

Hygiene aktuell

Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO):

Novellierung der „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen“ (= E1) und Neufassung der „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Tetanusprophylaxe“ (= E4):

Die Sächsische Impfkommision hat auf ihrer 34. Sitzung am 13.11.2009 die Impfeempfehlung E1 (= den Impfkalender) vom 02.09.1993, letzter Stand 01.01.2008, ergänzt und modernisiert und die Impfeempfehlung E4 vom 02.09.1993 (Tetanusprophylaxe) neu formuliert. Beide Empfehlungen treten am 01.01.2010 in Kraft. Die neuen Texte im Wortlaut werden diesem Ärzteblatt beigelegt; im folgenden sollen nur die Änderungen und Neuerungen kurz gefasst genannt und begründet werden:

1. Empfehlung der Herpes-zoster-Impfung als Standardimpfung,
2. Neuerungen bei der Varizellaimpfung,
3. Empfehlung der Influenzaimpfung ab vollendetem 6. Lebensmonat als Standardimpfung unter Beibehaltung und Betonung der Indikationsimpfungen,
4. Neufassung der Pertussisimpfeempfehlung in der E1 und damit verbunden Streichen der Impfeempfehlung E3 zur Durchführung der Pertussisimpfung vom 02.09.1993,
5. Neufassung der E4 zur Tetanusprophylaxe,
6. Anmerkungen zur Meningokokkenimpfung,
7. neue Informationen zur Pneumokokkenimpfung,
8. Neuregelung der Verfahrensweise bei Neugeborenen von Müttern mit unbekanntem HBs-Ag-Status.

Zu 1.: Empfehlung der Herpes-zoster-Impfung als Standardimpfung

Die Sächsische Impfkommision hat ab 1.1.2010 die einmalige Herpes-zoster-Impfung für alle Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr (= 50. Geburtstag) als Standardimpfung

empfohlen und zwar ohne Rücksicht auf früher stattgehabte Erkrankungen in der Anamnese. Zu beachten ist dabei jedoch, dass es sich um eine prophylaktische, nicht um eine therapeutische Impfung handelt. Wie bei allen Lebendimpfungen, sind die diesbezüglichen Kontraindikationen zu beachten (Immundefizienz, immunsuppressive Therapie, Schwangerschaft und anderes).

Als einziger Impfstoff steht zurzeit „Zostavax“[®] zur Verfügung. Es werden einmalig 19.400 plaquebildende Einheiten (PBE) des Varizella-Zosterstammes Oka/Merck subcutan appliziert, der auch in einer Dosierung von 1.350 PBE zur Varizella-Grundimmunisierung im „Varivax“[®] zweimal appliziert wird. Der Impfstoff ist bereits in den sächsischen Apotheken verfügbar zum Preis von 148,65 EUR pro Dosis. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) sollte mit den Gesetzlichen Krankenkassen zügig über eine Aufnahme in die Impfvereinbarungen verhandeln, um die Details (Abrechnungsnummern, Honorar und anderes) im Interesse einer geordneten zügigen Einführung dieser besonders in der Geriatrie wichtigen Impfung zu befördern.

Begründung:

Gefürchtet sind im Erwachsenenalter die teilweise monate- bis jahrelang anhaltenden postzosterischen Neuralgien, die trotz antiviraler Therapie langwierige, kostenintensive und subjektiv belastende Schmerztherapien erfordern.

Die altersspezifische Inzidenz pro Jahr variiert je nach Alter und individuellem Immunitätsstatus, stark be-

einflusst von Grundkrankheiten und anderem: Kindesalter: 1 : 1.000; 80- bis 90-Jährige 1 : 100; nach soliden Tumoren 1 : 100, nach lymphatischer Leukämie oder Knochenmarkstransplantation 23 – 50 : 100 usw. Wutzler und andere geben 300.000 Erkrankungsfälle (= 375 ‰) jährlich für Deutschland an; das Robert-Koch-Institut (Wiese-Posselt) bezifferte die Herpes-zoster-Häufigkeit nach einem Sentinel von 4/2005 bis 12/2006 mit 215 000 Erkrankungen jährlich in Deutschland (= 260 ‰). Die SIKO hat für Sachsen die Einführung einer Meldepflicht – Erweiterung in der bestehenden IfSGMeldeVO vom 03.06.2002 – beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz beantragt, um aktuelle Daten für die zu erwartenden gesundheitsökonomischen Debatten präsentieren zu können. Die Vakzineeffizienz einer einmaligen Impfung gegen Herpes zoster wird nach 4,9-jähriger Beobachtungszeit mit 51,3% Senkung der Gesamtinzidenz angegeben; die gegen die gefürchtete postzosterische Neuralgie aber mit guten 66,5%.

Eine mikrobiologische Immunitätskontrolle auf Empfänglichkeit und damit Reduzierung auf eine Indikationsimpfung statt einer generellen Standardimpfung ist nicht möglich, da es sich bei Herpes zoster weniger um humorale, sondern vielmehr um zellulär vermittelte Abwehrreaktionen dieser endogenen Reaktivierung handelt. Protektive mikrobiologische oder immunologische Werte existieren nicht. Die Herpes-zoster-Impfung ist bereits in mehreren Länder erfolg-

reich als Standardimpfung eingeführt worden, wie zum Beispiel in Österreich und den USA (Lit.: 1 – 7).

Zu 2. Neuerungen bei der Varizella-impfung:

Die SIKO hat hinsichtlich Abstand der ersten zur zweiten Varizellaimpfung eingefügt:

„Bei Expositionsgefahr – Definition auf Seite 26 der E1 beachten – kann eine 2. Impfung vorgezogen werden (Mindestabstand 3 Monate)“. Die Definitionen der akuten Expositionsgefahr lauten für Immungesunde: „Aufenthalt 1 Stunde oder länger mit einer infektiösen Person in einem Raum oder face-to-face Kontakt (Berühren, Handgeben) oder Haushalt-Kollektiv-Kontakt (Klasse, Kindereinrichtung usw.)“.

Begründung:

Obwohl die SIKO bereits am 01.07.2003 die generelle Varizella-Standardimpfung für alle Kinder ab dem 2. Lebensjahr empfohlen hatte (STIKO ab Juli 2004) und auch den Termin der 2. Standardimpfung ab 01.01.2008 bereits im Impfkalendar entsprechend den langjährigen Erfahrungen anderer Länder (zum Beispiel USA) im 2. und 6. Lebensjahr empfohlen hatte (STIKO hat ab Juli 2009 einen wissenschaftlich in keiner Weise begründeten Mindestabstand von nur 4 bis 6 Wochen empfohlen, ebenso unbegründet ist 2001 bei der Festlegung des Abstandes zur 2. MMR-Impfung verfahren worden), gibt es Unklarheiten unter den Impfärzten und zahlreiche Anfragen insbesondere wegen der bekannten Impfdurchbrüche.

Die Effektivität einer einmaligen Varizellaimpfung war immer angegeben mit: 95% Verhütung einer schweren und 70 – 90% einer moderaten Infektionskrankheit. 10 – 15% entwickeln bei akuter Exposition nach einmaliger Impfung eine milde Erkrankung. Ein Impfschutz über 10 Jahre wird von Kuter und anderen bei einem 1-Dosenregime mit 94,5%, bei einem 2-Dosenregime mit 97,5% angegeben. Die noch häufige akute Exposition hat seine Ursachen in der noch ungenügenden Durchimpfungsrate der 2-jährigen Kinder und deren gesetzwidrigem,

sogar mit Ordnungsstrafe bedrohtem weiteren Besuch, trotz Erkrankung im noch ansteckungsfähigen Zustand mit Varizellen in einer Kindereinrichtung (§ 34 (1) Nr. 20 und § 73 (1) 14. IfSG). Leider wird keine Behörde einschließlich Öffentlicher Gesundheitsdienst in irgendeiner sinnvollen Weise (Beratung, Schulung usw.) diesbezüglich wirksam.

Da eine Boosterung aber nach immunologischen Gesichtspunkten (Antikörperdynamik) erst nach Monaten sicher möglich ist, hat die SIKO empfohlen, nur bei befürchteter akuter Exposition die 2. Impfung frühestens nach 3 Monaten durchzuführen; im Regelfall aber erst ab 5. Geburtstag (vor der Einschulung) (Lit.: 8 – 12).

Zu 3. Empfehlung der Influenza-impfung ab vollendetem 6. Lebensmonat als Standardimpfung unter Beibehaltung und Betonung der Indikationsimpfungen:

Die SIKO beschließt explizit, die jährliche Influenzaimpfung ab sofort als Standardimpfung für alle Personen > 6 Monate zu empfehlen! Die Dosierung für Kinder vom 7. Lebensmonat bis zum 3. Lebensjahr beträgt in der Regel 0,25 ml pro Dosis; ab dem 4. Lebensjahr (= nach dem 3. Geburtstag) 0,5 ml pro Dosis. Kinder bis zum 9. Lebensjahr erhalten bei der erstmaligen Impfung (analog einer Grundimmunisierung) 2 Dosen im Abstand von 4 Wochen. Die Fachinformationen sind zu beachten. Alle Indikationsimpfungen werden zusätzlich aufgeführt und ausdrücklich betont (zum Beispiel auch für Schwangere – vorzugsweise im 2. und 3. Trimenon).

Begründung:

Dieser Beschluss der SIKO soll in der gegenwärtigen Situation die Bedeutung der Impfprävention der Influenza seitens eines staatlich berufenen und damit unabhängigen Fachgremiums unmissverständlich dokumentieren und für die Zukunft auf ein stabiles und sicheres Niveau heben.

Im Freistaat Sachsen besteht seit langem für jeden Impfwilligen oder einsichtigen Impfbereiten die Möglichkeit, sich jährlich durch Impfung vor

der Influenzaerkrankung zu schützen. Auch für Kinder (mit Zustimmung der Eltern) gelten diese Regelungen. Dies ist auch juristisch verbindlich in der „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales ... zur unentgeltlichen Durchführung von Schutzimpfungen... (VwV Schutzimpfungen – letzte Fassung 7.12.2007) unter A.I.1. Standardimpfungen f. Influenza“ gesetzlich geregelt. Die Maßnahmen sind dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend durchzuführen. Auch erfolgte die Kostenübernahme seitens der Gesetzlichen Krankenkassen seit Jahren problemlos.

Sachsen hat seit Jahren vorbildliche Influenzadurchimpfungsraten und beweist damit die Aufgeschlossenheit und Akzeptanz gegenüber der jährlichen Influenzaimpfung. 2007: 1,36 Mill. Impfungen/4,22 Mill. Einwohner (= 32,2%); 2008 1.3 Mill. Impfungen / 4,19 Mill E. (= 30,5%). (Zahlen erhöhen sich durch Privatversicherte).

Die gegenwärtige destruktive chaotische Informationspolitik über die „Neue Influenza H1N1“ seitens populistischer Journalisten der Medien und selbsternannter gewissenloser „Experten“ haben in Verbindung mit nicht nachvollziehbaren gravierenden Fehlern der staatlich verantwortlichen Gesundheitspolitiker breite Laienkreise, aber auch Ärzte derart verunsichert und verwirrt, dass negative Folgen auf die Impfbereitschaft auch gegen andere Infektionskrankheiten befürchtet werden müssen. Die SIKO-Mitglieder treten dem energisch entgegen und bieten allen nach wie vor fachlich fundierte Beratung und Aufklärung an. Eine Fehleranalyse der gegenwärtig noch andauernden öffentlichen Influenza-Pandemiedebatten folgt an anderer Stelle (Lit.: 13 – 15).

Zu 4. Neufassung der Pertussis-impfempfehlung in der E 1 und damit verbunden Außer-Kraft-Setzen der Impfempfehlung E 3 zur Durchführung der Pertussis-impfung vom 02.09.1993:

Herzlichen Dank und große Anerkennung allen sächsischen Impfärzten für die bereits größtenteils voll-

zogene Umstellung der Boosterung aller Erwachsenen alle 10 Jahre, nicht nur gegen Tetanus und Diphtherie, sondern auch gegen Pertussis. (SIKO-Empfehlung vom 01.01.2007): 2008 wurden von fast 300.000 bei der KVS diesbezüglich abgerechneten Dosen bereits 87,5% als Tdpa oder Tdpa-IPV abgerechnet und nur noch zu 12,5% Td oder Td-IPV.

Für sächsische Impfpärzte gibt es damit eigentlich nichts Neues, verfahren Sie bei der Pertussisimpfung weiter so konsequent nach dem angepassten Impfkalender: Grundimmunisierung zeitgerecht im Säuglingsalter und 2. Lebensjahr, 1. Boosterung ab 5. Geburtstag (vor Einschulung!), 2. Boosterung ab 11. Lebensjahr und danach alle 10 Jahre durch das gesamte Erwachsenenalter mit Tdpa oder Tdpa-IPV-Impfstoff. Nur bei nichtdokumentierter Grundimmunität gegen Tetanus oder Diphtherie, die ohne mikrobiologische Untersuchungen aus juristischen Gründen zum Beispiel nach Verletzungen nachgeholt werden müsste (Impfschema 2 + 1), wäre für die 2. oder 3. Impfung noch Td indiziert. Da jede Impfung gegen Pertussis im Erwachsenenalter als Boosterung aufzufassen ist (analog zum Beispiel Influenza) ist bei der Grundimmunisierung nur 1 Dosis mit Pertussis-Antigen erforderlich, auch wenn anamnestisch keine Pertussiserkrankung eruiert werden kann. Eine überstandene Erkrankung (Anamnese) ändert im Prinzip nichts am Impfkalender. Nach einer mikrobiologisch nachgewiesenen Erkrankung (PCR, Kultur, nicht Serologie) beginnt ein neues Impfintervall von 5 bis 10 Jahren. Bei gegebener Indikation (zum Beispiel Säuglingskontakt) und kurz zurückliegender Impfung mit Td- oder Td-IPV (ohne Pertussisantigen) sollte in geringem zeitlichen Abstand (ab einem Monat) eine Boosterung mit Tdpa oder Tdpa-IPV nachgeholt werden.

Die vorliegende Zusammenfassung wurde aus mehreren Gründen erstellt:

- Auch die STIKO empfiehlt seit Juli 2009 „alle Erwachsenen sollten die nächst fällige Td-Impfung einmalig als Tdap (bei entspre-

chender Indikation Tdap – IPV) – Kombinationsimpfung erhalten“.

- Daraus sich ableitende Impfpraktiken für chirurgische- und Notfallambulanzen müssen organisiert und umgesetzt werden (s. unter 5.).
- Es konnte die von Sachsen initiierte vorbildliche Indikationsliste für Pertussisimpfung gestrichen werden, da nach dem WHO-Ziel jeder Mensch eine ausreichende Pertussisimmunität besitzen sollte. Dies gilt auch für beruflichen Umgang mit Kindern und in der Schwangerschaft, die keine Kontraindikation zur Tdpa-Impfung darstellt. (genauer Text s. Anlage, E1 S. 21 und 22 im „Ärztblatt Sachsen“).
- Da in Deutschland nur noch azellulärer Pertussisimpfstoff verwendet wird, ist die „Empfehlung der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung der Pertussisimpfung vom 02.09.1993 (E3)“ sachlich gegenstandslos geworden; die dort angegeben absoluten und relativen Kontraindikationen galten für Vollkeimpertussisimpfstoffe (Pw). Die in der E3 erörterte Problematik ist jedoch wegen möglicher zeitlicher Korrelation bei den angegebenen schweren Grundkrankheiten zu vermuteten oder fraglichen Impfkomplicationen nach Impfstoffen mit azellulärem Pertussisantigen formal noch von gewisser Bedeutung bei eventuell gerichtlichen Auseinandersetzungen/Gutachten usw. bei Anträgen auf Anerkennung von Impfschadensfälle.

Begründung:

Ohne kurzen historischen Abriss sind die Vorgänge und Änderungen der Pertussisimpfstrategie nicht verstehbar. Aus Platzgründen kann dies nur stichwortartig geschehen:

1909 (Deutsches Reich/ Königreich Sachsen) 15 162 / 661 Pertussissterbefälle (ST); 1939 (Deutsches Reich) 833 ST, 78 941 Erkrankungen (E), Einführung der E-Meldepflicht; 1962 Abschaffung der E-Meldepflicht in der BRD alt trotz 1961 35 376 E und 266 ST, nicht DDR; 1964 Pflichtimpfung DDR, 1974 Impfpflicht BRD alt aufgehoben, sollte von der

DDR 1990 übernommen werden, vom Autor in Sachsen nach juristischer Prüfung abgelehnt (daraufhin Gründung der SIKO durch den späteren Staatsminister), 1989 DDR 94 E, 0 ST, BRD (alt) 100 000 E (2000 – 2004 noch immer pro Jahr 110.000 geschätzt), 2 ST; 1991 Pertussisimpfung in ganz Deutschland wieder allgemein empfohlen; seit 1998 wieder 5. Pertussisimpfung in Sachsen vor Einschulung (STIKO 2000 im 11. Lebensjahr); seit 2006 6. Pertussisimpfung deutschlandweit, jetzt gemeinsamer Impfkalender bis zum 18. Lebensjahr. Ab 01.01.2007 in Sachsen Pertussisboosterung alle 10 Jahre auch für Erwachsene, ab Juli 2009 auch deutschlandweit nächst fällige Td als Tdpa.

Die Gründe für dieses Durcheinander sind in der mangelnden epidemiologischen Analyse der Pertussiserkrankungen durch die zuständigen staatlichen Behörden in den alten Bundesländern (ABL) (Landesgesundheitsämter, ÖGD) und dem Bund (damaliges Bundesgesundheitsamt, jetzt RKI) sowie der Nichtbeachtung der neuen immunologischen Erkenntnisse bei Pertussis zu suchen. Eine allgemeine Meldepflicht dieser impfpräventablen Erkrankung gibt es auch 20 Jahre nach der Wiedervereinigung deutschlandweit immer noch nicht. Impfkalender müssen aber bei Änderung der sozialökonomischen und gesellschaftlichen Bedingungen (Globalisierung, Migration und anderes), der veränderten Krankheitslast wissenschaftlich begründet und den neuen Bedingungen praktisch angemessen angepasst werden. Auch in den neuen Bundesländern (zum Beispiel Sachsen) stieg die Inzidenz an Pertussis seit 1997 vom schon erreichten WHO-Ziel (< 1‰) auf über 10 ‰ an. Es gab eine Altersverschiebung: 65% der Erkrankten sind jetzt älter als 25 Jahre und besitzen in diesem Alter keinen Impfschutz mehr. Die enormen Verbesserungen der Impfstoffqualität (azelluläre Impfstoffe) ermöglichten die Impfung auch Erwachsener. Die Sachsen waren mit ihrer SIKO und LUA und dem noch (teilweise) intakten ÖGD die Motoren, Initiatoren und Manager der jetzt für ganz

Deutschland einheitlichen und vorbildlichen Pertussisimpfprävention (Lit.: 16 – 20).

Zu 5. Neufassung der E 4 zur Tetanusprophylaxe

Die SIKO hielt es für erforderlich, die „Empfehlung ... zur Tetanusprophylaxe vom 2.9.1993“ neu zu formulieren. Die praktische Umsetzung von Details der Tetanusprophylaxe für alle Erwachsenen hat sich durch die Empfehlung der Boosterung alle 10 Jahre mit einem Kombinationsimpfstoff, der auch die Pertussiskomponente enthält, geändert. (Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision vom 1.1.2007; Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am RKI – STIKO – vom Juli 2009: „alle Erwachsenen sollen die nächste fällige Td-Impfung ... als Tdap oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfung erhalten“).

Darüber hinaus besteht für Einzelfragen Klärungs- und Interpretationsbedarf insbesondere bei der Tetanusprophylaxe im Verletzungsfalle. Dies beweisen zahlreiche Anfragen an die Impfberatungsstellen und die Mitglieder der Sächsischen Impfkommision.

In Kurzform das Wichtigste, Details sind in der vollständigen im gleichen Ärzteblatt beiliegenden Anlage nachzulesen:

5.1. Die Unterscheidung in „saubere, geringfügige Wunden“ und „alle anderen Wunden“ (STIKO-Empfehlungen von Juli 2009 und Empfehlungen der Unfallchirurgen 2006) mit der Konsequenz, im ersteren Falle – auch bei unbekannter oder unvollkommener Grundimmunisierung in der Vorgeschichte – nur eine aktive, keine Simultanimpfung zu empfehlen, hält die Sächsische Impfkommision seit 1993 ebenso wie schon damals die „Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie“ unter anderem für Länder mit gut organisiertem Gesundheitswesen für nicht sachgerecht und unverantwortlich. Im Verletzungsfalle gilt nach wie vor die Empfehlung der SIKO von 1992 (tradierte DDR-Empfehlung, Autoren Thilo, Dittmann):

Anzahl der dokumentierten aktiven Tetanusimpfungen in der Anamnese	alle Wunden (auch chronische)	
	Tdap ¹	TIG ²
Unbekannt	ja	ja
0 bis 1	ja	ja
2	ja	nein ³
3 und mehr (= Grundimmunisierung, bei Alter < 2 Jahren: 4 Impfungen)	nein ⁴	nein

¹ altersgerechten Impfstoff verwenden und möglichst Impfkalender vervollständigen: bei Kindern unter 6 Jahren 6-fach-, 5-fach-Impfstoff, zumindest DTPa verwenden; bei > 6-Jährigen Tdpa oder Tdpa-IPV,

² TIG-Tetanus-Immunglobulin, im Allgemeinen werden 250 IE verabreicht, die Dosis kann auf 500 IE erhöht werden; TIG wird simultan (kontralateral) mit dem aktiven Impfstoff angewendet,

³ ja, wenn die Verletzung länger als 24 Stunden zurückliegt,

⁴ ja (1 Dosis), wenn seit der letzten Impfung mehr als 10 Jahre vergangen sind, oder

ja (1 Dosis), wenn seit der letzten Impfung mehr als 5 Jahre vergangen sind und tiefe und/oder verschmutzte (mit Staub, Erde, Speichel, Stuhl kontaminierte) Wunden, Verletzungen mit Gewebeertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung oder Eindringen von Fremdkörpern (zum Beispiel Quetsch-, Riss-, Beiß-, Stich-, Schusswunden) oder schwere Verbrennungen und Erfrierungen, Gewebnekrosen oder septische Aborte usw. vorliegen.

5.2. Die chirurgischen Ambulanzen und Notfallambulanzen der Krankenhäuser und andere werden hiermit dringend gebeten, im Verletzungsfalle Impfstoffe entsprechend diesen Empfehlungen zu applizieren, nämlich bei Erwachsenen Tdpa („Boostrix®“ oder „Covaxis®“) oder Tdpa-IPV („Boostrix-Polio®“ oder „Repevax®“); in Kindernotfallambulanzen bei noch unvollständiger Grundimmunisierung möglichst die fälligen Kombinationsimpfstoffe (6-fach, 5-fach, bis zum 6. Lebensjahr aber zumindest 3-fach-TDPa). Td-Impfstoffapplikationen sollten zur absoluten Ausnahme gehören (Aus-

nahmen – Sonderfälle von polytraumatisierten bewusstlosen Patienten siehe Anlage).

Die KVS, die Gesetzlichen Krankenkassen und besonders die Unfallkassen werden hiermit dringend aufgefordert, sich über die Begleichung der geringen Mehrkosten zu einigen. Es darf nicht zu Lasten der Ärzte (neuer bürokratischer Aufwand) oder der Krankenhäuser (in einem Pauschalbetrag eingeschlossen) und damit letztlich der Patienten geschehen. 5.3. Es wird nochmals auf die Notwendigkeit der routinemäßigen Überprüfung des Tetanusimmunstatus bei Sonderfällen hingewiesen: Hochrisikogruppen, Patienten mit Immundefizienz, Schwangere insbesondere mit Migrationshintergrund, Drogenabhängige (Lit.: 21 – 22).

Zu 6. Anmerkungen zur Meningokokkenimpfung:

Die SIKO gibt folgenden Hinweis, keine neue Empfehlung:

Es ist in Kürze die Einführung eines konjugierten 4-valenten Meningokokken-Impfstoffes – ACW135Y- („Menveo®“) zu erwarten, der wie alle konjugierten Impfstoffe den reinen Polysaccharidimpfstoffen immunologisch überlegen ist. Es gibt diesbezüglich noch keine konkreten Vorstellungen, Daten und Recherchen über die Notwendigkeit hinsichtlich Einordnung in einen Standardimpfkalender, wie dies in anderen Ländern mit wesentlich höheren Anteilen an Meningokokkenkrankungen auch der Serotypen W 135 oder Y der Fall ist. Der Wechsel zum konjugierten Impfstoff bei allen indizierten Reiseimpfungen ist aber wichtig, die Information ist deshalb in die neue E1 aufgenommen worden. Bitte Fachinformationen beachten.

Zu 7. Anmerkungen zur Pneumokokkenimpfung:

7.1. Die Empfehlung zu Wiederholungsimpfungen mit Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff bleibt unverändert in der alten SIKO-Version bestehen: „Bei weiterbestehender Indikation (das heißt angeborene oder erworbene Immundefekte, chronische Krankheiten) Wiederholungsimpfungen im Abstand von 6 (Erwachsene) bzw. frühestens 3 Jahren (Kinder unter 10 Jahren).“ Auch in den Synopsis-Impfkalendern bleibt die Standardimpfung alle 6 Jahre erhalten. Insofern wird die neue STIKO-Empfehlung nicht übernommen, die nunmehr nur eine Wiederholungsimpfung nach (Risiko-Nutzen-Abwägung) vorsieht für folgende zwei Indikationen: „1. Angeborene oder erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion und 2. chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom“.

Begründung:

Die STIKO führt als Begründung an: vermehrt ausgeprägte Lokalreaktionen nach Wiederimpfung und kein Nachweis der Wirksamkeit gegen zum Beispiel Pneumokokken-Pneumonie, nur positive Hinweise auf invasive Pneumokokkenerkrankungen (IPD).

Es wird ausschließlich auf ausländische Quellen verwiesen, eigene deutsche Daten fehlen komplett.

Begründung:

Die Pneumokokken-Standardimpfung aller Erwachsenen über 60 Jahre mit 23-valentem Polysaccharidimpfstoff wurde 1998 deutschlandweit empfohlen.

Im Freistaat Sachsen wurden im Jahre 2008 91.728 „Pneumovax 23®“ bei der KVS abgerechnet, davon 33.481 (= 36,5%) Wiederholungsimpfungen (plus Anzahl Bezahlung durch private Krankenkassen und andere, unbekannt). Gemeldet wurde „der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ (IfSG § 6 (1) 3.) 2008 ein einziger Fall einer starken Lokalreaktion. (2007: 4 Fälle, 2009/11: 2 Fälle). Auch wenn dem Autor eine mangelhafte Meldepflicht wohl be-

Mögliche Impfschemata für Kinder unter 24 Monaten bei begonnener Impfung mit Prevanar 7^a

Alter in Monaten			
2	3	4	11 – 14
7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	10- oder 13-valenter konjugierter Impfstoff
7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	13-valenter konjugierter Impfstoff	13-valenter konjugierter Impfstoff
7-valenter konjugierter Impfstoff	13-valenter konjugierter Impfstoff*	13-valenter konjugierter Impfstoff*	13-valenter konjugierter Impfstoff*

* zur Gabe des 10-valenten Impfstoffs liegen für dieses Impfschema keine Daten vor

kannt ist, ist daraus keinerlei ernste Gefahrensituation abzuleiten.

Die positiven Impferfolge der Pneumokokkenimpfung der Erwachsenen in Sachsen sollen an folgenden Zahlen demonstriert werden: Pneumokokkenmeningitis der > 65-Jährigen: 1989 – 1997 (vor Impfeempfehlung) 46 E/22 ST, 2000 – 2008 (nach Etablierung der Impfung) 45 E/12 ST: Senkung der Letalität um 45%! Auch kann die SIKO die mit der STIKO-Empfehlung zum Ausdruck gebrachte angeblich geringere Gefährdung zum Beispiel von an chronischen Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen Leidenden gegenüber chronischen Nierenerkrankungen gegenüber Pneumokokkenerkrankungen nicht nachvollziehen.

Perspektivisch (2010/11) wird zudem auch für Erwachsene der immunologisch wesentlich effektivere konjugierte Pneumokokkenimpfstoff (PVC13 – „Prevanar 13^R“) zum Einsatz kommen. Dann steht eine Novellierung der Impfeempfehlung an.

7.2. Hinweis zum Übergang von 7 zu 10 oder 13-valenten konjugierten Pneumokokkenimpfstoffen (PVC7, PVC10, PVC13) für Säuglinge und Kleinkinder („Prevanar 7[®]“, „Synflorix[®]“, „Prevanar 13[®]“):

Der konjugierte 7-valente Impfstoff gegen Pneumokokkenerkrankungen wird nach Auskunft des Herstellers ab 12/2009, spätestens 1/2010 gegen einen 13-valenten Impfstoff ausgetauscht. Der 7-valente Impfstoff wird dann zur Vervollständigung bereits begonnener Impfserien nicht mehr zur Verfügung stehen. Das formale Prozedere (Rezeptierung, Indikation, Applikation, sogar der Preis, Abrechnung usw.) ändern sich nach Recher-

chen des Autors nicht. Um die hervorragenden Impferfolge bei der Bekämpfung der invasiven Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) und auch lokaler Infektionen im Säuglings- und Kleinkindesalter (Senkung der Erkrankungsinzidenz der IPD von 20% 000 auf 10,7% 000) nicht zu gefährden, sondern durch höher valentere Impfstoffe noch zu verbessern, ist ein reibungsloser Übergang erforderlich. Nachstehende Tabelle gibt die benötigten Informationen (Lit.: 23 – 26).

Zu 9. Neuregelung der Verfahrensweise bei Neugeborenen von Müttern mit unbekanntem HBs-Ag-Status:

Aus gegebenem Anlass ist die Prophylaxe der Hepatitis B für Neugeborene bei unbekanntem HBs-Status der Mutter zur Geburt neu geregelt worden in:

„Kann innerhalb von 12 Stunden der HBs-Ag-Status der Mutter nicht bestimmt werden, so ist wie bei positivem HBs-Ag-Status der Mutter zu verfahren: Simultanimpfung. Ergibt sich die Notwendigkeit einer Simultanimpfung, so ist gleichzeitig eine Blutentnahme von Mutter und Kind zur nachträglichen Bestimmung der vollständigen Hepatitis-B-Serologie (einschließlich HBV-DNA-PCR) zu empfehlen, um den Infektionsstatus vor der Impfung zu dokumentieren.“

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers und

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl

Vorsitzender des Ausschusses Hygiene und

Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer, Mitglied der Sächsische Impfkommission,

Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz

E-Mail: siegwart@bigl.de

Tel.: und Fax: 0371 3360422