



Impfung gegen SARS-CoV-2 für Menschen mit rheumatischen Erkrankungen: Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (Update 10.02.2021)

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Adhoc-Kommission COVID-19 und der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) haben sich erneut mit dem Thema „Impfung gegen SARS-CoV-2“ befasst. Folgende Überlegungen sind dazu gedacht, drängende Fragen zu diesem Thema zu beantworten, Sorgen und Ängste zu nehmen und aktualisierte Empfehlungen für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen auszusprechen.

- 1) Mit Stand 10.02.2021 gibt es weiterhin keine Studiendaten zur **Sicherheit und Effektivität** der verschiedenen SARS-CoV-2-Vakzine speziell bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bzw. bei Patienten unter immunsuppressiver/immunmodulierender Therapie. Patienten mit bekannten oder vermuteten Störungen des Immunsystems waren von den Phase-III-Studien der Impfstoffe von BioNTech, Moderna und Astra-Zeneca/Oxford ausgeschlossen. Daher wurde bisher nur eine begrenzte Anzahl von Patienten mit Autoimmunerkrankungen geimpft und es liegen keine detaillierten Berichte über diese Patienten vor. Bei inzwischen weltweit vielen Millionen Geimpften, darunter auch Patienten mit rheumatischen Erkrankungen, sind uns bisher keine Meldungen über besondere Risiken der Impfung bekannt.
- 2) Alle Impfstoffe gegen SARS-CoV-2, die derzeit zugelassen sind, sind **keine Lebendimpfstoffe**. Diese „**Nicht-Lebendimpfstoffe**“ sind bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und bei Patienten unter immunsuppressiver/immunmodulierender Therapie uneingeschränkt einsetzbar. Klassische Nicht-Lebendimpfstoffe (Totimpfstoffe), die sich in der Entwicklung für eine Impfung gegen SARS-CoV-2 befinden, sind Vakzine auf der Grundlage adjuvantierter Proteine. Vakzine auf der Grundlage nicht-replizierbarer Vektoren (Astra-Zeneca) und Vakzine auf der Grundlage von mRNA („mRNA-Vakzine“ wie BioNTech und Moderna) werden ebenfalls von den Lebendimpfstoffen unterschieden. Der Einsatz entspricht dem von Totimpfstoffen.

PRÄSIDENT:
Prof. Dr. med.
Andreas Krause

GENERALSEKRETÄRIN:
Anna Julia Voormann

GESCHÄFTSSTELLE:
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6
Aufgang C
10179 Berlin
T: +49 30 240484-70
F: +49 30 240484-79
M: info@dgrh.de
www.dgrh.de

Berlin, 11.02.2021

SITZ DER GESELLSCHAFT:
Bad Bramstedt

Amtsgericht Kiel
VR 289 BB
Steuer-Nr.: 27/640/53526

BANKVERBINDUNG:
Berliner Volksbank
IBAN:
DE64100900007204521012
BIC: BEVODEBB

Auch „mRNA-Vakzine“ und Vektorimpfstoffe sind also keine Lebendimpfungen. Die mRNA und die in den Vektoren befindliche DNA integrieren sich zudem nicht in das menschliche Genom und es werden keinerlei Substanzen mit dem Vakzin verabreicht, aus denen der geimpfte Organismus komplette oder infektiöse Viruspartikel zusammensetzen könnte. Die Vakzine führen zur vorübergehenden Produktion von Virusproteinen, gegen die das Immunsystem protektive Antikörper produzieren kann. Somit kann der Einsatz sowohl der mRNA-Impfstoffe wie auch der Vektorimpfstoffe auch bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und unter immunsuppressiver/ immunmodulierender Therapie empfohlen werden.

- 3) **Lebendimpfstoffe** (Vakzine auf der Grundlage attenuierter Viren) sollen bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und bei Patienten unter immunsuppressiver/ immunmodulierender Therapie nicht eingesetzt werden. Zurzeit ist kein Lebendimpfstoff gegen SARS-CoV-2 zugelassen oder befindet sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Entwicklung.
- 4) Abgesehen von bekannten Allergien gegen Impfstoffkomponenten gibt es **keine Kontraindikationen für die COVID-19-Impfung**. Das gilt auch **für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen** und für Patienten unter immunsuppressiver/immunmodulierender Therapie.
- 5) Wenn Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Patienten unter immunsuppressiver/immunmodulierender Therapie keinen ausreichend hohen oder langanhaltenden Titer neutralisierender Antikörper aufbauen, muss **möglicherweise** eine **Auffrischung** oder eine **dritte Impfung** erwogen werden. Dafür werden Daten laufender Impfstudien und -beobachtungen kontinuierlich ausgewertet.
- 6) Basierend auf den Daten der in Deutschland verfügbaren SARS-CoV-2-Impfstoffe gibt es derzeit **keine Präferenz für einen SARS-CoV-2-Impfstoff** gegenüber einem anderen. Daher sollten Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen jeden verfügbaren Impfstoff erhalten unter Berücksichtigung der STIKO-Empfehlungen im Hinblick auf die Altersbegrenzung beim AstraZeneca/Oxford-Impfstoff, der nur für Patienten, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, empfohlen wird.
- 7) Nach der SARS-CoV-2-Impfung sollten Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, wie alle anderen geimpften Personen auch, weiterhin **alle geltenden Abstands-, Hygiene- und Atemschutzmaskengebotsregeln** und andere vorbeugende Maßnahmen befolgen.

- 8) Unabhängig von den Überlegungen zu SARS-CoV-2 sollte die **Impfung** gegen **Pneumokokken** und insbesondere gegen **Influenza** gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission erfolgen. Daten zu Wechselwirkungen zwischen diesen und anderen bekannten Impfstoffen einerseits und den SARS-CoV-2 Impfstoffen auf der anderen Seite liegen nicht vor. Ein Mindestabstand von 14 Tagen vor Beginn und nach Ende der Impfserie gegen SARS-CoV-2 sollte bei anderen Impfungen (mit Ausnahme von Notimpfungen) eingehalten werden.
- 9) Aus grundsätzlichen Überlegungen zur **Effektivität einer Impfung** sollte die Immunsuppression zum Zeitpunkt der Impfung zwar so gering wie möglich sein. Für SARS-CoV-2 gilt aber: Das Risiko einer Reaktivierung der rheumatischen Erkrankung nach Absetzen einer immunmodulierenden/immunsuppressiven Therapie wird in Abwägung gegen eine potentielle Verbesserung der Impfantwort als so erheblich eingeschätzt, dass **zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empfohlen wird, eine bestehende immunmodulierende/ immunsuppressive Therapie wegen einer Impfung, deren Verfügbarkeit zurzeit nicht flächendeckend garantiert ist, zu verändern**. Als Ausnahme gilt hier die Gabe von langwirksamen B-Zell depletierenden Substanzen (Rituximab). Hier sollte unter Abwägung der Gefahr einer Reaktivierung der Grunderkrankung einerseits und der Verbesserung einer potenziellen Impfantwort andererseits ein Pausieren oder die Umstellung auf alternative Therapien erwogen werden.

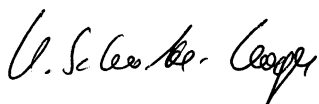
Für den Vorstand der DGRh



Prof. Dr. Andreas Krause
(Präsident)



Prof. Dr. Christof Specker
(1. Vizepräsident)



Prof. Dr. Hendrik-Schulze-Koops
(2. Vizepräsident)

Berlin, 11.02.2021