

---

## Newsletter COVID-19 - 10

Anlässlich der laufenden zweiten COVID-19-Pandemiewelle sind die Gespräche zwischen der DTG, der DSO, den Richtlinien-Federführenden, der BÄK, dem BMG und jetzt auch der DIVI (Prof. Janssens) wiederaufgenommen worden. Mit dem heutigen Newsletter wollen wir Ihnen ein kurzes Update zu transplantationspezifischen Aspekten der COVID-19-Pandemie geben.

1. Inzwischen hat sich der Anstieg der Zahl an Neuinfektionen abgeflacht, ein klarer Rückgang der Neuinfektionen hat sich bisher noch nicht eingestellt. Bis auf wenige Regionen hat sich das Virus wie vorausgesagt Deutschlandweit verbreitet und die Neuinfektionen sind derzeit nicht mehr vollständig nachverfolgbar. Die stationären Patientenzahlen mit COVID-19 steigen weiter und die Krankenhäuser leiden unter zunehmender Personalverknappung unter den Pandemiebedingungen. Aktuell befinden sich 3.854 COVID-19-Patienten in intensivmedizinischer Behandlung, 60% davon invasiv beatmet, 492 wurden seit dem Vortag neu auf Intensivstationen aufgenommen (Stand 27.11.2020).
2. Nach Auskunft des medizinischen Vorstands der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) war die Situation der **Organspende** in Deutschland von Januar bis Oktober 2020 durchgehend stabil mit Spenderzahlen die exakt auf dem Niveau von 2018 und um 2,3% höher als in 2019 lagen. Mit dem Beginn des Novembers 2020 gingen die Spenderzahlen von durchschnittlich 2,6/Tag in den ersten zwei Wochen auf 1,7/Tag zurück, sind mittlerweile aber wieder bei einem Monatsschnitt von 2,2/Tag, so dieser etwas ungewöhnliche Verlauf im November auch natürlichen Schwankungen entsprechen kann und nicht der sich verschärfenden COVID-19-Situation geschuldet sein muss. Alle Organspender werden unverändert vor der Spende erneut auf eine COVID-19-Infektion hin mittels PCR getestet, wobei dabei praktisch keine positiven Fälle auftreten. Nur COVID-19-negative Patienten kommen für eine Organspende in Frage.
3. In den allermeisten Kliniken werden die stationären Patienten vor oder bei Aufnahme auf COVID-19 gescreent. Dies sollte analog bei Aufnahme zu einer Transplantation erfolgen, um möglichst nicht in eine frische COVID-19-Infektion hinein zu transplantieren. Die Frage der Aufrechterhaltung der Transplantationsprogramme und insbesondere der Lebendspende muss regional und individuell entschieden werden. Die Auswertung der DTG-Umfrage innerhalb der Transplantationszentren hinsichtlich der Programmweiterführung hat ja gezeigt, dass es im Rahmen der ersten Welle praktisch für alle Zentren möglich war, stationäre Transplantationen unter COVID-19- Pandemiebedingungen fast ohne jegliche COVID-19-Infektionsprobleme durchzuführen. Die Frage der Transplantierbarkeit eines Wartelistenpatienten nach durchgemachter COVID-19-Infektion soll sich an der Schwere des Infektionsverlaufs mit den erlittenen Organkomplikationen und –schädigungen ausrichten und kann nicht pauschal bewertet werden.

4. Mit zunehmend gleichmäßiger Ausbreitung des Virus innerhalb ganz Deutschlands werden nun offensichtlich auch mehr transplantierte Patienten von COVID-19-Infektionen erfasst. Wir möchten hiermit erneut um Eintrag aller transplantierten Patienten mit COVID-19-Infektion in das LEOSS-Register (<https://leoss.net>) bitten, um wichtige Hinweise für die weitere Steuerung dieser Patienten bekommen zu können. Die Datenlage zur Letalität von COVID-19 nach Organtransplantation ist zwar weiterhin heterogen, eine Reihe von Studien lässt allerdings vermuten, dass nicht die Transplantation und Immunsuppression eine unabhängige Gefährdung der Patienten darstellen, sondern die bei Transplantierten häufig vorliegenden Komorbiditäten/Risikofaktoren. Man kann davon ausgehen, dass es keinen Vorteil darstellt, wenn ein Nierenkranker stattdessen eine COVID-19-Infektion als Dialysepatient durchläuft. Im ambulanten Sektor muss unverändert die Notwendigkeit von Patientenbesuchen vor Ort mit dem Infektionsrisiko und den Möglichkeiten entsprechender organisatorischer Alternativen (Videosprechstunde, organisatorischer Optimierung der Kontaktminimierung) zur Vermeidung einer Infektion aber auch von „Kollateralschäden“ abgewogen werden. Hierbei ist wie auch bereits früher berichtet die Hypoxieempfindung der Patienten häufig beeinträchtigt und sollte bei ambulanter Betreuung eines COVID-19-erkrankten Transplantierten in der kritischen Phase zu täglichen Kontakten führen, die idealerweise auch regelmäßige pulsoxymetrische Kontrollen beinhalten sollten. Zu diesem Themenkomplex ist eine entsprechende Publikation aus der Pneumologie der MHH erschienen ([10.1089/tmj.2020.0170](https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0170)).
5. Die DTG erreichten zahlreiche Anfragen zur Einschätzung/Einordnung der bevorstehenden Impfmöglichkeiten gegen SARS-CoV-2 bei organtransplantierten Patienten. Das BMG erarbeitet aktuell eine Rechtsverordnung zur Impfung, in der unter anderem der Personenkreis konkretisiert wird, der impfberechtigt sein wird. Der DTG wird hierzu kurzfristig Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Daneben entwickelt die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) Empfehlungen für die Impfung gegen die COVID-19-Erkrankung ([https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html)). Die Empfehlung wird auch Aussagen zur Impfung immunsupprimierter Patienten enthalten. STIKO-Empfehlungen gelten als medizinischer Standard. Diese Empfehlungen sollten zunächst abgewartet werden.

Zusammen mit dem RKI und dem PEI hat das BMG FAQs zur COVID 19 Impfung online gestellt:

<https://www.zusammengegencorona.de/informieren/informationen-zum-impfen/>.

Nachdem die offiziellen Ergebnisse der SARS-CoV-2 Impfstudien noch nicht publiziert sind, aber auch organtransplantierte Probanden explizit von diesen Studien ausgeschlossen waren, kann in Ermangelung von Erfahrungen eine bisherige Einschätzung ausschließlich auf theoretischen Überlegungen beruhen (Prof. Schulz, Virologie MHH):

Immunsupprimierte Patienten sollen aus Sicherheitsgründen voraussichtlich mit einem Impfstoff, der kein replikationsfähiges Virus enthält, geimpft werden. Die auf viraler mRNA basierenden Impfstoffe (BioNTech/Pfizer, Moderna, Curevac)

sollten deshalb für einen Immunsupprimierten kein Problem darstellen, sie enthalten oder produzieren kein replikationsfähiges Virus. Ob das Spektrum an Nebenwirkungen bei immunsupprimierten Patienten anders sein wird als bei Immungesunden, ist für die RNA-basierten Impfstoffe nicht zu erwarten, aber derzeit unklar. Anders sieht dies bei Impfstoffen aus, die einen viralen Vektor benutzen, wie z.B. der in Oxford entwickelte, von AstraZeneca vertriebene Impfstoff, der auf einem Schimpansen Adenovirus (ChADV) beruht, der von Johnson & Johnson entwickelte auf dem ADV26 basierende Impfstoff oder der durch die Presse gegangene in Russland entwickelte Impfstoff, welcher ebenfalls auf einem rekombinanten Adenovirus beruht und damit für transplantierte Patienten eher nicht geeignet erscheint.

Unklar ist weiterhin, wie gut die Wirksamkeit der Impfstoffe bei immunsupprimierten Patienten sein wird. Aufgrund der starken Immunschwächung in der frühen Phase nach Transplantation empfehlen die meisten Transplantationszentren ihren Patienten eine erste Influenzaimpfung frühestens 6 Monate nach Transplantationsbeginn. Ob man dieses Zeitfenster jetzt aufgrund der Pandemie für eine SARS-CoV-2 Impfung verkürzen soll, ist unklar. Hierbei ist wie unter 4 ausgeführt zu berücksichtigen, dass offensichtlich nicht die Transplantation und Immunsuppression selbst einen unabhängigen Risikofaktor für einen ungünstigen Krankheitsverlauf einer COVID-19-Infektion darstellt, sondern die gleichen Risikofaktoren wie in der Normalbevölkerung (Alter, Komorbiditäten etc.). Diese charakterisieren aber aufgrund ihrer Häufigkeit unter Organtransplantierten diese als Risikogruppe für einen ungünstigen Verlauf einer COVID-19-Erkrankung.

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

Prof. Dr. Christian P. Strassburg, Präsident,  
Prof. Dr. Christian Hugo, Generalsekretär,  
Prof. Dr. Utz Settmacher, President Elect,  
Prof. Dr. Martina Koch, Schriftführerin,  
Prof. Dr. Ute Eisenberger, Schatzmeisterin