
Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN) und der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) zur Corona (COVID-19) Schutzimpfung bei Patient*innen unter B-Zell-depletierender Therapie

In der Rheumatologie werden zum Großteil Patient*innen mit entzündlich-rheumatischen und Autoimmun-Erkrankungen behandelt, die dauerhaft immunsuppressive Medikamente und/oder systemische Steroide benötigen. Ebenso brauchen nephrologische Patient*innen mit entzündlichen Erkrankungen eine Immunsuppression.

Innerhalb der Immunsuppression gibt es Graduierungen, die seit 2020 bei der Bewertung des Risikos für eine COVID-19-Infektion durch medizinische Fachgesellschaften und in der Einschätzung für Risikoatteste relevant sind.^{1,2} Es besteht Einigkeit unter den medizinischen Fachgesellschaften, dass die Immunsuppression auch während der COVID-19-Pandemie fortgeführt werden soll – solange der/die Einzelne infektfrei ist – weil eine unkontrollierte systemisch entzündliche Erkrankung das größte Potential für einen schweren Krankheitsverlauf im Fall einer COVID-19-Infektion birgt.³

Gemäß der Priorisierung des Nationalen Impfgremiums (NIG), Version 3 vom 12.01.2021, sind Personen (unabhängig vom Alter) mit Vorerkrankungen oder körperlichen Gegebenheiten mit besonders hohem Risiko derzeit mit Priorität Hoch (2 von 7) gelistet.⁴

In diese Gruppe fallen definitionsgemäß Patient*innen mit Erkrankungen, die mit einer dauerhaften und relevanten Immunsuppression behandelt werden müssen. Zu diesen Medikamenten zählen z.B. Cyclosporin, Tacrolimus, Mycophenolat, Azathioprin, Methotrexat, Tyrosinkinaseinhibitoren und eine laufende Biologikatherapie (bei nicht onkologischer Diagnose). Weiters werden zu dieser Gruppe HIV-positive Patient*innen mit hoher Viruslast gerechnet.

Eine B-Zell-depletierende Therapie zählt – neben Cyclophosphamid und einer Hochdosis-Steroidtherapie - sowohl bei rheumatologischen als auch nephrologischen Patient*innen – zu den Therapien mit der stärksten Immunsuppression (Grad 3).² Unter den genannten ist eine B-Zell-Depletion sehr lang wirksam. Impfungen sollten daher vor Beginn einer solchen Therapie abgeschlossen sein, bzw. sollen unter einer laufenden Therapie erst Monate nach Letztapplikation angedacht werden. Dementsprechend ergibt sich aktuell das Problem, dass bei Patient*innen unter einer laufenden B-Zell-depletierenden Therapie – sofern klinisch vertretbar – die laufende Therapie postponiert wird, um die Patient*innen nicht auf Monate hinaus für eine COVID-19-Impfung zu blockieren. Dem gegenüber steht wiederum das Risiko eines

Schubes der entzündlichen Grundkrankheit, welches wieder mit dem höchsten Risiko für eine COVID-19-Infektion behaftet ist.

Patient*innen unter B-Zell-depletierender Therapie weisen nach derzeitigem Wissensstand ein erhöhtes Risiko für eine verlängerte Infektiosität sowie einen prolongierten Verlauf einer COVID-19-Infektion auf, mit der Gefahr des Bedarfs einer stationären Aufnahme und Intensivpflichtigkeit – bis hin zu fatalen Verläufen.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auch auf folgende Formulierung aus dem aktuellen Wiener Impfplan hinweisen: „...Der Einsatz verschiedener Impfstoffe in verschiedenen Risiko-/ PatientInnengruppen oder etwaige Kontraindikationen gegen eine Verwendung in bestimmten medizinischen Situationen kann durch sich stets ergebende neue Erkenntnisse immer wieder neu bewertet werden müssen. Daher sind in dieser Hinsicht auch stets rezente Empfehlungen von nationalen und/oder internationalen Fachgesellschaften und/oder Gesundheitsbehörden oder der Hersteller zu bewerten und gegebenenfalls zu berücksichtigen.“

Die ÖGR und die ÖGN möchten festhalten:

- Die ÖGR und die ÖGN befürworten ausdrücklich die COVID-19-Schutzimpfung bei ALLEN Patient*innen, sofern keine Kontraindikation vorliegt.
- Generell sollen Patient*innen möglichst vor Beginn einer B-Zell-depletierenden Therapie geimpft werden, so auch gegen COVID-19.
- Innerhalb der Gruppe der Immunsupprimierten sind Patient*innen unter B-Zell-depletierender Therapie als besonders vulnerabel zu betrachten. Im Sinne dieser Patient*innen wäre eine Priorisierung innerhalb der Priorität 2 Hoch gegenüber Immunsuppressiva Grad 1 und 2 unseres Erachtens anzustreben, mit individuell abgestimmten Impfterminen.
- Das NIG hat in seinem aktuellen Statement (Stand 05. bzw. 08.03.2021) aufgrund neuer Daten aus großen Anwendungsstudien nun alle drei derzeit in Österreich zugelassenen Impfstoffe (BioNTech-Pfizer™, Moderna™ und AstraZeneca™) auch für Risiko- und Hochrisikopatienten und alle Altersstufen als geeignet eingestuft.⁴
- Bei dringender Indikation für eine B-Zell depletierende Therapie ist eine möglichst rasche Voll-Immunsisierung anzustreben. Diese ist durch den kurzen Impfabstand bei den mRNA-Impfstoffen bereits drei Wochen nach der 2. Impfung, also 6 Wochen nach Impfbeginn zu erwarten, was für diese Patienten als Vorteil zu werten ist.
- Unter laufender B-Zell-depletierender Therapie kann die Impfantwort - abhängig vom Zeitpunkt der Letztgabe - eingeschränkt sein. Daher sollte die Impftauglichkeit ärztlich festgestellt und die COVID-19-Impfung zeitlich geplant werden. Dazu ist die Erhebung bestimmter Laborwerte (u.a. B-Zell-Bestimmung) vor der Impfung anzustreben und die Betreuung in einem

Zentrum mit entsprechender Expertise zu empfehlen. Der Aufbau entsprechender Zentrums-Strukturen für Österreich ist Gegenstand derzeitiger Überlegungen beider Fachgesellschaften.

- Da die Impfantwort dieser Patient*innen nicht abschätzbar ist, kann eine Bestimmung von spezifischen Antikörpern erwogen werden. Inwieweit eine Antikörperbestimmung nach einer Impfung (ev. im Vergleich zum Ausgangswert) eine Aussage über deren Effektivität zulässt, ist derzeit unklar. Allerdings stellt dies momentan die einzige Methode dar, um eine eventuelle Änderung der Impfstrategie zu erwägen. Eine Evaluierung der Impfantwort (einen Monat nach der 2. Teilimpfung mittels Nachweis von neutralisierenden oder RBD/S1 spezifischen Antikörpern) ist durch die betreuenden Ärzt*innen zu entscheiden.
- Es ist zu erwarten, dass das Spektrum an Nebenwirkungen der mRNA-basierten Impfstoffe bei Patient*innen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Vaskulitiden nicht anders sein wird als bei Gesunden.

Unabhängig davon müssen auch nach der Impfung weiterhin alle Vorsichtsmaßnahmen (Mund-Nasenschutz, Händehygiene, Abstandsregeln) befolgt werden.

Diese Empfehlungen werden regelmäßig überprüft und, sobald neue Erkenntnisse vorhanden sind, entsprechend aktualisiert und ergänzt (Stand 12.03.2021).



Univ. Prof. Dr. Renate Klauser-Braun
(für den Vorstand der Österreichischen Gesellschaft
für Nephrologie)

12.03.2021



OÄ Dr. Judith Sautner
(für den Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für
Rheumatologie und Rehabilitation)

12.03.2021

Literatur:

1. Empfehlung des BMSGPK zur Erstellung einer individuellen COVID19 Risikoanalyse bezüglich eines schweren Krankheitsverlaufs:
file:///Users/Judith/Downloads/20200416_Empfehlung%20des%20BMSGPK%20zur%20Erstellung%20einer%20individuellen%20COVID-19%20Risikoanalyse%20bez%C3%BCglich%20eines%20schweren%20Krankheitsverlaufs.pdf
2. Risk stratification guide der British Society for Rheumatology für Immunsuppression:
https://www.rheumatology.org.uk/Portals/0/Documents/Rheumatology_advice_coronavirus_immunosuppressed_patients_220320.pdf?ver=2020-03-24-171132-407
3. Landewé RBM, Machado PM, Kroon F, et al. EULAR provisional recommendations for the management of rheumatic and musculoskeletal diseases in the context of SARS-CoV-2. Ann Rheum Dis 2020;79:851–858.
4. COVID-19-Impfungen: Priorisierung des Nationalen Impfgremiums:
<https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Fachinformationen.html>