Frau Professor Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt im Interview

mit Frau Sonja Pearsall, Obfrau von "Multiples Myelom Selbsthilfe Österreich"
von Freitag, 25. September 2020

Univ.-Prof.in Dr.in Ursula Wiedermann-Schmidt

Ärztliche Leiterin der Spezialambulanz für Impfungen,
Medizinische Universität Wien

Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin der Medizinischen Universität Wien

Kinderspitalgasse 15, 1090 Wien
Sekretariat: Tel: +43-1-40 160-38291 oder 38294
Spezialambulanz: Tel: +43-1- 40 160 38280
https://www.meduniwien.ac.at/hp/tropenmedizin/

S. Pearsall: Welche Impfstoffe oder Impfstoffentwicklungen gegen COVID-19 gibt es mit dem heutigen Stand, 25. September 2020?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Es gibt bis heute noch keinen einzigen zugelassenen COVID-19-Impfstoff, aber es sind 20 Impfstoff-Kandidaten in klinischer Testung. Einige davon, höchstwahrscheinlich 4 Kandidaten, sind in der wichtigsten Phase klinischer Testungen, der sogenannten Phase 3, schon sehr weit fortgeschritten. Hier geht es darum bei einer großen Anzahl von Probanden zu testen, ob tatsächlich eine Wirksamkeit gegen die Erkrankung besteht.

Wir können nach dem heutigen Stand der Dinge nicht genau sagen, wann tatsächlich die Zulassung dieser in Phase 3 befindlichen Impfstoffe stattfinden wird. Nach Auskunft der an der Entwicklung beteiligten Firmen sollten die ersten Impfstoffe mit Ende dieses Jahres oder Anfang mit nächsten Jahres zur Zulassung eingereicht bzw. im Zulassungsverfahren bearbeitet werden können. Dies setzt allerdings voraus, dass alles gut geht, das heißt, dass keine Zwischenfälle in Bezug auf Nebenwirkungen und Sicherheitsfragen auftreten und alle Daten über die Wirksamkeit des Impfstoffes vorliegen. Bei den derzeit aussichtsreichsten Kandidaten handelt es sich um zwei unterschiedlich konstruierte Impfstoffe, einerseits sogenannte Vektorenimpfstoffe und andererseits sogenannte m-RNA-Impfstoffe.

S. Pearsall: Könnten Sie uns erklären, worin sich diese beiden Impfstoff-Konstrukte unterscheiden?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Für Vektorenimpfstoffe werden für den Menschen harmlose Viren (z.B. Adenoviren) verwendet, die meist nicht mehr vermehrungsfähig sind, aber als Konstrukt dienen, um die

wichtigsten Impfstoff-Antigene aus dem Coronavirus in sich zu tragen und zu produzieren. Das heißt, man kann sich diese Adenoviren wie ein Automobil vorstellen, mit dessen Hilfe der Transport dieser Impfstoffe in den Körper funktioniert. Hier sind bisher in den Studien vor allem Personen zwischen 18 und 60 Jahren getestet worden und erst jetzt oder in letzter Zeit haben auch Testungen an älteren, teilweise auch an immunsupprimierten Personen (vor allem HIV-Patienten) stattgefunden, um zu untersuchen, ob diese Impfstoffe auch bei Personen mit schwachem Immunsystem verwendet werden können. Diese Daten liegen noch nicht vor.

Im Unterschied dazu bestehen RNA-Impfstoffe aus sogenannter messenger RNA, das ist die genetische Information für den Bauplan von Eiweißmolekülen. Eingebracht in menschliche Körperzellen ermöglicht diese messenger RNA den eigenen Körperzellen die Produktion bestimmter Oberflächenmoleküle des Coronavirus. Man kann das so verstehen, dass der Körper neben seinen eigenen Eiweißen nun auch, wie ein kleiner Inkubator, den Impfstoff produziert. Dies erspart großartige Herstellungsprozesse, da der eigene Körper den Impfstoff herstellt und in weiterer Folge auch die Abwehr dagegen aufbaut. Diese Impfstoffe scheinen sehr erfolgsversprechend, allerdings muss man darauf hinweisen, dass RNA-Impfstoffe bis zum heutigen Zeitpunkt noch gegen keine Erkrankung beim Menschen eingesetzt wurden, und dass dies die erste Zulassung eines RNA-Impfstoffes wäre. Wir haben damit noch relativ wenig Erfahrung was Nebenwirkungen und dergleichen betrifft.

Es wird außerdem noch andere Impfstoffkandidaten geben, auf Basis von inaktivierten Coronaviren oder Oberflächenmolekülen, die mit Wirkstoffverstärkern (sogenannten Adjuvantien) versetzt werden, ganz nach dem Vorbild der meisten unserer Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten. Diese Kandidaten sind aber noch nicht so weit gediehen, sie befinden sich erst in Phase 1 und Phase 2, da nehme ich an, dass diese Kandidaten erst im Laufe des nächsten Jahres zur Zulassung eingereicht werden.

Das heißt, momentan können wir ehrlicherweise nicht wirklich seriös darüber Auskunft geben, welcher dieser Impfstoffe tatsächlich wann auf den Markt kommen und wann die Verfügbarkeit für die Bevölkerung gegeben sein wird. Die nationalen Impfgremien in ganz Europa gehen davon aus, dass es in den ersten Monaten generell zu wenig Impfstoffe geben wird, um alle Menschen damit zu versorgen. Daher werden sogenannte Priorisierungslisten für besonders schützenswerte Personenkreise geführt. Man geht davon aus, dass diese Impfstoffe vorwiegend so wirken, dass sie die Infektion vielleicht nicht verhindern, aber den Schweregrad der Erkrankung oder die Erkrankung selbst verhindern können. Daraus ergibt sich, dass zwei Populationen am wichtigsten sind und zuerst zu geimpft werden sollten, nämlich zum einen Risikopersonen, also jene Menschen, die eine Konstellation haben, schwerer an COVID zu erkranken. Die zweite Population, die vorrangig geimpft werden soll, ist das gesamte Gesundheits- und Pflegepersonal, also jene Menschen, die mit kranken Menschen in Verbindung kommen und die Krankheit

nicht übertragen sollten. Man möchte damit einerseits erreichen, dass das Gesundheitssystem weiter funktioniert und nicht zusammenbricht und andererseits, dass das Gesundheitspflegepersonal und Menschen, die engen Kontakt zu Patienten haben, die Krankheit nicht übertragen können. Das werden sicherlich die ersten Ziele sein, die man mit den Impfstrategien verfolgt. Und erst später im Laufe des Jahres oder im Laufe der nächsten Jahre wird man sich überlegen, ob das Impfungen sind, die tatsächlich bei der gesamten Bevölkerung sinnvoll sind. Es gibt Anhaltspunkte, die uns glauben lassen, dass das wahrscheinlich nicht notwendig und auch nicht unbedingt zielführend ist, sondern dass man sich besser auf Gruppen beschränkt, deren Erkrankung man verhindern möchte.

S. Pearsall: Vielen Dank, für die ausführliche Antwort. Ich habe dazu eine Zusatzfrage: Die MyelompatientInnen sagen uns, dass sie, selbst wenn es eine Impfung gäbe, große Angst vor den Nebenwirkungen haben, weil der Impfstoff bezüglich der Nebenwirkungen noch nicht Langzeit-erforscht ist. Andererseits befürchten sie, dass ihr Immunsystem so schwach ist, dass sie ohnehin keinen Impfschutz aufbauen und somit nur die Nebenwirkungen, aber keinen Impfschutz hätten. Was würden sie diesen MyelompatientInnen raten?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Ich glaube, dass es momentan noch etwas verfrüht ist, hier eine Antwort zu geben. Prinzipiell kann man sagen, dass ein Impfstoff, wenn er die Zulassung erlangt hat, drei wichtige Kriterien erfüllt: Erstens die Sicherheit eines Impfstoffes, also, dass keine oder nur ganz geringe Nebenwirkungen auftreten; zweitens, muss er eine Immunantwort auslösen und drittens muss der Impfstoff wirksam sein. Natürlich wurden diese drei Kriterien in den ersten Studien vorwiegend bei gesunden Personen ausgetestet, aber – und das ist wichtig – die meisten Phase 3 Studien haben auch Kollektive von Menschen herangezogen, die besonders impfbedürftig sind, das sind vorwiegend die älteren Menschen über 65 Jahre. Diese Personen leiden oft an verschiedenen Grunderkrankungen, sind aber natürlich nicht unbedingt Krebs- oder MyelompatientInnen. Das heißt, es kann sein, dass diese erste Zulassung MyelompatientInnen nicht unbedingt einbezieht, weil für diese Patienten keine Datenlage vorliegt. Daher glaube ich, dass die MyelompatientInnen auch keine Sorge haben müssen, dass sie als erste diesen Impfstoff bekommen, sondern man wird sich auf die PatientInnen konzentrieren, die jetzt in den Studien verankert waren, wo die Sicherheit und Wirksamkeit ausgetestet wurde. Das Repertoire der Risikopatienten wird erst später eröffnet werden.

Für die MyelompatientInnen ist die sogenannte Umgebungsprophylaxe von besonderer Bedeutung und wir weisen immer wieder darauf hin. Das heißt, wenn initial MyelompatientInnen nicht zur primären Impfgruppe gehören, dann wird eine gut geimpfte Umgebung umso wichtiger sein, einerseits die gesunden Erwachsenen, andererseits das das Pflege- und Krankenhauspersonal, sodass von diesen Menschen rundherum keine Ansteckung erfolgen kann. Ich denke das werden die ersten Strategien sein, bis dann die

Daten bei Krebspatienten bzw. bei verschiedenen Personen vorliegen, deren Immunsystem beeinträchtigt ist. Das ist meine Annahme bzw. sind die Überlegungen, die wir in den Impfgremien anstellen, um so eine Strukturierung und Priorisierungen fortzuführen.

S. Pearsall: Vielen Dank. Haben Sie Impfempfehlungen für die MM PatientInnen für die kommende Herbst- und Winterzeit? Und vielleicht könnten wir da, weil es sehr gut zur Beantwortung der zweiten Frage passt, auch die Angehörigen dazunehmen: Haben sie Impfempfehlungen für MM PatientInnen und deren Angehörige für die kommende Herbst- und Winterzeit?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Ja. Wir haben in unseren immer gültigen Empfehlungen für die MM Patienten für jede Wintersaison zwei wichtige Impfungen vorgesehen: Einerseits die Influenzaimpfung und andererseits die Pneumokokkenimpfung, die schon im Impfprogramm enthalten sind. Vor allem bei jenen Patienten, die eine Stammzellentransplantation hatten, zählt die Pneumokokken-Impfung zu den ersten Impfungen, die gemacht werden, aber die Influenza-Impfung ist in jedem Fall nach 3-6 oder 6 Monaten ebenso empfohlen.

Wichtig aber ist, wie bei allen Impfungen, dass man davon ausgehen muss, dass das Immunsystem bei bei medikamentös eingestellten MM PatientInnen natürlich sehr geschwächt ist und die Umgebungsprophylaxe hier eine ganz besonders wichtige Rolle spielt: Familienmitglieder, Haushaltsmitglieder, unmittelbare ArbeitskollegInnen sollten unbedingt auch gegen Influenza geimpft sein, um die MM PatientInnen nicht anzustecken. Das ist eine ganz wichtige Information.

In diesem Zusammenhang muss man das Umfeld auch immer wieder daran erinnern, dass das Fehlen von Symptomen nicht bedeutet, dass man nicht trotzdem Überträger sein kann. Also auch symptomlose oder symptomarme Influenzakranke können für einen/eine MyelompatientIn gefährlich sein, weil sie die Influenzaviren übertragen können, an denen MyelompatientInnen schwerwiegend erkranken können. Diese Impfung ist ganz besonders wichtig. Das heißt: Influenza und Pneumokokken Impfung sowohl für die Patienten als auch für ihr Umfeld.

S. Pearsall: Dankeschön. Da es sich bei den MM PatientInnen meist um ältere Personen handelt, könnten dazu sagen, ob es sich bei der Influenza-Impfung um eine zweimalige Impfung handelt?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Wir haben heuer wieder die Impfempfehlung für die Influenza im österreichischen Impfplan verankert und da gilt dieselbe Regelung wie im letzten Jahr, ganz wichtig, bei allen RisikopatientInnen und immungeschwächten Personen sollte eine zweimalige Influenzaimpfung erfolgen. Unsere Empfehlung ist die erste Impfung mit einem verstärkten Impfstoff zu applizieren. Das ist entweder der Impfstoff, der ein Adjuvans enthält, der wird wahrscheinlich bis zum Ende der Saison ein trivalenter Impfstoff sein, das heißt, basierend auf zwei Influenza A- und einem Influenza B-Stamm, aber er

hat auch den Wirkstoffverstärker dabei. Frühestens nach einem Monat soll eine zweite Impfung mit dem sogenannten 4-fach Impfstoff erfolgen, der zwei Influenza A- und zwei B-Stämme, aber kein Adjuvans enthält. Dieses Impfschema soll garantieren, dass eine gute Immunantwort auch bei immunschwächeren Personen aufgebaut werden kann und vor allem, dass diese Immunantwort auch über die ganze Saison hält, weil man davon ausgeht, dass der Impfschutz bei älteren Personen, prinzipiell aber auch bei Vorerkrankten nicht länger als 6 Monate hält. Daher sind diese zwei Impfungen ganz entscheidend.

Wir haben heuer eine besondere Situation, nämlich, dass es einen neueren, hochdosierten, Impfstoff gibt, das ist auch ein 4-fach Impfstoff, der die zwei wichtigsten zirkulierenden A- und B-Stämme enthält, aber die Dosierung dieses Impfstoffes ist viermal höher als beim normalen Influenzaimpfstoff. Das Ministerium hat davon heuer besonders für Risiko- und immungeschwächte Personen ein Impfstoffkontingent eingekauft, das sonst in der Apotheke nicht frei verfügbar ist. Wir haben uns sehr bemüht, dass wir zu diesen Bestellungen kommen und hoffen, dass wir über unsere Spezialambulanz unsere Patienten bevorzugt versorgen werden können bzw. zum Impfkonzept dazukommen, das über Bund und Stadt für diese Personengruppe implementiert wurde.

S. Pearsall: Vielen Dank. Sehr oft werden wir gefragt: „Sollten wir uns jetzt im September schon impfen lassen?“ Es ist nun schon Ende September, aber wann sollte z.B. die erste Impfung, diese Adjuvans-Impfung, erfolgen?

Prof. Wiedermann-Schmidt: Wenn nur eine Impfung gegeben wird, sollte sie idealerweise nicht vor Ende Oktober, oder Anfang bis Mitte November passieren. Bei allen chronisch Kranken, wo die zweimalige Impfung appliziert wird, ist es aber günstig früher zu beginnen, damit man auf jeden Fall diesen ersten Schutz aufbaut und auch ein zweiter Impfstoff schon weggelegt wird, damit man sichergehen kann, dass sich die zweimalige Impfung für Risikopatienten gut bis zum Dezember ausgeht. Man sollte sich bei den zuständigen Impfstellen erkundigen, ob sie die Impfstoffe für chronische Patienten schon haben, dann kann man eigentlich relativ bald, jetzt mit Anfang Oktober schon beginnen.

S. Pearsall: An wen sollten sich die MyelompatientInnen mit diesem Anliegen wenden?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Die PatientInnen sollten beim eigenen Arzt des Vertrauens, bei bestimmten Ordinationen, Impfstellen oder den Spezialambulanzen nachfragen, um einen Impftermin zu vereinbaren. Dort erfahren sie, wo sie die Impfung bekommen können, bzw. ob der Impfstoff auch vorrätig ist. In unserer Spezialambulanz müssen sich die PatientInnen unbedingt vorher anmelden, das ist jetzt ganz besonders wichtig, ohne Anmeldung geht es nicht. Dann können sie vorbeikommen und wir können sie impfen. Wir haben unsere MyelompatientInnen laufend in Betreuung, die haben alle schon einen Impfstoff

reserviert. Bitte stets vorher anrufen und einen speziellen Impftermin entweder bei uns oder beim eigenen Hausarzt vereinbaren. Wenn alle zu uns kommen, werden wir keine ausreichende Versorgung haben.

S. Pearsall: Vielen Dank. Allgemein gefragt: Welche Schutzmaßnahmen halten sie für sinnvoll?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Interessanterweise sind all die Maßnahmen, die wir immer für die MyleompatientInnen besprochen haben, jetzt die COVID-Maßnahmen, die für alle gelten. Ich halte es für einen großen Vorteil für MyleompatientInnen, dass sich die anderen Leute auch ein bisschen besser verhalten. Ganz sinnvoll ist die Schutzmaske. Falls man selbst vor Infektion geschützt werden möchte sind FFP-2, oder noch besser FFP-3 Masken zu tragen, wenn man mit öffentlichen Verkehrsmitteln fährt oder wo immer andere Menschen getroffen werden. Das Abstand halten von 1 bis 1,5 Meter ist ideal und die von uns postulierten Hygienemaßnahmen mit Handschuhen und Händedesinfektion können die MyelompatientInnen alle aus dem FF.

All diese Regeln, die wir schon immer besprochen haben, gelten jetzt auch für die anderen Menschen und damit ist die Infektionsgefahr bereits ziemlich reduziert worden. Interessanterweise hat man gesehen, dass während des "Lock-down" die Zahl sämtlicher Infektionserkrankungen durch Erkältungsviren usw. schlagartig zurückgegangen ist. Man erkennt, dass diese Maßnahmen, wie z.B. zurückgezogen zu leben, weniger Veranstaltungen zu besuchen bzw. wenn, dann mit Maske und Abstand, dass das wirklich gute Schutzmaßnahmen sind, um sich vor Infektionen zu schützen.

S. Pearsall: Dankeschön. Wir werden auch oft gefragt, ob das Visier ein gangbarer Weg ist.

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Ich verwende es in meiner Ambulanz häufig und würde sagen, dass das auch etwas für MyelompatientInnen im allgemeinen Kontakt, vielleicht auch im Familienkontakt usw. ist, weil man beim direkten Ansprechen geschützt ist. Ich würde aber meinen, dass die Maske für MyelompatientInnen, die in öffentlichen Verkehrsmitteln fahren oder Kontakt zu anderen haben, schon besser ist, weil sie einfach besser abschließt, vor allem wenn man sich länger in Innenräumen aufhält. Da kann sich, vor allem COVID, wie man gesehen hat, in der Luft doch bis zu 3 Stunden halten, wenn nicht gelüftet wird und da ist dieser Abschluss einer Maske besser als die Visiere. Die Visiere schützen eher direkt von vorne, wenn man von vorne angespuckt oder angesprochen würde, aber es geht natürlich von oben und von unten rein theoretisch Luft hinein, wenn man sich in einem Raum befindet, da ist dann für den Patienten die abgeschlossene FFP-2 oder FFP-3 Maske besser. Trotzdem finde ich, dass die Visiere nicht schlecht sind, fürs rasche Einkaufen gehen und solche Sachen ist das sicherlich eine gute Sache, aber besser wäre die Maske.

S. Pearsall: Und am besten sind die FFP-3 Masken?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Die ist besonders gut, aber FFP-2 Maske ist auch schon sehr gut.

S. Pearsall: Danke. Dann hätte ich noch eine Frage zum Impfstoff Shingrix®: Da hat es einmal eine Verzögerung gegeben. Könnten sie uns jetzt die Lage schildern?

Prof. Wiedermann-Schmidt: Die Lage ist so, dass in Österreich nach wie vor die Verfügbarkeit vom Shingrix® Impfstoff nicht gegeben ist. Es kann auch nicht importiert werden, außer zu ganz teuren Preisen aus Canada, wo eine Dosis so viel kostet, wie zwei zusammen, das ist eine sehr teure Geschichte. Wir bemühen uns nach Kräften den Impfstoff für die PatientInnen in unserer Spezialambulanz zur Verfügung zu stellen, aber man muss leider nach wie vor sagen, dass die Versorgung mit dem Shingrix® Impfstoff in Österreich immer noch nicht offiziell geregelt ist.

S. Pearsall: Noch eine Frage zu Shingrix®: Die Patienten, die die Impfung bei Ihnen erhalten haben, bekommen dann oft von den Onkologen noch ein antivirales Medikament zusätzlich zum Einnehmen. Da fragen mich viele, ob das denn notwendig ist. Können Sie diese Frage beantworten?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Was die Varizellen betrifft wäre es nicht unbedingt notwendig, es sei denn, derjenige ist so stark unter Immunsuppression, dass man Reaktivierung von Varizellenviren immer noch fürchtet. Aber ich nehme an, dass die Onkologen nicht nur die Varizellen meinen, sondern Herpes simplex, weil das genauso ein Problem sein kann. Es kann zur vermehrten Reaktivierung von Herpesviren, aber auch von EBV oder anderen Viren kommen, die ja ein Leben lang im Körper bleiben, wo man bei den immunsuppressiven Therapien, insbesondere bei den Biologika die Sorge hat, dass es zu dieser Reaktivierung kommt. Das gehört natürlich ein bisschen hinterfragt. Wo es sicher Sinn macht, ist bei den Stammzelltransplantierten, die das automatisch für mindestens ein Jahr kriegen, weil wir diese Impfung meist erst am Ende des ersten Jahres schaffen. Da finde ich es eine gute Sache, damit es hier ja nicht zur Reaktivierung kommt, das würde für das Transplantat und für alles katastrophal sein. In dem Moment wo die Impfung dann einmal stattgefunden hat und vor allem zwei Impfungen gemacht werden, da ist derjenige dann schon im zweiten Jahr nach der Stammzelltransplantation und danach glaube ich, dass es nicht mehr unbedingt notwendig wäre, sondern im Anlassfall, das heißt, wenn es irgendwie Anzeichen gibt, dass es entweder Zoster oder Herpes sein könnte, dass man dann sofort beginnt mit einer therapeutischen Dosis, das würde dann wahrscheinlich ausreichend sein. Diese prophylaktische Gabe ist vor allem in der ersten Phase nach der Transplantation schon sehr wichtig.

S. Pearsall: Die Patienten, die mich gefragt haben, haben das nicht knapp nach der Transplantation bekommen, sondern in der Phase der Erhaltungstherapie.

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Da waren aber nicht transplantierte Personen, sondern Patienten, die unter medikamentöser Erhaltungstherapie gestanden sind?

S. Pearsall: Ja, die aber durchaus früher schon eine Transplantation erhalten haben.

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Wiegesagt, es ist eine breitere Wirkung, weil es ja keine Therapie allein für Varizellen gibt, sondern nur für die gesamten herpesartigen Viren, wo es darum geht sie alle ruhig zu halten. Die Impfung hilft auf jeden Fall zusätzlich noch sehr, die Immunantwort zu aktivieren. Ich glaube, ich würde eher im Einzelfall besprechen, ob es wirklich notwendig ist.

S. Pearsall: Herpes Infektionen sind ja relativ häufig. Die Angehörigen fragen mich oft, ob sie z.B. bei Herpes simplex auch schon ein anitvirales Medikament einnehmen sollen.

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Ja, das sollten sie schon aufgrund des Kontakts, es sei denn, man hält sehr strenge Hygienemaßnahmen in der Familie ein. Da darf man kein Bussi geben, man darf keinesfalls dieselbe Gabel oder ähnliches gemeinsam verwenden, man muss in ähnlicher Art und Weise aufpassen bei den Handtüchern usw., weil die Infektiosität von Herpesviren, egal ob Zoster oder Herpes simplex, durch den Blaseninhalt gegeben ist und die Infektion durch Kontakt mit dem Blaseninhalt übertragen wird. Ein gesunder, immunkompetenter Mensch muss Herpes simplex nicht unbedingt mit Tabletten, aber zumindest mit Salben behandeln, erstens für sich selbst, damit es schneller abheilt und andererseits um die Möglichkeiten der Übertragung so gering wie möglich zu halten.

S. Pearsall: Sind das herkömmliche Salben, die man ohne Rezept bekommt?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Nein, die antiviralen Medikamente und Salben, wie z.B. Zovirax®, sind immer rezeptpflichtig. Das muss man sich auf jeden Fall vom Arzt verschreiben lassen. Sowohl die Salbe als auch die Tabletten. Ich empfehle den Angehörigen unbedingt so früh wie möglich eine antivirale Salbe zu benützen, um die Ansteckungsgefahr für PatientInnen zu minimieren.

S. Pearsall: Ich hätte noch eine Frage zur Medikamenteneinnahme von Revlimid®. Stimmt es, oder sind sie auch der Meinung, dass im Zuge der Medikamenteneinnahme von Revlimid® Impfungen eine bessere Wirkung erzielen, also höhere Antikörperspiegel im Blut ergeben? Wir das hören oft von den Onkologen.

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Ich muss ganz ehrlich sagen, dass ich das nicht weiß, bzw. nicht bestätigen kann. Es kann schon sein, dass im Verhältnis zu nicht behandelten Revlimid® Patienten, das Immunsystem doch so schlecht funktioniert, dass überhaupt keine gute Immunantwort aufgebaut werden kann. Aber dass Revlimid® explizit ein Mittel ist, um die Antikörperzahl zu erhöhen, das habe ich so noch nicht gesehen. Die Impfempfehlung ist immer zwischen den Revlimid®-Zyklen, damit das nicht gleichzeitig passiert, außerdem kann man unter Revlimid® keine Lebendimpfstoffe geben. Daher kann ich das jetzt nicht bestätigen. Ich würde sagen: Man kann unter Revlimid® Totimpfstoffe impfen, aber dass es eine höhere Impfwirkung erzielt als normal, das würde ich jetzt so nicht unterschreiben können.

S. Pearsall: Danke schön. Wir haben in Ihrer Impfbroschüre geschrieben, dass man immer in der Pause impfen soll und wenn das die Patienten verlangen, sagen ihre Onkologen manchmal: *„nein, das geht*

***auch unter Revlimid®“*. Als Kompromiss von Seiten der Impfexpertin und der Onkologen: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, kann man unter Revlimid® impfen, aber nicht unbedingt?**

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Genau. Wir impfen bevorzugt immer in der Pause, und zwar impfen wir immer am Ende der Revlimid®-Pause, damit dann schnell eine Antwort aufgebaut werden kann. Das ist nach wie vor die Empfehlung.

S. Pearsall: Gut, wunderbar. Ich hätte noch eine Frage: Passive Immunisierung, was ist Ihre Meinung zur Antikörpertherapie mittels Plasmaspenden?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Prinzipiell glaube und hoffe ich, dass das eine Möglichkeit wird, die uns relativ bald zur Verfügung steht. Bis jetzt wurden diese Plasmaspenden immer bei bereits kranken Leuten eingesetzt, um den Schweregrad der Erkrankung zu verhindern. Ich weiß dass einige Firmen daran arbeiten nicht nur das gesamte Serum von Patienten, die Antikörper besitzen, zu verwenden, sondern wirklich eine Antikörper-Anreicherung zu machen, teilweise sogar monoklonale Antikörper herzustellen, wie das bei anderen passiven Immunisierungen der Fall ist. Wir sprechen hier von sogenannten Hyperimmunglobulinen, die besonders reichhaltig sind und ich kann mir vorstellen, dass bei RisikopatientInnen, wie bei MyelompatientInnen, besonders in bestimmten Settings, wenn man z.B. ins Spital muss, oder wenn man in einer sehr heiklen Phase ist, eine passive Immunisierung extrem sinnvoll wäre. Wir haben jetzt mehr Erfahrung damit, welche Antikörpertypen wirklich protektiv, also schützend, sind und ich stelle es mir als sehr sinnvoll vor, diese Antikörper in einer bestimmten Menge immer wieder zu geben, besonders dann, wenn diese Patienten nicht geimpft werden können. Auch früher hat man Patienten mit Hepatitis-A oder Patienten, die keinen Masernschutz haben, Immunglobuline gegeben. Ich hoffe sehr, dass das tatsächlich bald der Fall sein wird, soviel ich weiß sind da einige Ansätze schon sehr weit gediehen.

S. Pearsall: Wo müsste man sich dafür hinwenden oder wann steht das zur Verfügung? Es ist auch wieder ein wirtschaftlicher Faktor…

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Ich weiß von einigen Firmen, darunter auch eine österreichische Firma, die gerade an diesen Hyperimmunglobulinen arbeiten. Es ist diesbezüglich momentan ein bisschen still geworden, aber ich könnte mir vorstellen, dass im Hintergrund daran gearbeitet wird diese reinen Immunglobuline zur Verfügung zu stellen. Vom Zeitablauf her glaube ich schon, dass wir bis Ende des Jahres davon etwas hören sollten. Dann wäre natürlich die spannende Frage, wer das bekommen soll. Für mein Verständnis wäre das wahrscheinlich die erste Wahl für die Risikopatienten, bevor überhaupt die ersten Impfstoffe bei Risiko- also beispielsweise bei MM-PatientInnen gegeben werden. Man wird noch ein

bisschen Geduld haben müssen, ähnlich wie bei den Impfstoffen muss man bis zum Ende des Jahres warten wie die Zulassungsprozesse ausschauen. Aber ich glaube, dass das schon auf einem guten Weg ist.

S. Pearsall: Danke, wir haben für Takeda einen Aufruf gestaltet... Die Firma, von der sie gesprochen haben, ist das Takeda?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Das ist die Firma Takeda, ja, die haben sich darauf spezialisiert. Da gibt es eine österreichische Niederlassung, der Hauptsitz ist irgendwo in Südostasien, wo meines Wissens nach sehr viel in diese Richtung gemacht wird. Meiner Meinung nach ist es die Frage des richtigen Einsatzes, wer wirklich am meisten davon profitiert. Auf der einen Seite wird versucht werden diese Therapie bei jenen anzuwenden, die schon krank sind. Für mich würde jedoch die Prophylaxe bei RisikopatientInnen besonders sinnvoll erscheinen.

S. Pearsall: Wir werden auch z.B. von den Ärzten am Telefon gefragt, ob das auch etwas für das Gesundheitspersonal wäre, wenn noch keine anderen Schutzmaßnahmen...?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Nein, also das würde ich nicht wollen. Diese passive Immunisierung sollte man wirklich aufsparen für diejenigen, die keinen Schutz aufbauen können. Das Gesundheitspersonal sind eine der ersten Gruppen, die geimpft werden sollten, weil sie genau in diese Gruppe der Studienprobanden hineinpassen und wo ich am wenigsten Bedenken hätte, dass man diese Personen nicht impfen könnte. Die passive Immunisierung gilt wirklich für diejenigen, die ein schlechtes Immunsystem haben, die keine Impfkandidaten sind, aber auch gleichzeitig das höchste Risiko für die Erkrankung haben. Diese Personen gehören so abgeschirmt und da würde ich mich sehr dafür einsetzen, dass das so auch richtig in die Wege geleitet wird und man es nicht zu breit, sondern sehr gezielt anwendet.

S. Pearsall: Danke , das verstehe ich. Eine vorletzte Frage: Wie viele COVID-19 Tests gibt es jetzt? Wie wirken sie? Welche Aussagekraft haben sie? Und vor allem, wo stehen sie zur Verfügung ohne - und das werden wir so oft gefragt - sich selbst beim Testen anzustecken?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Es gibt zwei verschiedene Arten von Tests. Auf der einen Seite die Testung, wenn man wissen möchte, ob man zum jetzigen Zeitpunkt das Virus in sich trägt, also eine Virusinfektion hat, nachdem man Kontakt gehabt hat, das ist die klassische PCR-Methode mittels Nasen- oder Rachenabstrich. Wenn man beispielsweise keine Symptome aufweist, aber trotzdem Angst hat, nachdem man mit jemanden Kontakt gehabt hat und sicher wissen möchte, ob man virusfrei ist, kann man das problemlos beim niedergelassenen Arzt oder bei uns an der Ambulanz machen. Wir machen solche Abstriche, schicken das ein und man bekommt eigentlich am selben Tag das Ergebnis. Natürlich kann man diese Tests nicht ununterbrochen jeden Tag wiederholen, in diesem Fall wäre die andere Frage zu überlegen, nämlich ob man Antikörper nachweist, z.B. wenn man Sorge hat, dass man einen Kontakt oder

merkwürdige Symptome gehabt hat, dann gibt es die Möglichkeit die sogenannten Neutralisationsantikörper zu messen. Das macht man dann gleich mit einer Blutabnahme, die in das Institut für Virologie geschickt wird, wo diese Testung der neutralisierenden Antikörper durchgeführt wird. Das sind die zwei Standardmethoden, die man unabhängig von 1450 machen kann, wenn man sonst nicht klinisch symptomatisch ist, sondern wenn man vielleicht nur Halsweh hat, oder sich erinnern kann, vor einem Monat oder im Sommer einen Geschmacksverlust gehabt zu haben und wissen möchte, ob man Antikörper hat oder nicht. Das sind die Situationen, wo man das problemlos testen lassen kann. Man muss aber dazu sagen, dass die Tests nicht ganz billig sind, sie kosten im Schnitt alle ca. 100 Euro. Tests für Risiko- oder Verdachtsfälle laufen in der Regel nach wie vor über 1450, in seltenen Fällen kann man das auch über unsere Ambulanz machen, da ist der/die PatientIn ganz abgeschirmt, wenn wir wissen, wann er/sie kommt, wird er/sie in einem eigenen Raum getestet.

S. Pearsall: Danke, welche Aussagekraft haben diese zwei Tests?

Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt: Diese zwei Tests haben eine sehr gute Aussagekraft. Wenn man beim Neutralisationstest Antikörper nachweist, entspricht dies dem sogenannten "Correlate of Protection", dem "Korrelat der Protektion", also des Schutzes. Wenn man diese Antikörper hat, dann hat man einen Schutz aufgebaut und man muss ca. alle 3 Monate wieder eine Blutabnahme machen, um nachzuschauen, ob man noch einen Schutz hat. Die PCR Methode zum Nachweis eines Erregers ist die "state of the art" Diagnostik. Allerdings ist die Aussage hier natürlich limitiert auf den Zeitpunkt, zu dem der Rachenabstrich gemacht wurde. Wenn man zu diesem Zeitpunkt z.B. PCR-negativ ist, bedeutet das natürlich nicht, dass man z.B. 5 Tage später oder in den nächsten Tagen COVID-positiv ist, falls man gestern oder vorgestern mit jemanden Kontakt hatte, der COVID-positiv war. Heute PCR-negativ heißt also nicht unbedingt, dass man verschont ist und in den nächsten Tagen nicht positiv werden kann. Das sinnvolle Testen ist also ganz wichtig, man sollte am besten den Arzt fragen, wenn man Sorge hat, dass man mit jemandem, der positiv getestet wurde, Kontakt gehabt hat. Dann besteht beim Erstkontakt sowieso die Regelung, dass man in Quarantäne bleiben muss. Beim sogenannten Zweitkontakt, das heißt, wenn man Kontakt mit jemandem gehabt hat, der seinerseits Kontakt mit einem Erkrankten hatte, sollte man zumindest 5 Tage abwarten, damit man sicher sein kann, dass hier die Hauptzeit der Virusreplikation, also der Virusvermehrung, stattgefunden hat. Wenn nach 5 Tagen der Test negativ ist, kann man sich relativ gut darauf verlassen, dass der auch negativ bleibt. Ökonomisch sinnvolles Testen ist besonders wichtig, das heißt, dass der Zeitpunkt der Testung richtig eingeschätzt wird. Das ist ein wichtiges Kriterium und das sollte der Arzt gut abstimmen können. Dieses *„ich möchte jetzt sofort wissen, ob ich etwas habe oder nicht“*, ist unter Umständen nur kurzfristig aussagekräftig.

S. Pearsall: Vielen Dank für das Gespräch.