

Neue STIKO-Empfehlungen: Was hat sich jetzt geändert?



Gerade sind die neuen Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) wie in jedem Jahr im epidemiologischen Bulletin Nr. 34 veröffentlicht worden. So wurden etwa die Empfehlungen in den Bereichen Herpes zoster, Influenza und Hepatitis A/B erweitert. Zeit sich die Änderungen einmal genauer anzusehen.

Dr. med. Markus Frühwein, München

Empfehlungen zur Herpes-zoster-Impfung

Erstmalig äußert sich die STIKO in ihren Empfehlungen zur Impfung gegen Herpes zoster. Im Bereich „Empfehlungen zu Standardimpfungen des Erwachsenenalters“ sowie zu „Indikations- und Auffrischimpfungen für alle Altersgruppen“ des epidemiologischen Bulletin 34/2017 rät die Impfkommission von der Impfung als Standardimpfung ab. Diese Empfehlung bezieht sich auf alle Erwachsenen innerhalb der Zulassung für den Impfstoff ab 50 Jahren.

Grundlage ist zum einen eine Modellrechnung, nach der die Gesamtfallzahlen durch die Impfung nur geringgradig reduziert werden, insbesondere mit zunehmendem Alter in immer geringerem Maße. Zum anderen wird argumentiert, dass gerade Personen mit deutlich erhöhtem Risiko für eine Herpeszoster-Erkrankung häufig gar nicht mit attenuierten Lebendimpfstoffen geimpft werden können, da Kontraindikationen vorliegen. Dennoch kann nach Aussage der STIKO eine Impfung nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung durchaus gerechtfertigt sein. Nähere Informationen, in welchen Situationen dies zutrifft, verspricht die STIKO in naher Zukunft.

Damit haben wir zu dem Impfstoff, der seit 2006 zugelassen und seit 2013 in

Herpes-zoster-Impfung

STIKO:

„Die Impfung mit dem Herpeszoster-Lebendimpfstoff wird nicht als Standardimpfung empfohlen.“

Aber:

Eine Abwägung des individuellen Risikos hinsichtlich einer Herpeszoster-Erkrankung mit dem möglichen Nutzen einer Impfung kann im Einzelfall zu einer Impfentscheidung führen.

Deutschland auf dem Markt ist, nach elf bzw. vier Jahren eine Aussage zur Handhabung bekommen, die die meisten Ärzte wahrscheinlich eher verunsichert. Die Fachgesellschaft sagt eigentlich eher Nein, aber wenn man es selbst irgendwie für richtig hält, kann man nach Abwägung von individuellem Risiko und Nutzen der Impfung trotzdem impfen. Ob man sich im Rahmen einer hausärztlichen Tätigkeit das nötige Tiefenwissen für eine valide Entscheidung aneignen kann, ist eher fraglich und vermutlich impft man im Zweifelsfall dann eher nicht.

Da die Impfung gegen Herpes zoster mit dem aktuell verfügbaren Impfstoff derzeit nicht Bestandteil der aktuellen Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) ist, ist sie auch

keine Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen. Viele gesetzliche und private Krankenkassen erstatten die Impfung als freiwillige Satzungsleistung dennoch.

Blickt man nach vorne, macht wenigstens die Marktentwicklung Hoffnung: ein Nicht-Lebendimpfstoff, in dem gE, ein Protein auf dem Virus, an das Adjuvans AS01B zur Verbesserung der immunologischen Reaktion, gebunden wird. Bei über 70-jährigen Erwachsenen konnte eine Wirksamkeit von 90%, bei über 50-Jährigen von bis zu 97% im Vergleich zu Placebo erzielt werden. Der Impfstoff soll noch in diesem Jahr auf den Markt kommen.

Verwendung von Influenza-Lebendimpfstoff bei Kindern

Im letzten Jahr hatte die STIKO ihre Empfehlung zur bevorzugten Verwendung des nasal zu applizierenden, attenuierten Lebendimpfstoffes (live attenuated influenza vaccine, LAIV) für Kinder zwischen zwei und sechs Jahren ausgesetzt und nun auch zurückgezogen. Der Impfstoff wird weiterhin zur Nutzung im Rahmen der Zulassung, also von zwei bis 17 Jahren, empfohlen, aber jetzt über die gesamte Altersgruppe gleichwertig mit intramuskulär zu applizierenden Impfstoffen. Eine bevor-



Beim Influenza-Lebendimpfstoff sind nasal und intramuskulär zu applizierende Impfstoffe jetzt für Kinder von zwei bis 17 Jahren einander gleichgestellt. Nur etwa bei oraler Antikoagulation und Spritzenphobie ist der nasal applizierte Impfstoff zu bevorzugen.

zugte Verwendung von LAIV sollte nur noch bei zu erwartenden Problemen mit intramuskulären Injektionen wie oraler Antikoagulation und, in dieser Altersgruppe sicher häufiger, Spritzenphobie erfolgen.

Daten der letzten Influenzasaisons weisen darauf hin, dass die Wirksamkeit von LAIV bei dem seit der Pandemie 2009 zirkulierenden A(H1N1)-pdm2009-Virus im Vergleich zu inaktivierten Vakzinen geringer ist. Demgegenüber scheint die Wirksamkeit bei A/H3N2- und B-Viren eher besser zu sein. Insgesamt bewertet die STIKO den Impfstoff innerhalb der zugelassenen Altersgruppe damit als gleichwertige Option.

Da es sich um einen quadrivalenten Impfstoff handelt, besteht sicher ein Vorteil im Rahmen der B-Linien-Abdeckung im Vergleich zu trivalenten inaktivierten Impfstoffen. Insbesondere in Influenzasaisons mit starkem Mismatch

bei der B-Empfehlung kommt dies zum Tragen. Bei der Wahl von tri- bzw. tetravalenten Impfstoffen ist zu berücksichtigen, dass bei Kindern, die eine Indikation zur Influenzaimpfung haben, in jedem Fall ein optimaler Schutz erreicht werden sollte. Auch wenn es hierzu noch keine offizielle Stellungnahme der STIKO gibt, sollte aus Sicht des Autors die Entscheidung für den Schutz gegen beide B-Stämme durch die quadrivalente Vakzine eher großzügig getroffen werden.

Indikation zur Hepatitis-A- und -B-Impfung erweitert

Die STIKO hat die Indikation sowohl zur Hepatitis-A- als auch zur Hepatitis-B-Impfung im Bereich berufliche Indikationsimpfung um den Passus „ehrenamtlich Tätige mit vergleichbarem Expositionsrisiko“ erweitert. Damit wird das Erkrankungsrisiko durch Exposition unabhängig von der Art der Tätigkeit in Form von Beruf oder Ehrenamt, auch in der Ausbildung, als Indikationsgrund betont.

Die Hepatitis-A-Indikation wurde außerdem bei Personen, die ein Sexualverhalten mit erhöhtem Expositionsrisiko aufweisen, um das Beispiel „Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)“ erweitert. ■

Dr. med. Markus Frühwein

Praxis Dr. Frühwein & Partner

Allgemein- und Tropenmedizin, München

E-Mail: markus@drfruehwein.de

Impfmuffel? Geht gar nicht!

In den meisten Fällen gehen wir ja davon aus, dass hinter der Entscheidung, eine empfohlene Impfung gegen eine Krankheit nicht durchzuführen, eine gewisse Geisteshaltung steht. Neben der Vermeidung des Aufwands, der mit einer Impfung verbunden ist (also einer gewissen Faulheit), kommen hier außerdem vor allem die Angst vor der Prozedur (also meist vor der Nadel) und das häufig auf nicht ausreichender Information beruhende Ablehnen der Impfung in Betracht. Die sehr kleine Gruppe der „Impfpharmaweltmachtsverängstigten“ Verschwörungstheoretiker seien da nur am Rande erwähnt.

Würde ich selbst zu einem Arzt gehen, der eine solche Einstellung vertritt? Eher nicht. Dennoch scheinen viele Ärzte am Thema Impfen, zumindest bei sich selbst und in Ihrem Arbeitsumfeld, zu scheitern. Impfraten von nur knapp über 50% bei den Ärzten und 35% beim Pflegepersonal sprechen zumindest für sich. Dass damit die Patienten in der Praxis gefährdet werden, ist dem Grundgedanken ärztlichen Handelns sicher auch nicht zuträglich. Vielleicht ist diese Grippesaison ein guter Zeitpunkt, die eigene Impfmuffigkeit zu überwinden, sein Impfwissen aufzufrischen und für den eigenen Schutz und den der Angestellten zu sorgen.

Dr. med. Markus Frühwein

Herausgeber:

FORUM Reisen und Medizin e.V.

Briener Str. 11

80333 München

Tel.: 089/248854419

Fax: 089/89860224

E-Mail: info@frm-web.de

Internet: www.frm-web.de

Inhaltlich verantwortlich:

Dr. med. Markus Frühwein

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Hans Dieter Nothdurft, Dr. med. Nikolaus Frühwein.

Die veröffentlichten Inhalte stellen die Meinung der jeweiligen Autoren oder Fachgesellschaften dar. Eine Haftung für die Richtigkeit kann vom Herausgeber nicht übernommen werden. Nachdruck, Reproduktion und Veröffentlichung, auch auszugsweise, sind nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers zulässig.

FORUM
Reisen und Medizin