

Mitteilungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO)

Aktualisierung der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen – Impfpflicht E 1 – ab 1. Januar 2016:

Neuerungen bei Masern-Mumps-Röteln, Varizellen und Gelbfieber, Erläuterung zu Pneumokokken

1. Termin der 2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung

Deutschland hat sich zu den Zielen der WHO bekannt, die Eliminierung von Masern und Röteln in der WHO-Region Europa anzustreben und danach fortzuschreiben.

So formuliert der Nationale Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland als oberstes strategisches Ziel, die Masern und Röteln in Deutschland zu eliminieren. Des Weiteren soll die Bevölkerung zum Thema Masern und Masernimpfung aufgeklärt, die Impfquoten für die Masern-Röteln-Standardimpfungen bei Kindern und Erwachsenen sollen erhöht sowie das Monitoring und die Evaluation der Durchführung der Masernimpfung optimiert werden. Die Umsetzung der strategischen Ziele soll anhand von messbaren Zielen verfolgt und evaluiert werden, um Fortschritte bei der Zielerreichung messen zu können. Drei dieser messbaren Ziele sind:

1. Bei Kindern im Alter von maximal 15 Monaten Erreichen und Aufrechterhaltung einer 1-Dosis-MMR-Impfquote von über 95 %.
2. Bei Kindern in den Schuleingangsuntersuchungen Erreichen und Aufrechterhaltung einer 2-Dosen-MMR-Impfquote von über 95 %.
3. In allen Altersgruppen Erreichen und Aufrechterhaltung einer Bevölkerungsimmunität, die eine Transmission von Masern- bzw. Rötelnviren verhindert.

Wie bekannt, stellt die Impfung seit vielen Jahren eine sichere und hochwirksame Prävention gegen Masern

und Röteln dar. Durch Erreichen einer Masern-Röteln-Impfquote mit zwei Impfungen von mindestens 95 % ist es möglich, eine endemische Virusübertragung in einem bestimmten geografischen Gebiet zu unterbrechen (Elimination) (WHO). Das Ziel der Masern-Elimination verfolgen alle sechs WHO-Regionen der Welt. Die von der WHO vorgeschlagene Strategie

- Erreichen und Aufrechterhaltung von sehr hohen Impfquoten für die zweifache Masernimpfung bei mindestens 95 % der Bevölkerung durch ein umfassendes und effektives Routine-Impfprogramm

gründet sich auf Erfahrungen aus den USA und einigen europäischen Ländern, die die Elimination bereits erfolgreich umgesetzt haben. Als indirekte Anzeichen für die Umsetzung erfolgreicher Strategien in einem Mitgliedstaat gelten in der Europäischen Region der WHO unter anderem die folgenden Indikatoren:

- Reduktion und konstante Aufrechterhaltung einer Masern- bzw. Rötelninzidenz von weniger als 1 Fall pro 1 Million Einwohner und Jahr bei Vorliegen eines qualitativ hochwertigen Surveillance-systems (für Deutschland also weniger als 80 Fälle).
- Erzielen einer dauerhaften Impfquote von mindestens 95 % für 2 MMR-Impfungen im Rahmen des Routine-Impfprogramms auf nationaler, regionaler (Landkreise) sowie lokaler (kommunaler) Ebene.

Auch im Nationalen Impfplan (NIP) aus dem Jahr 2012 wurde die Elimination der Masern und Röteln als wichtiges Ziel herausgestellt. So betont der NIP, dass für eine dauerhafte Senkung der Maserninzidenz eine Immunität gegen Masern bei 95 % der Bevölkerung vorliegen muss. Folglich sah er unter anderem bereits bis zum Jahr 2015 das bekanntermaßen nicht erreichte Ziel einer Steigerung der Impfquote für die 1. und 2. MMR-Impfung bei Kindern und Jugendlichen in allen Regionen Deutschlands auf 95 % vor.

Während in Sachsen in den Jahren 2013 bzw. 2014 bis zur Schuleingangsuntersuchung für die erste MMR-Impfung eine Impfquote von mehr als 96 % erreicht wurde, so lag diese für die zweite MMR-Impfung deutlich darunter.

Die 2. Masernimpfung (in der DDR seit 1986, seit 1990 als MMR) ist in Sachsen im 6. Lebensjahr empfohlen. Eine zweite Impfung hat neben dem Erreichen primärer Impfversager auch die Boosterung (Auffrischung des Impfschutzes) im Auge. Der Boostereffekt tritt nur bei längerem Abstand (Monate bis Jahre) ein. Dies ist für die Röteln- (bei Mädchen) und Mumpsimmunisierung (bei Jungen) von großer Wichtigkeit. Der Abstand der zweiten Rötelnimpfung zu einer Schwangerschaft (die gegenwärtig tendenziell immer später eintritt) wird bei Vorverlegen der 2. MMR-Impfung unnötig ausgedehnt. Ähnliche Regelungen wie Sachsen haben die meisten EU-Staaten sowie auch die USA und Kanada.

Durch die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut erfolgte eine Vorverlegung der 2. Masernimpfung in das 2. Lebensjahr im Jahr 2001 ohne wissenschaftliche Begründung nur mit dem Argument, dass sich damit die Impfraten erhöhen würden, da die kinderärztliche Betreuung im 2. Lebensjahr noch besser sei als im 4. bis 6. Lebensjahr. Häufig wird übersehen, dass bei Indikation (hohe Erkrankungszahlen, Masernexposition) auch in Sachsen die Applikation der 2. Impfung vor dem 6. Lebensjahr erfolgen soll (Mindestabstand zur 1. Impfung: 3 Monate).

Mit dem Ziel, die Impfquote (synonym Durchimpfungsrate, Impfquote) für die 2. MMR-Impfung bis zur Schuleingangsuntersuchung auf über 95 % zu heben, hält die SIKO es für sinnvoll, diese Impfung mit der Vorsorgeuntersuchung U9 zu verbinden, die im Zeitraum vom 60. bis zum 64. Lebensmonat stattfindet, also bereits ab dem letzten Monat des 5. Lebensjahres. Der Kind-Arzt-Kontakt zur U9 ist eine sehr wichtige Möglichkeit, den Impfschutz zu überprüfen und fehlende bzw. zeitlich anstehende Impfungen zu verabreichen.

Deshalb lautet in den SIKO-Empfehlungen ab 1. Januar 2016 die Empfehlung zum Lebensalter für die 2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung:

Ab 60. Lebensmonat (ab vollendetem 59. Lebensmonat), zweckmäßigerweise zur U9 (60. – 64. Lebensmonat), bis spätestens/oder zur Schuleingangsuntersuchung Masern, Mumps-Röteln (Kombinationsimpfstoff) Zweitimpfung.

Zusätzlich wird die bisherige Formulierung „Bei Indikation (Masernexposition) kann die 2. Impfung vorgezogen werden“ konkretisiert zu:

Bei Indikation (**Masernexposition**) **ist** die 2. Impfung **vorzuziehen** (Mindestabstand zur 1. Impfung: 3 Monate).

Die 2. MMR-Impfung soll auch weiterhin prioritär von den niedergelassenen Kinderärzten vorgenommen werden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist, insbesondere zur Schließung von bis zur Schuleingangsuntersuchung noch bestehenden Impflücken, einzubeziehen.

Selbstverständlich ist es ebenso sinnvoll, die im 6. Lebensjahr empfohlene Auffrischimpfung gegen Tetanus-Diphtherie-Pertussis bereits ab 60. Lebensmonat zu verabreichen und mit der Vorsorgeuntersuchung U9 zu verbinden. Diese Impfung soll ebenfalls bis spätestens oder zur Schuleingangsuntersuchung appliziert werden.

2. Varizellen-Postexpositions-Prophylaxe bei Risikopersonen

Die Sächsische Impfkommision schließt sich in modifizierter Form der Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut vom August 2015 (Epid. Bull. 34/2015 und 35/2015) an, die postexpositionelle Gabe von Varizella-Zoster-Immunglobulin bei Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellen-Komplikationen auf Frühgeborene auszudehnen. In mehreren Studien waren bei fast allen Frühgeborenen zwar Varizella-Zoster-Virus (VZV)-spezifische Antikörper nachweisbar, jedoch lagen die mittleren Antikörperkonzentrationen durchweg unter den Werten von reifgebo-

renen Säuglingen. Bei bis zur 28. Schwangerschaftswoche Geborenen wurden noch niedrigere VZV-Antikörperkonzentrationen als bei Frühgeborenen ab der 28. Schwangerschaftswoche gefunden.

Die entsprechende Empfehlung der SIKO lautet ab 1. Januar 2016 (Neuerungen fett gedruckt):

Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellen-Komplikationen, dazu zählen:

- ungeimpfte Schwangere ohne Varizellenanamnese
- immunkompromittierte Patienten mit unsicherer oder fehlender Varizellen-Immunität
- Neugeborene, deren Mutter fünf Tage vor bis zwei Tage nach der Entbindung an Varizellen erkrankte
- **Frühgeborene ab der 28. Schwangerschaftswoche, deren Mütter keine Immunität aufweisen, nach Exposition in der Neonatalperiode**
- **Frühgeborene, die vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden, nach Exposition in der Neonatalperiode, unabhängig vom Immunstatus der Mutter**

Postexpositionelle Prophylaxe von Risikopersonen immer durch passive Immunisierung mit Varizella-Zoster-Immunglobulin (VZIG):

Die postexpositionelle Gabe von VZIG (für Applikation und Dosierung Herstellerangaben beachten!) wird empfohlen innerhalb von 96 Stunden (**bei Schwangeren gegebenenfalls bis zehn Tage**) nach Exposition, sie kann den Ausbruch einer Erkrankung deutlich abschwächen.

Die gleichzeitige postexpositionelle Gabe von Aciclovir für fünf bis sieben Tage sollte insbesondere bei Immunsupprimierten, aber auch bei Schwangeren erwogen werden.**

**** die Sicherheit von Aciclovir in der Schwangerschaft (1. bis 3. Trimenon) ist nach der bestehenden Datenlage sehr hoch, eine individuelle Nutzen-Risiko-Analyse sollte jedoch für jeden einzelnen Anwendungsfall erfolgen.**

3. Aktualisierungen bei Gelbfieber, Streichung der Wiederholungsimpfung

Die Sächsische Impfkommision schließt sich der Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut vom August 2015 (Epid. Bull. 34/2015 und 35/2015) zur Änderung der Gelbfieber-Impfempfehlung an (Neuerungen fett gedruckt):

Reiseimpfung:

► **Vor Aufenthalt in bekannten Gelbfieber-Endemiegebieten im tropischen Afrika und in Südamerika; (Hinweise der WHO zu Gelbfieber-Infektionsgebieten beachten)**

oder

► **entsprechend den Anforderungen eines Gelbfieber-Impfnachweises der Ziel- oder Transitländer***

***Da die Umsetzung der aktuellen Änderungen in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), wonach nach 1-maliger Gelbfieber-Impfung ein lebenslanger Schutz besteht und keine Auffrischimpfung im 10-jährigen Abstand mehr notwendig ist, bis Juli 2016 dauern kann, sollten bis dahin Hinweise zu Einreisebestimmungen berücksichtigt werden.**

Berufliche Indikation:

► bei Tätigkeiten mit Kontakt zu Gelbfieber-Virus (zum Beispiel in Forschungseinrichtungen oder Laboratorien)

Einmalige Impfung in einer von den Gesundheitsbehörden zugelassenen Gelbfieber-Impfstelle.

In den letzten Jahren sind verschiedene Studien publiziert worden, die auf einen lebenslangen Impfschutz nach einmaliger Gelbfieber-Impfung hinweisen. Nach Prüfung durch ihre Expertenkommission hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihr Positionspapier im Jahr 2013 aktualisiert, wo sie daraufhin weist, dass eine einmalige Impfung ausreicht, um einen lebenslangen Schutz gegen Gelbfieber zu vermitteln und keine Auffrischimpfung mehr notwendig ist. Die 67. Weltgesundheitsversammlung hat im Mai 2014 dem Änderungsentwurf der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV)

hinsichtlich der Gelbfieber-Impfschutzdauer im Annex 7 zugestimmt, wonach eine einmalige Gelbfieber-Impfung einen lebenslangen Schutz vor Gelbfieber vermittelt und eine Auffrischimpfung nicht weiter erforderlich ist. Die Änderung wird im Juli 2016 in Kraft treten.

Am Klinikum St. Georg GmbH Leipzig wird ein Register aufgebaut, in dem Probleme bei der Einreise in Länder mit Anforderungen eines Gelbfieber-Impfnachweises erfasst werden sollen, die auftreten, wenn nach über zehn Jahren keine Wiederholungsimpfung dokumentiert wurde. Dr. med. Grünwald bittet unter der E-Mail-Adresse:

gelbfieber-register@sanktgeorg.de um folgende Informationen:

- es sollten die Zahl der Reisenden sowie das Reiseland, der Einreisort, etwaige Transitländer und der Gelbfieber-Impfstatus (mit/ ohne Zertifikat bei nicht Geimpften) gemeldet werden,
- wenn es von den lokalen Behörden eine Begründung für die Einreiseverweigerung gab, sollte auch das Erwähnung finden,
- die gezogenen Konsequenzen (Impfung vor Ort, keine Einreise, „Spende“, etc.) sollten auch gemeldet werden.

4. Erläuterungen zur Pneumokokken-Impfung bei Erwachsenen

Aufgrund häufiger Anfragen und Unklarheiten („Was ist Standardimpfung?“, „Was gehört zur Indikationsimpfung?“, „Sind Wiederholungsimpfungen empfohlen?“) wurde die Legende zur Synopsis der erforderlichen (Impf-) Immunität bei Erwachsenen auf Seite 10 der E 1 aktualisiert und konkretisiert. Sie lautet jetzt:

Personen über 60 Jahre erhalten als **Standardimpfung** einmalig Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff (Pneumokokken-Konjugat-Vakzine, PCV), gefolgt von 23-valentem Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff (Pneumokokken-Polysaccharid-Vakzine, PPSV) im Regelabstand von vier Jahren (bei Immundefizienz und chronischen Krankheiten auch früher).

Bereits mit PPSV geimpfte Erwachsene erhalten eine Nachimpfung mit

PCV im Regelabstand von fünf Jahren. **Indikationsimpfung** siehe unter Tabelle 3, Seite 24.

Wiederholungsimpfungen bei weiterbestehender Indikation (das heißt Immundefizienz, chronische Krankheiten) und bei Personen über 60 Jahre mit 23-valenter PPSV im Regelabstand von fünf Jahren möglich.

Sachlich bleiben die SIKO-Empfehlungen zur Pneumokokken-Impfung gegenüber 2014 und 2015 somit unverändert (siehe auch „Ärztblatt Sachsen“, 1/2015, S. 26).

Mit der Impfempfehlung E 1 werden der Synopsis-Impfkalender für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Freistaat Sachsen auf Seite 4 der E 1 und die Synopsis der erforderlichen (Impf-)Immunität bei Erwachsenen – Impfkalender für Erwachsene im Freistaat Sachsen auf Seite 9 der E 1 entsprechend aktualisiert.

Die novellierte Impfempfehlung E 1 wird auf den Homepages

- der Sächsischen Landesärztekammer: www.slaek.de → Ärzte → Informationen / Leitlinien → Impfen
- der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen: www.ghuss.de → Sächsische Impfkommision veröffentlicht.

Nicht unerwähnt bleiben darf, dass die öffentliche Empfehlung einer Schutzimpfung (leider) nicht automatisch die Kostenübernahme durch alle Krankenkassen begründet, auch wenn dies aus medizinisch-fachlicher Sicht wünschenswert wäre. In diesem Zusammenhang begrüßt und unterstützt die Sächsische Impfkommision 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).

Literatur beim Verfasser

Verfasser und Korrespondenzanschrift:

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