

Die Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, (DAKJ)-Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen informiert:

„Banale Infektionen – keine Kontraindikation für Impfungen“

Ein Vorschlag zur Umsetzung in der Impfpraxis

Hintergrund

Untersuchungen haben gezeigt, dass die empfohlenen Standardimpfungen in Deutschland zum Teil nur mit erheblicher Zeitverzögerung umgesetzt werden (1). Dies ist insbesondere bei den Impfungen im 1. und 2. Lebensjahr von erheblicher Bedeutung, da mit nachlassendem Nestschutz bei verzögertem Impfbeginn eine Immunitätslücke entsteht.

Häufiger Grund für den verzögerten Impfbeginn sind intermittierende Infektionen, meist viraler Genese und die Atemwege betreffend. Die Erfahrung in der Praxis zeigt, dass Kinder wegen rezidivierender respiratorischer Infektionen der Atemwege, v.a. im Winterhalbjahr, Impfungen oftmals verzögert erhalten. Es besteht u.a. nämlich die Sorge, dass eine vermeintlich „banale Infektion“ in einzelnen Fällen der Beginn einer komplizierten Infektionskrankheit sein könnte. Ein ungünstiger Verlauf in zeitlicher Koinzidenz könnte dann von den Eltern der vorausgegangenen Impfung und damit dem Arzt angelastet werden. Andererseits bringt ein verzögerter Impfbeginn das Risiko der Erkrankung vor Erreichen des Impfschutzes mit sich (z.B. invasive Infektion durch

Haemophilus influenzae Typ b, Masernenzephalitis u.a.).

Bei den Impfungen im Alter von 2 bis 4 Monaten werden ausschließlich Totimpfstoffe verwendet, deren Antigengehalt so ausgelegt ist, dass bei der überwiegenden Mehrheit (>95%) der Geimpften eine ausreichende Immunantwort induziert wird. Eine Beeinträchtigung der Immunantwort durch eine zum Zeitpunkt der Impfung bestehende unkomplizierte („banale“) Infektionskrankheit erscheint aus immunologischer Sicht nicht plausibel (2).

Die ab dem Alter von 11 Monaten empfohlene zweimalige MMR-Kombinationsimpfung enthält attenuierte, vermehrungsfähige Viren (3). Voraussetzung für eine suffiziente Immunantwort ist die ausreichende Vermehrung des Impfinokulums. Theoretisch ist es vorstellbar, dass bei einer zum Zeitpunkt der Impfung bestehenden viralen Infektion durch Interferonproduktion die Vermehrung der Impfviren inhibiert werden könnte. Untersuchungen in Entwicklungsländern sowie in Kanada haben jedoch gezeigt, dass dem offenbar nicht so ist. So wurde in Kanada die Serokonversion gegen Masern bei 315 an einem Infekt der oberen Luftwege leidenden 12 Monate alten Kindern mit der bei 170 gesunden Kontrollkindern verglichen. Sie betrug 80,6% bei den Gesunden und 85,4% bei den Kranken. Darüber

hinaus zeigte sich, dass der Zeitpunkt des Beginns der Atemwegsinfektion ebenfalls keinen erkennbaren Einfluss auf die Serokonversionsrate gegen Masern hatte (4):

Infektionsbeginn (N Geimpfte):

| | |
|----------------------------------|-------|
| Serokonversionsrate | |
| 7–28 Tage vor der Impfung (183): | 84,3% |
| 1–7 Tage vor der Impfung (120): | 86,3% |
| am Tag der Impfung (53): | 89,8% |
| 1–7 Tage nach der Impfung (106): | 88,3% |

Die insgesamt ungewöhnlich niedrige Serokonversionsrate (80–85%) begründeten die Autoren mit der Persistenz maternalen Masern-IgG-Antikörper bei vielen der „Non-Responder“.

Empfehlung der Ständigen Impfkommission

Vor diesem Hintergrund führt die STIKO deshalb unter dem Stichpunkt *Falsche Kontraindikationen* aus: „Häufig unterbleiben indizierte Impfungen, weil bestimmte Umstände irrtümlicherweise als Kontraindikationen angesehen werden. Dazu gehören zum Beispiel banale Infekte, auch wenn sie mit subfebrilen Temperaturen ($\leq 38,5^\circ\text{C}$) einhergehen.“ (3).

In der Praxis bestehen jedoch auf Seiten der Eltern wie auch der Ärzteschaft Unsicherheiten und der Wunsch nach Prä-

zisierung bezüglich der Umsetzung dieser STIKO-Empfehlung (5).

Stellungnahme der Kommission

Eine Infektionskrankheit darf als „banal“ angesehen werden, wenn folgende drei Kriterien erfüllt sind:

- Es besteht kein Fieber oder lediglich subfebrile Körpertemperaturen ($\leq 38,5$ °C).
- Das Allgemeinbefinden des Impflings (d.h., Verhalten und Nahrungsaufnahme) ist nicht oder nur wenig beeinträchtigt.
- Anamnese (einschließlich Reise- und Umgebungsanamnese) und sonstige Symptomatik des Impflings sprechen gegen den möglichen Beginn einer schweren Krankheit.

Umsetzung in der Impfpraxis

In Zeiten verstärkter Öffentlichkeitsarbeit ideologisch motivierter Impfgegner und Beharren dieser Impfgegner auf behaupteten, aber wissenschaftlich widerlegten „Impfnebenwirkungen“ (Allergien, Autismus u. v. m.) ist die Zurückhaltung der Ärzteschaft, erkrankte Kinder zu impfen, verständlich.

Wir empfehlen für die Impfpraxis folgendes Vorgehen:

Beim Vorliegen einer „banalen Infektion“ (gemäß o. g. Definition) am geplanten Impftermin kann und soll die Impfung durchgeführt werden; die Aufklärung vor der Impfung hat die besonderen Umstände zu berücksichtigen:

- Es ist kein zusätzlicher Schaden zu erwarten, selbst wenn die momentan als banal eingeschätzte Krankheit einen ernsteren Verlauf nehmen sollte.
- Die Wirksamkeit der Impfung ist nicht beeinträchtigt.
- Es sind keine verstärkten Nebenwirkungen zu befürchten.

Wird die Impfung aus anderen Gründen dennoch verschoben, so sollte der Aufschub so gering wie möglich sein, d.h. die erneute Beurteilung der Impffähigkeit sollte wenn möglich bereits nach 2–3 Tagen erfolgen.

Literatur

1. Laubereau B, Hermann M, Weil J, Schmitt H.J., von Kries R. Durchimpfungsraten bei Kindern in Deutschland 1999. *Monatsschr Kinderheilkd* 149:367–372 (2000)
2. Offit PA, Quarles J, Gerber MA, Hackett CJ, Marcuse EK, Kollman TR, Gellin BG, Landry S. Addressing parents' concerns: Do multiple vaccines overwhelm or weaken the infant's immune system? *Pediatrics* 109:124–129 (2002)
3. Robert Koch-Institut. Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2003. <http://www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/STIKO/STIKO.HTM>

4. Ratnam S, West R, Gadag V. Measles and rubella antibody response after measles-mumps-rubella vaccination in children with afebrile upper respiratory tract infection. *J Pediatr* 127:432–434 (1995)
5. Vocke C, Schick KH, Huppertz H. Umfrage zur STIKO-Empfehlung „banaler“ Infekt als falsche Kontraindikation (Abstract). *Monatsschr Kinderheilkd* 151:e105 (2003)

Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ

Mitglieder:

Prof. Dr. Dr. med. P. Bartmann (Bonn),
Prof. Dr. med. U. Heininger (Basel, Vorsitzender),
Prof. Dr. med. H.-I. Huppertz (Bremen),
Dr. med. M. Kinet (Rendsburg),
PD Dr. med. G. Ch. Korenke (Oldenburg) und Dr. med. K. H. Schick (Stuttgart)

Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.

Prof. Dr. med. Johannes Brodehl (Generalsekretär bis 31.12.2003)
Generalsekretär ab 01.01.2004:
Prof. Dr. med. Dietrich Niethammer
Geschäftsstelle: Eichendorffstr. 13, 10155 Berlin
Tel: 030.4000588-0, Fax: 030.40005888, e-Mail: kontakt@dakj.de
Internet: www.dakj.de

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie zur RSV-Prophylaxe mit Palivizumab (Synagis®)

RSV-Infektionen haben in der Vergangenheit zu einer nicht unerheblichen Morbidität und Mortalität bei Kindern mit angeborenen Herzfehlern geführt. Dabei waren vorwiegend Kinder mit vermehrter Lungendurchblutung und pulmonaler Hypertonie betroffen. Hier hat die Palivizu-

mab-CHD-Studie eine signifikante Senkung der Hospitalisationen, der RSV-Krankenhaustage und der Tage mit erhöhtem Sauerstoffbedarf ergeben (*J Pediatr* 2003; 143:532–40)

Nachdem die europäische Zulassungsbehörde EMEA die Zulassung von Palivi-

zumab auf Kinder mit angeborenen Herzfehlern erweitert hat, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie – in Übereinstimmung mit der American Academy of Pediatrics, der British Paediatric Cardiac Association und dem kanadischen National Advisory Commit-