

IMPFFEN BEI IMMUN- SUPPRIMIERTEN PATIENTEN

Immunsuppression ist ein alltägliches Thema in der hausärztlichen Praxis, beispielsweise bei Erkrankungen aus dem Bereich der Rheumatologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Neurologie und Hämato-Onkologie. Impfungen bei diesen Patienten werfen bei behandelnden Ärzten oft Fragen auf. Antworten geben im folgenden Interview Dr. med. Markus Frühwein und Professor Dr. med. habil. Jörg Schelling, beide niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin und Mitglieder der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen.

Herr Dr. Frühwein, wie sieht die Impfsituation bei immunsupprimierten Patienten aktuell aus?

Dr. Markus Frühwein: Patienten unter Immunsuppression durch die jeweilige Grunderkrankung oder deren Therapie sind bezogen auf das Impfen eine besondere Herausforderung. Die Durchimpfungsraten sind trotz klarer Empfehlungen der STIKO, also der Ständigen Impfkommission, und der betreffenden Fachgesellschaften auf einem inakzeptabel niedrigen Niveau. Beispielsweise liegt die Impfquote gegen Pneumokokken-Krankheiten

primierten Patienten, für die Impfempfehlungen gegen Pneumokokken vorliegen. Unsicherheit durch die Vielfalt der Immunsuppressiva sowie Kommunikations- und Schnittstellenprobleme beim Impfen zwischen Haus- und Fachärzten tragen zu dieser Situation bei. Die Leidtragenden sind dann die immunsupprimierten Patienten, die bei impfpräventablen Erkrankungen – beispielsweise durch Pneumokokken oder Meningokokken – besonders gefährdet sind.

Herr Professor Schelling, was sind für Sie Ursachen für Impfdefizite bei diesen Hochrisiko-Patienten?

Prof. Dr. Jörg Schelling: Die Begriffe „Immunsuppression“ und „Immundefizienz“ sind nicht einfach zu definieren. Zu wünschen ist eine praxisnahe Einteilung in Schweregrade von Diagnose und Therapie. So ist eine generelle Zurückhaltung beim Impfen von immunsupprimierten Patienten zu beobachten. Die Ärzte fragen sich, ob die Impfung schwächer wirkt, wann der richtige Impfzeitpunkt ist und ob Krankheitsschübe ausgelöst werden. Besonders verunsichernd wirken:

- Komplexe Impfschemata und Unübersichtlichkeit der Behandlungsstrategien
- Mangelnde Abstimmung zwischen behandelnden Haus- und Fachärzten in Bezug auf Diagnosen und Therapien
- Keine koordinierte Versorgung von betroffenen Patienten beim Impfen aufgrund fehlender Regelung von Verantwortlichkeiten und Abläufen

Welche Impfungen haben besondere Bedeutung für Immunsupprimierte?

Frühwein: Grundsätzlich sollte jeder Patient mit einer Autoimmun- oder einer anderen chronisch-entzündlichen Erkrankung ohne beziehungsweise vor einer immunsuppressiven Therapie die von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen vollständig erhalten haben. Dies betrifft auch die Impfungen mit Lebendimpfstoffen wie gegen Masern, Mumps und Röteln, bei denen der zeitliche Abstand vor Beginn der Therapie gut geplant werden muss. Ein sicherer Schutz vor Varizellen sollte insbesondere bei schwerer Immunsuppression vorhanden sein und durch Impfpass- oder serologische Kontrolle

Markus Frühwein arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis in München und ist Vorstandsmitglied von Forum Impfen e. V. und der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e. V.



nur knapp über vier Prozent innerhalb der ersten zwei Jahre nach Diagnosestellung. Dies ist noch geringer als bei nicht immunsup-

abgeklärt werden. Für Indikationsimpfungen stehen Totimpfstoffe gegen Pneumokokken – altersabhängig mit sequenzieller Gabe von 13-valentem Konjugatimpfstoff gefolgt in der Regel nach sechs bis zwölf Monaten von 23-valentem Polysaccharid-Impfstoff – und Meningokokken der Serogruppen ACWY und B im Vordergrund. Seit 2018 ist für die Impfung gegen Herpes zoster und die postherpetische Neuralgie ein adjuvantierter Subunit-Totimpfstoff ab dem Alter von 50 Jahren zugelassen. Nicht zu vergessen bei Immunsuppression oder Immundefizienz sind im Herbst die jährliche Influenza-Impfung mit quadrivalentem Totimpfstoff und ein sicherer Impfschutz gegen Hepatitis B, insbesondere bei hohem Expositionsrisiko. Das klingt erstmal aufwändig, bei den meisten Impfungen wird aber eine langfristige Infektionsprävention erreicht.

Wie gehen Sie in Ihrer Praxis mit diesem Thema konkret um?

Schelling: Zuerst einmal schaffen wir ein Bewusstsein bei allen Praxismitarbeitern und thematisieren Impfen bei Immunsuppression auch in Besprechungen gezielt – gerade um bestehenden Unsicherheiten und Sorgen zu begegnen. Dann sollte bei jedem Patienten unter Therapie die Dauerdiagnose „D90“ eingetragen werden. Diese erzeugt bei Nutzung einer Impfsoftware auch direkt einen kompletten Impfplan für den Immunsupprimierten, der individuell noch angepasst werden kann. Alternativ kann man in der Karteikarte einen klar erkennbaren Marker einsetzen, der bei jedem Praxisbesuch an die besondere Impfindikation erinnert.

Welche Kernbotschaften gelten für das Impfen bei Immunsupprimierten?

Frühwein: Im Vordergrund steht eine gute Aufklärung des Patienten über den Sinn und die Notwendigkeit der Impfungen. Auch der Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Facharzt spielen eine große Rolle. Für hohe Impfquoten und eine bessere Qualität der Versorgung sind eine gute Dokumentation von Diagnose und Medikation sowie die Erstellung eines Impfplans relevant. Besonders wichtig für den Patienten ist dabei ein Recallsystem zur Impferinnerung. Dies lässt sich zum Beispiel mit einer Impfsoftware im Praxisverwaltungssystem etablieren. Viele Ärzte machen sich auch Sorgen, dem Immunsupprimierten durch Impfungen eventuell zu schaden oder keine ausreichende Schutzwirkung zu erreichen. Deshalb haben die im April 2019 dazu veröffentlichten STIKO-Anwendungshinweise besondere Bedeutung.

Was wünschen Sie sich als Hausarzt für die Schnittstelle zum behandelnden Facharzt? Welche Kommunikationswege sollte es geben?

Schelling: Wir haben zusammen mit der Gesellschaft zur Förderung der Impfméizin eine Praxisinformation entwickelt mit einer übersichtlichen Impfliste für den Haus- und Facharzt und einem Laufzettel für die direkte Patienteninformation. Auf diesem Laufzettel kann sich der Patient beim Facharzt Diagnose, Therapie und Impfindikation eintragen und beim Primärversorger dann die fehlenden Impfungen durchführen lassen. Neben einer solchen papiergebundenen Version sollte sich zukünftig der elektronische Impfpass basierend auf einer qualitätsgesicherten Impfsoftware als idealer Kommunikationsweg durchsetzen – auch auf dem Smartphone des Patienten.



Jörg Schelling ist Ärztlicher Leiter einer Gemeinschaftspraxis in Martinsried und war Direktor am Institut für Allgemeinmedizin der LMU München.

Herr Professor Schelling, Herr Dr. Frühwein, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Dr. med. Lutz Bader (KVB)

Informationen zum Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Infektionsschutz/Schutzimpfungen*.

Impfen bei Immundefizienz

Wichtige Merksätze (Bundesgesundheitsblatt 4/2019):

- Totimpfstoffe können grundsätzlich angewendet werden**, es besteht kein erhöhtes Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen. Unter immunsuppressiver Therapie ist die Gabe von Totimpfstoffen möglich, vorzuziehen ist aber der Abschluss einer Impfserie vor Therapiebeginn (Impferfolg ist eventuell eingeschränkt, serologische Kontrolle ist zu erwägen).
- Eine **Lebendimpfstoff-Gabe vor Therapiebeginn** ist möglich bei zeitlichem Abstand von in der Regel mindestens vier, bei geringgradig immunsuppressiver Wirkung zwei Wochen; vor Alemtuzumab- oder Ocrelizumab-Therapie aber mindestens sechs Wochen.
- Während der Therapie mit Immunsuppressiva sollte nicht mit Lebendimpfstoffen geimpft werden.** Ausnahmen nur unter individueller Risiko-Nutzen-Abwägung und Beachtung der Fachinformationen (Arzneimittel/Impfstoff) im begründeten Einzelfall.
- Enge Kontaktpersonen sollten entsprechend der STIKO-Empfehlungen vollständig geimpft sein.** Dies beinhaltet die jährliche Influenza-Impfung bei im selben Haushalt Lebenden und bei betreuendem medizinischen Personal.