

Mitteilungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO)

(1) Aktualisierung der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen – Impfpflichtung E 1 – ab 1. Januar 2018:

Aktualisierungen bei Meningokokken und Pneumokokken. Ergänzungen bei Hepatitis A, Hepatitis B und Influenza.

(2) Aktualisierung der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (VwV Schutzimpfungen) vom 7. September 2017

(1) Aktualisierung der Impfpflichtung E 1 ab 1. Januar 2018

Die Sächsische Impfkommission (SIKO) beschloss auf ihrer 49. Sitzung am 5. Mai 2017 und ihrer 50. Sitzung am 25. Oktober 2017 folgende Aktualisierungen:

1. Empfehlung zur Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen C/ACWY – bevorzugte Empfehlung tetravalenter Konjugatimpfstoffe

Seit dem Jahr 2000 sind monovalente (Serogruppe C) Konjugat-Impfstoffe gegen Meningokokken-Erkrankungen in Europa zugelassen. Eine diesbezügliche Impfpflichtung zur Standardimpfung besteht

- in Sachsen seit Juli 2003:
 - alle Kinder und Jugendlichen vom vollendeten 2. Lebensmonat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bei Impfung im Säuglingsalter wird eine Boosterung ab 2. Lebensjahr empfohlen,
- deutschlandweit seit 2006: alle Kinder im 2. Lebensjahr, eine fehlende Impfung soll bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden.

In den Jahren 2010 (Menveo®) und 2012 (Nimenrix®) ließ die EMA die ersten tetravalenten (4-valenten, das heißt Serogruppen A, C, W und Y) Konjugat-Impfstoffe gegen Menin-

gokokken-Erkrankungen zu. Für die Anwendung dieser Impfstoffe existieren bereits seit einigen Jahren zu Indikationsimpfungen Empfehlungen sowohl der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut [1] als auch der SIKO (hier auch zur Standardimpfung bei Kindern und Jugendlichen) [2].

Menveo® ist derzeit (Stand: 22. November 2017) ab vollendetem 2. Lebensjahr zugelassen [3] (Erweiterung geplant), Nimenrix® ab einem Alter von 6 Wochen [4]. Die sächsische Empfehlung zur Standardimpfung gegen Meningokokken der Serogruppen C beziehungsweise ACWY wird durch folgende Formulierung konkretisiert [2]: (siehe Infobox 1).

Die Empfehlung betrifft sowohl die Impfungen im 1. Lebensjahr (2 Dosen) als auch die Impfung im (oder ab) 2. Lebensjahr, unabhängig davon, ob es sich hierbei um eine Erstimpfung

Meningokokken-Infektionen (Serogruppen C/ACWY)

Aufgrund der epidemiologischen Lage sollten die Impfungen bevorzugt mit einem tetravalenten Konjugatimpfstoff (Serogruppen A, C, W, Y) entsprechend der Alterszulassung erfolgen (Fachinformation beachten).

Infobox 1

(Grundimmunisierung) handelt (1 Dosis), oder um die empfohlene Boosterung (1 Dosis) nach Grundimmunisierung im 1. Lebensjahr.

Falls für die betreffende Altersgruppe zugelassen, sind 4-valente Konjugatimpfstoffe zu bevorzugen. Ist bereits eine Impfung mit konjugiertem monovalentem MenC-Impfstoff erfolgt, ist eine weitere Impfung mit 4-valentem Konjugatimpfstoff empfohlen.

Bei früher bereits mit Meningokokken-Polysaccharid-Impfstoff geimpften Personen sollte bei der nächsten fälligen Auffrischung mit 4-valentem Konjugatimpfstoff geimpft werden. Die Nebenwirkungsprofile der tetravalenten Meningokokken-Konjugatimpfstoffe sind vergleichbar mit denen anderer Meningokokken- und Routineimpfstoffe.

Begründung

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Meningokokken C (MenC)-Anteil in den tetravalenten Konjugatimpfstoffen vergleichbar immunogen ist wie in den monovalenten MenC-Impfstoffen. Durch Impfung mit einem tetravalenten Konjugat-

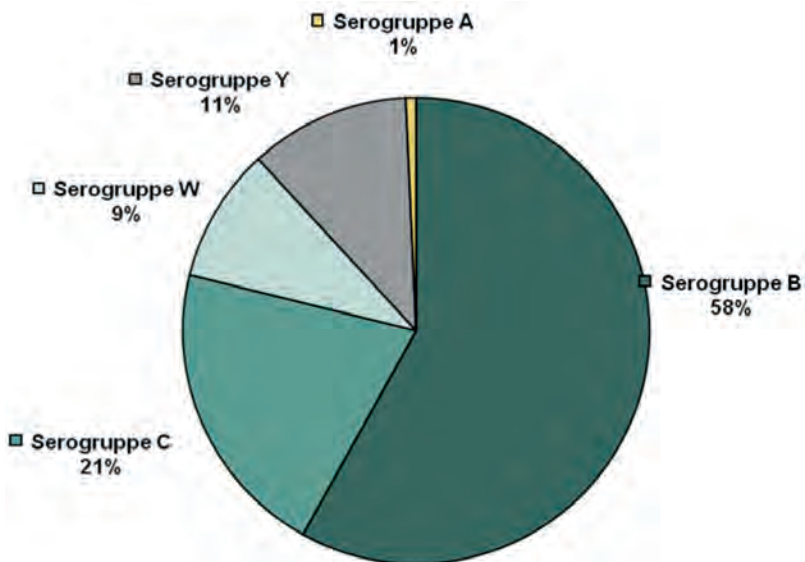


Abb. 1: Übermittelte Meningokokken-Erkrankungen nach Serogruppen, Deutschland 2016 (n=279). Datenquelle: [6]

impfstoff, der die MenC-Komponente enthält, kann somit auch eine Standardimpfempfehlung zur MenC-Impfung realisiert werden.

Welche Relevanz haben die drei weiteren Komponenten? Unbestritten ist, dass die Serogruppen (SG) A, W und Y gegenwärtig (noch?) in Deutschland und Mitteleuropa eine vergleichsweise zu B und C geringe Bedeutung haben. Etwa zwei Drittel der invasiven Meningokokkenerkrankungen werden in Deutschland durch die Serogruppe B verursacht, 20 Prozent durch die SG C (Abb. 1). In der Zielgruppe der Kinder, die seit 2006 nach STIKO-Empfehlung im Alter von 1 Jahr gegen MenC hätten geimpft werden sollen, das heißt die 1- bis 9-Jährigen, sind die SG C-Fälle bis 2016 um 90 Prozent zurückgegangen, deutlich stärker als bei SG B. Dies spricht für eine hohe Wirksamkeit der Impfung [5].

tetravalenten Meningokokkenimpfstoff verlangt. Auch in verschiedenen europäischen Ländern wurde in den vergangenen Jahren eine Zunahme der SG Y beobachtet, besonders in der Schweiz, Finnland, Norwegen und Schweden, aber auch in England und den baltischen Staaten. Während beispielsweise die SG Y im Jahr 2010 in Deutschland und Österreich einen Anteil an allen Serogruppen von 7 Prozent und 5 Prozent aufwies, waren es in Italien, der Schweiz, Norwegen, Finnland und Schweden bereits 10 Prozent, 21 Prozent, 31 Prozent, 38 Prozent und 39 Prozent. In der Altersgruppe der über 19-Jährigen verzeichneten Großbritannien, Norwegen, Schweden und Finnland SG Y-Anteile von 17 Prozent, 50 Prozent, 39 Prozent und 50 Prozent. In Schweden entwickelte sich die SG Y zeitweise sogar zur am häufigsten vorkommenden Serogruppe. Deutschland verzeichnete bis zum Jahr 2016 einen Anstieg der SG Y auf 11,5 Prozent, der SG W auf 9,7 Prozent (Abb. 2, 3). Großbritannien meldete im September 2015 eine Zunahme von Meningokokken W (MenW) in England und Wales um 88 Prozent gegenüber dem Vorjahr. MenW verursachte nun 15 Prozent der Fälle in UK gegenüber 1 – 2 Prozent bis 2009. Dementsprechend wurde die Impfstrategie angepasst und der tetravalente Impfstoff für Schüler und Studenten eingeführt [7].

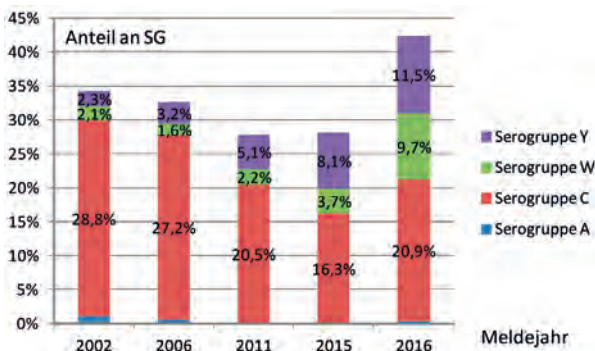


Abb. 2: Prozentualer Anteil der Serogruppen (SG) A, C, W und Y an übermittelten Meningokokken-Erkrankungen, Deutschland Jahre 2002, 2006, 2011, 2015 und 2016. Datenquelle: [6]

Relativ geringe Bedeutung der SG A, W und Y bedeutet nicht, dass sie bedeutungslos wären. Seit Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts trat die SG Y vermehrt in Nordamerika auf. Dies ist wichtig unter anderem bei der reisemedizinischen Beratung USA-Reisender insbesondere mit Langzeitaufenthalt. Von Jugendlichen, die ein Highschool-Jahr oder ein Studium in den USA absolvieren wollen, wird zunehmend vor Einreise die Impfung mit einem

Die Entwicklung unterstreicht, dass die Serogruppenverteilung alles andere als statisch ist. Zunehmender internationaler Austausch kann ein Übriges dazu beitragen. Aus Verbreitungsgebieten können die Erreger mitgebracht und in Deutschland auf Kontaktpersonen übertragen werden.

Zu beachten: Die Empfehlung der Meningokokken-B-Impfung als Standard- und Indikationsimpfung (in Sachsen seit 2014) bleibt von den Empfehlungen zur Meningokokken-ACWY-Impfung unberührt.

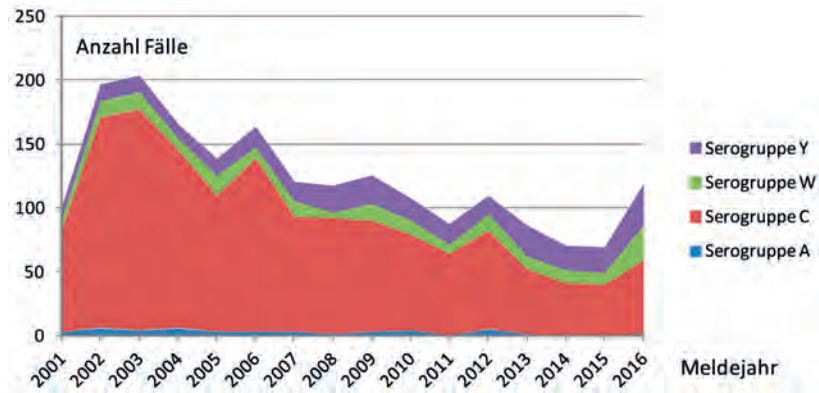


Abb. 3: Erfasste Fälle der Serogruppen A, C, W und Y an übermittelten Meningokokken-Erkrankungen, Deutschland 2001 bis 2016. Datenquelle: [6]

2. Pneumokokken-Impfungen – Abstände

Die Sächsische Impfkommision beschloss auf ihrer 49. Sitzung eine Änderung zur Empfehlung der Abstände zwischen Pneumokokken-Impfungen [2]. Die Abstandsempfehlungen werden somit an zum Beispiel Österreich, USA, zum Teil STIKO angepasst (Abb. 4).

Explizit lauten die Abstandsempfehlungen wie folgt:

- Im Rahmen der **sequenziellen Impfung**, das heißt Impfung mit 13-valentem Konjugat-Impfstoff (= Pneumokokken-Konjugat-Vakzine = PCV), gefolgt von 23-valentem Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff (= Pneumokokken-Polysaccharid-Vakzine = PPSV) beträgt der **Abstand mindestens 1 Jahr**, bei **erhöhtem Risiko** (Indikationen I 1. – 3. It. Impfempfehlung E 1, Seite 24) **mindestens 8 Wochen** (das heißt PPSV ab 1 Jahr, gegebenenfalls ab 8 Wochen nach PCV).
- Bereits (früher) mit PPSV geimpfte Erwachsene erhalten eine Nachimpfung mit PCV im **Mindestabstand von 1 Jahr** (PCV ab 1 Jahr nach letzter Impfung mit PPSV).
- Wiederholungsimpfungen mit PPSV sind **ab einem Regelabstand von 5 Jahren** (nach letzter Impfung mit PPSV) möglich.

Begründung

Der Vorteil eines kürzeren Abstandes von einem Jahr oder mindestens acht Wochen (gegenüber vormals vier Jahre) zwischen den Impfungen

des sequenziellen Schemas besteht in einem kurzfristigeren Schutz vor den Pneumokokken-Kapseltypen, die im 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff, nicht aber im 13-valenten Konjugat-Impfstoff enthalten sind. Das ist besonders für Risikopersonen wichtig. Allerdings ist ein längerer Abstand immunologisch effektiver.

Ein kürzerer Abstand der (nachgehenden) Impfung mit Konjugat-Impfstoff nach einer Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff (1 Jahr gegenüber vormals 5 Jahre) hat den Vorteil eine frühzeitigeren Primings des Immunsystems durch PCV.

Zu beachten: Sachlich bleiben die SIKO-Empfehlungen zur Pneumokokken-Impfung gegenüber den Vorjahren unverändert. Das heißt die sequenzielle Impfung ist (im Unterschied zu den STIKO-Empfehlungen!) weiterhin generell empfohlen: (siehe Infobox 2).

3. Ergänzungen bei den Impfungen gegen Hepatitis A und Hepatitis B

Die STIKO nahm in ihre aktuellen Empfehlungen zur Indikationsimpfung

SIKO: Sequenzielle Impfung (PCV gefolgt von PPSV) für

- alle Personen über 60 Jahre (auch ohne besondere Indikation)
- alle Indikationen (ab dem Alter von 2 Jahren)

Infobox 2

fung gegen Hepatitis A und B auch Personen auf, die im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit vergleichbaren Expositionsrisiken ausgesetzt sind, wie beruflich Tätige [1, 8]. Diese Personengruppe ist in Sachsen schon seit vielen Jahren in den Impfempfehlungen berücksichtigt, so dass für die SIKO kein Ergänzungsbedarf besteht.

In den SIKO-Empfehlungen bisher nicht explizit genannt waren bei der Impfung gegen

- Hepatitis A: Auszubildende, Praktikanten und Studenten
 - Hepatitis B: Praktikanten.
- Hier fügte die SIKO entsprechende Ergänzungen ein.



* erhöhtes Risiko = Indikationen lt. Impfpfempfehlung E 1, S. 24

Abb. 4: Abstände zwischen Pneumokokken-Impfungen, SIKO 1. Januar 2018

Die Standardimpfpfempfehlung in Sachsen für alle Personen (auch ohne besondere Indikation) gegen Hepatitis A und B bleibt davon unberührt.

4. Influenza-Impfung – Ergänzung beim nasal zu applizierenden Lebendimpfstoff

Die SIKO schließt sich der STIKO vom 24. August 2017 [1, 8] zur Aussetzung der bevorzugten Anwendung von Influenza-Lebendimpfstoffen (LAIV) bei Kindern an. Somit können in der Altersgruppe von 2 bis einschließlich 17 Jahren sowohl die inaktivierten Impfstoffe als auch der Lebendimpfstoff verwendet werden. Aufgrund der aktuellen Datenlage sehen STIKO und SIKO zurzeit keine Rechtfertigung für eine bevorzugte Empfehlung von LAIV, außer in Situationen, in denen eine Injektion problematisch ist [2] (siehe Infobox 3).

SIKO-Empfehlung 2018: Influenza-Impfung bei Kindern

Bei Hindernissen für eine Injektion (zum Beispiel Spritzenphobie, Gerinnungsstörungen) sollte präferenziell LAIV verwendet werden.

Infobox 3

Bei Vorliegen neuer Daten kann die Empfehlung wieder modifiziert werden.

Publikationen und Fortbildung

Die novellierte Impfpfempfehlung E 1 liegt als Sonderdruck der Ausgabe

des „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2018 bei. Sie ist außerdem auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK): www.slaek.de → Ärzte → Informationen / Leitlinien → Impfen veröffentlicht.

Die Sächsische Impfkommision weist in diesem Zusammenhang auch auf die von der Sächsische Landesärztekammer und der SIKO veranstalteten Impfkurse Teil 1 und 2 zur Erlangung des „Zertifikates Schutzimpfungen“ der Sächsischen Landesärztekammer hin. Jährlich finden drei Impfkurse, jeweils in Chemnitz, Dresden und Leipzig statt. Sie werden monatlich in den grünen Seiten des Ärzteblattes Sachsen und unter www.slaek.de → Ärzte → Fortbildung → Fort- und Weiterbildungsangebote → Impfkurse angekündigt.

Zum wiederholten Male verweist die SIKO ausdrücklich auf den Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, dass „zur Begrenzung der Regelungsvielfalt alle Krankenkassen ihren sächsischen Versicherten die SIKO-Empfehlungen zugestehen sollten“ (Sächsischer Impfgipfel der KV Sachsen am 19. Oktober 2015 in Dresden).

Siehe dazu auch www.kvs-sachsen.de → Mitglieder → Impfen → Gesamtübersicht Schutzimpfungen (PDF).

Hinweis: Nicht alle Kosten für Schutzimpfungen werden von allen Kassen automatisch übernommen.

(2) Aktualisierung der Verwaltungsvorschrift (VwV) Schutzimpfungen vom 7. September 2017

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz novellierte die VwV Schutzimpfungen zum 7. September 2017 (letzte Fassung vom 8. Februar 2010). Nach Veröffentlichung im Sächsischen Amtsblatt 39/2017 am 28. September ist die Neufassung in Kraft getreten.

Gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) sollen durch die obersten Landesgesundheitsbehörden öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe auf der Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) ausgesprochen werden. In Sachsen formuliert die Sächsische Impfkommision (SIKO), als Beirat des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS), eigene sächsische Impfpfempfehlungen auf der Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der STIKO und unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage und Besonderheiten in Sachsen und berät dazu das SMS. Auf dieser Basis werden durch das dafür zuständige SMS für den Bereich des Freistaates Sachsen aktive Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Rahmen der aktuell gültigen Fassung der E 1-Empfehlungen der SIKO oder der sächsischen Herdbekämpfungsprogramme (Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten) öffentlich empfohlen.

Die neue VwV Schutzimpfungen liegt als Sonderdruck dieser Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2018, bei.

Literatur beim Autor

Dr. med. Dietmar Beier
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision
Elisabeth-Reichelt-Weg 35, 09116 Chemnitz
E-Mail: siko.beier@t-online.de, dietmar.beier@lua.sms.sachsen.de