

CRM Kommentar

Neue STIKO-Empfehlungen 2025

Am 23.01.2025 wurden im Epidemiologischen Bulletin Nr. 4 des RKI die aktualisierten STIKO-Empfehlungen veröffentlicht. Neu in den Empfehlungen 2025 sind erste Stellungnahmen zur Impfung gegen RSV, Ausführungen zu der von der WHO empfohlenen Änderung der Zusammensetzung der Influenza-Impfstoffe und zum adjuvantierten Impfstoff sowie eine Änderung des Tabellenformates des Impfkalenders.

Insbesondere wurden folgende inhaltliche Empfehlungen aufgenommen: Bei der passiven Prophylaxe gegen **RSV** wird für alle Neugeborenen und Säuglinge die Gabe des monoklonalen Antikörpers Nirsevimab empfohlen. Die aktive RSV-Impfung wird für alle Personen ≥ 75 Jahre empfohlen, zudem bei Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren, die eine schwere Form einer Grunderkrankung haben und/oder die in einer Einrichtung der Pflege leben. Auf die Zulassung eines der RSV-Impfstoffe bereits ab dem 50. Lebensjahr und auf die Gabe der aktiven Impfung im 3. Trimenon der Schwangerschaft, für die einer der Impfstoffe zugelassen ist, wird nicht eingegangen.

Bei der Impfung gegen **Influenza** hat sich die STIKO nach langjährigem Zögern nun doch entschlossen, bei Personen ≥ 60 Jahre gleichberechtigt neben dem Influenza-Hochdosis-Impfstoff auch den MF-59 adjuvantierten Influenza-Impfstoff zu empfehlen.

Zur Impfung gegen **Tollwut** wurde eine Ergänzung eingeführt. Es wird nun empfohlen, bei erhöhter Exposition gegenüber Tollwutviren, z.B. bei Laborpersonal, standardisierte serologische Tests zum Ausschluss eines primären Impfversagens nach Anwendung des konventionellen 3-Dosen-Impfschemas 2–4 Wochen nach der letzten Impfstoffdosis durchzuführen. Im Anschluss ist eine Kontrolle nach ca. 6 Monaten sinnvoll, um ein sekundäres Impfversagen zu erfassen. Dies ist insofern überraschend, als keine neuen Studien vorliegen und die bisherigen Daten exzellente Serokonversionsraten belegen.

Zum Thema **Meningokokken** hat die STIKO ihre Empfehlung im letzten Jahr nach jahrelangem Warten angepasst und die Impfung gegen MenB für Säuglinge und Kinder bis zum 5. Lebensjahr aufgenommen. Bedauerlicherweise wurde hier der zweite Erkrankungsgipfel bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ignoriert [1], für den eine Empfehlung ebenfalls sinnvoll wäre. Zusätzlich wird durch die STIKO immer noch ausschließlich MenC-Impfstoff für Kinder empfohlen, statt die MenACWY-Impfstoffe zumindest als Alternative zuzulassen, wie dies z.B. durch die SIKO in Sachsen geschieht. Hier wird es Zeit, dass die STIKO erkennt, dass sich die Epidemiologie der einzelnen Serotypen deutlich verschoben hat und MenC bei weitem nicht mehr der häufigste Serotyp ist. So war 2024 ein deutlicher Anstieg von MenY in Deutschland zu beobachten [2]. Gerüchteweise hört man, dass sich die Kommission in diesem Jahr nochmals mit dem Thema auseinandersetzen will. Es bleibt zu hoffen, dass dies zu einer moderneren Empfehlung führen wird.

Wie schon im Vorjahr empfiehlt die STIKO eine Boosterimpfung gegen **Gelbfieber**. Seitens der WHO wird schon seit Jahren eine lebenslange Protektion postuliert. Das hatte den positiven Effekt, dass die Einreisebestimmungen für viele Länder geändert wurden und seitdem lediglich der Nachweis einer einmaligen Gelbfieberimpfung verlangt wird. Die Empfehlung der STIKO hat in der Praxis zahlreiche Nachfragen kreiert, ohne eine stichhaltige Begründung zu liefern. In den letzten beiden Jahren sind mindestens zwei umfassende Übersichten erschienen, die erneut belegen, dass die Gelbfieberimpfung bei Reisenden eine lebenslange Immunität generiert [3,4].

Zur Impfung gegen **Dengue** wird auch in den aktuellen Empfehlungen die bereits im November 2023 veröffentlichte Stellungnahme übernommen, die die Verwendung von Qdenga® auf Personen reduziert, die bereits Dengue hatten [5]. Zudem wird ausschließlich die zweimalige Impfung vor Ausreise empfohlen. Begründet wird die Empfehlung unter anderem damit, dass bei Impfung immunologisch naiver Personen bzw. bei nur einmaliger Impfung das Risiko eines ADE bei Kontakt mit dem Wildvirus nicht ausgeschlossen werden könne. In Zusammenschau stellen beide zugelassenen Impfstoffe gegen Dengue sicherlich keine ideale Vakzine dar. Jedoch bietet TAK-003 (Qdenga®) mit 81% eine deutliche Protektion gegen ein in zahlreichen Ländern sehr häufiges Virus, das schwere Krankheitsmanifestationen und in seltenen Fällen auch tödliche Komplikationen verursachen kann. Die Impfung bietet deutlich besseren Schutz als die reine Expositionsprophylaxe, die die einzige Alternative darstellt. Darüber hinaus ist sie in ihrer protektiven Effektivität anderen Vakzinen, die in der Reisemedizin verwendet werden, zumindest gleichwertig. Für betroffene Populationen in Endemiegebieten, aber auch für Reisende in solche Gebiete stellt die Impfung einen wesentlichen Vorteil dar. Eine gebremste Umsetzung der jetzt verfügbaren Möglichkeit zur Prävention setzt Betroffene einem unnötigen Risiko durch die Infektion aus [6] und hat damit das Potential, vermeidbare Infektionen und deren Komplikationen zu fördern. Es grenzt vor allem auch im Hinblick auf den dramatischen Anstieg der Fallzahlen im letzten Jahr an Fahrlässigkeit, Reisenden den zugelassenen Impfstoff vorzuenthalten [7]. Die Empfehlung der STIKO ist jedoch nicht bindend für die reisemedizinische Praxis. Folgt man deren Argumentation, dürfte auch Niemand in Endemiegebieten geimpft werden (oder es müssten alle Geimpften für 3 Monate bis zur 2. Impfung evakuiert werden). Nach nunmehr mehr als 7 Jahren Nachbeobachtung der initialen Studienkohorte ist bisher keine Infektionsverstärkung beobachtet worden. Schwere Nebenwirkungen nach der Impfung oder eine Infektionsverstärkung während der Reise wurden bei bisher Geimpften nicht beobachtet. Insofern empfiehlt sich die Impfung entsprechend der Zulassung aktuell insbesondere für Reisende in Risikogebiete, die durch Epidemien oder endemische Situationen betroffen sind. Hierbei reicht eine einmalige Impfung für einen vorläufigen Schutz aus. Die zweite Impfung verbessert die Protektion nach Zulassungsdaten nicht, sondern verlängert ihn. Hierbei mag es im Hinblick auf eine optimale Immunantwort sinnvoll sein, die Zweitimpfung tendenziell eher erst nach einem Jahr zu applizieren [8].

Entgegen einer häufig gehörten Annahme entscheidet die STIKO nicht über Zulassung oder Qualität von Impfstoffen, sondern formuliert Empfehlungen zur Erstattung von Impfungen durch die Kostenträger im Gesundheitswesen. Die STIKO weist ausdrücklich darauf hin:

„Neben den von der STIKO empfohlenen Impfungen sind auf der Basis der bestehenden Impfstoff-Zulassungen weitere „Impfindikationen“ möglich [...], die aber für den Einzelnen, seiner individuellen (gesundheitlichen) Situation entsprechend, sinnvoll sein können. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patienten auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen. Insofern hindert auch eine fehlende STIKO-Empfehlung den Arzt nicht an einer begründeten Impfung.“ Da Impfungen in der Reisemedizin grundsätzlich nicht erstattungspflichtig durch die gesetzlichen Krankenkassen sind, sondern allenfalls freiwillig als Satzungsleistungen übernommen werden, kommt den Empfehlungen der STIKO daher nicht dieselbe Bedeutung wie im vertragsärztlichen Bereich zu. Diese müssen regelmäßig durch die besondere Exposition auf der Reise und die individuellen Bedürfnisse der Reisenden ergänzt werden. So würde zum Beispiel bei einer reisemedizinischen Beratung selbstverständlich MenACWY und/oder MenB bei reisenden Kindern und Jugendlichen empfohlen und MenB zudem als zusätzlicher wichtiger Schutz auch für Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland angesprochen werden.

Die **Impfquoten bei Erwachsenen** sind in Deutschland seit vielen Jahren notorisch niedrig. Laut dem aktuellen Bericht des RKI sind zum Beispiel nur 20% der 60-69-Jährigen gegen Pneumokokken und nur 38% der über 60-Jährigen gegen Influenza geimpft [9]. Die STIKO wurde im letzten Jahr weitgehend neu besetzt. Blickt man auf das magere Ergebnis der Beratungen des ersten Jahres der neuen Kommission, hat sich die Hoffnung nicht bewahrheitet, dass die personellen Änderungen der Qualität der Empfehlungen zugutegekommen seien. Wie schon bei den Empfehlungen der letzten Jahre fällt auf, dass nur wenige Änderungen und diese auch nur sehr verzögert ihren Weg in die neue Version gefunden haben. Zunehmend erstaunt die inerte Haltung der Kommission, die seit Jahren einen erheblichen Bearbeitungsstau aufgebaut hat.

Zum Vergleich mit den Empfehlungen der STIKO ist es immer interessant, auch andere deutschsprachige Impfempfehlungen anzuschauen. Insbesondere in denen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) wurden aktuelle Entwicklungen auf dem Impfstoffsektor sehr viel zeitnäher aufgegriffen und praxisnäher umgesetzt (Impfempfehlungen der Sächsischen Impfkommision, Stand 01.01.2024, unter <https://www.slaek.de/de/patient/gesundheitsinformationen/impfen/siko-m1.php>). Leider wurde die Arbeit der SIKO laut Beschluss des zuständigen Ministeriums zu Anfang 2025 beendet.

Im CRM Handbuch Reisemedizin finden sich daher neben relevanten Auszügen aus den aktuellen STIKO-Empfehlungen auch solche aus denen der SIKO sowie der Österreichischen und der Schweizerischen Impfempfehlungen.

Die aktuellen Empfehlungen der STIKO sind im Internet zu finden unter <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-Impfkommision/Empfehlungen-der-STIKO/Empfehlungen/Impfkalender.html>

Quellen:

1. RKI Ratgeber Meningokokken: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Meningokokken.html
2. SurvStat@RKI: <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx> Zuletzt abgerufen am 03.02.2025
3. Schnyder JL et al. Long-term immunity following yellow fever vaccination: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2024; (published online Jan 22.)
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00556-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00556-9)
4. Schnyder, Jenny L et al. Yellow fever breakthrough infections after yellow fever vaccination: a systematic review and meta-analysis The Lancet Microbe, Volume 5, Issue 12, 100937
5. STIKO. STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen Dengue mit dem Impfstoff Qdenga. Epidem Bull 2023;48:3-43
6. Thomas SJ. Is new dengue vaccine efficacy data a relief or cause for concern? npj Vaccines 2023; 8: 55 doi:10.1038/s41541-023-00658-2
7. ECDC. Dengue worldwide overview. <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly>
8. TricouV et al. Safety and immunogenicity of a tetravalent dengue vaccine in children aged 2–17 years: a randomised, placebo-controlled, phase 2 trial. Lancet 2020;
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30556-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30556-0)
9. RKI. Impfqoten in Deutschland – Ergebnisse aus dem RKI-Impfqotenmonitoring | Poliomyelitis-Impfqoten bei Kindern. Epidem Bull 50/2024