

**5.Juni 2024**

**Expertensymposium des Deutschen Ärzteverlags: „Thema: Impfungen für chronisch Erkrankte und Reiseimpfungen“**

(Mitschriften für „Myelitis e.V.“ von Katharina Johansson)

Fünf Experten waren eingeladen:

Herr Prof. Dr. med. Stephan Baldus, Universitätsklinikum Köln, Kardiologie

Frau Prof. Dr. med. Julia Weinmann-Menke, Universitätsklinikum Mainz, Nephrologie

Herr Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim, Rheumatologie und klinische Immunologie

Herr Prof. Dr. med. Jörg Schelling, Martinsried, Allgemeinmedizin, Reisemedizin

Herr Prof. Dr. med. Oliver Cornely, Universitätsklinikum Köln, Innere Medizin

Die Moderation übernahm Frau **Dr. med. Susanna Kramarz**, Deutsches Ärzteblatt.

Zu Beginn wurden von den eingeladenen Fachmedizinerinnen Impulsreferate gehalten. Schon hier war die Empfehlung eindeutig pro Impfen, auch und vor allem bei Patientinnen und Patienten mit Immundefizienz.

**Prof. Baldus** stellte besonders ein verringertes Risiko für Herzinfarkte nach Influenzaimpfungen in den Fokus.

**Prof. Weinmann-Menke** erläuterte speziell die Problematik der Impfantwort bei Dialysepatienten und die verbesserte Impfreaktion nach 2., 3. Impfungen.

Für mich war nun das 3. Referat von Interesse, da die Fachgebiete Rheumatologie und klinische Immunologie ansatzweise unserer Neurologie nahestehen (und wir alle oft hören, in der Rheumatologie sei dies und das schon erprobt oder zugelassen, aber bei und nicht)

**Prof. Müller-Ladner** stellte analog seiner Kollegen eingangs eine Frage zur Diskussion, die am Ende seines Impulses aufgelöst wurde.

**Unter welchem Immunsuppressivum ist der Impferfolg messbar eingeschränkt?**

1. Prednisolon 5mg/die
2. Methotrexat 20mg/Woche
3. Upadacitinib 15mg/die
4. Rituximab (CD20 Antikörper)
5. Azathioprin 150mg/die

Prof. Müller-Ladner stellte verschiedene Probleme auf, kann man unter Immundefizienz impfen und darf man überhaupt impfen?

Können Impfungen Schübe entzündlicher Art auslösen?

Kann es unter einer Immunsuppression zu der Erkrankung kommen, gegen die geimpft wurde?

Soll die Therapie der Immunsuppression/ Immunmodulatorische für Impfungen

unterbrochen/ reduziert werden?

Vor der Pandemie gab es wenige Erkenntnisse zu Immundefizienz und Impfungen. Während der Pandemie wurde verstärkt zu diesem Komplex geforscht. Als Grundlagen waren aber bekannt,  
dass z.B. Patienten mit autoimmun-/chronisch-entzündlichen Erkrankungen einem erhöhten Infektrisiko ausgesetzt sind,  
dass Infektionen in zeitlicher Nähe zu Impfungen schwere Verläufe nehmen können,  
dass auftretende Infektionen wiederum Schübe auslösen können,  
dass die Impfantwort unter Immunsuppressiva vermindert sein können.

In 4 Publikationen seiner Fachrichtung dieser Zeit wurden Empfehlungen formuliert: Für Personen mit Autoimmunerkrankungen oder chronisch-entzündlichen Erkrankungen ist ein umfassender Impfschutz sehr wichtig.  
Totimpfstoff bietet ausreichend Impfschutz, Ausnahmen: bei Medikation von Prednisolon >10mg oder Rituximab,  
Lebendimpfstoffe grundsätzlich nicht impfen, es gibt Ausnahmen

als Arzt der Rheumatologie empfiehlt er: Impfen trotz Grunderkrankung!

***Unter welchem Immunsuppressivum ist der Impferfolg messbar eingeschränkt?***

***4. Rituximab, denn:***

B-Zellen werden eliminiert, deshalb können B-Zellen keinen Impfschutz generieren. Wenn Impfung, dann in der Pause zwischen zwei Infusionszyklen, z.B. nach 3 Monaten

***Prof. Schelling*** befürwortete ebenfalls das Impfen grundsätzlich. Er wies auf die Wichtigkeit hin, alle Kontaktpersonen des immunsuppressierten Patienten mit zu impfen. Bei der Reisevorbereitung sollte genügend Zeit für wichtige Reiseimpfungen eingeplant werden. Aber auch kurzfristig, bis zu wenigen Tagen vor der Reise, kann noch gut geimpft werden.

**Ich habe mir noch notiert**, dass für Pneumokokken ein neuer Impfstoff verfügbar ist und nur noch dieser verimpft werden soll. PCV20

Es soll ein Impfstoff (Totimpfstoff) vor der Zulassung stehen: RSV (Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV)), diese „Erkältung“ hatte ich im vergangenen Jahr und war richtig lange und schwer erkrankt. Im folgenden Referat wird diese RSV-Impfung noch erwähnt werden.

Als „special guest“ sprach jetzt noch Herr ***Prof. Dr. med. Oliver Cornely***, Köln, Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie.

Er forscht u.a. zu Stammzellen Transplantierten unter schweren Immunsuppressiva und den Impfungen solcher Patienten.

Es läuft dort u.a. eine Studie zum Impfansprechen unter Immunsuppression. Nach Titerbestimmung wird in kurzen Abständen immer erneut geimpft, bis eine Impfantwort erfolgt. Zitat: „keine Impfantwort ist immer besser als Nichtimpfen“.

Zum Thema RSV-Impfung:

RS-Viren können bei Immunsuppressierten schwere Erkrankungen auslösen. Die EMA hat zwei Impfstoffe zugelassen, bei über 60jährigen zeigt sich eine hohe Wirksamkeit. Derzeit wartet man auf eine Empfehlung der STIKO, verschiedene Fachgesellschaften

befürworten eine Impfpflicht für Vorerkrankte. Die Kostenübernahme für diese Impfung ist derzeit noch individuell zu klären.

Zum Ende der Runde wurden viele Fragen beantwortet. Diese bezogen sich vor allem zu Detailfragen der teilnehmenden Fachgebiete.

In einer Online-Befragung nach dem Symposium erklärte ich meine Zufriedenheit mit dem Format, den tollen Referenten und der Referentin. Ich äußerte mein Bedauern zum Fehlen eines Neurologen in der Runde.

Nach Austausch mit einem mir befreundeten Arzt (Nephrologe) erfuhr ich, dass ein uneingeschränktes „ja“ zum Impfen für unsere neurologischen Erkrankungen und Immunsuppression nicht gilt, weil die Möglichkeit eines Auslösens eines Schubs doch möglich sei. Das ist weiter ein für uns sehr aktuelles Thema, weil wir uns im Kontext unserer Krankheiten individuell immer wieder entscheiden müssen, Impfen oder Nichtimpfen.

<https://www.aerzteblatt.de/events/impfsymposium-2024>

Auf dieser Seite findet man noch einige Zeit eine Aufzeichnung der Veranstaltung. Es sollen Mitte Juli auch weitere Fragen zum Thema beantwortet und online gestellt werden, die im Vorfeld zahlreich gestellt wurden. Außerdem werden auch Interviews mit den beteiligten Ärzten geführt werden, die dann ebenfalls online gestellt werden sollen.

Die Autorin erhebt keinen Anspruch auf einen alle Themenbereiche umfassenden Bericht. Ich habe vorrangig das notiert, was für mich und meinem Krankheitsbild NMOSD und der unserem Verein „Myelitis e.V.“ verbundenen Mitgliedern interessant sein könnte. Auf die Richtigkeit der Mitschriften erhebe ich keinen Anspruch.

Katharina Johansson

## Q&A Teil 3: Impfungen bei Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen und immunologischen Erkrankungen

Dienstag, 16. Juli 2024 – Quelle: Expertensymposium Deutscher Ärzteverlag 2024

Beim jährlich stattfindenden Expertensymposium Impfen des Deutschen Ärzteverlags können die Zuschauerinnen und Zuschauer im Vorfeld der Veranstaltung und während des Livestreams eigene Fragen aus ihrem Praxisalltag stellen. In unserer nach 2023 zweiten Auflage des Questions & Answers-Formats beantworten die Expertinnen und Experten die Fragen, die im Livestream nicht beantwortet werden konnten. Teil 3 dreht sich um die Fragen aus den Bereichen Rheumatologie und Immunologie.

*Der Experte antwortet: Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Direktor der Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie, Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim*

### **Gibt es Autoimmunerkrankungen, bei denen Impfungen eine Verschlechterung oder das Auslösen von Schüben verursachen können?**

Kurzantwort: Nein, in Einzelfällen kann aber die zusätzliche Immunstimulation **der letzte Trigger für den Start** einer Autoimmunerkrankung sein. Denselben Effekt hätte dann aber jeder nächste (banale) Infekt auch.

Für keinen der derzeit in Deutschland zugelassenen Tot- oder Lebendimpfstoffe existieren Studien, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Impfung und einer neu aufgetretenen Autoimmunkrankheit bzw. chronisch-entzündlichen Erkrankung oder einem Schub einer solchen bereits bestehenden Erkrankung belegen [2].

Dies gilt auch für Multiple Sklerose. Umgekehrt können Schübe von Autoimmunerkrankungen durch schwere Infektionskrankheiten wie Influenza ausgelöst werden [2].

### **Wie sieht es mit der Herpes zoster-Impfung bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten aus?**

Kurzantwort: **So früh wie möglich impfen.**

Immunsupprimierte Patientinnen und Patienten tragen ein hohes Risiko, an Herpes zoster zu erkranken, und zudem mit einem schweren Verlauf. **Eine Impfung mit dem Herpes-zoster-Totimpfstoff zum nächstmöglichen Termin ist dringend anzuraten.**

### **Reduzieren NSAR die Immunantwort?**

Kurzantwort: Nein, mit kleinen (theoretischen) Einschränkungen.

Die aktuelle Datenlage lässt den Schluss zu, dass NSAR eventuell über eine Hemmung des Prostaglandintiters die Immunantwort beeinträchtigen könnten.

Gleiches könnte auch für Paracetamol gelten [4].

Es wird deshalb empfohlen, **schmerzreduzierende und fiebersenkende Mittel nicht prophylaktisch vor einer Impfung** einzunehmen und auch erst 6 Stunden nach erfolgter Impfung. Die Datenlage ist aktuell aber nicht überzeugend.

**Bei chronisch Kranken (z.B. Multiple Sklerose) kommen oft unterschiedliche immunsuppressive Medikamente zum Einsatz.**

**Bevor diese Medikamente eingesetzt werden, wird oft empfohlen, sämtliche Impfungen vorweg durchführen zu lassen. Ist es für den Körper nicht zu belastend, wenn alle empfohlenen Impfungen der STIKO innerhalb kürzester Zeit (z.B. innerhalb von 8 Wochen) durchgeführt werden?**

**Zudem sind bei manchen Impfungen zeitverzögert Booster-Impfungen nötig. Muss dann mit der Therapie gewartet werden, bis auch die Zweitimpfung durchgeführt wurde?**

Kurzantwort: Therapie vor Impfung, Details s.u.

Es müssen vor dem Beginn einer immunsupprimierenden Therapie nur diejenigen Impfungen aufgefrischt und durchgeführt werden, **für die kein ausreichender Impfschutz mehr vorhanden ist** oder gegen die noch nie geimpft wurde. Deshalb ist es wichtig, dass jeder Erwachsene immer alle für seine Altersgruppe empfohlenen Impfungen in den empfohlenen Intervallen durchführt. Es müssen dann vor einem Therapiebeginn nur wenige Impfungen durchgeführt werden.

Die Impfungen stellen einen Schutz vor schweren Erkrankungen dar. Ungeimpft könnte sich vor allem unter Immunsuppression – ab hier eine kasuistische Beschreibung – auf eine Influenza eine Pneumokokken-Pneumonie aufsetzen, und die Schwächung des Organismus könnte zu einem Aufblühen eines Herpes zoster führen. **Impfungen belasten den Organismus erheblich weniger**, auch wenn sie in kurzer Zeit durchgeführt werden. Alle impfpräventablen Erkrankungen wie Infektionen mit FSME, Meningokokken, Hepatitis etc. können unter Immunsuppression schwerer und hartnäckiger verlaufen.

Wenn eine Autoimmunerkrankung einen eiligen Therapiebeginn wünschenswert macht, wird man die Boosterung im Allgemeinen nicht abwarten.

**FSME – kürzere Impf-Intervalle bei Immunsuppression oder Alter ab 60?**

Die STIKO empfiehlt eine **FSME-Auffrischung alle 3–5 Jahre**. Dies sollte auch bei Immunsuppression oder einem Alter ab 60 Jahren ausreichen.

Weitere Fragen und Antworten findet man unter:

<https://www.aerzteblatt.de/industrieminformationen/infocenter/20/Jede-Impfung-zaehlt?nid=152711>