



10.09.2021

Transkript

„STIKO aktualisiert Empfehlung zu COVID-19-Impfung für Schwangere“

Fachleute auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Christian Bogdan**
Direktor des Mikrobiologischen Instituts – Klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene, Universitätsklinikum Erlangen, und Mitglied der Ständigen Impfkommission
- ▶ **Dr. Marianne Röbl-Mathieu**
Niedergelassene Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in München, Mitglied der Ständigen Impfkommission und dort Sprecherin der AG COVID-19-Impfung in der Schwangerschaft
- ▶ **Prof. Dr. Mario Rüdiger**
Leiter des Fachbereiches Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin sowie Leiter des Projektes Feto-Neonataler-Pfad, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)
- ▶ **Marleen Halbach**
Redaktionsleiterin und Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany,
und Moderator dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter: <https://bit.ly/2YGJXix>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Herzlich willkommen zum nächsten Press Briefing des Science Media Centers. Mein Name ist Marleen Halbach. Ich leite die Redaktion hier und wir würden heute gerne mit Ihnen über das folgende Thema sprechen: die STIKO hat ihre Empfehlung zur COVID-19-Impfung von Schwangeren und Stillenden aktualisiert. Vor einer halben Stunde ist dazu die Pressemitteilung auf der Website veröffentlicht worden. Die STIKO empfiehlt nun allen ungeimpften Schwangeren und Stillenden eine Impfung mit mRNA-Impfstoffen ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel. Bisher gilt die Empfehlung, dass es vor allen Dingen nur für Risikogruppen unter Schwangeren empfohlen ist nach Nutzen-Risiko-Abwägung, zum Beispiel solchen mit bestimmten Vorerkrankungen, die ein Risiko für schwere COVID-19-Verläufe darstellen, oder Frauen, die einem besonders hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Das ist jetzt eine Beschlussvorlage, die die STIKO vorgelegt hat und die geht jetzt noch in ein Stellungnahmeverfahren, was sich immer anschließt – also mit Bundesländern und Fachgesellschaften. Das heißt, es könnte sich noch etwas ändern an dieser Beschlussvorlage. Aber wir wollen trotzdem heute schon mit Fachleuten darüber diskutieren und diese Stellungnahme und die Empfehlung einordnen. Ich will gar nicht zu viel Zeit verlieren und wir wollen direkt übergehen zu den Fragen an die Fachleute. Wenn Sie als teilnehmende Journalistinnen und Journalisten auch schon Fragen haben, können Sie die wie gewohnt in unser Fragen-und-Antwort-Modul stellen und wir werden diese dann an geeigneter Stelle an die Fachleute weiterreichen.

Ich würde Sie drei hier im Bunde gerne einmal kurz vorstellen. Der Reihenfolge nach wäre das Professor Dr. Christian Bogdan, er ist Direktor des Mikrobiologischen Instituts am Universitätsklinikum in Erlangen und ist auch ein Mitglied der STIKO, der Ständigen Impfkommission. Dann hätten wir Frau Dr. Marianne Röbl-Mathieu. Sie ist niedergelassene Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in München, auch Mitglied der STIKO und dort Sprecherin der AG COVID-19-Impfung in der Schwangerschaft. Und als dritten im Bunde haben wir Professor Dr. Mario Rüdiger. Er ist Leiter des Fachbereichs Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin sowie Leiter des Projektes Feto-Neonataler-Pfad am Universitätsklinikum in Dresden. Und dazu noch Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und dort koordinieren Sie auch die deutsche Schwangeren-Registerstudie Cronos. Das soweit zum Eingang. Ich würde gern mit Frau Röbl-Mathieu beginnen. Könnten Sie einmal kurz die Empfehlung, die die STIKO jetzt im Entwurf zusammengefasst hat, zusammenfassen und erklären, welche Argumente nun das Pendel von der vorherigen Empfehlung für Risikogruppen unter Schwangeren zur generellen Empfehlung für Schwangere und Stillende gelenkt haben?

Marianne Röbl-Mathieu [00:03:30]

Ich begrüße Sie alle zusammen und möchte Ihnen kurz die neue Impfempfehlung vorstellen. Die STIKO empfiehlt in ihrem neuen Beschlussentwurf bisher nicht oder unvollständig geimpften Schwangeren ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel die Impfung mit zwei Dosen eines mRNA-Impfstoffes sowie auch allen nicht oder unvollständig geimpften Stillenden ebenfalls mit zwei Dosen eines mRNA-Impfstoffes. Was auch ganz wichtig ist, dass die STIKO darüber hinaus auch ausdrücklich allen noch nicht oder unvollständig geimpften Frauen im gebärfähigen Alter die Impfung gegen COVID-19 empfiehlt, damit bereits vor Eintritt einer Schwangerschaft ein sehr guter Schutz vor dieser Erkrankung besteht. Hintergrund dieser neuen Empfehlung ist die Tatsache, dass in den letzten Wochen noch eine Reihe von Erkenntnissen gewonnen worden sind, insbesondere zum Verlauf der COVID-19-Erkrankung in der Schwangerschaft als auch zur Sicherheit und Wirksamkeit der Impfung in der Schwangerschaft und auch in der Stillzeit. Und da hat die STIKO in ihrer typischen Arbeitsweise eine systematische Aufarbeitung der Evidenz vorgenommen und ist nun zu einer geänderten Nutzen-Risiko-Bewertung gekommen. Das Ergebnis habe ich Ihnen jetzt gerade vorgetragen. Hintergrund war zum einen, dass herausgearbeitet werden konnte, dass die Schwangerschaft per se einen unabhängigen Risikofaktor für einen schweren COVID-19-Verlauf darstellt.



Dann kam auch noch dazu, dass in den letzten Wochen neue Daten zur Wirksamkeit und insbesondere auch zur Sicherheit in der Schwangerschaft herausgekommen sind. Und es kam dazu, dass sich die Delta-Variante ausgebreitet hat, sodass zu erwarten ist, dass insbesondere für ungeimpfte Personen und damit auch ungeimpfte Schwangere ein erhöhter Infektionsdruck besteht. Die Sicherheitsdaten haben kein Risiko für ein Signal gezeigt, dass die Impfung irgendwelche unerwünschten schweren Komplikationen aufgetreten wären. Obwohl man dazu sagen muss, dass die Datenlage zur Sicherheit nach wie vor begrenzt ist, weshalb auch eine ausführliche Aufklärung durch den Arzt darüber nach wie vor für wichtig erachtet wird. Es hat sich gezeigt, dass bei der bisher bestehenden Impfpflicht der Zugang zur Impfung für impfwillige Schwangere doch sehr schwer war. Es war auch für die Ärzte offensichtlich schwierig, eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung bei bestehenden Vorerkrankungen oder auch erhöhtem Expositionsrisiko vorzunehmen, weil das Ausmaß der Auswirkungen sehr schwer quantifizierbar waren. Und da kommt dann ein Gerechtigkeitsaspekt dazu, dass ja nicht schwangere Frauen sich jederzeit impfen lassen können und das andererseits vor diesem Hintergrund wie er bisher bestand, schwangere Frauen de facto einen erschwerten Zugang zur Impfung hatten. Das würde ich jetzt mal sagen, sind die wichtigsten Punkte.

Moderatorin [00:06:55]

Vielen Dank. Ich hoffe, Sie können die Lautstärke wieder ein bisschen aufdrehen, damit Sie uns wieder hören. Ich werde jetzt aber erstmal übergeben an Herrn Bogdan. Haben Sie als STIKO-Mitglied da noch etwas zu ergänzen und könnten Sie nochmal erklären, was immunologisch bei Schwangeren so besonders ist, dass sie so explizit in STIKO-Empfehlungen betrachtet werden.

Christian Bogdan [00:07:19]

Ja, gerne. Ein ganz wichtiger Aspekt der Empfehlung, die wir gerade eben erarbeitet haben, ist auch die Empfehlung, dass sich primär alle Frauen, die im gebärfähigen Alter sind oder eine Schwangerschaft planen, wenn immer möglich, vor der Schwangerschaft impfen lassen. Und zwar einfach deswegen: Die Empfehlung, so wie sie jetzt existiert, betrifft das zweite Trimenon und das dritte Trimenon und wir haben aus vielerlei Gründen keine Impfungen im ersten Trimenon vorgesehen. Dementsprechend ist es absolut wichtig, dass diejenigen, die eine Schwangerschaft planen, sich auch vorher bereits impfen lassen, denn dann besteht während der ganzen Schwangerschaftszeit auch tatsächlich Schutz. Das ist eine ganz wichtige Komponente unserer neuen Empfehlung. Der andere Aspekt, warum Schwangere in der STIKO besonders behandelt werden, ist nicht nur COVID-spezifisch, sondern es ist generell so. Das liegt daran, dass wir immer zwei Leben zu betrachten haben. Das Leben der Mutter und deren Umstände und natürlich auch das Leben des werdenden Kindes. Da ist die Anforderung an Sicherheit, an Verträglichkeit besonders hoch. Aber es geht auch um die Frage, ob ein Eingriff in das mütterliche Immunsystem, in dem Fall eben durch eine Impfung, einen Effekt haben könnte auf die Entwicklung des Immunsystems oder auch die spätere Antwort des Neugeborenen auf die dann stattfindenden Impfungen. Das war Teil der Evaluation und der Aufarbeitung der Datenlage. Da können wir im Moment zumindest festhalten, dass wir keine Hinweise haben, dass es einen Effekt auf das Immunsystem des Kindes mit negativen Auswirkungen geben könnte. Insofern muss man das halt bei jeder Schwangerschaft und bei jeder Impfung in der Schwangerschaft auch entsprechend betrachten. Dazu kommt noch der Umstand, dass die Schwangerschaft an sich immunologisch ein sehr interessantes Geschehnis ist. Denn man muss sich ja vor Augen führen, dass sich hier zwei Organismen miteinander arrangieren, die genetisch alles andere als identisch sind. Und das setzt natürlich voraus, dass die immunologische Lage im Bereich des sich entwickelnden Lebens, der Plazenta, eine ganz andere ist als zum Beispiel irgendwo in der Peripherie im Muskel. Da kommt die Frage auf: Können Infektionen oder Impfungen an dieser Balance, die da in der Plazenta existiert, irgendwas ändern. Das hatten wir ja in der Vergangenheit schon sehr intensiv mit der Pertussis-Impfung beleuchtet und jetzt nochmal im Hinblick auf die



COVID-19-Impfung. Stand heute – das ist ein Geschehnis, das man fortlaufend beobachten muss – haben wir da keine Hinweise, dass wir etwas zu befürchten hätten.

Moderatorin [00:10:04]

Vielleicht hake ich da an der Stelle noch einmal kurz ein. Sie hatten gerade im ersten Teil gesagt, dass Sie die Impfung ab dem zweiten Trimenon empfehlen nicht im ersten. Was sind die Gründe dafür?

Christian Bogdan [00:10:17]

Das ist vor allem der Aspekt, auch da sind wir bei der Immunologie, was passiert im ersten Trimenon. Das ist ein Geschehnis, wo im Prinzip das Immunsystem sehr aktiv ist. Wir haben ja im Endeffekt eine Entwicklung der ganzen placentaren Anatomie. Wenn man es immunologisch betrachtet, herrscht eigentlich eine Art von invasivem Entzündungsgeschehnis. Wenn man sich vorstellt: Bei einer Impfung kann es immer zu einer Impfreaktion kommen, einer ganz normalen Impfreaktion. Die Impfreaktion kann aber bei so einer Impfung auch mit Fieber einhergehen, also mit einer systemischen Reaktion. Fieber, das heißt solche Impfungen oder Infektionen sind ein potentieller Faktor für die Auslösung von Aborten. Dementsprechend ist klar, dass man versucht, in den ersten drei Monaten schwere Infektionen zu vermeiden und auch irgendwelche immunologischen Veränderungen, die mit der dramatischen systemischen Impfreaktion einhergehen können. Das ist der Hauptaspekt. Dazu kommt noch der Umstand, dass es zu dieser frühen Phase auch zu wenige Daten oder gar keine Daten gibt, die uns ausreichen würden, selbst wenn die immunologischen Gegebenheiten außer Acht lassen, die ich gerade geschildert hatte.

Moderatorin [00:11:34]

Super, danke! Ich würde an den Dritten im Bunde überleiten, das ist Herr Rüdiger. Sie wissen ja auch seit gerade erst von der Empfehlung oder dem Ergebnis der Empfehlung der STIKO, auch wahrscheinlich durch Ihre Fachgesellschaft die am Stellungnahme-Prozess beteiligt ist. Hätten Sie mit dem Ausgang dieser Beratungen durch die STIKO gerechnet und ist das nachvollziehbar aus Ihrer Sicht?

Mario Rüdiger [00:11:55]

Ich begrüße das sehr. Die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin hat ja sehr frühzeitig schon gesagt, dass wahrscheinlich die Vorteile eher gegenüber den Nachteilen überwiegen und deswegen auch in die Richtung gearbeitet, dass es wahrscheinlich empfehlenswert ist, weil es die Mutter schützt, also die Schwangere schützt, das Ungeborene schützt und auch das Neugeborene schützt. Ich finde es absolut toll, dass die STIKO da sehr gewissenhaft arbeitet und sich Zeit lässt, wirklich alle verfügbaren Daten zu erfassen. Und deswegen begrüße ich diese aktuelle Stellungnahme sehr.

Moderatorin [00:12:28]

Vielen Dank für diese Eingangsstatements für den Moment. Herr Rüdiger, ich hätte da aber noch eine Nachfrage dazu. Sie haben ja schon gesagt, dass die DGPM, also Ihre Fachgesellschaft, zusammen mit der DGGG, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, schon früh im Mai eine Stellungnahme oder eine Empfehlung veröffentlicht hat für eine generelle Impfung von Schwangeren. Wie war denn daraufhin der Zulauf von impfbereiten Schwangeren? Frau Röbl-Mathieu hat gerade schon gesagt, der Zugang könnte wegen einer fehlenden STIKO-Empfehlung noch etwas erschwert gewesen sein. Haben Sie das gemerkt und erwarten Sie dass jetzt, wenn die STIKO empfiehlt, noch einmal ein Schwung Schwangere dazukommt?



Mario Rüdiger [00:13:10]

Das erwarte ich auf alle Fälle, weil die Nachfragen waren nach unserer Stellungnahme in der Vergangenheit sehr viele gewesen, aber auch viel Verunsicherung. Wir konnten immer nur sagen, die verfügbaren Daten, die wir überschauen, scheinen dafür zu sprechen, dass es wirksam ist und auch keine großen Nebenwirkungen hat und deswegen auch diese Abwägung, es bei besonderen Risiken wirklich schon durchzuführen. Aber da kamen natürlich auch viele Anfragen von Frauen oder Schwangeren, die dann gesagt haben, ich habe nicht das Risiko, würde aber trotzdem mich oder mein Ungeborenes schützen wollen. Und deswegen erwarte ich da jetzt großen Zuspruch.

Moderatorin [00:13:47]

Ja, auch in der Fach-Community gilt wahrscheinlich das Gleiche. Auch da, sagte Frau Röbl-Mathieu, waren sich einige noch unsicher, dafür gilt das gleiche, nehme ich an.

Mario Rüdiger [00:13:55] Ja.

Moderatorin [00:13:55]

Frau Röbl-Mathieu, es geht um die Datenlage, die wir zu Schwangeren haben. Die werden meistens aus den klinischen Zulassungsstudien für Impfstoffe noch ausgeschlossen, aufgrund dieser Besonderheit, die Herr Bogdan gerade schon dargestellt hat. Also wenig Daten aus klinischen Zulassungsstudien ist vielleicht ein Grundproblem bei Impfungen von Schwangeren. Aber wie sieht es denn jetzt im Rahmen von COVID aus im Vergleich zu anderen Impfungen. Zum jetzigen Zeitpunkt: Wie viele Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit haben wir denn im Vergleich zu anderen schon zugelassenen Impfungen oder empfohlenen Impfungen für Schwangere?

Marianne Röbl-Mathieu [00:14:36]

(Expertein verspricht sich im Original; hier wird nur der inhaltlich korrekte Gedankengang dargestellt; Anm. d. Red.). Zur Wirksamkeit haben wir im Prinzip nur drei Studien beziehungsweise zwei sogar nur. Das ist eine große Studie aus Israel, wo insgesamt mehr als 20.000 Frauen untersucht worden sind (*Dagan N et al. (2021): Effectiveness of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in pregnancy. Nature Medicine. DOI: 10.1038/s41591-021-01490-8; Anm. d. Red.*). Die Hälfte davon geimpft, andere Hälfte nicht geimpft. Da hat sich gezeigt, dass die Rate von Infektionen an SARS-CoV-2 bei den geimpften Schwangeren deutlich niedriger war. Da war eine Wirksamkeit vor Infektion von über 96 Prozent zu finden und vor symptomatischer Infektion war es noch etwas höher und auch vor Hospitalisierung war die Wirksamkeit etwa bei 89 Prozent (*Die Werte sind nachträglich noch einmal angepasst worden und genau aus der Studie zitiert worden; Anm. d. Red.*).

Moderatorin [00:15:54] Das klassische Bild, würde ich mal zusammenfassen, das man auch aus den anderen Wirksamkeitsstudien kennt.

Marianne Röbl-Mathieu [00:15:59] Genau, kein Unterschied zwischen Schwangeren und nicht Schwangeren.

Moderatorin [00:16:03]

Wenn Sie jetzt die Datenlage insgesamt betrachten, also weniger auf die einzelne Studie eingehen, sondern wie ist das zum Beispiel zu vergleichen mit – Herr Bogdan hat sie gerade angesprochen –



der Pertussis-Impfung gegen Keuchhusten, die ja auch empfohlen wird von der STIKO. Wieviel Daten liegen denn da vor im Vergleich zu COVID-19?

Marianne Röbl-Mathieu [00:16:20]

Bei der Beurteilung der Datenlage zur Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft hatten wir mehr als eine Million Daten von Mutter-Kind-Paaren für den Endpunkt der Wirksamkeit und mehr als 800.000 Daten von Mutter-Kind-Paaren zum Endpunkt der Sicherheit der Impfung.

Moderatorin [00:16:38] Also deutlich mehr als jetzt zu COVID.

Marianne Röbl-Mathieu [00:16:40] Es ist ein Riesenunterschied zu diesen 20.000 und einigen weiteren Tausend aus einer anderen Studie.

Moderatorin [00:16:46]

Herr Bogdan, ich habe an Sie eine Nachfrage und zwar ist es ja so, Frau Röbl-Mathieu hat die V-Safe-Studie (*Zauche LH et al. (2021): Receipt of mRNA COVID-19 vaccines preconception and during pregnancy and risk of self-reported spontaneous abortions, CDC v-safe COVID-19 Vaccine Pregnancy Registry 2020-21. Research Square. DOI: 10.21203/rs.3.rs-798175/v1; Anm. d. Red.*) ja auch schon mal angesprochen, dann Daten aus Israel, die Sie jetzt als STIKO mit einbezogen haben in Ihre Empfehlung. Das heißt, wir schauen auf Daten aus anderen Ländern, haben jetzt aber selber nicht so viele gesammelt. Herr Rüdiger, zur Cronos-Studie kommen wir gleich noch, aber wenn man das jetzt vergleicht, einfach der Anzahl nach, dann haben wir hierzulande nicht so viel. Ist es nicht so ein bisschen unfair, sich auf Daten aus anderen Ländern zu verlassen, dann eine nationale Empfehlung auszusprechen, dann zu sagen, jetzt können wir auch hier Schwangere impfen? Sollten wir uns vielleicht stärker auch national an der Datenerhebung beteiligen?

Christian Bogdan [00:17:24]

Naja, also da muss man jetzt schon mal betonen, dass nicht in allen Ländern genau in der gleichen Form gearbeitet wird was Impfempfehlungen anbelangt, wie jetzt bei uns. Jetzt kann man natürlich sagen, die Deutschen, die warten ab und schauen, was passiert im Ausland. Aber das ist ja nicht die primäre Maxime der STIKO, sondern unsere Maxime ist und da unterscheiden wir uns vielleicht dann doch ein bisschen, dass wir die wissenschaftliche Evidenz in den Vordergrund stellen. Und die Frage müssten Sie andersherum formulieren: Warum fangen andere Länder mit dem Impfen an, ohne die Daten zu haben, und zwar breitflächig. Und das ist, denke ich, dann doch ein gewisser Unterschied in der Vorgehensweise und man kann da jetzt lebhaft drüber streiten, was im Rahmen einer Pandemie dann das adäquatere Vorgehen ist. Aber ich glaube nicht, um das auch mal ganz klar zu sagen, dass wir jetzt durch die abwartende Haltung auf die entsprechenden Studien zu warten, die dann auch publiziert worden sind, dass wir dadurch in Deutschland Schwangeren massiv geschadet hätten. Man muss auch hervorheben, dass bei allem, was Risiko anbetrifft durch die Schwangerschaft oder gegebenenfalls auch durch Komorbiditäten das Risiko in der Altersgruppe, wo man üblicherweise schwanger wird, für COVID-19 erstmal ein sehr geringes ist. Das ist ja immer die Gefahr, dass man die sogenannte Risikosteigerung oder Risk Increases wie es im Angloamerikanischen heißt, losgelöst betrachtet vom absoluten Risiko. Und wenn es jetzt so gewesen wäre, dass das absolute Risiko für Schwangere so hoch wäre wie für 80-Jährige, dann können Sie davon ausgehen, dass wir diese Impfung natürlich auch für die Schwangeren sehr frühzeitig empfohlen hätten. Aber das ist ja mitnichten der Fall, das muss man betrachten. Also das Rufen, jeder muss sofort geimpft werden, nur unter dem Aspekt der Gleichberechtigung, das ist nicht die Maxime der STIKO;



sondern die Maxime der STIKO ist: Wo sind die Risiken am höchsten, wo sind die Impfziele zu setzen, was wollen wir eigentlich durch die Impfung wirklich erreichen?

Moderatorin [00:19:43]

Vielen Dank für die Klärung. Ich denke, da kann man noch vortrefflich drüber streiten, das würde ich sehr gerne. Ich würde aber noch ein paar andere Aspekte mit einbringen. Und zwar kommt eine Frage von außen, die dazu passend ist. Frau Röbl-Mathieu, warum werden nur mRNA-Impfstoffe empfohlen und nicht die Vektor-Impfstoffe?

Marianne Röbl-Mathieu [00:19:59]

Das hat zum einen damit zu tun, dass in Deutschland derzeit ja sowieso laut STIKO-Empfehlungen Personen unter 60 Jahren nicht mit Vektor-Impfstoffen geimpft werden sollen. Und um eine solche Altersgruppe geht es ja hier. Und zum zweiten gibt es auch deutlich weniger Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Vektor-Impfstoffen in der Schwangerschaft.

Moderatorin [00:20:20]

Vielen Dank. Ich würde ich nochmal an Herrn Rüdiger geben. Und zwar haben Sie vorhin in Ihrem Eingangsstatement auch schon den indirekten Schutz des Kindes angesprochen, der durch eine Impfung der Mutter zustande kommt. Ist das auch ein explizites Ziel, was betrachtet werden sollte oder ist das eher ein netter Nebeneffekt von einer Impfung der Schwangeren? Und wie gut ist denn der Schutz eigentlich bei den Kindern, bei den Ungeborenen und Neugeborenen? Wissen Sie dazu auch was aus Ihrer Cronos-Studie, könnten Sie die Daten einmal vorstellen?

Mario Rüdiger [00:20:49]

Das sind zwei unterschiedliche Sachen. Das eine ist: Wir wissen, durch die Impfung der Mutter werden auch Antikörper übergeben, gehen über auf das Ungeborene und damit hat das Neugeborene auch den sogenannten Nestschutz. Das ist von der Natur relativ clever angelegt, dass die Neugeborenen auch geschützt werden. Von der Seite her profitieren die Neugeborenen gerade in einer besonders empfindlichen Phase, wo sie erst mal auf der Welt sind und mit vielen Außenpathogenen in Kontakt kommen, also die Infektionsgefahr groß ist. Der zweite Aspekt und da werde ich nochmal auf Herrn Bogdan und diese Abwägung eingehen oder diese Diskussion eingehen bezüglich eigener Daten und anderer Daten. Ich glaube, die Impfempfehlung beruht ja immer auf dem Risiko, wie Herr Bogdan gesagt hat, von der Grunderkrankung und der Wirksamkeit der Impfung. Und ich glaube, gerade für diesen Aspekt des Risikos der Grunderkrankung und auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme wissen wir einfach, dass das Risiko ganz unterschiedlich ist. Und deshalb war uns so wichtig, als DGPM auch wirklich Daten von Schwangeren für das deutsche Gesundheitssystem zu erfassen. Also wir haben jetzt mittlerweile fast 3.000 Schwangere erfasst in diesen anderthalb Jahren und können da relativ gut sagen, wie die Situation ist, wie ist wirklich dieses Grundrisiko. Wenn man das vergleicht mit anderen Ländern, sieht man auch in der STIKO-Empfehlung, dass es ganz unterschiedlich ist. Und das liegt nicht unbedingt an den Schwangeren, sondern an unterschiedlichen Gesundheitssystemen. Vorsorgeuntersuchung sind in Deutschland extrem gut ausgeprägt. Und deswegen ist dieser Aspekt sehr wichtig, wirklich Daten zu generieren für das deutsche Gesundheitssystem, was bedeutet diese Erkrankung. Und da war man ehrlicherweise so ein bisschen verlassen, das war also Eigeninitiative, Ehrenamt, was wir da gemacht haben, aber es ist unheimlich wichtig, diese Daten zu generieren.

Moderatorin [00:22:48]

Und Sie erheben die jetzt auch noch weiter, die läuft noch weiter die Cronos-Studie. Was sind die



Hauptausgangspunkte, die in die STIKO-Empfehlungen mit eingeflossen sind, also vor allen Dingen, was den Schutz auch der Kinder oder das Risiko der Kinder, wenn die Mutter und COVID erkrankt ist, angeht.

Mario Rüdiger [00:23:04]

Genau, wir haben mehrere Effekte. 3.000 Frauen sind positiv getestet, die sind nicht alle erkrankt. Aber wir sehen bei diesen Positivgetesteten, wie groß der Anteil ist, der wirklich intensivpflichtig ist, also wie groß das Risiko für die Mutter ist. Es war ein Prozent der Neugeborenen, die wir erfassen, die wirklich einen positiven Test gehabt haben, noch nicht mal mehr erkrankt sind, sondern positiven Test gehabt haben. Und das sind alles wichtige Daten, auf denen man diese Balance zwischen Risiko der Impfung und Risiko der Erkrankung abwägen kann. Und da sind einfach deutsche Daten wichtig.

Moderatorin [00:23:43]

Da kommt nochmal eine Nachfrage dazu. Wenn Sie finden, die Antikörper gehen auch über von der Mutter aufs Kind über die Plazenta, macht das dann eine Impfung für Säuglinge überflüssig? Weil auch die wird ja diskutiert und die Daten werden gerade erhoben, auch von den Herstellern. Ab wann sollten Säuglinge oder Kleinkinder geimpft werden, wie lange hält der Schutz an?

Mario Rüdiger [00:24:02]

Also wir wissen, dass der Nestschutz das erste halbe Jahr ganz grob besteht und bei Säuglingen vielleicht bis zum ersten Lebensjahr, sodass wir die wirklich ganz getrennt davon diskutieren müssen. Wir haben ja die Grenze jetzt bei zwölf Jahren gelegt. Da muss man sich angucken, wie die Datenlage ist für diese Kinder zwischen ein und zwölf Jahren. Da wird man sicherlich ein bisschen zurückhaltend sein. Aber da muss man sich wirklich die Daten angucken und da kann man glaube ich, die mütterliche Impfung erstmal ignorieren.

Moderatorin [00:24:39] Herr Bogdan, würden Sie das ebenso sehen?

Christian Bogdan [00:24:42]

Das sind eine Reihe von Aspekten, die die eine Rolle spielen. Es geht vor allem auch um die Wahl des Impfstoffes. Man muss ja auch immer die Frage stellen, wann wird welcher Antikörper übertragen. Die Übertragung von Antikörpern der Klasse IgG über die Plazenta, das ist im Prinzip ein ganz etablierter und auch sehr gut funktionierender Weg. Spannender wird dann die Frage, wie es aussieht mit der Übertragung von Antikörpern über die Muttermilch. Denn da brauchen wir eigentlich eine andere Klasse von Antikörpern, die da sezerniert werden muss. Und das wird auch etwas sein, wo die Wissenschaft sicherlich aktiv werden wird im Hinblick auf Verbesserung zum Beispiel von Antikörpern der IgA-Klasse. Wie kann man das durch eine Impfung entsprechend besonders steigern, wenn denn überhaupt so eine Impfung in der Schwangerschaft stattfinden muss. Ich habe ja eingangs gesagt und dazu stehen wir also ganz massiv, wenn immer möglich, sollte die Impfung vor der Schwangerschaft stattfinden. Zu den Säuglingen, da sind ja jetzt viele Aspekte wirklich hoch relevant. Da ist einzeln zu betrachten, was ist wirklich das Gefährdungsrisiko des Säuglings bei Erkrankung. Dann natürlich die Frage, wie lange hält dieser Nestschutz an. Dann geht es bestimmt irgendwann auch um die Frage, die nicht so ganz trivial ist, wie sie klingt. Wie kann man eine COVID-Impfung in den Impfkalender integrieren? Aber es geht natürlich auch ganz speziell um die Nutzen-Risiko-Abwägung. Das wird eine separate Situation werden mit einer sicherlich sehr intensiven Beleuchtung der wissenschaftlichen Datenlage. Und alle wissen, denke ich in der Republik, dass die Altersgruppe, über die wir dann da reden, mitnichten die Altersgruppe ist, die



besonders gefährdet ist durch COVID-19, jedenfalls nach derzeitigem Stand der Dinge mit dem momentan zirkulierenden Virus.

Moderatorin [00:26:38]

Um das nochmal zusammenzufassen: Die STIKO-Empfehlung bezieht sich ja nicht nur auf Schwangere, sondern eben auch auf Stillende, aus genau dem Grund, von dem wir kamen, eben dass die Antikörper auch über die Muttermilch übertragen werden können. Das hatten wir glaub ich so als Fakt noch nicht gesagt. Das würde ich an dieser Stelle einfach mal zusammenfassen. Frau Röbl-Mathieu, dazu kommt noch eine Verständnisfrage, vor allen Dingen zu der Cronos-Studie von Herrn Rüdiger, und ich würde was anschließen. Die Cronos-Daten sind ja dann sicherlich auch in die STIKO-Empfehlung mit eingeflossen, wenn wir dann jetzt schon nationale Daten haben. Was für eine Rolle haben die denn gespielt in der Diskussion?

Marianne Röbl-Mathieu [00:27:10]

Ja, das war einfach ein wichtiger Teilaspekt, weil es eben Daten aus dem eigenen Land sind. Und letztlich gab's da durchaus ganz gute Übereinstimmungen auch mit internationalen Daten, zum Beispiel, dass es eben ein höheres Risiko für einen schweren Verlauf in der Schwangerschaft gibt. Auch ich möchte nochmal betonen: Das absolute Risiko, durch eine COVID-19-Erkrankung einen schweren Verlauf zu erleiden, ist schon niedrig. Das ist auch international maximal so bei zehn Prozent angesiedelt. Das Risiko für eine Intensivbehandlung liegt bei vier Prozent. Das Risiko für eine invasive Beatmung bei drei Prozent. Und in etwa haben die deutschen Daten eigentlich ähnliche Zahlen erbracht. Und es ist auch nicht so, dass Schwangere sich häufiger als nicht Schwangere anstecken. Und sie weisen auch im Prinzip eine ähnliche Symptomatik auf. Oft ist es sogar so, dass weniger ausgeprägte Symptome da sind. Im Vordergrund stehen Fieber und Husten und leichte Blutbildveränderungen. Also das absolute Risiko ist gering. Aber es ist doch zu sehen, dass das Risiko eben für einen schweren Verlauf, für Behandlungspflichtigkeit auch auf Intensivstationen höher ist als bei nicht schwangeren Frauen.

Moderatorin [00:28:29]

Um da nochmal einzuhaken: Das ist aber auch – wir haben es eingangs schon mal gesagt, aber ich finde den Punkt sehr wichtig – es ist auch so, wenn man andere Risikofaktoren, wie zum Beispiel Vorerkrankungen, die ja auch Schwangere haben können, also Diabetikerinnen zum Beispiel, wenn man die rausrechnet, ist auch die Schwangerschaft an sich ein Risikofaktor für einen schweren COVID-Verlauf.

Marianne Röbl-Mathieu [00:28:50]

Ja. Also ein zentraler systematischer Review, den wir ja auch mit zugrundegelegt haben für unsere Auswertung, der hat ja Daten gesammelt bis zum Oktober 2020. Und da wussten wir eben schon, dass bestimmte Risikofaktoren das Risiko für einen schweren Verlauf erhöhen. Aber auch damals hat sich schon abgezeichnet, dass die Schwangerschaft per se ein eigenständiger Risikofaktor sein könnte. Und das hat sich jetzt durch neuere Daten eigentlich auch bestätigt. Da geht's dann vor allem auch darum, dass das Risiko für Frühgeburten ansteigt. Und es geht darum, dass das Risiko für eine sogenannte Präeklampsie (*umgangssprachlich Schwangerschaftsvergiftung, eine ernsthafte Erkrankung der Schwangeren bei der Bluthochdruck und Nierenschäden auftreten; Anm. d. Red.*) ansteigen kann. Das ist alles weniger als doppelt so hoch, aber es erhöht sich eben deutlich. Dadurch, dass es aber zu Frühgeburten kommt ab dem dritten Trimenon der Schwangerschaft, steigt auch die neonatale Morbidität. Also wir haben gesehen, dass nicht die Infektion beim Neugeborenen eine nennenswerte Krankheitslast auslöst, weil es eher selten ist. Und wenn sie erkranken, dann eigentlich in der Regel nicht schwer. Sondern dass die Morbidität eher aus der Frühgeburtslichkeit



resultiert. Und wir haben auch gesehen, dass nicht die Rate an spontanen Frühgeburten zunimmt, sondern die Rate von ärztlich induzierten Schwangerschaftsbeendigungen, zum Beispiel aufgrund eines schlechteren Gesundheitszustand der Mutter, oder weil es eben beim Kind ein akutes Problem gibt. Das, finde ich, sind einfach wichtige Daten, und da hat sich eben gezeigt, dass die Schwangerschaft per se ein unabhängiger Risikofaktor ist.

Moderatorin [00:30:34]

Herr Rüdiger, wie sehen dann so Probleme aus, die die Kinder, also die Ungeborenen beziehungsweise dann Neugeborenen haben, durch, sagen wir mal, einen schweren COVID-Verlauf bei den Müttern, bei den noch schwangeren Müttern. Das ist ja auch Ihr Fachbereich, könnten Sie dazu noch mal kurz was sagen?

Mario Rüdiger [00:30:48]

Also die wirklich sehr schweren COVID-Verläufe bei den Neugeborenen sind extrem selten. Die sind wirklich eher aus dieser zu frühen Geburt resultierend, die also irgendwie aus mütterlicher Indikation notwendig ist. Sodass diese Probleme mit der frühen Geburt assoziiert sind. Das heißt, sie haben Atemunterstützung, sie müssen beatmet werden. Aber wirklich sehr, sehr schwere Verläufe, wie wir das von 80-jährigen Patienten mit COVID haben oder so, ist extrem selten. Das muss man einfach sagen.

Moderatorin [00:31:20]

Okay, es kommt die Nachfrage, das hatte ich jetzt dann doch nur so eingeworfen, ob wir nochmal kurz die Argumentation bei Stillenden etwas genauer erläutern können. Warum eben auch die STIKO-Empfehlung für Stillende gilt. Frau Röbl-Mathieu, Herr Bogdan, wer möchte? Herr Bogdan, Sie haben schon länger nichts gesagt.

Christian Bogdan [00:31:37]

Also im Endeffekt ist es natürlich immer das Ziel einer Impfung in der Schwangerschaft, dass man eben einen Beitrag auch leistet zum Nestschutz. Und der Nestschutz kommt eben zustande durch diese zwei Wege: eben Übertragung der Antikörper über die Plazenta während der intrauterinen Zeit und dann eben danach über die Muttermilch. Und da muss man halt jetzt sagen, auch da wird in der Zukunft sicherlich noch einiges passieren, was den Umfang der wissenschaftlichen Studienlage anbetrifft. Aber die wenigen Arbeiten, die es zu der Frage der Übertragung oder der Ausscheidung von SARS-CoV-2-spezifischen Antikörpern über die Muttermilch gibt, sind sehr, sehr ermutigend. Und wenn man das also noch zusätzlich hat, dann ist es halt ein weiteres Argument für die Sinnhaftigkeit dieser Impfung. Also ich denke, das wird dann bestimmt auch ein Thema werden, wenn es um die Weiterentwicklung von Impfstoffen geht. Ob man das eine oder andere diesbezüglich auch noch verbessern kann.

Marianne Röbl-Mathieu [00:32:42]

Ich würde vielleicht trotzdem gern ergänzen, dass natürlich der Hauptgrund einfach die Tatsache ist, dass Stillende auch die Möglichkeit haben sollen, sich selber zu schützen, und dass eben das Stillen kein Hinderungsgrund ist, sich impfen zu lassen.

Christian Bogdan [00:32:57]

Ich hab jetzt mehr auf die Muttermilch-Situation abgehoben. Natürlich, die Impfung der Stillenden, das ist ja etwas, wo man jetzt einfach mal sagen muss: Wenn eben jemand, aus welchen Gründen



auch immer, sich weder vor der Schwangerschaft noch während der Schwangerschaft hat impfen lassen, dann aber eben den Wunsch hat, dann gibt's jetzt aus unserer immunologischen Sicht erst mal keinen Grund, das nicht zu machen. Wenn man die Daten (nimmt) zu dem Thema "Was passiert während der Stillzeit mit einer Immunantwort", die (sind) sicherlich noch beschränkter als (die) zu anderen Fragestellungen; aber rein biologisch betrachtet gibt es auch keine plausiblen Gründe anzunehmen, dass man da in irgendein Problem hineinlaufen sollte. Also das ist, denke ich, mehr als als wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Stillzeit jetzt keine Kontraindikation für die Impfung mit einem Totimpfstoff darstellt. Und die mRNA ist ja jetzt kein lebender Organismus, sie gehört zur großen Kategorie der Totimpfstoffe im weiteren Sinn des Wortes, und dementsprechend ist es unbedenklich.

Moderatorin [00:33:58]

Das ist ganz spannend. Also Sie würden die mRNA-Impfstoffe – das ist auch noch eine Frage, die ich mir aufgeschrieben hatte – die sind ja jetzt auch was sehr Neues, die in der Pandemie eingesetzt werden, auch in die Kategorie Totimpfstoffe zählen, weil, wie Sie gerade gesagt haben, die sind empfohlen von der STIKO, Lebend- nicht aus den bekannten Gründen.

Christian Bogdan [00:34:13]

Der Terminus Tot- und Lebendimpfstoff ist natürlich historisch bedingt und gewachsen. Also unter einem klassischen Totimpfstoff versteht man einen abgetöteten ganzen Erreger. Aber dann gab's ja in den letzten Jahrzehnten multiple Weiterentwicklungen, also wo man einzelne Komponenten nur zum Impfen nimmt: Proteine, also Eiweißstoffe, Zuckermoleküle, Peptide, also kurze Eiweißstücke, bis hin eben auch zu der RNA. Wir sind ja nicht mit einem ganzen Erreger (konfrontiert), es gibt auch keine Möglichkeit, dass die RNA sich irgendwie vermehrt. Das heißt also, wir haben hier definitiv, operational oder funktional betrachtet, einen Totimpfstoff. Und das ist deswegen wichtig, weil natürlich die Verimpfung von Lebendimpfstoffen in der Schwangerschaft sich verbietet. Und auch in der Stillzeit gibt's da entsprechende Limitationen. Und dementsprechend ist es natürlich wichtig, darauf hinzuweisen, dass hier kein Problem existiert.

Moderatorin [00:35:06] Also sagen wir, die mRNA-Impfung gegen COVID-19 steht jetzt so auf einer Stufe mit der gegen Influenza und Keuchhusten, wenn ich das richtig im Kopf hab.

Christian Bogdan [00:35:11] Von der Kategorisierung her ja, absolut. Vom Mechanismus her absolut nein.

Moderatorin [00:35:20]

Herr Rüdiger, vielleicht an Sie nochmal. Was sind denn offene Fragen, die noch unbedingt geklärt werden müssen? Und welche Studien fehlen eigentlich, um diese Daten zu erheben? Und ist es auch ein Mittel, kontrollierte Studien mit Schwangeren durchzuführen aus Ihrer Sicht?

Mario Rüdiger [00:35:37]

Wozu wir überhaupt noch nichts sagen können, sind die langfristigen Auswirkungen. Also zum Beispiel während der Schwangerschaft die Exposition des Ungeborenen einer Infektion gegenüber, was das langfristig bedeutet. Ich glaube, da ist ganz viel notwendig, die Daten zunächst einmal zu analysieren und zu gucken, so ein follow up zu machen. Also was wird aus den Kindern? Weil dieser Ansatz der kontrollierten Studien ist natürlich immer ein bisschen problematisch. Er ist methodisch deutlich sauberer, aber zurzeit bei dieser Infektion, bei der Pandemie, da kann man keine



kontrollierten Studien machen. Umso wichtiger ist es, dass wir wirklich beobachten und erfassen, was passiert eigentlich unter dieser Erkrankung. Damit wir das Risiko besser einschätzen können. Und dann für die Therapie oder Prävention, also fürs Impfen, da braucht man sicherlich vernünftige kontrollierte randomisierte Studien. Die müssen die Daten sozusagen dafür liefern. Aber wichtig nochmal mein Appell, dass wir auch die nachverfolgen, die jetzt sozusagen das durchgemacht haben.

Moderatorin [00:36:44]

Von den anderen beiden vielleicht noch ein Statement dazu: kontrollierte Studien an Schwangeren, möchten Sie dazu noch was sagen? Wie wichtig wären die vielleicht sogar in Impfstoffprüfungen schon?

Marianne Röbl-Mathieu [00:36:54]

Also es gibt ja schon eine kontrollierte randomisierte Studie zum Biontech-Impfstoff, die ist ange laufen im Februar, und da werden etwa 4000 Schwangere in verschiedenen Ländern untersucht, kontrolliert-randomisiert. Und da werden Ergebnisse in der zweiten Hälfte des nächsten Jahres erwartet. Und ich finde das gut und richtig und sinnvoll. Ich finde es aber auch richtig und sinnvoll, dass zunächst eben mal die ersten Studien, klinischen Studien an weniger vulnerablen Kollektiven stattfinden. So hat es ja auch begonnen. Zunächst waren ja dann auch Immundefiziente ausgeschlossen, HIV-Patienten und so weiter. Und dann aber finde ich es auch richtig, dass an Schwangere auch gedacht wird, wenn eben in den anderen Gruppen keine nennenswerten Risikosignale erkannt werden und eben auch die Wirksamkeit sich bestätigt. Dann ist es glaube ich auch sinnvoll, vielleicht in Zukunft früher und intensiver an die Einbeziehung von Schwangeren in kontrollierte Studien nachzudenken.

Moderatorin [00:37:57] Herr Bogdan, wollten Sie auch noch was sagen?

Christian Bogdan [00:38:01]

Was mir auch wichtig wäre, ist natürlich zu sehen, ob eine Impfung in der Schwangerschaft, ähnlich wie man es bei anderen Impfungen gesehen hat, einen Einfluss haben kann auf die Impfantwort des Neugeborenen. Da haben wir ja bisher bei den anderen Impfungen keine dramatischen und auch vor allem keine Langzeiteffekte. Also das ist nicht so, dass man quasi vermuten müsste, dass das passiert. Aber formal ist es bisher nicht untersucht, und ich denke, das sollte man natürlich ähnlich wie bei Pertussis auch bei der COVID-19-Impfung machen, um auch diese gedankliche Baustelle dann definitiv zu schließen.

Marianne Röbl-Mathieu [00:38:42]

Und wenn ich nochmal ergänzen darf, es ist ja auch in Deutschland angedacht, dass eine Studie läuft, wo auch Schwangere nach der Impfung weiter beobachtet werden. Das ist eine Zusammenarbeit mit dem Paul-Ehrlich-Institut und dem Embryotox-Register an der Charité in Berlin. Auch das halte ich für eine sehr sinnvolle Sache,

Moderatorin [00:39:06]

Frau Röbl-Mathieu, da sie sowieso gerade schon an der Reihe sind, ich habe noch eine Frage an Sie, so ein bisschen mehr in die Praxis gerichtet der Gynäkologinnen. Welche Sorgen haben denn schwangere Patientinnen in Bezug auf die Impfung? Wie adressieren Sie die jetzt auch mit der



STIKO-Empfehlung? Und gibt es weiterhin Kontraindikationen für Schwangere? Weichen die ab von der Normalbevölkerung, die nicht schwanger ist?

Marianne Röbl-Mathieu [00:39:28]

Also ganz echte Kontraindikationen gibt es auch bei der mRNA-Impfung eigentlich nicht. Das sind im Wesentlichen Menschen, die vielleicht wirklich Allergien haben gegen Inhaltsstoffe des Impfstoffs oder die in der Vergangenheit schon schwere anaphylaktische Reaktionen entwickelt haben. Ja, ich denke, die Unsicherheit besteht vor allem darin, dass es eben ein ganz neuartiger Impfstoff ist und dass man einfach weiß, dass die Datenlage insgesamt begrenzt ist. Wobei man natürlich inzwischen schon viele Millionen Menschen weltweit geimpft hat und zumindest Rückmeldungen vielleicht aus Überwachungssystemen hat, aus passiven Surveillance-Systemen. Aber natürlich ist es nicht dasselbe, wie eine systematische Aufarbeitung auch von Studien mit Vergleichsgruppen. Und das ist eine Unsicherheit, die besteht. Immer schwingt mit die Sorge um eine mögliche Schädigung des ungeborenen Kindes. Das ist aus meiner Sicht auch nachvollziehbar. Und deswegen kann ich immer nur noch alles betonen, was vorher eh gesagt worden ist, wie sorgfältig eben mit der Überprüfung auch von Impfstoffen gerade in der Schwangerschaft umgegangen werden sollte.

Moderatorin [00:40:42]

Zwei kleine praktische Fragen dazu. Jemand fragt: Wie groß ist denn eigentlich die Gruppe Schwangere, die das jetzt betrifft? Ich weiß, dass wir so ungefähr 800.000 Geburten im Jahr haben. Das ist ja dann ungefähr die Größe, die auch laufende Schwangerschaften haben müssten.

Marianne Röbl-Mathieu [00:40:57] Genau, so 700.000 Bis 800.000.

Moderatorin [00:40:59] Und, passt auch noch dazu, was wir gerade besprochen haben. Heißt die STIKO-Empfehlung jetzt eigentlich, dass impfende Ärztinnen und Ärzte jetzt aus der Haftung bei Impfkomplicationen ausgenommen sind?

Marianne Röbl-Mathieu [00:41:10]

Also das war schon vorher kein Thema. Es gibt kein Haftungsrisiko für einen Arzt, der ordentlich aufklärt, so wie er das ja immer machen sollte, wenn er eine Impfung durchführt. Das war eigentlich kein Thema, und es ist sogar speziell nochmal gesetzlich geregelt worden, weil ja einfach die COVID-19-Impfung doch eine ganz besondere Situation ist. Das wird ja alles vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt. Es läuft ja immer noch nicht direkt über das Kassensystem, auch das Bestellsystem und so weiter. Und da ist es auch nochmal extra klargestellt worden, dass es kein Haftungsrisiko gibt, vorausgesetzt, dass eben eine ordnungsgemäße Aufklärung erfolgt.

Christian Bogdan [00:41:55]

Und eine sachgerechte Durchführung, um das noch kurz zu betonen. Das ist kein Freibrief für das, was wir leider in den Medien permanent sehen, wie also so geimpft wird. Stichwort "Nadel bis zum Anschlag". Dann Injektion in der Form, dass der Stempel gedrückt wird während man die Nadel vorschiebt. Also das sind alles Dinge, wo man auch mal betonen muss in dem Rahmen: Es geht auch um eine sachgerechte Durchführung. Das heißt, wenn jemand also zum Beispiel durch nicht sachgerechte Durchführung einen Abszess entwickelt, dann ist der betreffende Arzt da nicht abgedeckt. Das betrifft Impfschäden, die Abdeckung.



Moderatorin [00:42:39] Danke nochmal für die Präzisierung. Hier kommt noch eine Frage zu der Kontraindikation, die wir gerade hatten. Ich würde die mal an Herrn Rüdiger stellen. Sind wiederholte Fehlgeburten auch keine Kontraindikation?

Mario Rüdiger [00:42:55] Also von meiner Seite, ich kenne da keine Daten, aber da sind Sie sicherlich noch besser informiert.

Marianne Röbl-Mathieu [00:43:01]

Ich meine, das Fehlgeburtsrisiko ist ja absolut gesehen relativ hoch und steigt ja auch mit zunehmendem Alter. Aber das hat in der Regel ja ganz andere Gründe. Das hat etwas damit zu tun, dass meistens bereits bei der Befruchtung irgendwelche Fehler passieren in der Verteilung der Chromosomen zum Beispiel oder eben dass mit zunehmendem Alter einfach auch die Fähigkeit des Körpers und der Gebärmutter, Schwangerschaften auszubringen, zu tragen, zurückgehen könnte usw. Das hat ja weniger mit anderen Einflüssen zu tun. *(Frau Röbl-Mathieu geht noch auf explizite Studienergebnisse in Ihrem Abschlussstatement ein; Anm. d. Red.)*

Moderatorin [00:43:32]

Herr Bogdan, ich habe nochmal eine etwas speziellere Frage an Sie. Ich habe gelesen, dass eine SARS-CoV-2-Infektion im dritten Trimester nicht mehr dazu führt, dass Antikörper über die Plazenta übertragen werden können. Also ich weiß nicht, ob das in jedem Fall so ist, aber eine späte Infektion führt eben nicht mehr zu dem Nestschutz, weil irgendwie eine Blockade, wenn ich das richtig verstanden habe, in der Nabelschnur herrscht für diese Antikörper. Könnte man das auch auf die Impfung übertragen und sagen, naja, vielleicht ist es im dritten Trimester doch gar nicht mehr so schlau zu impfen, weil dann ist der Nestschutz weg, aber zumindest der Schutz für die Schwangere noch da? Also ist das zweite Trimester das beste, um zu impfen?

Christian Bogdan [00:44:10]

Da muss man zwei Sachen auseinanderhalten. Also die eine Frage ist immer: Wann wird geimpft im Sinne von, wann hab ich denn dann auch bei der Mutter erst einmal die entsprechende Impfantwort, um Antikörper überhaupt produziert zu bekommen, die dann wiederum übertragen werden können. Also wenn Sie jetzt irgendwie auf die Idee kommen, in der achtunddreißigsten Schwangerschaftswoche eine Schwangere zu impfen, und die Woche drauf findet die Entbindung statt, dann ist es klar, da wird es keine diaplazentale relevante Übertragung mehr von Antikörpern geben können, weil die Produktion einfach nicht stattgefunden hat. Das heißt, die Idee im zweiten Trimenon zu impfen, hat natürlich vor allem auch den Grund, möglichst über eine lange Zeitdauer noch die Schwangere zu schützen. Es geht ja nach wie vor erst einmal um die Frage: Wie schützt man eine nicht geimpfte Schwangere? Da haben wir ja gesagt: Erstes Trimenon kommt nicht in Frage, aber dann eben zweites Trimenon. Und das Ganze jetzt praktisch nach hinten zu verlegen bis kurz vor die Entbindung, würde ja quasi das primäre Impfziel des Schutzes der Schwangeren ja völlig verfehlen. Und eine späte Impfung im späten dritten Trimenon hat natürlich keine Relevanz mehr, was die Übertragung von Antikörpern aufs Kind anbetrifft, weil dann die produzierten Antikörper noch viel zu niedrig sind. Die Frage einer spezifischen Blockade, da kann man eine separate Diskussion darüber führen, weil es sehr in wissenschaftliche Details geht, was eben die Regulation der Mechanismen anbetrifft, der Antikörperübertragung. Aber unser Petitum ist eben, die Impfung zu einem Zeitpunkt durchzuführen, wo die Mutter auch davon profitiert und dann eben parallel dazu glücklicherweise auch das Ungeborene beziehungsweise das Neugeborene.



Moderatorin [00:45:53]

Danke, da Sie gerade schon dabei sind, eine kurze Frage noch, dann würde ich noch eine Abschlussfrage in die Runde stellen. Hier kommt nochmal der Punkt "Auffrischungsimpfung". Generell beschäftigt sich die STIKO ja auch noch mit den Auffrischungsimpfungen. Aber jetzt hier im Sinne von: Brauchen Schwangere, die vor der Schwangerschaft komplett schon durchgeimpft wurden, auch irgendwann ein Auffrischungsdosis innerhalb der Schwangerschaft? Macht das Sinn?

Christian Bogdan [00:46:21]

Die Auffrischungsimpfung im Sinne einer dritten Impfung, das wird sich jetzt zeigen für die gesamte Bevölkerung. Dann natürlich auch in Hinblick auf die Frage der Impfantworten in Abhängigkeit von Lebensumständen und Impfalter. Es kann natürlich sein, dass Beobachtungen zeigen werden, wenn jemand in der Schwangerschaft geimpft worden ist, dass er einen weniger langen Schutz hat als jemand, der außerhalb der Schwangerschaft geimpft wurde. Genauso wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit das materialisieren und bestätigen, was man jetzt schon absehen kann, dass eben jemand im hohen Alter, wie auch sonst bei anderen Immunantworten leider üblich, eine schlechtere Immunantwort an sich hat und dementsprechend auch weniger lang geschützt ist. Ich würde im Moment wirklich nicht in die Richtung argumentieren wollen, dass es eine gute Idee ist, eine anstehende Auffrischungsimpfung, wann auch immer die dann ansteht, in der Schwangerschaft durchzuführen. Es sei denn, wir kommen dann dorthin, dass wir sagen: Jawohl, wir wollen eine Situation haben, dass dann speziell nochmal hohe Antikörperspiegel auf das Ungeborene übertragen werden. Das ist aber dann ein anderes Impfziel. Und dann, wenn das so ist, siehe Pertussis, dann wird es natürlich so sein. Aber das, was im Moment läuft, so nach dem Motto: Ich bin geimpft und ja, jetzt gibt's ja genügend Impfstoff, und ich brauch jetzt ganz schnell eine dritte Impfung, das sollten wir sehr davon abhängig machen, wie in der jeweiligen Altersgruppe, in der jeweiligen Bevölkerungsgruppe tatsächlich das Risiko ist im Sinne von Durchbruchinfektion. Wie lange ist die Impfung her? Wie ist die zu erwartende primäre Immunantwort? Wann hat es dann wirklich Sinn, die dritte Impfung zu geben, um eine maximal gute Schutzwirkung zu haben? Und ich denke, das wird jetzt in den nächsten Wochen – es gibt ja eine separate Arbeitsgruppe in der STIKO, die sich mit dem Aspekten der sogenannten Booster-Impfung oder dritten Impfung beschäftigt, was die immundefizienten Patienten anbetrifft – das wird jetzt sehr zeitnah bereits publiziert werden, so wie es aussieht, dann nächste oder übernächste Woche. Und da geht es natürlich auch darum, wie kann man Impfschutz erreichen bei jemandem, der eben möglicherweise durch die erste und zweite Impfung noch gar nicht adäquat geschützt werden konnte aufgrund der besonderen Umstände?

Moderatorin [00:48:32]

Vielen Dank nochmal für die Erklärung. Ich habe die Abschlussfrage schon angekündigt. Herr Rüdiger, ich würde gerne mit Ihnen anfangen. Sie haben schon länger nichts gesagt. Würden Sie das jetzt mal so ein bisschen Revue passieren lassen, was wir letzte Stunde besprochen haben? Was sind die wichtigsten Punkte, und vor allen Dingen, was sind die wichtigsten Argumente für Sie, die für eine Impfung bei Schwangeren sprechen? Weil wir ja vor dem Hintergrund diskutieren, die STIKO empfiehlt es jetzt auch allen Schwangeren.

Mario Rüdiger [00:48:57]

Es sind drei Punkte. Das eine ist, dass die Schwangeren jetzt nicht ausgeschlossen werden davon, also von einer Impfung zu profitieren. Das zweite ist, dass die auch davon profitieren können, weil sie im Vergleich zu gleich alten Frauen doch ein höheres Risiko haben, da dran schwerer zu erkranken. Und der dritte Punkt ist: Die können auch was für ihr ungeborenes oder neugeborenes Kind leisten oder nicht leisten, den Schutz anbieten, sodass auch das Neugeborene nicht mehr gefährdet ist, und kommen aus dieser Unsicherheit einfach raus, die aktuell bestand.



Moderatorin [00:49:35] Vielen Dank! Ich würde das Wort dann an Frau Röbl-Mathieu geben, gerne mit der gleichen Frage, und wiederholen Sie auch gerne Punkte, die für Sie wichtig sind.

Marianne Röbl-Mathieu [00:49:42]

Also ich finde, das hat der Herr Rüdiger schon perfekt zusammengefasst. Es geht mir wirklich darum, dass in Anbetracht eines erhöhten Risikos für einen schweren Verlauf, der allein schon durch die Schwangerschaft bedingt ist, auch Schwangere die Möglichkeit haben, sich schützen zu können, da auch einen niedrighschwelligigen Zugang zur Impfung zu haben. Ja, ich denke, da ist nicht so viel hinzuzufügen. Aber wenn ich vielleicht zu der vorherigen Frage zu den Aborten noch einen Hinweis geben darf. Da gab es ja sogar eine Auswertung aus der amerikanischen Impfüberwachung von etwa 2500 Schwangeren, die genau die Frage untersucht hat, ob durch die Impfung es zu einem erhöhten Risiko für Fehlgeburten vor der 20. Schwangerschaftswoche kommt. Und das konnte gezeigt werden, dass das nicht der Fall ist.

Moderatorin [00:50:36]

Vielen Dank nochmal für die Daten dazu. Baue ich gerne an der Stelle im Transkript nämlich auch nochmal mit ein. Herr Bogdan, Sie haben nochmal das Wort, die Abschlussfrage: Welches Argument zählt für Sie am meisten?

Christian Bogdan [00:50:48]

Natürlich die vorgenannten. Aber worauf ich auch nochmal wirklich deutlich hinweisen möchte, ist, dass wir in dieser Impfpfempfehlung, die wir jetzt eingehend diskutiert haben, schon auch einen sehr klaren Punkt machen, dass all diejenigen, die eine Schwangerschaft vielleicht ins Auge gefasst haben oder im gebärfähigen Alter sind, dass sie, wenn immer möglich sich vor der Schwangerschaft impfen lassen, um eben dann tatsächlich während der ganzen Schwangerschaftzeit auch diesen Schutz zu haben. Das heißt, die Impfung in der Schwangerschaft ist unter dem Aspekt des Schutzes der Mutter immer die zweitbeste Wahl.

Moderatorin [00:51:25]

Vielen Dank dafür. Ich würde an dieser Stelle, wir haben es zwei nach zwölf, ich möchte Ihre Zeit nicht überstrapazieren, nochmal darauf hinweisen, dass das Briefing aufgenommen wurde, dass der Videomitschnitt so schnell wie möglich auf unserer Website zur Verfügung steht und wir das Ganze natürlich auch wieder schriftlich transkribieren werden, dass man es auch nochmal nachlesen kann. Ihnen Dreien danke ich von Herzen für Ihre Zeit, für diese Stunde und hoffe, dass es genauso informativ war für die Zuhörenden wie für mich, und freue mich vielleicht auf ein nächstes Mal auf ein Press Briefing und wünsche Ihnen einen schönen Tag.



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Marleen Halbach

Redaktionsleiterin und Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekongress e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42-44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz

