

04.05.2020

Newsletter COVID-19 – 7

Inzwischen sind in Deutschland über 160.000 Erkrankungen mit SARS-CoV-2 dokumentiert, die Zahl der Genesenen wird auf über 120.000 Personen geschätzt und 6600 Personen sind mit oder an COVID-19 verstorben. In vielen Teilen Deutschlands werden weiterhin COVID-19 Patienten in kritischem Zustand auf den Intensivstationen betreut, wobei bislang keine generelle Überforderung der Kapazität aufgetreten ist und weiterhin vielerorts Intensivbetten freigehalten werden konnten. Diese Tatsache zusammen mit der im Verlauf der letzten Wochen zwischen 0.76 und 0.9 bestimmten Reproduktionszahl ($R_{(0)}$) geben Anlass dazu, die medizinische Versorgung generell wieder breiter auszurichten. Dies bestätigt die zuvor kommunizierte Lagebewertung der DTG zur Fortführung der Transplantationsprogramme je nach regionalen Gegebenheiten und der Ressourcenbeanspruchung.

1. In vielen Zentren wird die Wiederaufnahme der Lebendspende-Transplantationen diskutiert. Vor dem Hintergrund der geringeren Zahl der Neuerkrankungen (zuletzt erstmalig im dreistelligen Bereich) und der stabilen Situation auf den Intensivstationen wird unter Risiko-/Nutzenabwägung sowie Berücksichtigung der regionalen Verhältnisse im Zentrum die Wiederaufnahme dieser Programme im Interesse der Patientenversorgung positiv beurteilt.
2. Zur schrittweisen Rückführung des medizinischen Regelbetriebes hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein Faktenpapier (siehe Anlage) herausgegeben, das unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus.html> abgerufen werden kann. Unter anderem werden Vorschläge zur Beschränkung der Intensivkapazität für COVID-19 Patienten auf 25 %, zur Öffnung der operativen Kapazität auf 70 % sowie zur weiteren medizinisch-organisatorischen Anpassung gemacht, wobei die Umsetzung in der Verantwortung der Länder liegt. Dieses Papier stützt die Einschätzung der DTG zur Fortsetzung der transplantationsmedizinischen Aktivität.
3. Inzwischen werden zunehmend publizierte Arbeiten zur Morbidität und Mortalität bei transplantierten Patienten mit COVID-19 bekannt. Wir verweisen auf die Rubrik der durch uns kommentierten Literatur auf der Homepage der DTG. Auf der einen Seite werden erhöhte Mortalitätsrisiken bei Nierentransplantierten (doi: 10.1056/NEJMc2011117) berichtet, auf der anderen Seite ist experimentell ein inhibitorischer Effekt der Calcineurininhibitoren Ciclosporin/Tacrolimus auf die Virusreplikation berichtet worden (doi: 10.13345/j.cjb.200049 und doi: 10.1186/1297-9716-43-41.). Eine wissenschaftlich fundierte, klare Risikobeschreibung für organtransplantierte Personen ist weiterhin allerdings aufgrund der Seriengrößen und unterschiedlichen Studienvoraussetzungen (Screeningbedingungen, Selektionsbias, Versorgungsumstände etc.) nicht möglich, was unsere bisherige Bewertung bestätigt.

In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals zur Eingabe aller SARS-CoV-2-Erkrankten in das LEOSS-Register auffordern, in dem bereits über 1700 Patienten erfasst werden (<https://leoss.net/>). Bisher wurden erst 34 transplantierte Patienten in dieses schnell wachsende Register eingetragen, von denen 23 abschließend dokumentiert sind.

Davon

- sind 2/23 (8,7 %) Patient*innen verstorben.
 - hatten 5/23 (21,7 %) einen kritischen Verlauf (ICU).
 - sind 16x Niere, 2x Herz, 2x Leber, 1x Lunge, 2x Niere + Pankreas transplantiert.
 - wurden 21/23 (91,3 %) vor >12 Monaten transplantiert.
 - waren 4/23 (17,4 %) bei Diagnose unter Ciclosporin Therapie.
 - waren 12/23 (52,2 %) bei Diagnose unter Tacrolimus Therapie.
 - waren 5x < 45 Jahre, 12x zwischen 46 – 65 Jahren, 6x zwischen 66 – 85 Jahre alt.
4. Aus den Nachrichten war zu erfahren, dass Remdesivir eine Schnellzulassung in den USA erhalten hat, nachdem es in einer großen Studie den Krankheitsverlauf einer COVID-19-Infektion verkürzen konnte. Unklar bleibt weiterhin, ob Remdesivir auch die Letalität einer COVID-19 Erkrankung zu reduzieren vermag.
 5. Vielfach erreichen die Zentren Hinweise auf unterschiedliche COVID-19-Register, so auch die schriftliche Bitte, bei Eurotransplant (ET) Daten zur Verfügung zu stellen. Die DTG weist darauf hin, dass die Dateneingabe in ET-Register zu COVID-19 nicht verpflichtend ist, keinen Auftrag von ET darstellt und keinen Bezug zur Organallokation hat. Die DTG sieht diese unterschiedlichen Registeraktivitäten, die zu einer Fragmentierung von Daten und Verläufen führen, unverändert sehr kritisch. Mit gutem Grund hat sich die DTG zu einem sehr frühen Zeitpunkt entschieden, kein eigenes COVID-19-Transplantationsregister zu entwickeln, sondern alle Aktivitäten in dem hervorragenden LEOSS-Register zu bündeln und damit auch eine gute Vergleichsbasis zu anderen Erkrankten herstellen zu können.
 6. Eine Betreuung von SARS-CoV-2-infizierten (Transplantations-) Patienten sollte auch die Beurteilung der Atmung - am besten unter Einsatz der Pulsoxymetrie - beinhalten. Der klinische Verlauf der COVID-19-Erkrankung führt in einigen Fällen zur Ateminsuffizienz. Dies kann durch eine von Arzt und Erkranktem unbemerkte, aber kritische Reduktion der Sauerstoffsättigung bei unveränderter Atemfrequenz angekündigt werden, die leicht übersehen werden kann. In diesen Fällen ist eine stationäre Behandlung indiziert. Diese vermeintlich unauffällige klinische Symptomatik trägt vermutlich wesentlich zu den ambulanten Todesfällen oder dramatischen akuten Verschlechterungen bei, die selbst im Dialyse-Setup mit dreimal/Woche erfolgenden klinischen Visiten berichtet wurden.
 7. Eine Regelung zur Aktualisierung von MELD und LAS bei Patienten/-innen in den Wartelisten, um die die DTG mit Schreiben vom 17.03.2020 gebeten hatte, wird weiterhin vom Vorstand der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer bearbeitet.

Mit herzlichen Grüßen und den besten Wünschen für die Arbeit in den Zentren,

Prof. Dr. med. Christian Hugo
Generalsekretär