

Aktuelle Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. für die Betreuung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen während der SARS-CoV-2/Covid 19-Pandemie

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) will mit diesen Empfehlungen Hilfestellung für spezielle Belange in der Betreuung von Rheumapatienten angesichts der aktuellen Bedrohung durch das *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* geben.

Bisher gibt es für Handlungsempfehlungen bei der Betreuung und Behandlung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in Verbindung mit der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie keine evidenzbasierten Daten. Dies betrifft insbesondere die speziellen Auswirkungen der Infektion auf Rheumakranke sowie den Einfluss der immunsuppressiven oder immunmodulierenden Antirheumatika auf die Infektion. Die nachfolgenden Empfehlungen fußen dementsprechend auf einem von der DGRh erstellten Expertenkonsensus. Er stützt sich auf Analogien zum Vorgehen bei anderen, länger bekannten Virusinfektionen, auf theoretische Überlegungen und auf bisher bekannten Daten und Fakten zur SARS-CoV-2-Infektion. Es versteht sich, dass in jedem Einzelfall ein Abweichen von diesen Empfehlungen sinnvoll sein kann. Außerdem sollten die Fakten zur weiteren Entwicklung der Infektion sowie neue therapeutische Entwicklungen aufmerksam verfolgt werden, da sich hieraus stets Änderungen dieser Konsensusempfehlungen ergeben können.

1. Vermeidung von Infektionen

- Es gelten die vom [Robert Koch-Institut](#) für die Allgemeinbevölkerung und für speziell gefährdete Personen beschriebenen und täglich aktualisierten Maßnahmen.
- Patienten mit rheumatischen Erkrankungen haben unter bestimmten Bedingungen ein erhöhtes Infektionsrisiko (Tabelle 1). Ob dies auch für SARS-CoV-2-Infektionen gilt, ist nicht bekannt. Ob eine COVID-19-Erkrankung bei Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung schwerer verläuft als bei nicht rheumatisch erkrankten Personen ist ebenso wenig bekannt wie die Antwort auf die Frage, ob die medikamentöse Immunsuppression ein zusätzliches Risiko für einen schweren Verlauf darstellt. Patienten mit rheumatischen Erkrankungen sollten daher Empfehlungen zur Kontaktvermeidung konsequent befolgen. Hierzu gehört auch, mit dem Arbeitgeber zu besprechen, inwieweit eine Kontaktvermeidung am Arbeitsplatz umsetzbar ist. Patienten können [Atteste](#) ausgestellt werden, dass sie eine immunsuppressive/ immunmodulierende Therapie erhalten, mit dem sie sich an Betriebsärzte / Amtsärzte / Arbeitgeber wenden können.

- Kontakte zwischen SARS-CoV-2 Infizierten und Rheumatologen, beziehungsweise zwischen Infizierten und rheumatologischen Versorgungseinrichtungen sollten vermieden werden, bis die Infektion abgeklungen ist (in der Regel >14 Tage nach Symptomende).
- Notwendige Kontrollen zur Therapie- und Krankheitsüberwachung sollten zwar sichergestellt sein, im Einzelfall muss aber zwischen dem Risiko durch (Haus-) Arztbesuche und dem Risiko durch fehlende Kontrollen abgewogen werden. So können bei Patienten in stabiler Krankheitseinstellung und mit bereits länger laufender Therapie vorübergehend längere Kontrollintervalle zur Vermeidung von Kontakten erwogen werden.

Die Behandlung der SARS-CoV-2-Infektion selbst sollte durch den Hausarzt (milde Fälle), einen Infektiologen, einen Pneumologen oder gegebenenfalls einen Intensivmediziner (schwere Fälle) gesteuert werden, wobei der Rheumatologe beratend verfügbar sein sollte.

2. Medikamentöse anti-rheumatische Therapie im Kontext der aktuellen COVID-19-Pandemie

Ein generelles Pausieren oder eine generelle Reduktion der Immunsuppression wird nicht empfohlen, da die Pandemie voraussichtlich länger andauern wird und immunsupprimierte Patienten im Falle einer Therapiereduktion oder eines Aussetzens der Immunsuppression einem erhöhten Risiko von Rezidiven ausgesetzt wären. Ein solches Rezidiv beziehungsweise ein Schub der rheumatischen Grunderkrankung erhöht zum einen das Infektionsrisiko (siehe Tabelle 1). Zum anderen zieht diese Destabilisierung die Notwendigkeit nach sich, die immunsuppressive Therapie wieder (und möglicherweise über das ursprüngliche Maß hinaus) zu intensivieren.

Immunsuppressive Therapien zur Remissionsinduktion (z.B. bei Vaskulitiden u.a.) sollten nicht verzögert oder unterdosiert werden, wobei etablierte Therapieregime mit geringeren Glucocorticoid (GC)-Dosen bevorzugt werden sollten.

Hydroxychloroquin (HCQ) sollte nicht abgesetzt werden, da dies eher nützlich als schädlich bei einer COVID-19-Infektion sein könnte.

Es werden folgende spezielle Empfehlungen gegeben:

2.1. Patienten ohne Infektzeichen

- Zum Remissionserhalt eingesetzte Immunsuppressive und/oder DMARD-Therapien sollten nicht allein aus Furcht vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 beendet oder dosisreduziert werden. Dosisreduktionen von GC können im Einzelfall bei anhaltend stabiler Einstellung aber erwogen werden.
- Die Dosierungen der Immunsuppressiva beziehungsweise DMARDs sollten wie üblich sorgfältig überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden. Dies betrifft auch die in den Fachinformationen empfohlene Dosisanpassungen, zum Beispiel bei Leukopenie.

2.2. Patienten mit COVID-19 Kontakt aber ohne Infektzeichen

- Fortführen der Therapie wie unter Punkt 2.1 beschrieben.

2.3. Patienten mit COVID-19 Kontakt und Symptomen eines Infektes

- Es sollte ein Abstrich auf SARS-CoV-2 erfolgen.
- Bei leichten Symptomen und ohne Fieber keine Therapieänderung.
- Bei deutlichen Infektzeichen und insbesondere Fieber ($>38^{\circ}\text{C}$) Pausieren der anti-rheumatischen Medikation.
- Eine etwaige GC-Dauertherapie sollte in gleicher Dosis fortgesetzt werden.

2.4. Patienten positiv auf SARS-CoV-2 getestet aber ohne Infektzeichen

- Ein Pausieren oder Herauszögern einer ts- oder bDMARD-Therapie für die Dauer der mittleren Inkubationszeit (5-6 Tage nach Abstrich) sollte erwogen werden.
- Eine etwaige GC-Dauertherapie sollte in gleicher Dosis fortgesetzt werden.
- csDMARDs sollten nicht abgesetzt werden.

2.5. Patienten positiv auf SARS-CoV-2 getestet mit Symptomen

- Pausieren der antirheumatischen Medikation.
- Eine etwaige GC-Dauertherapie sollte in gleicher Dosis fortgesetzt werden.

3. Supportive Maßnahmen (alle Patientengruppen)

- Entsprechend den Empfehlungen der STIKO sollte der Impfstatus aktualisiert werden (Schwerpunkt Pneumokokken, Influenza).
- Eine PjP-Prophylaxe sollte bei entsprechender Indikation (v.a. CYC, GC $>15\text{mg}$ Prednisolonäquivalent) durchgeführt werden.

Tabelle 1: Wichtige grundsätzliche Risikofaktoren für eine Infektion bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen

- Höheres Lebensalter
- Multimorbidität, insbesondere vorbestehende Lungenerkrankung, Diabetes mellitus
- Anamnese früherer schwerer Infektionen (z.B. Sepsis)
- Dauertherapie mit Glucocorticoiden, insbesondere ab 5 mg/Tag (Risiko nimmt mit der Dauerdosis zu)
- Therapie mit DMARDs und anderen Immunsuppressiva (Ausnahmen: Hydroxychloroquin, Sulfasalazin)
- Hohe Aktivität der rheumatischen Grunderkrankung
- Aktuelle oder weniger als 8 Wochen zurückliegende Cyclophosphamid-Therapie
- Erworbene und angeborene Immundefekte, insbesondere:
- Immunglobulin-Mangel <4g/dl IgG
- Lymphopenie unter 500/ul, CD4-Zellen unter 200/ul

Diese Empfehlungen wurden von der Kommission Pharmakotherapie und dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. erstellt (Stand 24.03.2020).