medizinischen/immunologischen Einschätzung im internationalen Reiseverkehr formal 2 Dosen notwendig sein können, da laut Zulassung der Impfstoffe die Verabreichung von 2 Dosen auch bei Genesenen vorgesehen ist.”* Es wird aber gleichzeitig darauf hingewiesen: *“Bei einer zweimaligen Impfung kann eine erhöhte Rate an Impfreaktionen bei Genesenen nicht ausgeschlossen werden.”*
- **Antikörperbestimmung bei Gesundheitspersonal:** Nach wie vor ist **kein Schutzkorrelat** bekannt und auch keine Messung der zellulären Immunität nach Impfung möglich - daher sind Antikörperbestimmungen nach der zweiten Impfung vor allem in Gesundheitsbereichen mit sensiblen Patient_innen (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime etc.) nicht zielführend - die Schutzmaßnahmen inkl. AG-Schnelltests zumindest 1x/Woche werden daher weiter empfohlen.

Impffolgen:

mRNA-Impfstoffe: In Diskussion sind Myokarditis-Fälle in zeitlicher Assoziation zu mRNA-Impfstoffen (am höchsten ist das Risiko bei [männlichen Jugendlichen nach 2. Dosis - lt. CDC](#)). Wieweit die Inzidenz jedoch die Hintergrundinzidenz übersteigt, ist nicht geklärt.

Vaxzevria (AstraZeneca): Von Seiten der [EMA gibt es die Sicherheitsmeldung](#), dass bei vorbekannten CLS (Capillary leak syndrome) die Gabe von Vaxzevria kontraindiziert ist - es wurde auch als mögliche, sehr seltene Impfreaktion in den Beipack aufgenommen.

Informationen zur medikamentösen Behandlung und Covid-19

Überblick und Detailinformationen finden Sie auf der Plattform unter [Behandlung und Monitoring](#)
Kurzbericht Fluvoxamin - Stand der Forschung:

In den [DEGAM-S1-Leitlinie](#) wird Fluvoxamin als erwägbare Therapie bei alten und/oder Risikopatient_innen angeführt.

Aber: sowohl in den [NIH-Guidelines](#) als auch in den [Australian Guidelines](#) wird die Verwendung derzeit bei **unzureichender Datenlage nur im Rahmen von Studien empfohlen**. Hier die initiale (kleine) Studie dazu [Fluvoxamine vs Placebo and Clinical Deterioration in Outpatients With Symptomatic COVID-19](#).