

Transkription: Crohn, Colitis & Co – der DCCV Podcast

Folge 1: "Besonderheiten bei Covid-19 mit einer CED"

Im Gespräch Cissy vom DCCV-Landesverband Berlin/Brandenburg mit Prof. Britta Siegmund, Charité Berlin

Cissy: Herzlich willkommen zu diesem Podcast "Aus dem Bauch heraus - Crohn, Colitis & Co.". Der DCCV-Podcast, einem neuen Format der DCCV und heute vom Landesverband Berlin-Brandenburg. DCCV steht für die deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung. Wir sind ein Selbsthilfeverband für Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Derzeit verfügt die DCCV über 22.000 Mitglieder, welche sich nach dem Prinzip "von Betroffenen für Betroffene" austauschen, als auch engagieren. Mein Name ist Cissy und ich bin selbst betroffen. Denn ich bin seit meiner Kindheit an Morbus Crohn erkrankt und seit nun knapp mehr als einem Jahr bin ich im Team des Landesverbands Berlin-Brandenburg der DCCV ehrenamtlich aktiv. An dieser Stelle auch ein herzliches Willkommen an Sie, Frau Professor Siegmund und danke, dass Sie sich hier und heute die Zeit nehmen und uns in diesem Podcast begleiten.

Prof. Siegmund: Guten Morgen auch von meiner Seite. Es freut mich außerordentlich, dass wir hier heute gemeinsam so ein neues Format ausprobieren können.

Cissy: Ja, das freut mich auch. Sie sind Direktorin der Medizinischen Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie der Charité am Standort Benjamin Franklin in Steglitz.

Cissy: Darüber hinaus sind Sie jedoch die Expertin für chronisch entzündliche Darmerkrankungen, welche wir hier, heute und allgemein im weiteren Verlauf mit CED abkürzen werden. Derzeit sind Sie aber ebenfalls mitverantwortlich für die Patienten, die an Covid-19 erkrankt sind. Ich freue mich wahnsinnig auf den Austausch mit Ihnen und bin wirklich gespannt, welche Informationen Sie hier und heute für uns bereitstellen können. Wir haben uns aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie dazu entschieden, diesen Podcast ins Leben zu rufen. Unser Ziel ist es, gemeinsam mit Experten und Expertinnen, wie Ihnen, im Interview euch Zuhörern und Zuhörerinnen da draußen in ca. 30 Minuten, mal sehen, ob wir das heute schaffen, ganz einfach, schnell und unkompliziert mit relevanten, aber vor allem wissenschaftlich fundierten Informationen rund um Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu versorgen. Aus diesem Grund wird es auch in unserer ersten Folge um die Besonderheiten gehen, die sich für CED -Betroffene bei der Infektion mit der Erkrankung ergeben. Dann würde ich sagen, starten wir mit unserer ersten Frage.

Cissy: Offenbar gehören wir, als Menschen mit einer CED Vorerkrankung, nicht grundsätzlich zur Risikogruppe. Welche CED Patienten und Patientinnen sollten denn jetzt besonders gut auf sich aufpassen?

Prof. Siegmund: Den wichtigsten Punkt, haben Sie schon gemacht, nämlich dass nicht alle Personen in die Hochrisiko-Gruppe fallen. Das kommt ein bisschen historisch von der Robert-Koch-Seite, die am Anfang gesagt hat "Alle Patienten mit chronischen Erkrankungen sind Hochrisiko-Personen". Wir wissen mittlerweile, ich komme gleich darauf, woher wir das wissen, dass das nicht für Alle zutrifft. Die besten Daten und auf diese werden wir ein paar Mal im Gespräch noch zu sprechen kommen, haben wir aus dem Secure-IBD-Register. Das ist ein internationales Register, das 33 Länder weltweit einschließt und wo, Stand gestern Abend, 1.300 CED-Patienten mit nachgewiesener Covid-19 Infektion eingeschlossen sind und wir den Verlauf kennen. Und basierend auf diesen Daten wissen wir, dass Hochrisiko-Personen besonders Ältere sind. Das ist was, was wir auch für die normale Bevölkerung wissen. Hier unterscheiden sich die CED -Patienten gar nicht notwendigerweise von der Normalbevölkerung. Patienten mit ≥ 2 Komorbiditäten, also Diabetes, Bluthochdruck, Adipositas zählen auch dazu. Auch hier unterscheiden wir uns nicht vom Rest der Bevölkerung. Und wenn man auf die Medikamente kommt, gibt es bestimmte Subgruppen, wo ein höheres Risiko besteht, aber darauf kommen wir gleich noch.

Cissy: Herzlichen Dank! Anfangs wurde Covid-19 als Erkrankung der Atemwege beschrieben. Mittlerweile gibt es aber auch Berichte von Symptomen wie Geruchsverlust, Durchfällen und Bauchschmerzen. Gerade Durchfälle und Bauchschmerzen sind ja jedoch auch charakteristisch für eine CED. Wie kann man erkennen, ob es sich um einen CED-Schub handelt bzw. CED-Symptomen oder um eine Infektion mit der Covid-19-Erkrankung?

Prof. Siegmund: Wenn wir diese Frage gut beantworten könnten, dann glaube ich, hätten wir eine riesige Lösung für das gesamte Gesundheitssystem. Das Tückische an der Covid-Infektion und an den Patienten, die symptomatisch sind: viele, auch viele CED-Patienten, bleiben asymptomatisch, kommen mit ganz verschiedenen Symptomen. Das kann ein Durchfall sein, das kann ein Unwohlsein sein. Das kann auch, tritt aber meist erst nach einigen Tagen auf, dieser Geschmacksverlust sein, was sehr eindrücklich ist, was aber in der Tat viele Patienten, die positiv sind, berichten. Wie geht man in der Praxis vor, wenn wir Patienten bei uns in der Rettungsstelle sehen, also in der Ersten Hilfe sehen? Wir haben einen Fragenkatalog und wenn irgendwas in die Richtung klingt, testen wir. Sehr niederschwellig einfach, um das Risiko für das Krankenhaus auch niedrig zu halten. Sodass wir Patienten die positiv sind, auch von anderen Patienten abgrenzen und sicherstellen können, dass wir hier nicht eine Infektion verbreiten. Das funktioniert sehr gut und hat in den letzten Wochen auch sehr gut funktioniert. Wenn ich jetzt zurückblicke auf die letzten zehn, zwölf Wochen, muss ich sagen, auch mit Hinblick auf unsere CED-Ambulanz,

hatten wir keinen einzigen Patienten, der sich mit einem CED-Schub vorgestellt hat und dann Covid-positiv war. Das waren dann immer CED-Schübe, sodass ich hier sagen würde, wenn sich was anfühlt wie ein CED-Schub ist es auch einer. Was man in der Diagnostik bei den Covid-Patienten ja sehr früh macht, wenn man Sorge hat, dass es wirklich eine Infektion ist: ein CT, eine Computertomographie von der Lunge. Und hier sieht man sehr charakteristische Veränderungen in der Mehrheit der Fälle. Das hat uns fast mehr geholfen in den letzten Wochen für die unmittelbare Entscheidung, verglichen mit der PCR, die wir auch innerhalb von sechs Stunden bekommen. Also alles gut etabliert.

Cissy: Das lässt ja schon mal positiv stimmen. Wunderbar, würde ich sagen, machen wir mit einer weiteren Frage weiter. Im Vergleich zu Deutschland gibt es andere Länder und Regionen, die wesentlich schwerer von der Pandemie betroffen sind. Kann man daraus schon Empfehlungen ableiten für die Versorgung von CED-Betroffenen im Falle einer Infektion mit der Covid-Erkrankung?

Prof. Siegmund: Jetzt springe ich mal auf die europäische Ebene. Ich glaube, dass ist für den für den Blick ausreichend. Wir hatten zuallererst die große Zunahme der Fälle in Norditalien. Der aktuelle Präsident der ECCO, Silvio Danese, arbeitet in Mailand und hat dort genau diesen Bereich mitbekommen. In enger Abstimmung mit Silvio Danese und Laurent Peyrin-Biroulet haben wir sehr früh entschieden für die ECCO, dass wir die wichtigsten Fragen von Anfang an, und das haben wir in den ersten sechs Wochen gemacht, wöchentlich Interviews zu den wichtigsten Fragen auch auf der Homepage der ECCO, also der Europäischen Crohn und Colitis Organisation, veröffentlicht haben. Da sind wir genau auf diese Punkte eingegangen, waren am Anfang sehr, sehr strikt. Darauf kommen wir später nochmal. Wir haben das dann im Verlauf deutlich gelockert. Aber ich glaube, es ist in allen europäischen Ländern ganz gut gelungen, die chronisch Erkrankten, die zumindest zu dem Zeitpunkt schon in einem Zentrum in Betreuung waren, dort auch weiter zu betreuen. Die Therapien sind weitergeführt worden. Man war in einem Austausch. Was wir jetzt auch in Deutschland merken, wo wir sehr gut mit der Krise umgegangen sind, dass wir nach zwölf Wochen Krise CED-Fälle, aber auch andere chronisch Erkrankte sehen, die doch mit deutlich mehr Problemen kommen, als sonst, weil viele chronisch Kranke sicher auch ein bisschen Sorge hatten, in Krankenhäuser zu gehen. Ich glaube, es geht jetzt darum, sich genau um diese Personen aktiv zu kümmern. Die CED-Patienten sind hier noch sehr gut weggekommen. Am drastischsten sind die Beispiele z.B. für Herzinfarkte. Unsere Kardiologen sagen im Moment, "wir sehen wieder richtige Herzinfarkte, also nicht mehr nur Vorsymptome, weil Patienten eben sehr viel länger zu Hause geblieben sind."

Cissy: Okay, das ist interessant. Gibt es schon eine valide Datenlage, Sie hatten es ja vorhin schon kurz angesprochen, bzw. sogar Studien zu dem Verlauf der Covid-19-Erkrankung bei Menschen mit einer CED.

Prof. Siegmund: Genau, da bin ich vorher schon drauf eingegangen, auf das Secure-IBD-Register, was international sehr früh eingeführt worden ist. Wir haben es Anfang März ins Laufen gebracht, also sehr früh und am Anfang wirklich jeden Fall genau angeschaut und es war sehr spannend. Es waren aber zu dem Zeitpunkt Einzelfallbeobachtungen. Mittlerweile sind 1300 Patienten dort eingetragen. Die ersten 500 fanden in eine kürzlich publizierte Studie der internationalen Zeitschrift "Gastroenterology" Einzug. Und da zeigen sich eben diese Risikofaktoren, die wir vorher schon besprochen haben Alter und Komorbiditäten als besondere Risikofaktoren für einen schwereren Verlauf. Wenn man dann in weitere Risikogruppen reinschaut, ist das gar nicht so einfach, auf die einzelnen Therapien zu gehen, weil dann sehr schnell die Zahlen auch trotz der 1.300 Patienten sehr dünn werden. Ich glaube, das Register ist das einzige, was wir an Studien langfristig dafür bekommen werden, weil alles andere sehr, sehr schwierig ist. Aber aus den Daten des Registers, was wir kontinuierlich über die letzten Wochen beobachtet haben, sind dann Empfehlungen für spezifische Medikamente entstanden, über die wir ja jetzt auch noch reden werden.

Cissy: Herzlichen Dank! Gehen wir von dem Fall aus, dass ein Patient mit einer CED Vorerkrankung sich mit der Covid-19 Erkrankung infiziert. Inwieweit nehmen CED-Medikamente Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung?

Prof. Siegmund: Das, was ich jetzt sage, bezieht sich zum Teil auf die Daten, die wir aus dem Security-Register haben. Und zum Teil sind es Empfehlungen, die ein Bauchgefühl der Community darstellen. Sie spiegeln sich auch in den Interviews wider, die wir auf der ECCO-Homepage publiziert haben, also Expertenmeinungen. Aber das ist das, was wir haben und womit wir im Moment umgehen müssen. Ich male jetzt mal verschiedene Szenarien auf.

Prof. Siegmund: Wenn wir einen Patienten haben, der eine stabile Remission hat und aktuell zum Beispiel mit einem TNF-Blocker therapiert wird - der wird jetzt Covid-Positiv und bezüglich der Covid-Erkrankung symptomatisch. Was würde man machen? Man würde den TNF Blocker während dieser Phase pausieren und sobald die Erkrankung überstanden ist, die Therapie wieder aufnehmen. Also ich glaube, da würden wir im Moment vorgehen wie bei allen anderen Infektionen auch, dass man in dieser Phase die Pause machen würde. Wenn ich einen Patienten habe, der eine instabilere Erkrankung hat, das sind ja die Risikopatienten mit hochdosierten Steroiden, wo man auch überlegen muss: Kann ich überhaupt die Immunsuppression reduzieren? Ich glaube, das sind ein Einzelfallentscheidung, ob man sich dann traut, die Steroide zu reduzieren, vielleicht stattdessen sogar ein Biologikum, also einen Antikörper, Anti-TNF, geben würde. Das muss man überlegen. Hintergrund dieser Überlegung ist, dass wir wissen, dass Patienten, die systemisch als Tablette oder intravenös, Kortison in höheren Dosen einnehmen, dass das einen Risikofaktor darstellt. Dann gibt's die dritte Gruppe an Patienten. Das sind Patienten, die zum

Beispiel Azathioprin einnehmen oder Jak-Inhibitoren, also Tofacitinib, das sind im Register ganz, ganz wenige. Das sind insgesamt im Moment unter 20 Patienten unter den 1.300. Wenn die Patienten unter dieser Therapie gut eingestellt sind, würde man die Therapie während der Infektion pausieren und danach wieder beginnen. Die Jak-Inhibitoren hören dann auch wirklich sofort auf zu wirken. Bei dem Azathioprin wissen wir, dass das so ein bisschen eine philosophische Entscheidung ist, weil es sowieso weiter wirkt. Man würde es aber trotzdem machen.

Cissy: Ja, spannend. Es klingt so ein bisschen, wie auch meine Erfahrung gezeigt hat: Es bleibt immer eine individuelle Entscheidung je Personen, je Situation. Na gut, dann würde ich sagen, gehen wir schon auf die zwei nächsten Themen ein. Es gibt da zwei Themen, die medial derzeit sehr oft thematisiert werden. Unter den Betroffenen herrscht dazu jedoch absolute Unsicherheit. Zum einen wird häufig über Antikörper-Tests gesprochen, diese sogar empfohlen. Wie stehen Sie dazu, Frau Professor Siegmund?

Prof. Siegmund: Die Antikörper Test sind so ein bisschen der Strohhalm, an dem sich viele völlig verständlich festhalten, weil Sie denken: „Mensch, wenn ich jetzt positiv bin für die Antikörper, dann kann ich diese blöde Maske vielleicht abziehen und dann wird mein Leben wieder ein bisschen entspannter.“ Und ich kann Ihnen sagen, wir arbeiten hier im Krankenhaus, jetzt seit mittlerweile zehn, zwölf Wochen den kompletten Tag mit Maske, und man fühlt sich so ein bisschen zurückversetzt in die Pubertät, weil man plötzlich Hautprobleme entwickelt, wo man dachte, die ist man eigentlich schon lange wieder los. Wir würden sie auch alle gerne loswerden, die Maske. Man muss sich aber jetzt einmal ganz realistisch mit den Zahlen auseinandersetzen. Wieviel Personen hatten in Deutschland schon die Infektion? Da sind wir im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Die Charité hat alle Mitarbeiter getestet, und auch bei uns waren Antikörper-positive in einem niedrigen unteren Prozentbereich. Das heißt es macht absolut Sinn, wenn ein Verdacht auf eine Infektion besteht, einen Abstrich zu machen und zu gucken, ob ich eine Covid-Infektion habe. Aber im Moment in der breiten Masse nach Antikörpern zu schauen, macht keinen wirklichen Sinn. Und die Wahrscheinlichkeit, dass man positiv ist, ist sehr, sehr gering. Auch wir konnten wählen hier in der Charité, ob wir uns testen lassen wollen für Antikörper oder nicht. Wir haben das alle gemacht, genauso wie sie, weil wir auch interessiert waren. Ist ziemlich ernüchternd. Keiner von uns hatte Antikörper, und die gefühlte Covid-Infektion, die wir alle irgendwann mal durchgemacht haben, hat nicht stattgefunden.

Cissy: Zweites Stichwort: Zytokinsturm. Können Sie uns mit möglichst einfachen Worten einmal erklären, was genau der Zytokinsturm ist und ob dieser eine besondere Bedeutung bei der CED-Medikation hat?

Prof. Siegmund: Genau den Zytokinsturm kennen wir von ein paar



rheumatologischen Erkrankungen, die alle sehr selten sind. Daher kennen wir ihn gut. Von daher ist das zumindest für die Ärzte, die sich mit autoimmunen oder autoentzündlichen Erkrankungen beschäftigen, also chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder rheumatologischen Erkrankungen, nichts Neues. Wie muss man sich das vorstellen? Wir gehen jetzt bildlich mal in die Berge. Wie Sie vielleicht wissen, bin ich in Süddeutschland aufgewachsen, habe eine gewisse Affinität zu den Bergen. Und wenn Sie dort im Winter eine Skitour gehen, ist eine Lawine die größte Gefahr. Aber genau wie eine Lawine kann man sich so einen Zytokinsturm vorstellen. Man ist oben am Berg, und unter einem ist ein unberührter Schneehang. Und sie machen einen falschen Schritt, setzen ein Trigger, und der löst eine Kaskade aus. Und dann geht diese riesige Lawine los, die unglaubliche Folgen hat. Und genau so ist das bei einem Zytokinsturm, bei so einer Erkrankung. Es wird eine gewisse Schwelle überschritten, die für jeden unterschiedlich ist und wie die genau definiert ist bei Covid, das verstehen wir im Moment nur ganz schlecht. Offensichtlich spielen Komorbiditäten und Alter eine Rolle. Aber wenn dieser immunologische Schalter diese besondere Form der Aktivierung erfährt, dann geht dieser Zytokinsturm los. Und Zytokinsturm heißt, dass in dem Fall nicht eine Schneelawine losgeht, sondern dass ganz viele entzündliche Stoffe im Blut ausgeschüttet werden, die dann dazu führen, dass die Person schwere Entzündungszeichen hat. Das heißt, die Gefäße werden weit, der Blutdruck sinkt, die Lunge ist nicht mehr richtig versorgt. Das sind Patienten, die sehr schnell auf einer Intensivstation sind. Aber ich glaube, das muss man auch relativ setzen. Das sind wenige Patienten, die so schwer erkranken. Um auf den zweiten Teil Ihrer Frage noch einzugehen: Was ist jetzt die Auswirkung der Medikamente? Man muss jetzt sagen, wenn man anschaut, was sind das denn für Mediatoren, die da eine Rolle spielen, die mit diesem Zytokinsturm losgesetzt werden und freigesetzt werden. Dazu gehören der Tumornekrosefaktor alpha, den wir mit Adalimumab, Infliximab und Golimumab wunderbar blockieren können. Und dazu gehört auch Interleukin 12 und Interleukin 23, was wir mit dem Ustekinumab, dem Stelara, therapieren können. Das erklärt vielleicht so ein bisschen, warum wir gar nicht so ein Signal bei den CED-Patienten sehen. Weil die vielleicht sogar, dafür gibt es aber keine guten Daten, einen gewissen Schutz durch diese Medikamente haben. Was aber auch noch einmal unterstreicht, dass man die Medikamente in jedem Fall weitergeben sollte. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Cissy: Dankeschön für diese klärenden und aufbauenden Worte an der Stelle. Im Bereich Prävention wird in der Öffentlichkeit auch viel über die Pneumokokken-Impfung und die Grippe-Impfung gesprochen. Sollten Betroffene mit einer CED-Vorerkrankung diese Impfung jetzt noch nachholen? Wie ist dazu die Datenlage als auch Ihre persönliche Meinung?

Prof. Siegmund: Die Empfehlung resultiert daraus, dass wir allen Patienten, die Medikamente einnehmen, die das Abwehrsystem hemmen, empfehlen, die Influenza-Impfung einmal im Jahr zu machen, und auch Pneumokokken alle fünf Jahre. Und der Hintergrund ist in dem Moment, wo ich eine Lungenentzündung habe,

und Covid-19 kann eine Lungenentzündung auslösen, verhindert es nicht die Covid-19 Lungenentzündung. Aber es kann eine vielleicht sehr viel schwerwiegendere, sekundäre Infektion darauf verhindern, weil ich dann einfach sehr viel empfindlicher bin für weitergehende Infektionen. Das ist der Hintergrund, der auch in den deutschen Leitlinien und in den europäischen Leitlinien festgehalten ist für alle immunsupprimierten Patienten. Die Pneumokokken-Impfung würde ich jetzt auch im Mai auf jeden Fall noch machen, weil ich glaube, das ist etwas, womit man für die nächsten fünf Jahre dann Ruhe hat. Zu der Grippeimpfung, die haben wir im März noch empfohlen. So langsam würde ich davon dann auch abrücken. Aber im Herbst sollte man, wenn die neue Grippesaison beginnt und auch mit Hinblick, dass wir alle nicht ganz so genau wissen, was im nächsten Winter passiert, diese wahrnehmen, um uns zu schützen.

Cissy: Ja, Sie haben es gerade schon angedeutet. Es ist noch nicht überstanden und man ist auch noch nicht sicher, wie sich die Corona-Pandemie jetzt weiter verhält. In der Situation ist auch, und das haben viele schon erlebt oder fürchten den Fall, der Arzt ist nicht mehr erreichbar. Die Praxis wurde kurzfristig geschlossen. Was kann ich in dem Fall tun, wenn mein Gastroenterologe oder meine Gastroenterologin nicht mehr erreichbar ist, beispielsweise wenn eine Infusion ansteht, eine Untersuchung wie eine Koloskopie oder ich einfach nur ein Rezept benötige.

Prof. Siegmund: Das ist jetzt ein komplexer Fragenblock. Man muss einmal fairerweise reflektieren, dass das auch das deutsche Gesundheitssystem Anfang März ganz schön überrollt worden ist von der Covid-Erkrankung und dass es Viele organisatorisch absolut ans Limit gebracht hat. Ich glaube, die größeren Einrichtungen haben sich etwas leichter getan. Wir hatten hier im Haus zu keinem Zeitpunkt Probleme mit Schutzkleidung. Aber das war, glaube ich, gerade in der Anfangsphase ein ganz wichtiges Thema. Das ist jetzt eigentlich kein Thema mehr. Zur Erreichbarkeit: wir haben damals versucht, sehr früh auf die Homepage noch extra E-Mail-Kontaktdaten und auch Telefonnummern zu bringen. Wobei auch bei uns die E-Mail-Erreichbarkeit schon immer sehr viel besser war als die telefonische Erreichbarkeit. Aber wir waren erreichbar und haben uns auch angepasst, haben viele Telefon-Sprechstunden gemacht in der Zeit und auch erstmals im Rahmen dieser Covid-Phase eine Video-Sprechstunde, mit geteilter Begeisterung, eingeführt. Aber ich glaube, im Grundsatz hat da die allgemeine Versorgung ganz gut funktioniert. Man kann nur Patienten empfehlen, die angebunden sind an Praxen, die vielleicht vorübergehend das Geschäft runterfahren mussten und deswegen schlechter erreichbar waren, sich an die nächst-größeren Zentren zu wenden. Was exzellent funktioniert hat: wir helfen uns gegenseitig in diesen ganzen letzten Wochen und darüber glaube ich, konnte sehr viel eingefangen werden. Ich glaube bei Koloskopie-Terminen laufen wir im Moment auch noch hinterher. Wir hatten ganz klar vom Land Berlin die Ansage, dass wir auf alle elektiven Untersuchungen verzichten mussten. Wir durften die gar nicht durchführen. Dann muss man diskutieren: was ist elektiv und was ist nicht elektiv? Wenn bei jemandem eine große Sorge besteht, dass dort ein Tumor sein kann, also ein Karzinom, ein Krebs, dann

haben wir das nicht als elektiv betrachtet und haben die Untersuchungen auch durchgeführt. Aber die normalen Überwachungs-Koloskopien haben wir ein halbes Jahr nach hinten verschoben. Die werden wir in den nächsten Monaten nachholen.

Cissy: Sie hatten es auch schon einmal kurz angesprochen. Es ging auch ein bisschen um die Infusion und unter Betroffenen stellt sich natürlich absolut und konsequent weiterhin die Frage: Ist es sinnvoll, Medikamente mit Infusionsgabe auf alternative Medikamente mit der Gabe, via Spritze oder Pen umzustellen oder alternativ die Infusionsintervalle zu verlängern?

Prof. Siegmund: Das ist einer der Punkte, die wir gerade zu Beginn der Covid-Pandemie am intensivsten diskutiert haben. Wenn man das allererste Interview aus der ECCO-Interviewreihe liest, liest man "wenn möglich IV-Infusionen auf subkutan umstellen." Das kam aus Mailand, weil die dort massiv überrannt worden sind. Wir haben auch hier intern diskutiert, wie das bei unseren Patienten ist. Das Wichtigste über allem ist immer noch, dass wir eine stabile Remission auch stabil belassen wollen, auch in Zeiten von Covid. Ich glaube hier waren jetzt die einzelnen Systeme ein bisschen gefordert, also Patienten wurden gefragt, ob sie irgendwelche Infekte hatten in den letzten Tagen. Zu Beginn war es noch so, dass die Südtirol- und Ischgl-Urlauber unmittelbar in Quarantäne kamen und erst 14 Tage später auftauchen durften. Die Patienten bekamen Mundschutz für die Infusionen und auch das ärztliche Personal. Damit sind wir sowohl in den onkologischen Tageskliniken als auch im rheumatologischen CED-Bereich sehr gut gefahren. Damit hat man hier ein hohes Maß an Sicherheit und sollte die Infusionen auch weiter durchführen können. Kann man die Intervalle verlängern? Es gibt ja ein paar Medikamente, zum Beispiel das Vedolizumab, wo man die Abstände variieren kann, zum Beispiel vier oder acht Wochen. Bei Infliximab ist es meist auf den Spiegel ganz gut eingestellt, sodass es dort schwieriger ist. Aber es gibt auch zu Vedolizumab in den Zulassungsstudien Daten, wo die Intervalle auf 12 Wochen hochgenommen wurden, bei Patienten, die in einer sehr stabilen Remission waren, wo auch nicht viel passiert ist. Das heißt das kann man individuell besprechen, aber über allem sollte immer stehen: was habe ich danach noch für Optionen? Wie geht's mir im Moment? Wie hoch ist das Risiko auf lange Sicht, wenn ich jetzt an diesem sehr gut eingestellten System etwas verändere?

Cissy: Kommen wir zur letzten Frage. Frau Prof. Siegmund, gibt es etwas, das Sie uns in dieser speziellen Situation, Ende Mai 2020, noch auf den Weg geben möchten?

Prof. Siegmund: Das ist auch gar keine einfache Frage. Wir haben in den letzten Wochen alle sehr viel gelernt. Wir haben gelernt wie man mit so einer neuen Situation umgeht. Ich glaube für die Patienten mit chronischen Erkrankungen ist es das wichtigste, dass ihnen bewusst ist, wenn sie die Schutzmaßnahmen einhalten, dass wenn sie raus gehen und es dichter ist einen Mundschutz aufziehen. Aber sie können rausgehen. Sie können in die Krankenhäuser und in die Praxen gehen, wenn



sie Beschwerden haben. Bitte nicht zu Hause verstecken, weil Sie davor Sorge haben. Das sehe ich im Moment als das größte Risiko an. Dass wir auch die chronisch kranken Patienten wieder ordentlich versorgen können und die Sekundärfolgen der Corona-Pandemie nicht größer werden, in Bezug auf das Gesundheitssystem, als die Folgen von Covid-19 selbst. Aber ich wünsche uns allen erstmal einen wunderschönen Sommer und hoffe, dass es doch recht unbeeinflusst bleibt von der Pandemie.

Cissy: Ja super! Die perfekten Abschlussworte! Damit sind wir auch schon am Ende unserer ersten Folge gelangt von „Aus dem Bauch heraus – Crohn, Colitis und Co. Der DCCV-Podcast“. Daher ein herzliches Dankeschön an Sie, Frau Prof. Siegmund, dass Sie so ausführlich über die Besonderheiten gesprochen haben. Und natürlich möchte ich mich auch bei Euch da draußen ganz herzlich für das Zuhören bedanken, auch im Namen des Teams des Landesverbands Berlin-Brandenburg. Wir hoffen euch hat diese Folge informiert, aber auch unterhalten. Solltet Ihr Interesse an weiteren Informationen haben oder euch sogar selbst engagieren wollen, verweise ich gern direkt auf die Homepage der DCCV unter dccv.de. Darüber hinaus verlinken wir Euch ebenfalls die Internetseite der ECCO und auch das erwähnte Kompetenznetzwerk für weitere Informationen und Anhaltspunkte. Ich freue mich auf das nächste Mal, habt einen wundervollen Tag und bleibt gesund.