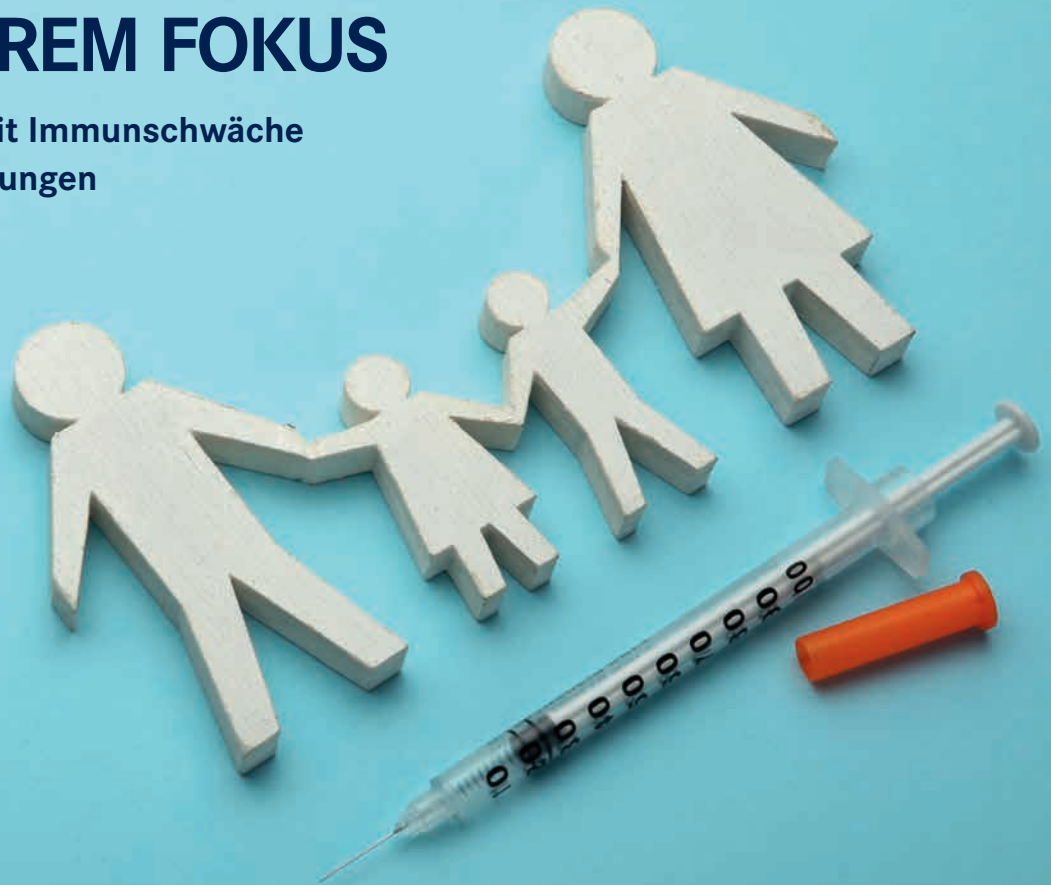


KVBFORUM 10|19

IMPFFEN MIT BESONDEREM FOKUS

Gerade Patienten mit Immunschwäche
profitieren von Impfungen



24 | 116117: Bundesweiter Kampagnenstart mit den Elfen

30 | KINDERSCHUTZHOTLINE: Kollegiale Beratung für Bayerns Praxen

36 | TINNITUS: Selbsthilfeorganisation verschafft sich Gehör

4 **AKTUELLES IN KÜRZE**

5 **EDITORIAL**

TITELTHEMA

6 **Dürfen Immunsupprimierte geimpft werden?**

An welche Impfungen Ärzte denken sollten und welche Impfstoffe je nach Krankheitsbild in Frage kommen

10 **Impfen bei immunsupprimierten Patienten**

Interview zu den wichtigsten Fragen, mit denen Ärzte im hausärztlichen Bereich konfrontiert werden



Immunsupprimierte Patienten, die zum Beispiel an COPD erkrankt sind, benötigen generell einen besonderen Impfschutz

12 **Impfen bei maligner Erkrankung und hämatookologischer Therapie**

Was sind die wesentlichen evidenzbasierten Impfstrategien bei Patienten vor und unter Therapie mit Immunsuppressiva und Immunmodulatoren?

14 **Influenza-Impfung: Bekannte und neue Aspekte**

Zum Start der Grippesaison 2019/2020 ist erstmals ein Zellkulturbasierter Grippeimpfstoff zugelassen

16 **HPV-Impfung: Es tut sich was in Bayern**

HPV-Infektionen, Cervix-Präkanzerosen und Anogenitalwarzen haben nach Impfprogrammen signifikant abgenommen – auch im Freistaat



Bei Patienten mit malignen Erkrankungen ist die rechtzeitige Durchführung von Impfungen zur Infektionsprävention extrem wichtig

20 **Mehr Spielraum bei Schutzimpfungen?**

Ein Überblick über die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für Schutzimpfungen in der vertragsärztlichen Versorgung

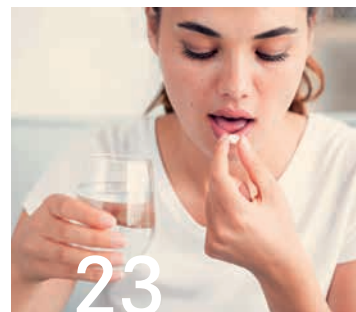
22 **Impfen lohnt sich**

Die aktuelle Impfvereinbarung mit den bayerischen Krankenkassen gilt seit 1. April 2018 und regelt, welche Impfungen zulasten der GKV durchgeführt werden können

HYGIENE IN DER PRAXIS

23 **Die Wirksamkeit von Antibiotika erhalten**

Wie Ärzte durch Aufklärung des Patienten die Entscheidung über eine Antibiotikaverordnung sinnvoll steuern können



Aufgeklärte Patienten verstehen, dass nicht für jede Erkrankung die Gabe eines Antibiotikums notwendig ist



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gibt zahlreiche kreative Einfälle, um das Impfen zu bewerben. „Impf your Pimpf“, so der Slogan einer preisgekrönten Kampagne. Häufig werden aber auch konventionellere Ansätze gewählt wie „Impfen rettet Leben“ oder „Deutschland sucht den Impfpass“. Allen ist eines gemeinsam: Sie wollen die Bevölkerung über die Sinnhaftigkeit eines möglichst umfassenden Impfschutzes aufklären. Dem schließen wir uns mit dem Titelthema dieser KVB FORUM-Ausgabe gerne an – allerdings mit Fokus auf das Impfen immunsupprimierter Patienten. Ergänzt wird dieser Schwerpunkt um weitere Artikel wie zum Beispiel mit aktuellen Informationen zur Influenza-Impfung anlässlich der bevorstehenden Grippezeit. Wir möchten Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, bitten, Ihre Patienten darüber zu informieren, aber auch die eigenen Impfungen und die Ihres Praxisteam aufzufrischen.

Apropos Kampagne: Seit September läuft die groß angelegte Initiative der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Bewerbung der Rufnummer 116117 – „die Nummer mit den Elfen“ – für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Wie bei jeder Werbung kann man auch hier natürlich geteilter Meinung sein: Den einen gefällt sie, die anderen sehen sie eher kritisch. Wir sind der Meinung, dass die Kampagne ihr Ziel erreichen wird und die 116117 durch die beiden Elfen bald sprichwörtlich in aller Munde ist. Das ist wichtig, denn diese Rufnummer wird in Zukunft eine zentrale Anlaufstelle für die Patienten in Deutschland sein, da dort nach dem Willen des Gesetzgebers neben dem Bereitschaftsdienst unter anderem auch freie Termine bei Haus- und Fachärzten vermittelt werden. Sobald die konkrete Umsetzung in Bayern geklärt ist, werden wir in KVB FORUM ausführlich darüber berichten.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Krombholz
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Schmelz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

DÜRFEN IMMUNSUPPRIMIERTE GEIMPFT WERDEN?

Impfungen bei immunsupprimierten Patienten: Welche sind sinnvoll und wichtig? Wann ist der ideale Zeitpunkt dafür? Der nachfolgende Artikel gibt einen Überblick, an welche Impfungen Ärzte bei ihren Patienten je nach Erkrankungsbild denken sollten und welche Impfstoffe in Frage kommen beziehungsweise auf keinen Fall eingesetzt werden dürfen.

Impfungen bei immunsupprimierten Patienten stellen häufig eine Herausforderung dar. Früher wurden insbesondere Patienten nach Organtransplantationen immunsupprimiert, heute stehen für viele Erkrankungen Therapien zur Verfügung, die am Immunsystem ansetzen. Neue biotechnologisch hergestellte immunmodulierende Arzneimittel kommen immer häufiger zum Einsatz.

Daher finden sich auch beispielsweise unter den Patienten mit Rheuma, Psoriasis, Multipler Sklerose oder chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn immunsupprimierte Patienten. Diese können eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten aufweisen. Darüber hinaus können Infektionen bei diesem Patientenkontext mit einem höheren Risiko für Komplikationen einhergehen als bei Gesunden. Unterschiedliche Studien und Untersuchungen haben gezeigt, dass die Impfraten bei diesen Patienten insgesamt gering ausfallen. Über die Hintergründe kann nur spekuliert werden, aber sicherlich spielen die Bedenken von Ärzten, ob und wie bei immunsupprimierten Patienten Impfungen durchgeführt werden können oder müssen, hier durchaus eine Rolle. Hinzu kommen generelle Befürchtun-

gen bezüglich einer möglichen Verstärkung der Grunderkrankung durch die Impfung selbst.

Generell gilt, dass Patienten unter immunsuppressiver Therapie einen möglichst weitreichenden Impfschutz erhalten sollten. Bereits vor der Einleitung einer immunsupprimierenden Therapie ist es daher wichtig, rechtzeitig den Impfstatus zu überprüfen. Der Impfschutz sollte gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und den Vorgaben der Schutzimpfungsrichtlinie aktualisiert und vervollständigt werden. Grundsätzlich sind Totimpfstoffe auch während einer immunmodulierenden Therapie möglich.

Totimpfstoffe gegen: Cholera, Diphtherie, FSME, Hib, Hepatitis A und B, HPV, Influenza, Japan-B-Enzephalitis, Meningokokken, Pertussis, Pneumokokken, Poliomyelitis, Tetanus, Tollwut, Typhus (i.m.), Varizella/Zoster

Lebendimpfstoffe gegen: Gelbfieber, Masern, Mumps, Röteln, Rotavirus, Typhus (oral), Varizellen

Mit einem Lebendimpfstoff sollte mindestens vier Wochen vor Beginn der Therapie geimpft werden. Zwölf Monate nach Therapieende oder 24 Monate nach einer Stamm-

zelltransplantation können Lebendimpfstoffe ebenfalls wieder verimpft werden.

Angehörige/Kontaktpersonen

Kontaktpersonen dieser Patientengruppen sollten gemäß den STIKO-Empfehlungen einen vollständigen Impfschutz aufweisen. Dies trifft insbesondere auch für die jährliche Influenza-Impfung bei im selben Haushalt lebenden oder betreuenden Personen sowie bei medizinischem Personal zu. MMR-Impfviren werden nicht auf Kontaktpersonen übertragen.

Der Kontakt eines Immunsupprimierten mit einer Person nach einer Varizellenimpfung sollte mindestens 14 Tage nicht erfolgen, ebenso wie bei Auftreten eines Varizella-Exanthems bis zur vollständigen Verkrustung.

Nachfolgender Überblick fasst die Empfehlungen gemäß STIKO zusammen (weitere Details, unter anderem zu Impfungen bei Säuglingen oder Studieninformationen etc. finden Sie im Bundesgesundheitsblatt 4/2019 unter <https://www.rki.de/Impfen>).

*Ines Hasselluhn, Dr. rer. nat.
Larissa Weichenberger (beide KVB)*

Beispiele häufig verordneter Immuntherapeutika

Indikationsübergreifend		
FI: Fachinformation KI: Kontraindikation		
Arzneimittel	Impfabstände	
	Totimpfstoffe	Lebendimpfstoffe
Anakinra	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor beziehungsweise frühestens einen Monat nach letzter Dosis
Canakinumab	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, drei Monate nach der letzten und vor der nächsten Injektion
Cyclophosphamid	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor beziehungsweise frühestens drei Monate nach Therapie
Glukokortikoide	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Hochdosistherapie: KI während Therapie, mindestens zwei, besser vier Wochen vor Beginn, frühestens zwei Monate nach Ende Niedrigdosis: MMR, MMR-V und Varizellen-Impfung während Therapie möglich
Hydroxychloroquin	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Uneingeschränkt möglich gemäß FI, kein Abstand erforderlich
Azathioprin	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie
Ciclosporin	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens zwei, besser vier Wochen vor Beginn, frühestens zwei Monate nach Ende Cave: MMR und V stellen laut FI einen Off-Label-Use dar
Methotrexat	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens zwei, besser vier Wochen vor Beginn, frühestens zwei Monate nach Ende Cave: MMR und V stellen laut FI einen Off-Label-Use dar
Mitoxantron	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, drei Monate nach der letzten und vor der nächsten Injektion impfen
Mycophenolsäure (Cellcept® und Generika; Myfortic® und Generika)	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens zwei, besser vier Wochen vor Beginn, frühestens zwei Monate nach Ende Cave: MMR und V stellen laut FI einen Off-Label-Use dar
Rituximab	Immunisierung drei Wochen vor Behandlungsbeginn abschließen, für optimalen Erfolg frühestens sechs Monate nach Therapieende	KI während Therapie, alle Impfungen mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen, frühestens zwölf Monate, jedoch erst nach vollständiger Normalisierung der B-Zell-Werte impfen

TNF-alpha-Blocker

FI: Fachinformation KI: Kontraindikation

Arzneimittel	Impfabstände	
	Totimpfstoffe	Lebendimpfstoffe
<ul style="list-style-type: none"> ■ Adalimumab ■ Certolizumab ■ Etanercept ■ Golimumab ■ Infliximab 	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens zwei Monate nach letzter Dosis

Spezifische Immunsuppressiva bei rheumatischen Erkrankungen

FI: Fachinformation KI: Kontraindikation

Arzneimittel	Impfabstände	
	Totimpfstoffe	Lebendimpfstoffe
Abatacept	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens drei Monate nach letzter Dosis
Baricitinib	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens einen Monat nach letzter Dosis
Leflunomid	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens zwei, besser vier Wochen vor Beginn, frühestens sechs Monate nach Ende Cave: MMR und V stellen laut FI einen Off-Label-Use dar.
Sarilumab	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens zwei Monate nach letzter Dosis
Sulfasalazin	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Lebendimpfungen können verabreicht werden, kein Abstand erforderlich Ausnahme: oraler Typhus-Impfstoff mindestens 24 Stunden nach Einnahme von Sulfasalazin
Tofacitinib	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens zwei, besser vier Wochen vor Beginn, frühestens zwei Monate nach Therapieende Cave: MMR und V stellen laut FI einen Off-Label-Use dar
Tocilizumab	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens zwei Monate nach letzter Dosis

Psoriasis

FI: Fachinformation KI: Kontraindikation

Arzneimittel	Impfabstände	
	Totimpfstoffe	Lebendimpfstoffe
Apremilast	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Laut FI keine KI oder Warnhinweise diesbezüglich während Therapie. Dennoch Empfehlung, mindestens vier Wochen vor Beginn die Immunisierung abzuschließen und während der Therapie nur nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung
Brodalumab	keine Angabe in der FI	keine Angabe in der FI
Dimethylfumarat	Jederzeit möglich, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Laut FI keine KI oder Warnhinweise diesbezüglich während Therapie, dennoch Empfehlung, Lebendvaccine nur in Ausnahmefällen
Ixekizumab	keine Angabe in der FI	KI während Therapie
Risankizumab	keine Angabe in der FI	KI während Therapie
Secukinumab	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens zwei Monate nach letzter Dosis
Ustekinumab	Jederzeit möglich, bei laufender Therapie in der Mitte des Behandlungsintervalls, idealerweise mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens zwei Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens 15 Wochen nach letzter Dosis

Multiple Sklerose

FI: Fachinformation KI: Kontraindikation

Arzneimittel	Impfabstände	
	Totimpfstoffe	Lebendimpfstoffe
Alemtuzumab	Alle Impfungen sechs Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Alle Impfungen sechs Wochen vor Therapiebeginn abschließen, Impfungen frühestens nach B/T-Zell Repletion (zirka zwölf Monate nach Therapieende)
Dimethylfumarat	Jederzeit möglich, idealerweise Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Laut FI keine KI oder Warnhinweise diesbezüglich während Therapie, dennoch Empfehlung für Lebendvaccine nur in Ausnahmefällen
Fingolimod	Jederzeit möglich, idealerweise Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens zwei Monate nach letzter Dosis
Glatirameracetat	Jederzeit möglich, idealerweise Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Laut FI keine KI oder Warnhinweise während Therapie, dennoch Empfehlung für Lebendvaccine nur in Einzelfällen
Interferon β -1a, Interferon β -1b, pegyliertes Interferon β -1a	Jederzeit möglich, idealerweise Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	Laut FI keine KI oder Warnhinweise während Therapie; dennoch Empfehlung für Lebendvaccine nur in Einzelfällen
Natalizumab	Jederzeit möglich, idealerweise Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens drei Monate nach letzter Dosis
Ocrelizumab	Alle Impfungen sechs Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, alle Impfungen sechs Wochen vor Therapiebeginn abschließen, Impfungen frühestens nach B-Zell-Repletion (zirka 18 Monate nach Therapieende)
Teriflunomid	Jederzeit möglich, idealerweise Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen	KI während Therapie, mindestens vier Wochen vor Therapiebeginn beziehungsweise frühestens sechs Monate nach letzter Dosis

IMPFFEN BEI IMMUN- SUPPRIMIERTEN PATIENTEN

Immunsuppression ist ein alltägliches Thema in der hausärztlichen Praxis, beispielsweise bei Erkrankungen aus dem Bereich der Rheumatologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Neurologie und Hämatonkologie. Impfungen bei diesen Patienten werfen bei behandelnden Ärzten oft Fragen auf. Antworten geben im folgenden Interview Dr. med. Markus Frühwein und Professor Dr. med. habil. Jörg Schelling, beide niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin und Mitglieder der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen.

Herr Dr. Frühwein, wie sieht die Impfsituation bei immunsupprimierten Patienten aktuell aus?

Dr. Markus Frühwein: Patienten unter Immunsuppression durch die jeweilige Grunderkrankung oder deren Therapie sind bezogen auf das Impfen eine besondere Herausforderung. Die Durchimpfungsraten sind trotz klarer Empfehlungen der STIKO, also der Ständigen Impfkommission, und der betreffenden Fachgesellschaften auf einem inakzeptabel niedrigen Niveau. Beispielsweise liegt die Impfquote gegen Pneumokokken-Krankheiten

primierten Patienten, für die Impfempfehlungen gegen Pneumokokken vorliegen. Unsicherheit durch die Vielfalt der Immunsuppressiva sowie Kommunikations- und Schnittstellenprobleme beim Impfen zwischen Haus- und Fachärzten tragen zu dieser Situation bei. Die Leidtragenden sind dann die immunsupprimierten Patienten, die bei impfpräventablen Erkrankungen – beispielsweise durch Pneumokokken oder Meningokokken – besonders gefährdet sind.

Herr Professor Schelling, was sind für Sie Ursachen für Impfdefizite bei diesen Hochrisikopatienten?

Prof. Dr. Jörg Schelling: Die Begriffe „Immunsuppression“ und „Immundefizienz“ sind nicht einfach zu definieren. Zu wünschen ist eine praxisnahe Einteilung in Schweregrade von Diagnose und Therapie. So ist eine generelle Zurückhaltung beim Impfen von immunsupprimierten Patienten zu beobachten. Die Ärzte fragen sich, ob die Impfung schwächer wirkt, wann der richtige Impfzeitpunkt ist und ob Krankheitsschübe ausgelöst werden. Besonders verunsichernd wirken:

- komplexe Impfschemata und Unübersichtlichkeit der Behandlungsstrategien,
- mangelnde Abstimmung zwischen behandelnden Haus- und Fachärzten in Bezug auf Diagnosen und Therapien,
- keine koordinierte Versorgung von betroffenen Patienten beim Impfen aufgrund fehlender Regelung von Verantwortlichkeiten und Abläufen.

Welche Impfungen haben besondere Bedeutung für Immunsupprimierte?

Frühwein: Grundsätzlich sollte jeder Patient mit einer Autoimmun- oder einer anderen chronisch-entzündlichen Erkrankung ohne beziehungsweise vor einer immunsuppressiven Therapie die von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen vollständig erhalten haben. Dies betrifft auch die Impfungen mit Lebendimpfstoffen wie gegen Masern, Mumps und Röteln, bei denen der zeitliche Abstand vor Beginn der Therapie gut geplant werden muss. Ein sicherer Schutz vor Varizellen sollte insbesondere bei schwerer Immunsuppression vorhanden sein und durch Impfpass- oder serologische Kontrolle

Markus Frühwein arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis in München und ist Vorstandsmitglied von Forum Impfen e. V. und der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e. V.



nur knapp über vier Prozent innerhalb der ersten zwei Jahre nach Diagnosestellung. Dies ist noch geringer als bei nicht immunsup-

abgeklärt werden. Für Indikationsimpfungen stehen Totimpfstoffe gegen Pneumokokken – altersabhängig mit sequenzieller Gabe von 13-valentem Konjugatimpfstoff gefolgt in der Regel nach sechs bis zwölf Monaten von 23-valentem Polysaccharid-Impfstoff – und Meningokokken der Serogruppen ACWY und B im Vordergrund. Seit 2018 ist für die Impfung gegen Herpes zoster und die postherpetische Neuralgie ein adjuvantierter Subunit-Totimpfstoff ab dem Alter von 50 Jahren zugelassen. Nicht zu vergessen bei Immunsuppression oder Immundefizienz sind im Herbst die jährliche Influenza-Impfung mit quadrivalentem Totimpfstoff und ein sicherer Impfschutz gegen Hepatitis B, insbesondere bei hohem Expositionsrisiko. Das klingt erstmal aufwendig, bei den meisten Impfungen wird aber eine langfristige Infektionsprävention erreicht.

Wie gehen Sie in Ihrer Praxis mit diesem Thema konkret um?

Schelling: Zuerst einmal schaffen wir ein Bewusstsein bei allen Praxismitarbeitern und thematisieren Impfen bei Immunsuppression auch in Besprechungen gezielt – gerade um bestehenden Unsicherheiten und Sorgen zu begegnen. Dann sollte bei jedem Patienten unter Therapie die Dauerdiagnose „D90“ eingetragen werden. Diese erzeugt bei Nutzung einer Impfsoftware auch direkt einen kompletten Impfplan für den Immunsupprimierten, der individuell noch angepasst werden kann. Alternativ kann man in der Karteikarte einen klar erkennbaren Marker einsetzen, der bei jedem Praxisbesuch an die besondere Impfindikation erinnert.

Welche Kernbotschaften gelten für das Impfen bei Immunsupprimierten?

Frühwein: Im Vordergrund steht eine gute Aufklärung des Patienten über den Sinn und die Notwendigkeit der Impfungen. Auch der Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Facharzt spielen eine große Rolle. Für hohe Impfquoten und eine bessere Qualität der Versorgung sind eine gute Dokumentation von Diagnose und Medikation sowie die Erstellung eines Impfplans relevant. Besonders wichtig für den Patienten ist dabei ein Recallsystem zur Impferinnerung. Dies lässt sich zum Beispiel mit einer Impfsoftware im Praxisverwaltungssystem etablieren. Viele Ärzte machen sich auch Sorgen, dem Immunsupprimierten durch Impfungen eventuell zu schaden oder keine ausreichende Schutzwirkung zu erreichen. Deshalb haben die im April 2019 dazu veröffentlichten STIKO-Anwendungshinweise besondere Bedeutung.

Was wünschen Sie sich als Hausarzt für die Schnittstelle zum behandelnden Facharzt? Welche Kommunikationswege sollte es geben?

Schelling: Wir haben zusammen mit der Gesellschaft zur Förderung der Impfméizin eine Praxisinformation mit einer übersichtlichen Impfliste für den Haus- und Facharzt und einem Laufzettel für die direkte Patienteninformation entwickelt. Auf diesem Laufzettel kann sich der Patient beim Facharzt Diagnose, Therapie und Impfindikation eintragen und beim Primärversorger dann die fehlenden Impfungen durchführen lassen. Neben einer solchen papiergebundenen Version sollte sich zukünftig der elektronische Impfpass basierend auf einer qualitätsgesicherten Impfsoftware als idealer Kommunikationsweg durchsetzen – auch auf dem Smartphone des Patienten.



Jörg Schelling ist Ärztlicher Leiter einer Gemeinschaftspraxis in Martinsried und war Direktor am Institut für Allgemeinmedizin der LMU München.

Herr Professor Schelling, Herr Dr. Frühwein, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Dr. med. Lutz Bader (KVB)

Informationen zum Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Infektionsschutz/Schutzimpfungen*.

Impfen bei Immundefizienz

Wichtige Merksätze (Bundesgesundheitsblatt 4/2019)

- Totimpfstoffe können grundsätzlich angewendet werden*, es besteht kein erhöhtes Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen. Unter immunsuppressiver Therapie ist die Gabe von Totimpfstoffen möglich, vorzuziehen ist aber der Abschluss einer Impfserie vor Therapiebeginn (Impferfolg ist eventuell eingeschränkt, serologische Kontrolle ist zu erwägen).
- Eine *Lebendimpfstoff-Gabe vor Therapiebeginn* ist möglich bei zeitlichem Abstand von in der Regel mindestens vier, bei geringgradig immunsuppressiver Wirkung zwei Wochen; vor Alemtuzumab- oder Ocrelizumab-Therapie aber mindestens sechs Wochen.
- Während der Therapie mit Immunsuppressiva sollte nicht mit Lebendimpfstoffen geimpft werden.* Ausnahmen nur unter individueller Risiko-Nutzen-Abwägung und Beachtung der Fachinformationen (Arzneimittel/Impfstoff) im begründeten Einzelfall.
- Enge Kontaktpersonen sollten entsprechend der STIKO-Empfehlungen vollständig geimpft sein.* Dies beinhaltet die jährliche Influenza-Impfung bei im selben Haushalt Lebenden und bei betreuendem medizinischen Personal.

IMPFFEN BEI MALIGNER ERKRANKUNG UND HÄMATO-ONKOLOGISCHER THERAPIE

Die Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Hämatologie und Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) hat 2018 Empfehlungen zu Impfungen bei Tumorpatienten veröffentlicht. Professor Dr. med. habil. Christina Rieger, Erstautorin dieser Leitlinie und niedergelassene Fachärztin für Innere Medizin, erläutert im Interview mit Dr. med. Lutz Bader, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bei der KVB, evidenzbasierte Impfstrategien bei Patienten vor und unter Therapie mit Immunsuppressiva und Immunmodulatoren.

Christina Rieger, Internistin Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie, ist seit 2016 in der Lehrpraxis der LMU München in Germering niedergelassen. Darüber hinaus ist sie beratende Mitarbeiterin der STIKO-Leitlinien-gruppe für Anwendungshinweise zu Impfungen bei Tumorpatienten.

Frau Professor Rieger, welches Impfvorgehen praktizieren Sie bei Patienten mit hämatologischen Krankheiten, vor und nach Stammzelltransplantation sowie bei Therapie solider Tumoren oder Asplenie?

Bei Patienten mit malignen Erkrankungen ist die Infektionsprävention besonders wichtig. Der rechtzeitigen Durchführung von Impfungen – am besten vor Start der Tumorthherapie – kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Durch Aufbau oder Aufrechterhaltung von Impfschutz gegen häufige Infektionen unter Immunsuppression können wir Morbidität und Mortalität der Patienten verringern. Ebenso wird durch gute Präventionsstrategien die zeitgerechte onkologische Behandlung im weiteren Verlauf erleichtert, da die Therapie nicht wegen infektiöser Komplikationen verschoben oder unterbrochen werden muss. Der Schutz gegen impfpräventable Erkrankungen ist also ganz entscheidend.



An welche Impfungen ist dabei besonders zu denken?

Für Patienten mit länger dauernder Immunsuppression oder funktioneller Asplenie ist besonders an die Impfung gegen Meningokokken und gegen Haemophilus influenzae Kapseltyp b (Hib) zu denken. Für die Meningokokken-Impfung ist es wichtig, alle relevanten Serogruppen abzudecken, also ACWY und B mit zwei Impfstoffen. In den letzten

Jahren haben auch Erkrankungen an Keuchhusten zugenommen. Deshalb sollte der Impfstatus gegen Pertussis kontrolliert und bei Bedarf aufgefrischt werden. Gerade weil sich die Patienten an Impfungen im Erwachsenenalter oft nicht mehr erinnern, lohnt sich in jedem Fall ein Blick in den Impfpass oder eine Vorstellung beim betreuenden Hausarzt. Dieser hat meistens den besten Überblick über den Impfstatus des Patienten und kann die Impfung bei Bedarf gleich selbst durchführen.

Wie sehen Sie bei Ihren Patienten die Möglichkeiten und zeitlichen Abläufe in Bezug auf die Gabe von Lebendimpfstoffen?

Grundsätzlich gilt für Tumorerkrankte unter immunsuppressiver Therapie: **Totimpfstoffe gehen (fast) immer, Lebendimpfstoffe sind in der Regel kontraindiziert.** Hier ist die Situation von hämatologischen Patienten besonders zu beachten. Bei einer Therapie, die zur längerfristigen oder hochgradigen Immun-

suppression führt – wie die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern bei Lymphomen oder autologe beziehungsweise allogene Stammzelltransplantation – ist peripherapeutisch eine Gabe von Lebendimpfstoff absolut kontraindiziert. Hierzu gibt es eine europäische Leitlinie, die in zwei Publikationen zu Patienten mit hämatologischen Erkrankungen und nach Stammzelltransplantation detailliert Stellung nimmt. Im späteren Verlauf nach der Therapie kann auch wieder mit Lebendimpfstoff geimpft werden. Dafür muss aber der Status der Regeneration der zellulären und humoralen Immunität des Patienten bekannt sein. Auf jeden Fall empfehle ich, vor einer solchen Impfung bei diesen Patienten mit dem behandelnden Hämatonkologen Rücksprache zu halten.

Welche Impfungen bieten Sie selbst in Ihrer Praxis konkret an?

Da möglichst vor Einleitung der zytostatischen oder immunsuppressiven Therapie geimpft werden soll, bieten wir einzelne Impfungen auch bei uns an. Häufig ist bis zum Therapiestart nicht mehr viel Zeit, daher versuchen wir, die verbleibenden Tage – zum Beispiel bis alle Befunde eingegangen sind oder bis ein Portkatheter angelegt ist – für die Impfungen gegen Pneumokokken und Influenza zu nutzen. Für die weiteren Impfungen stimmen wir uns eng mit dem betreuenden Hausarzt ab, der den Patienten dann zeitnah selbst impfen kann. Wenn der Patient nicht mehr vor Therapiebeginn geimpft wurde, versuchen wir, die Pausenintervalle zwischen den Therapiezyklen für Impfungen zu nutzen. Aber das gelingt uns natürlich auch nicht in allen Fällen.

Welche Impfungen sehen Sie bei Ihren Patienten in der Zuständigkeit des Hausarztes?

Der Hausarzt ist beim Impfen der erste Ansprechpartner des Patienten. Als Hämatonkologin bin ich in der Zeit der onkologischen Behandlung hauptsächlich Therapeut des Patienten, aber danach sieht der Hausarzt den Patienten wieder viel häufiger. Insofern ist es wichtig, dass die Impfungen auch während der Tumortherapie vom Hausarzt begleitet werden. Er hat den Überblick über notwendige Auffrischungen und kann diese auch durchführen. Nur direkt vor Therapieeinleitung und während der Tumortherapie sollten wir Hämatonkologen selbst impfen. Vor allem die Impfung gegen Pneumokokken und Influenza sollten wir nicht verpassen.

Was wünschen Sie sich als Onkologin in Sachen Impfen für die Schnittstelle zum betreuenden Hausarzt? Welche Kommunikationswege sollte es geben?

Ich wünsche mir, dass wir es in Zukunft gemeinsam häufiger schaffen, den Patienten vor Therapieeinleitung adäquat und möglichst vollständig zu impfen. Dafür ist die Kommunikation zwischen Hausarzt und dem behandelnden

Hämatonkologen essenziell. Ein guter Weg, sich über die notwendigen Impfungen auszutauschen, wäre ein Laufzettel vom beziehungsweise zurück an den Hausarzt. Ein Muster dafür gibt es bereits. Im Praxisalltag ist die eigentlich beste Lösung, kurz telefonisch mit dem hausärztlichen Kollegen zu sprechen, häufig nicht realisierbar. Daher geht das Impfen im Trübel der neu diagnostizierten Tumorerkrankung manchmal unter, und wir Hämatonkologen sind vor allem mit der Aufklärung des Patienten über die Prognose seiner Krankheit und mögliche Therapiealternativen beschäftigt. Trotzdem gehört heutzutage auch die Besprechung von infektionspräventiven Maßnahmen zur Tumortherapie dazu. Und dabei ist das Impfen besonders wichtig. Jede durchgeführte Impfung schützt den Patienten und erleichtert die onkologische Therapie.

Frau Professor Rieger, vielen Dank für das Gespräch!

*Interview: Dr. med. Lutz Bader
(KVB)*

Die wichtigsten Impfungen für hämatonkologische Patienten vor Therapiebeginn

- Sequenzielle Pneumokokken-Impfung: zuerst PCV13 (13-valenter Impfstoff), danach PPSV23 (23-valenter Impfstoff): Der zeitliche Abstand hängt von der Tumortherapie ab.
- Meningokokken-Impfung (ACWY und B)
- Impfung gegen Herpes zoster: nur mit Totimpfstoff
- Influenza-Impfung: saisonaler quadrivalenter Totimpfstoff
- Bei Bedarf Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Haemophilus influenzae Kapseltyp b (Hib).

Das genaue Vorgehen – zum Beispiel Details zu den Intervallen für die sequenzielle Pneumokokken-Impfung – finden Sie unter www.onkopedia.com/de und www.agiho.de/ueber-die-agiho.

INFLUENZA-IMPfung: BEKANNTE UND NEUE ASPEKTE

Die Grippesaison steht bevor: Nach Impfstoff-Engpässen im vergangenen Winter gilt es, insbesondere Risikopatienten und allen anderen Personen mit Impfempfehlung zur Grippeimpfung ab Herbst zu raten. Die Vertragsärzte sind dabei die wichtigsten Akteure. Zur Impfung gegen Influenza gibt es Neuigkeiten – wie einen für die Saison 2019/2020 für Personen ab neun Jahren erstmals zugelassenen Zellkultur-basierten Grippeimpfstoff.

Die Grippesaison 2018/2019 zeigte trotz seit November aufgetretenen Engpässen in der Versorgung mit den allgemein empfohlenen quadrivalenten Impfstoffen einen viel mildereren Verlauf als die außergewöhnlich schwere Grippewelle im Winter 2017/2018.

Zahlen und Daten zur Influenza

Die Grippewelle begann in der zweiten Kalenderwoche 2019, hatte ihren Gipfel in der zweiten Februar-Hälfte und endete Mitte April. Nach den vom Robert Koch-Institut (RKI) und vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) aktuell bekanntgegebenen Statistiken für 2018/2019 wurden bundesweit rund 182.000 Fälle von vor allem labor-diagnostisch bestätigter Influenza gemeldet, aus Bayern knapp 46.000 (neue Referenzdefinition seit 1. Januar 2019). Bei 22 Prozent der Meldungen, fast 40.000 bundesweit, war eine Krankenhausbehandlung erforderlich. Über 900 der Erkrankten verstarben, wobei die Influenza definitionsgemäß ursächlich zum Tod geführt hat. Es dominierten insgesamt Influenza A-Viren mit zirka 99 Prozent der Labornachweise. In 2017/2018 waren es fast 70 Prozent Nach-

weise von Influenza B aus der im Impfstoff damals nicht enthaltenen Yamagata-Linie (www.rki.de und www.lgl.bayern.de).

Impfempfehlungen 2019/2020

Die Ständige Impfkommission (STIKO beim RKI) empfiehlt die Grippeimpfung jährlich im Herbst mit einem quadrivalenten Totimpfstoff mit aktueller Antigenkombination als **Standardimpfung für Personen ab 60 Jahren** und als **Indikationsimpfung wie folgt:**

- Personen ab sechs Monaten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grunderkrankung, wie zum Beispiel:
 - chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD)
 - chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten
 - Diabetes mellitus und andere Stoffwechselkrankheiten
 - chronische neurologische Krankheiten, zum Beispiel Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben
 - Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion

beziehungsweise Immunsuppression

- HIV-Infektion
- Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen
- Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können. Als Risikoperson gelten dabei Patienten mit Grundkrankheiten und Hinweis auf deutlich reduzierte Wirksamkeit der Influenza-Impfung, wie zum Beispiel bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz oder angeborener oder erworbener Immundefizienz beziehungsweise Immunsuppression.

Kinder und Jugendliche von zwei bis 17 Jahren können dabei alternativ mit einem nasalen attenuierten Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) geimpft werden (Kontraindikationen: siehe Fachinformation). LAIV präferenziell auch bei Injektionshindernis (Gerinnung!).

Eine Empfehlung zur Grippeimpfung mit saisonalem Totimpfstoff besteht auch für:

- Personen mit erhöhter Gefährdung – wie **medizinisches Personal**, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publi-

kumsverkehr – sowie andere Personen als mögliche Infektionsquelle für beruflich betreute Risikopersonen (Berufsindikation)

- **Reisende:** ab 60 Jahren und die unter Indikationsimpfung genannten Personen, die nicht über einen aktuellen Impfschutz verfügen – sowie für andere Reisende (nach Risikoabwägung entsprechend Exposition und Impfstoffverfügbarkeit)
- **alle Schwangeren** ab dem zweiten Trimenon – bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens schon ab dem ersten Trimenon (einmalige Impfung).

Influenza-Impfquoten erhöhen

Risikopatienten aufgrund Immundefizienz oder Immunsuppression und chronisch kranke Personen sind bei einer Influenza-Infektion stark gefährdet für schwere oder sogar tödliche Krankheitsverläufe. Ein Beispiel: Die Impfquote bei chronisch Nierenerkrankten (eingeschränkte Organfunktion, Dialysepatienten, Nierentransplantierte) ist in Deutschland nicht ausreichend und hat in den letzten Jahren abgenommen. Vor Kurzem hat darauf eine Arbeitsgruppe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, hingewiesen (www.aerzteblatt.de: Schulte et al., 10.06.2019). Demnach waren in den Jahren 2012 bis 2017 maximal 47 Prozent solcher Patienten gegen Grippe geimpft worden, bei den Nierentransplantierten nur knapp über 30 Prozent. Deshalb wurden in Kooperation mit drei Kassenärztlichen Vereinigungen Interventionsstudien zur Impfquotenerhöhung durchgeführt. Der von den behandelnden Ärzten direkt an ihre nephrologischen Patienten gerichtete Impfaufruf zeigte dabei den besten Erfolg und konnte die Influenza-Impfquote bei Nierentransplantierten

um mehr als acht Prozent steigern. Dieser Ansatz hatte eine eindeutig positive Kosten-Nutzen-Relation und war wirksamer als ein an die Patienten adressierter Impfaufruf durch deren Krankenkasse. Schriftliche Erinnerungssysteme mit jährlichem Recall zur Grippeimpfung als Teil von strukturiertem Impfmanagement in der Arztpraxis sollten demnach insbesondere für Risikopatienten breit angewendet und von Krankenkassen separat vergütet werden.

Zellkultur-Grippeimpfstoff

Für die Saison 2019/2020 ist als Sprechstundenbedarf erstmals auch ein vollständig in Kaninchen-Zellkulturen hergestellter quadrivalenter Influenza-Impfstoff verfügbar (siehe KVB-Service-schreiben vom 10. April 2019). Im Vergleich zur Hühnerei-basierten Produktion könnte mit diesem neuartigen Säugetier-Zellkultur-Impfstoff nach Angaben des Herstellers eine höhere Übereinstimmung mit den zirkulierenden Grippeviren und somit ein besserer Impfschutz erzielt werden. Nach Untersuchungen werden insbesondere Influenza A (H3N2)-Viren während wirts-fremder Produktion in Brut-Hühnereiern stärker modifiziert und so in ihrer Wirksamkeit als Impfstoff-Antigen herabgesetzt. Zusätzlich besteht für den Kaninchen-Zellkultur-Grippeimpfstoff auch keine Kontraindikation für die Impfung von Patienten mit einer Hühnerei-weiß-Allergie.

Appell zur Influenza-Impfung

Die Hersteller von Grippeimpfstoffen für den Sprechstundenbedarf in der Impfsaison 2019/2020 haben eine bedarfsgerechte Produktion und Lieferung angekündigt, um Versorgungsengpässe wie im vergangenen Winter zu vermeiden. Des-



Gripeschutzimpfung: Damit Sie ohne Probleme durch den Winter kommen.

- Jetzt ist der richtige Zeitpunkt, um Ihren Impfschutz aufzufrischen.
- Die Kosten werden von Ihrer Krankenkasse übernommen.
- Vereinbaren Sie mit uns einen Impftermin. Wir wollen, dass Sie gesund bleiben.

Ihre bayerischen Ärztinnen und Ärzte

halb werden nun alle Vertragsärzte gebeten, ihre Patienten anzusprechen und zu motivieren, die Grippeimpfung im Herbst (und auch weitere indizierte und anstehende Impfungen je nach individuellem Impfstatus) durchführen zu lassen. Dies betrifft alle Personen, für die eine der genannten STIKO-Empfehlungen zur Influenza-Impfung besteht. Dabei sind gerade diejenigen mit hohem Risiko bei einer Grippeerkrankung einzubeziehen:

- alle von Ihnen betreuten Schwangeren
- alle Ihre Patienten mit den genannten Grundkrankheiten und mit Immundefizienz oder unter Immunsuppression (siehe auch Seite 6).

Und denken Sie bitte auch an sich selbst und Ihre Praxismitarbeiter.

Informationen zur Influenza-Impfung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Infektionsschutz/Saisonale Influenza*. Hier finden Sie auch die Plakate zum kostenlosen Download.

Dr. med. Lutz Bader (KVB)

Mit aufmerksamkeitsstarken Wartezimmerplakaten können Ärzte ihre Patienten über die Wichtigkeit der Influenza-Impfung informieren.

HPV-IMPfung: ES TUT SICH WAS IN BAYERN

Den großen Nutzen der Impfung gegen Humane Papillom-Viren für Mädchen und Jungen belegte kürzlich eine Metaanalyse aus Kanada (Drolet et al., Lancet 2019, online 26. Juni). Daten aus 65 Studien von etwa 60 Millionen Menschen unter 30 Jahren aus 14 Industrienationen zeigten: HPV-Infektionen, Cervix-Präkanzerosen und Anogenitalwarzen haben nach Impfprogrammen signifikant abgenommen. Daten der KV Bayerns zur HPV-Impfung im Freistaat zeigen Vergleichbares.

Mit Humanen Papillom-Viren (HPV) infizieren sich im Laufe des Lebens viele Menschen. Einige HPV-Typen, insbesondere die Hochrisikotypen 16 und 18, verursachen bis zu 70 Prozent aller Cervix-Karzinome, bei Frauen und Männern aber auch Tumore im Mund-, Rachen-, Genital- und Analbereich. HPV-Infektionen werden sexuell übertragen, daher soll die HPV-Impfung vor dem ersten Geschlechtsverkehr erfolgen. Nach diversen Studien gilt die HPV-Impfung als hochwirksam und sicher.[1, 2] Daten aus Australien, wo in einem schulbasierten Impfprogramm die zwölfjährigen Mädchen und Jungen geimpft werden, zeigen eine deutliche Reduktion genitaler Warzen bei den geimpften jungen Frauen. In Australien liegen die Impfquoten der Mädchen bei 80 Prozent. In Deutschland waren 2015 45 Prozent der 17-jährigen Mädchen vollständig geimpft, für Bayern lagen die Impfquoten niedriger.[3]

HPV-Impfempfehlungen

In Deutschland ist die HPV-Impfung seit 2006 erhältlich. Seit dem Jahr 2007 empfiehlt die STIKO die HPV-Impfung für Mädchen, zunächst im

Alter zwölf bis 17 Jahre, seit 2014 im Alter neun bis 14 Jahre, seit 2018 auch für Jungen im Alter neun bis 14 Jahre. Die beiden derzeit verfügbaren HPV-Impfstoffe (Gardasil® 9 und Cervarix®) sind für das 2-Dosen-Schema (Alter: neun bis 14 Jahre, Impfabstand: mindestens fünf Monate) zugelassen und abrechnungs- und verordnungsfähig. Bei Nachholimpfung beginnend im Alter über 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von unter fünf Monaten ist eine dritte Impfstoffdosis erforderlich. Für die Anzahl der nötigen Impfstoffdosen ist das Alter bei Beginn der Impfserie entscheidend. Unabhängig von diesen Altersgrenzen kann eine HPV-Impfung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachgeholt und so der Impfschutz vervollständigt werden.[4] Diese Impfempfehlungen der STIKO wurden vor kurzem erneut veröffentlicht.[5]

KVB-Analysen zur HPV-Impfung

Die Abrechnungs- und Verordnungsdaten der KVB zu den weiblichen GKV-Versicherten im Zeitraum 2008 bis 2017 wurden in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität München (Prof. Dr. rer. nat. Stefanie Klug und Prof. Dr.

med. Antonius Schneider) deskriptiv ausgewertet. Analysiert wurden das Alter bei der HPV-Impfung sowie die HPV-impfenden Arztgruppen. Die Entwicklung der HPV-Impfquote wurde im Querschnitt betrachtet und die Unterschiede der Häufigkeit genitaler Warzen (ICD-10-GM: A63.0) zwischen geimpften und nicht-geimpften jungen Frauen dargestellt. Folgende Fragen standen im Vordergrund:

- Wie verlief die Inanspruchnahme der HPV-Impfung bei Mädchen in Bayern bis 2017?
- Wie entwickelte sich die Inzidenz genitaler Warzen bei jungen Frauen in Bayern? (Genitale Warzen gelten ebenfalls als HPV-assoziierte Erkrankungen. Aufgrund des noch jungen Lebensalters der geimpften Personen kann ein Rückgang beim Cervix-Karzinom zum aktuellen Zeitpunkt nicht bewertet werden, sodass hier die Inzidenz von Genitalwarzen untersucht wird.)

Ergebnisse

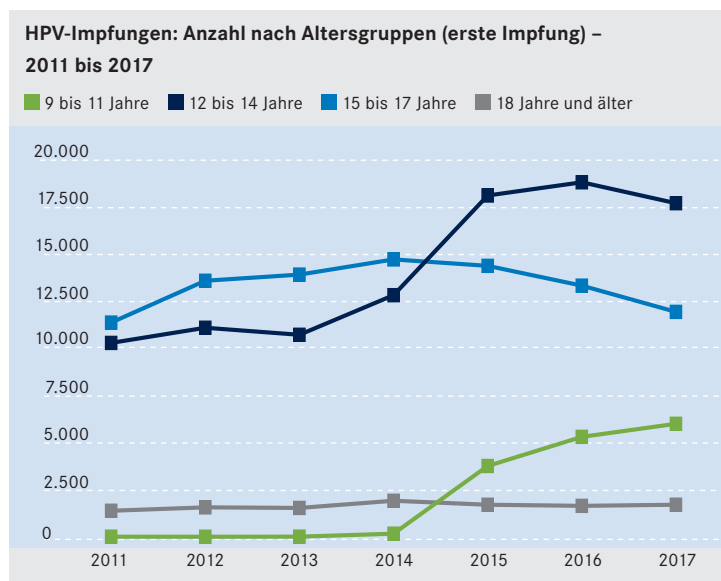
Über 325.000 Mädchen bis zum 18. Lebensjahr wurden von 2008 bis 2017 in Bayern mindestens einmal gegen HPV geimpft. Im Zu-

sammenhang mit der Änderung der STIKO-Empfehlung – Herabsetzung des HPV-Impfalters mit Präferenz auf neun bis 14 Jahre – zeigt sich nach 2014 ein deutlicher Anstieg der HPV-Impfungen in beiden Altersgruppen bis 14 Jahre (siehe Grafik 1).

Die HPV-impfenden Fachgruppen sind bisher – bis auf wenige Ausnahmen – Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte (Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten) sowie Frauenärzte. Dabei zeigen bei der HPV-Impfung die Kinderärzte einen deutlichen Anstieg, während der Anteil der Gynäkologen und Hausärzte rückläufig ist (siehe Grafik 2). Dies lässt sich ebenfalls auf die STIKO-Empfehlung zum HPV-Impfalter zurückführen.

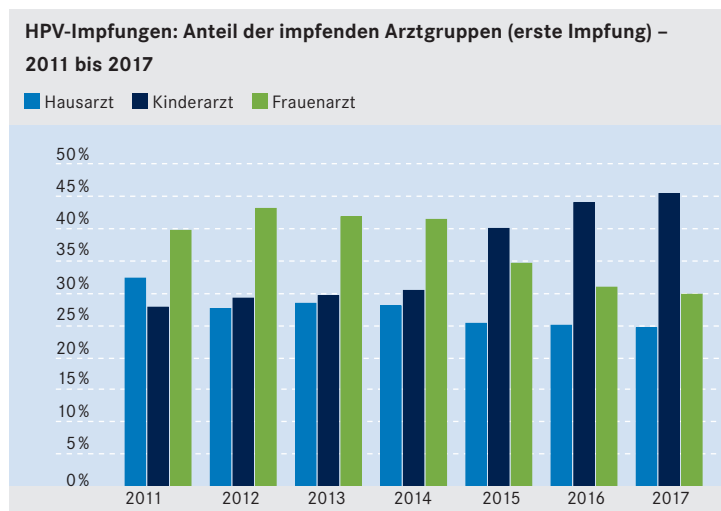
Die HPV-Impfquote (erste Impfung) stieg über die Jahre deutlich an (siehe Grafik 3). Sie liegt bei 15-jährigen Mädchen im Jahr 2017 bei etwa 45 Prozent, im Jahr 2011 lag diese Quote nur bei 30 Prozent. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich in der Gruppe der 18-jährigen Mädchen: 35 Prozent im Jahr 2011 und etwas über 50 Prozent im Jahr 2017. Die Datenanalyse zeigt aber als Problem, dass eine nach der STIKO-Empfehlung vollständige Impfung nur bei etwa 40 Prozent der Mädchen erfolgte.

Im Fokus unserer Auswertungen stand vor allem die erstmalige Messung der Effekte der HPV-Impfungen in Bayern. Dabei wurde festgestellt, dass es zu einem deutlichen Rückgang bei den Erkrankungszahlen von genitalen Warzen bei jungen Frauen zwischen 23 und 27 Jahren kommt (siehe Grafik 4). Zum Beispiel wurden bei HPV-geimpften Frauen im Alter von 27 Jahren nur bei 0,8 Prozent Genitalwarzen diagnostiziert, während dieser Anteil bei den nicht geimpf-



Grafik 1

Quelle: KVB, Abrechnungsdaten



Grafik 2

Quelle: KVB, Arzneimitteldaten

ten altersgleichen Frauen bei 1,7 Prozent lag. Insgesamt haben geimpfte Frauen eine um mehr als die Hälfte reduzierte Erkrankungsrate. Aktuelle zusätzliche KVB-Analysen von Vorstufen des Cervix-Karzinoms (CIN2+) zeigen ebenfalls bereits eine Abnahme im Zusammenhang mit der HPV-Impfung.

Schlussfolgerungen

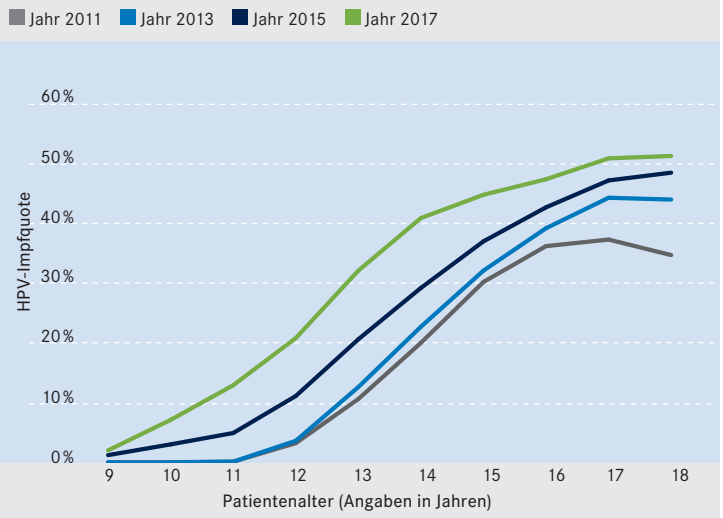
Die Auswertungen zur HPV-Impfung in Bayern ergeben insgesamt ein positives Bild: Die Impfquoten steigen von Jahr zu Jahr, die geänderte STIKO-Empfehlung hinsichtlich des HPV-Impfalters wird umgesetzt und geimpfte junge Frauen haben ein geringeres Erkrankungsrisiko, beispielsweise bei Genitalwarzen. Eine weitere Steigerung

von (möglichst vollständigen) HPV-Impfserien ist demnach sinnvoll, um eine Reduktion auch von HPV-induzierten Karzinomen zu erreichen.

Fazit und Impf-Appell

Allen HPV-impfenden Ärzten in Bayern ist zu danken für ihren Einsatz bei der Durchführung und Bekanntmachung dieser „Impfung gegen den Krebs“, die der Bevölkerung wegen des sexuellen Kontexts nicht immer einfach zu vermitteln ist. Die KVB-Auswertungen zeigen, dass sich dieser Einsatz lohnt. Nun gilt es, die Bemühungen zu erweitern und die Empfehlungen der STIKO und ärztlicher Fachgesellschaften zur HPV-Impfung bei **Mädchen und Jungen** noch besser umzusetzen. Obwohl zunehmend die Kinder- und Jugendärzte impfen, bitten wir vonseiten

HPV-Impfungen: Impfquote (erste Impfung) nach Lebensalter und Jahrgängen – 2011 bis 2017



Grafik 3

Quelle: KVB, Abrechnungsdaten

der KVB ebenso alle Hausärzte, Frauenärzte und auch Urologen, in ihrer Praxis für die HPV-Impfung zu werben. Dabei sind insbeson-

dere Mütter und Väter für ihre unter 14-jährigen Kinder auf diese Standardimpfung für beide Geschlechter anzusprechen. Aber

„Wünschenswert wäre eine Art Mädchensprechstunde“

Dr. med. Marianne Röbl-Mathieu ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Praxis in München. Sie ist Mitglied der Vertreterversammlung der KVB, Regionale KVB-Vorstandsbeauftragte für München und Mitglied der Ständigen Impfkommission.



Die hier im Artikel vorgestellten Studienergebnisse reflektieren in erfreulicher Weise die hohe Akzeptanz und Umsetzungsbereitschaft der STIKO-Empfehlungen durch die Ärzteschaft. Der positive Effekt einer regelhaft angebotenen Gesundheitsuntersuchung wie der J1 auf die HPV-Impfquoten ist gut belegt. Daten aus der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts haben gezeigt, dass Ähnliches auch bei Mädchen aus der Zielgruppe der HPV-Impfung zu beobachten ist: HPV-Impfquoten waren bei Mädchen, die mindestens einmal in der Frauenarztpraxis waren, signifikant höher als bei Mädchen, auf die das nicht zutraf. Nicht wenige von ihnen haben bereits Bedarf an Informationen zu Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Gewebeveränderungen durch HPV-Infektionen am Gebärmutterhals gehen mit einem erhöhten Frühgeburtsrisiko bei späteren Schwangerschaften einher. Die rechtzeitige Impfung schützt zuverlässig vor der Infektion. Wünschenswert wäre eine Art Mädchensprechstunde als regelhaft angebotene Gesundheitsuntersuchung. Sie sollte einen obligaten Impfcheck enthalten und früh genug ansetzen, um gegebenenfalls auch junge Mädchen anzusprechen, die ihre Fragen lieber mit dem Frauen- als dem Kinderarzt besprechen wollen. Und sie sollte allen Mädchen bis zum 18. Geburtstag zur Verfügung stehen, um auch alle weiteren Nachholimpfungen zu ermöglichen, die nur bis zu dieser Altersgrenze von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden.

„Die Empfehlung der Impfung für Jungen wird sich positiv auswirken“

Die HPV-Impfung wurde bereits wenige Monate vor der STIKO-Empfehlung 2007 im Herbst 2006 von einigen Krankenkassen bezahlt. Die anfänglich sehr guten Impfraten bewegen sich deutschlandweit jedoch immer noch auf einem relativ niedrigen Niveau von zirka 40 Prozent.

Durch die 2014 ausgesprochene STIKO-Empfehlung, die Impfung vorzugsweise bereits ab dem vollendeten neunten bis zum 14. Lebensjahr nur zweimalig zu machen, besteht jetzt die Möglichkeit, bereits bei der Vorsorge U11 (neun bis zehn Jahre), die gut wahrgenommen wird, intensiv darüber aufzuklären und die Impfung zu implementieren. Spätestens bei der Jugendgesundheitsuntersuchung – der J1 mit zwölf bis 13 Jahren – können die Kinder- und Jugendärzte nochmals auf die Bedeutung und Wirksamkeit der Impfung hinweisen. Später kann die Impfung auch von Gynäkologen gemacht werden.

Durch die Empfehlung der Impfung auch für Jungen, die seit 2018 besteht und umgesetzt wird, ist der Impfung durch die Geschlechtergerechtigkeit eine erneute Aufmerksamkeit erwachsen, die sich positiv auf die Impfraten auswirken wird. Da der 9-valente Impfstoff nicht nur vor Tumoren, sondern auch vor den sehr häufigen Genitalwarzen schützt, müssen und können wir die Jugendlichen und die Eltern auch dadurch motivieren.

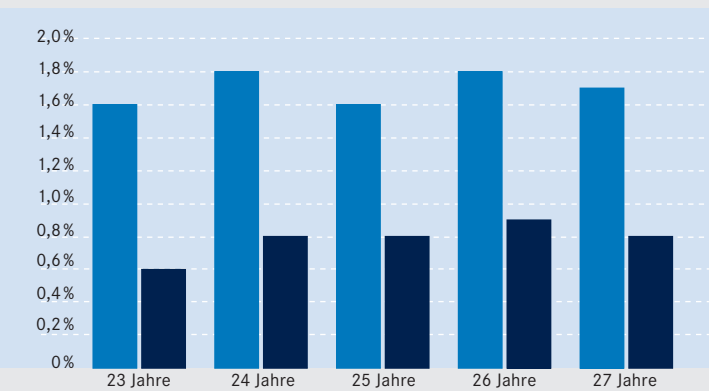


Dr. med. Brigitte Dietz ist stellvertretende Vorsitzende des Berufsverbands der Kinder und Jugendärzte (BVKJ) in Bayern und selbst niedergelassen in Taufkirchen.

HPV-Impfung und Genitalwarzen: 8-Jahres-Inzidenz nach Impfstatus

■ ohne HPV-Impfung* ■ mit HPV-Impfung*

*HPV-Impfung Ja/Nein ab Jahr 2008 beobachtet; Patienten-Impfalter bis 18 Jahre; Diagnosestellung nach Impfung



Grafik 4

Quelle: KVB, Abrechnungsdaten

auch andere Kontakte zu Patienten im Alter bis 18 Jahre sollten genutzt werden, um den HPV-Impfstatus zu prüfen und bei Bedarf zu vervollständigen. Ein solches „Auffang-Vorgehen“ ist möglich, zum Beispiel bei Vorsorgeuntersuchungen, Check-ups oder Krankheitsbehandlungen von Jugendlichen. Um das Präventionspotenzial der HPV-Impfung darzustellen, können Informationsmaterialien hilfreich sein, die kostenfrei auch online angeboten werden, zum Beispiel unter www.impfen-info.de, www.rki.de/impfen (Faktenblatt zur HPV-Impfung), www.liebesleben.de (HPV und Feigwarzen), www.lgl.bayern.de in der Rubrik Gesundheit/Prävention/Impfen oder www.kbv.de in der Rubrik Themen A-Z/Impfen.

*Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher,
Sandra Fett, Dr. med. Lutz Bader
(alle KVB)*

- [1] Deleré Y., Wichmann O., Klug S.J., van der Sande M., Terhardt M., Zepp F., Harder T. The Efficacy and Duration of Vaccine Protection Against Human Papilloma Virus. *Deutsches Ärzteblatt International* 2014; 111(35-36): 584-91
- [2] Harder T., Wichmann O., Klug S.J., van der Sande M., Wiese-Posselt M. Efficacy, effectiveness and safety of vaccination against human papillomavirus in males: a systematic review. *BMC Medicine* 2018; 16:110. doi:10.1186/s12916-018-1098-3
- [3] Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance. Impfquoten ausgewählter Schutzimpfungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* 2018; Nr. 1: 1-14
- [4] Verordnung Aktuell - Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns: HPV-Impfstoff (Gardasil® 9, Cervarix®) richtig verordnen! Stand: 27. Dezember 2018
- [5] Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut - 2019/2020. *Epidemiologisches Bulletin* 2019; Nr. 34: 313-64

MEHR SPIELRAUM BEI SCHUTZIMPFUNGEN?



„Die Regierungen der Bundesstaaten sind einig in der Anerkennung des heilsamen Einflusses der Impfung auf die allgemeine Gesundheitspflege.“[1] Dieses positive Resümee findet sich bereits in der Einleitung des Reichs-Impf-Gesetzes vom 8. April 1874. Zwar wurde die dort vorgesehene gesetzliche Impfverpflichtung gegen Pocken im Jahre 1983 wieder abgeschafft.[2] Mit dem Kabinettsentwurf der Bundesregierung für ein Masernschutzgesetz [3] ist dieses Thema jedoch wieder zum Gegenstand aktueller Gesetzgebung des Bundes geworden. Der folgende Artikel liefert einen Überblick über die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für Schutzimpfungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Leistungsanspruch des Patienten

Gesetzlich Krankenversicherte haben gemäß § 20i Absatz 1 SGB V einen Anspruch auf Versorgung mit Schutzimpfungen.[4] Weitere Einzelheiten zu den Voraussetzungen sowie Art und Umfang dieses Leistungsanspruchs sind, auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut, in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen (SI-RL) [5] niedergelegt.

Ein Katalog über diejenigen Schutzimpfungen, die Teil des Sachleistungsanspruchs des gesetzlich versicherten Patienten gegenüber seiner Krankenkasse sind, findet sich in der Anlage zu dieser Richtlinie.

Reiseschutzimpfungen im Speziellen fallen hingegen nur dann unter den Leistungsanspruch, wenn der Aufenthalt beruflich beziehungsweise durch eine Ausbildung bedingt ist oder ein besonderes Interesse zum Schutz der öffentlichen Gesundheit vor der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit vorliegt.[6]

Mit Wirkung zum 16. August 2019 wurde zudem das Bundesgesundheitsministerium gesetzlich ermächtigt, durch Rechtsverordnung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen zur spezifischen Prophylaxe als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung selbst festzulegen.[7] Im Vorfeld sind die Ständige Impfkommission

und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen lediglich anzuhören, sodass dem Bundesgesundheitsministerium hiermit ein durchaus wirksames Instrument zur Erweiterung des Leistungskatalogs für Schutzimpfungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt wurde.

Behandlungspflicht des Vertragsarztes [8]

Korrespondierend zu dem Sachleistungsanspruch des gesetzlich versicherten Patienten auf Schutzimpfungen besteht für den Vertragsarzt auch bei Impfleistungen eine grundsätzliche Behandlungspflicht, resultierend aus seiner Zulassung, die den Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet (§ 95 Absatz 3 Satz 2, § 81 Absatz 3 SGB V). Hieraus folgend hat der Vertragsarzt die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch tatsäch-



lich anzubieten und zu erbringen – dies grundsätzlich unabhängig von persönlichen Vorbehalten oder selbst gesetzten Erwartungen.[9]

Eine Ablehnung der Behandlung ist im Allgemeinen und auch speziell für Impfungen nach den Regelungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) nur in begründeten Ausnahmefällen möglich (§ 17 Absatz 7 Satz 3 BMV-Ä). Ein solcher begründeter Ausnahmefall kann bei einer Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient oder einer Überlastung des Arztes, die nur durch Überweisung der Patienten an andere Vertragsärzte kompensiert werden kann, vorliegen.[10]

Alleine aus der Weigerung des Patienten, sich impfen zu lassen, wird man jedoch noch keine Störung des Vertrauensverhältnisses für weitere Behandlungen ableiten können, da grundsätzlich keine allgemeine gesetzliche Impfverpflichtung besteht.[11]

Für die Behandlung an sich enthält die Richtlinie über Schutzimpfungen (SI-RL) hinsichtlich der Patienteninformation und der Behandlungsdokumentation konkretisierende Vorgaben für den Vertragsarzt (siehe hierzu § 7 und § 8 SI-RL).

Beispielsweise ist im Falle von Impfungen bei Immundefizienz oder Immunsuppression insbesondere die Information des Patienten über die zu verhütende Krankheit sowie darüber, dass trotz der Funktionseinschränkung des Immunsystems kein erhöhtes Impfrisiko besteht, von großer Bedeutung. Auch mit Blick auf die Information von weiterbehandelnden Ärzten wäre es daher wünschenswert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in die Richtlinie über Schutzimpfungen allgemeingültige Muster zur Auf-

klärung und Dokumentation bei Schutzimpfungen aufnimmt.

Kabinettsentwurf für ein Masernschutzgesetz

Wesentlicher Inhalt des Entwurfs für ein Masernschutzgesetz, der aktuell vom Bundesrat beraten wird, ist es, zum Schutz der öffentlichen Gesundheit in Schulen und Kindertagesstätten sowie weiteren Gemeinschaftseinrichtungen eine Nachweisverpflichtung der dort beschäftigten und betreuten Personen über einen Masernimpfschutz beziehungsweise eine Immunität gegen Masern zu implementieren. [12] Dieselbe Verpflichtung soll unter anderem auch für sämtliche in Arztpraxen tätige Personen gelten.[13]

Flankierend dazu wird der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die gesetzliche Aufgabe übertragen, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema „Impfen“ zu informieren.[14]

Ein Verstoß gegen die oben genannten Nachweisverpflichtungen für Beschäftigte und betreute Personen soll nach dem Gesetzesentwurf eine Ordnungswidrigkeit darstellen und ferner ein Tätigkeitsverbot der beschäftigten Person in der Einrichtung oder Arztpraxis nach sich ziehen können.

[15] Mit dieser Kombination aus Nachweispflichten und Sanktionierungsmöglichkeiten statuiert der Gesetzesentwurf für die von ihm benannten Personen eine faktische Verpflichtung zum Impfen, die jedoch nicht durch unmittelbaren öffentlich-rechtlichen Zwang durchsetzbar ist.[16]

Auch auf die bestehende Problematik, welche Facharzttrichtung überhaupt impfen darf und welche Versicherten (zum Beispiel Kinder, Erwachsene), geht der Gesetz-

geber nun ein. Der Kabinettsentwurf sieht hierzu vor, dass künftig zur Durchführung von Schutzimpfungen jeder Arzt berechtigt ist. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen. Zur Begründung stellt der Entwurf klar: „Damit ist die Umsetzung der als ‚individuelles Impfen‘ bezeichneten Zielsetzung möglich, jeden Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dafür nutzen zu können, den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen möglichst umgehend nachzuholen.“

*Christopher Geier
(Rechtsabteilung der KVB)*

- [1] Jacobi, C., Guttstadt Alb., Das Reichs-Impf-Gesetz vom 8. April 1874 nebst Ausführungs-Bestimmungen des Bundesrathes und der Einzelstaaten, 1876, Verlag Fr. Kortkampff, Berlin, Seite 2
- [2] Gesetz zur Aufhebung des Gesetzes über die Pockenschutzimpfung, Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 44 27.11 1982, Seite 1529
- [3] Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), Bundesrat-Drucksache 358/19
- [4] Der Anspruch bezieht sich auf Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes.
- [5] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL), in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 224 (S. 8 154) vom 30. November 2007, in Kraft getreten am 1. Juli 2007, zuletzt geändert am 7. März 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.04.2019 B1), in Kraft getreten am 1. Mai 2019, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1813/SI-RL_2019-03-07_iK-2019-05-01.pdf
- [6] siehe § 20i Absatz 1 Satz 2 SGB V und § 11 SI-RL
- [7] siehe hierzu die Änderungen durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung, Bundesgesetzblatt 2019 Teil I, Nr. 30 vom 09.08.2019, Seite 1210 zu Artikel 12
- [8] Siehe zu dieser Thematik bereits: Trieb, in KVB FORUM 6/2018, Seite 32
- [9] BSG, Urteil vom 14. März 2001 – B 6 KA 54/00 R –, Rn. 30 juris
- [10] BSG, Urteil vom 14. März 2001 – B 6 KA 54/00 R –, Rn. 36 juris
- [11] Die mit dem Gesetzesentwurf für ein Masernschutzgesetz vorgesehenen Nachweisverpflichtungen gelten nur für einen bestimmten, gesetzlich benannten Personenkreis und betreffen den Nachweis der Impfung. Eine gesetzliche und mit öffentlich-rechtlichen Mitteln durchsetzbare Pflicht zur Durchführung der Impfung wird damit nicht begründet.
- [12] Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), Bundesrat-Drucksache 358/19, Seite 12
- [13] Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), Bundesrat-Drucksache 358/19, Seite 10 zu § 20 Absatz 8 IfSG und § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG
- [14] Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), Bundesrat-Drucksache 358/19, Seite 12
- [15] Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), Bundesrat-Drucksache 358/19, Seite 13 zu § 73 IfSG
- [16] Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), Bundesrat-Drucksache 358/19, Seite 29 zu Absatz 8

IMPFFEN LOHNT SICH

Die aktuelle Impfvereinbarung mit den Krankenkassen in Bayern gilt seit dem 1. April 2018. Sie regelt, welche Impfungen die Praxen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung durchführen können, welche Vergütung es dafür gibt und wie der Impfstoff bezogen werden kann.

Mit der Impfvereinbarung konnte die KV Bayerns die - im bundesweiten Vergleich schon höheren - Impfhonorare nochmals steigern.

Die KVB konnte hingegen erreichen, dass nahezu alle Impfstoffe praxisfreundlich über den Sprechstundenbedarf zu beziehen sind:

- Ein Großteil der Einzelimpfstoffe wird ebenfalls über den Sprechstundenbedarf verordnet. Dazu gehören beispielweise auch die Impfungen gegen FSME, Meningokokken C oder Influenza.



Eine komplette Übersicht aller Impfstoffe und deren Bezugsweg finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen* / „*Verordnung Aktuell*“ vom 5.9.2019.

Die aktuelle Auflistung der einzelnen Impfnummern mit den derzeit gültigen Honoraren, die aktuelle Impfvereinbarung sowie weitere hilfreiche Informationen rund ums Thema Impfen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*.

Der vielfach geforderten Vergütung für eine ärztliche Impfberatung, die trotz intensiver Bemühungen nicht zur Impfung führt, stimmten die Krankenkassen mit Verweis auf die in Bayern höhere Vergütung für Impfleistungen – speziell für die Impfung gegen Masern/Mumps/Röteln – allerdings nicht zu.

- So werden – mit Ausnahme der Impfstoffe zu Hepatitis A und B – alle Mehrfach-Impfstoffe über den Sprechstundenbedarf verordnet, also beispielweise auch die Mehrfachimpfstoffe für Masern/Mumps/Röteln oder Masern/Mumps/Röteln/Varizellen.

Julia Obermaier (KVB)

Vergleich Impfhonorare Bayern versus Bund

Impfung (Beispiele)	Vergütung für ärztliche Impfleistung, KVB seit 2018	Durchschnittliche Vergütung anderer KVen 2018 (ohne KVB)*
Einfachimpfung Influenza	8,00 Euro	7,86 Euro
3-fach-Impfung Diphtherie/Pertussis/Tetanus	15,50 Euro	10,43 Euro
3-fach-Impfung Masern/Mumps/Röteln	15,50 Euro	12,01 Euro
4-fach-Impfung Masern/Mumps/Röteln/Varizellen	21,75 Euro	13,06 Euro
6-fach-Impfung Diphtherie/Pertussis/Tetanus/Polioomyelitis/Haemophilus influenzae Typ b/Hepatitis B	21,75 Euro	19,41 Euro

*eigene Angaben der KVen

Stand: 1. April 2019