



18.09.2023

Transkript

„Neue RSV-Prävention: Wirksamkeit, Sicherheit, Einsatz“

Podium

- ▶ **Prof. Dr. Folke Brinkmann**
Leitung Sektion Pädiatrische Pneumologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- ▶ **Prof. Dr. Bernhard Resch**
Stellvertretender Leiter der klinischen Abteilung für Neonatologie und Forschungseinheit für neonatale Infektionserkrankungen und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz, Österreich
- ▶ **Prof. Dr. Klaus Überla**
Direktor des Virologischen Instituts, Universitätsklinikum Erlangen, und Sprecher der Stiko-Arbeitsgruppe Respiratorische Syncytial-Viren (RSV)
- ▶ **Philipp Jacobs**
Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderator dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/neue-rsv-praevention-wirksamkeit-sicherheit-einsatz/>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei oder eine Sprecheransicht des Videomitschnitts benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderator [00:00:00]

Guten Morgen an Sie alle und herzlich willkommen beim nächsten Briefing des Science Media Center. Dieses Mal wollen wir über die neue RSV-Prävention reden, die uns für diesen Herbst und Winter ja erst mal auf dem Papier bereitsteht. Ob sie verimpft wird oder wie sie verabreicht wird, darüber werden wir gleich bestimmt noch sprechen. Wir wollen über Wirksamkeit sprechen, über die Sicherheit und eben über den Einsatz. Ich darf mich auch kurz vorstellen. Mein Name ist Philipp Jacobs, ich bin Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften beim SMC, und zum Panel komme ich natürlich gleich noch. Vielleicht noch etwas kurz vorweg. Wir haben in diesem Herbst und Winter mit Abrysvo und Arexvy erstmals Impfstoffe gegen das Respiratorische Syncytial-Virus. Abrysvo ist für Schwangere sogar vorgesehen in Form einer sogenannten maternalen Impfung, die den Antikörperschutz über die Mutter an den Säugling weitergibt. Zusätzlich ist der Impfstoff aber auch für Personen ab 60 Jahren geeignet. Und mit Arexvy werden wir ebenfalls einen Impfstoff für diese Altersgruppe haben, wohl aber nicht für die Schwangeren. Und wir haben natürlich immer noch den neuen monoklonalen Antikörper Beyfortus, der sich auch noch zu der Reihe der neuen Mittel gesellt und der ebenfalls für Säuglinge geeignet ist, für deren erste RSV-Saison, um sie da besser zu schützen. Der Bedarf an solchen Immunisierungen ist ja relativ groß, wie wir auch vergangenes Jahr im Winter gesehen haben bei einer besonders starken RSV-Welle. RSV ist mit eine der Hauptursachen für Krankenhausaufenthalte von Säuglingen. Und auch immunsupprimierte und ältere Menschen können relativ schwere Atemwegsinfekte durch RSV bekommen. Es ist so, dass die Mittel alle schon von der EU-Kommission zugelassen sind, aber es fehlt noch eine entsprechende Empfehlung der Ständigen Impfkommision, zumindest für diesen Herbst und Winter. Darüber wollen wir gleich natürlich auch sprechen. Und wir wollen dann diskutieren, inwiefern diese Mittel schon eingesetzt werden könnten, wie wirksam und sicher sie sind. Und wir möchten natürlich all Ihre Fragen beantworten, die Sie da draußen haben. Die können Sie natürlich wie immer bei uns im Frage-Antwort-Tool unten stellen. Einfach reintippen, meine Kollegin sammelt sie im Hintergrund und reicht sie dann an mich weiter. Und wir verteilen die an die Experten, je nachdem, an wen sie die gestellt haben wollen. Und wie immer, Sie kennen das, das Transkript und das Video zu diesem Press Briefing fertigen wir so schnell wie möglich an. Das können Sie dann relativ schnell innerhalb von ein bis zwei Tagen abrufen, durchlesen, angucken, was auch immer Sie damit machen wollen. Dann gerne zu unserem Panel. Ich darf vorstellen Professor Dr. Folke Brinkmann, Leiterin der Sektion Pädiatrische Pneumologie an der Klinik für Kinder und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Guten Morgen, Frau Brinkmann! Professor Dr. Bernhard Resch, stellvertretender Leiter der Klinischen Abteilung für Neonatologie und Forschungseinheit für neonatale Infektionskrankheiten und Epidemiologie an der Medizinischen Universität Graz in Österreich. Hallo, Herr Resch, langer Titel.

Bernhard Resch [00:02:40] Guten Morgen

Moderator [00:02:40]

Und Herr Professor Dr. Klaus Überla, Direktor des Virologischen Instituts am Universitätsklinikum Erlangen und Sprecher der Stiko-Arbeitsgruppe Respiratorische Syncytial-Viren. Hallo, Herr Überla.

Klaus Überla [00:02:51] Guten Morgen, Herr Jacobs.



press briefing

Moderator [00:02:53]

Herr Überla, ich würde ganz gerne mit Ihnen starten. Könnten wir vielleicht ganz kurz einen kleinen Crashkurs zum Thema RS-Viren machen? Was sind das überhaupt für Viren und was unterscheidet sie von anderen Atemwegserregern?

Klaus Überla [00:03:09]

Das Respiratorische Syncytial-Virus gehört zu einer Virusfamilie, die generell sehr effizient über die Atemwege übertragen wird. Das Masernvirus gehört dazu. Die Parainfluenzaviren gehören zu dieser Virusfamilie. Das Respiratorische Syncytial-Virus selbst kommt jetzt in zwei Typen, RSV A und RSV B, vor. Wobei die hinsichtlich der Klinik und Pathogenese nicht wirklich differenziert werden müssen. Und die Impfstoffe und die Antikörper, die wir jetzt haben, sind auch gegen beide Stämme letztlich wirksam. Von der Influenza unterscheidet sich das RSV-Virus zunächst mal dadurch, dass nur der Mensch Wirt dieser RSV-Viren ist, während es bei der Influenza eben auch tierische Wirte gibt. Dementsprechend ist das RSV-Virus genetisch sehr stabil. Das heißt, im Unterschied zu Influenza treten jetzt nicht immer neue Varianten auf, sondern wir haben es mit diesen zwei Typen zu tun. Und diese zwei Typen führen dann immer wieder zu Infektionen. Und da ist es eben auch so, dass eine durchgemachte RSV-Infektion nicht vor nachfolgenden Infektionen schützt. Die nachfolgenden Infektionen sind dann aber im Allgemeinen leicht. Und das führt dazu, dass wir in unserem Leben immer wieder mit dem Respiratorischen Syncytial-Virus Bekanntschaft machen. Und dann gibt es zwei besonders vulnerable Lebensphasen: das sind eben die Säuglinge und Kinder unter zwei Jahren und dann eben die über 60- oder über 70-Jährigen.

Moderator [00:04:59]

Vielen Dank, Herr Überla. Herr Resch, Sie sind ja auch Epidemiologe, deswegen würde ich Sie ganz gern mal fragen: Wie oft erkranken eigentlich welche Personengruppen jährlich an RSV? Das hatte Herr Überla gerade schon mal kurz angedeutet. Aber können Sie vielleicht kurz sagen: wer erkrankt wie schwer und wann und wo? Und warum?

Bernhard Resch [00:05:22]

Die schwersten Erkrankungen haben sicherlich die Säuglinge unter sechs Monaten. Das sind die Hochrisikokinder, und [es erkranken] die Kinder, die zu früh geboren sind, wo noch dazukommt, dass sie kleine Lungen und kleine Atemwege haben und damit mit Schleimhautschwellung, Muskelkontraktion der Atemwege besonders schwer erkranken. Wir sprechen hier von der Bronchiolitis. Wiederkehrende Infektionen, wie schon gesagt wurde, verlaufen deutlich milder ab. Vor allem bei Kindern über zwei Jahren. Und man kann sagen, dass mit dem dritten Lebensjahr jedes Kind mit dem RS-Virus Bekanntschaft gemacht hat. Also vulnerable Lunge, neonataler Intensivaufenthalt, chronische Lungenerkrankung, Herzfehlerpatienten, das ist so die Hauptrisikogruppe für schwere Infektionen im jungen Alter. Auch Frühgeborene und Immunsupprimierte und neuromuskulär erkrankte Kinder können auch im zweiten Lebensjahr noch eine schwere RS-Virusinfektion mit Hospitalisierung erleiden.

Moderator [00:06:36]

Können Sie auch noch mal skizzieren — wir hatten es im letzten Jahr besonders krass mit den RS-Wellen — wie stark wird das Gesundheitssystem beansprucht bei besonders starken RS-Wellen? Vor allem in der Pädiatrie natürlich.



Bernhard Resch [00:06:53]

Man kann sagen, es ist eine saisonale Infektion, die bei uns in der westlichen Welt zwischen Oktober und November beginnt und März, April ausklingt und den Höhepunkt meistens im Januar, Februar hat. So zeigt sich das bei uns. Und das ist nicht so unterschiedlich zu den anderen europäischen Ländern. Da kommt es zu einem massiven Anstieg von RS-Virus-Erkrankten, sodass Krankenhäuser wie unsere Kinderklinik völlig an den Rand des Potenzials an Betten kommen, dass wir Kinder im Gang behandeln müssen, dass die Ambulanz voll ist. Wir haben in 24 Stunden über 200 Patientenvorstellungen im Winter. Davon hustet, keucht und atmet der Großteil der Kinder mit respiratorischen Infekten schwer. Also dieses Szenario, das erleben auch die deutschen Kollegen in ihren Spitälern, ist wirklich ein schlimmes. Nach den ersten Hygienemaßnahmen gegen Covid ist das RS-Virus ja ganz verschwunden, weil wir uns geschützt haben und kein enger Kontakt entstanden ist und damit das Virus nicht weitergegeben worden ist. Danach kam es zu einem massiven Anstieg, wobei wir untersucht haben, ob auch die Schwere dieser Infektionen größer geworden ist. Das ist halt nicht [so], wenn man das misst an der Dauer des Intensivaufenthaltes und an der Intensivpflichtigkeit und Beatmungspflichtigkeit der Kinder. Aber die Zahlen sind massiv angestiegen und man konnte dem im klassischen Spitalsgesundheitssystem kaum mehr Herr werden.

Moderator [00:08:44]

Vielleicht eine Nachfrage, wo Sie es gerade schon mal erwähnt haben: Würden Sie grundsätzlich für irgendeine Empfehlungen plädieren — für Kinder wird es natürlich schwierig sein — über diese Maske tragen diskutieren wir ja immer wieder; es wird natürlich nie wieder eine Pflicht in der Form geben. Aber wäre es schlau, bei bestimmten, besonders starken Erkältungswellen vermehrt darauf zu setzen und zu empfehlen? Also die Pflicht jetzt mal ausgenommen, die wird es nicht mehr geben, wahrscheinlich. Aber die Empfehlung ...

Bernhard Resch [00:09:12]

Die Empfehlung kann man auf jeden Fall aussprechen, die ist absolut sinnvoll. Leider ist das Maskentragen ein Stigma geworden, politisch nicht mehr beliebt. Und ich glaube, dass die Bevölkerung völlig hysterisch reagieren würde, wenn wir das den kleinen Kindern deutlich empfehlen. Und auch den Erwachsenen, die husten. Die stecken ja dann mit dem direkten Kontakt, wenn sie mit den Kleinkindern eng zusammen sind, diese an. Diese Empfehlung wäre grundsätzlich absolut sinnvoll. Händedesinfektion, Händewaschen — auch eine ganz wichtige Maßnahme, weil es ja durch den direkten Kontakt zum Großteil übertragen wird. Distanz über zwei Meter, das hat man ja in den ersten Studien gesehen, schützt ja schon vor der Erkrankung, weil sie nicht so weit mit Tröpfcheninfektion übertragen wird. Also das würde absolut Sinn machen. Aber ich glaube, da gibt es schon Umfragen, bezüglich Maske ist das ein No-Go. Asiatische Zustände sind nicht erwünscht. Ich sage das jetzt so flapsig.

Moderator [00:10:27]

Vielen Dank. Wir kommen sicher gleich noch mal darauf zurück. Ich möchte natürlich gerne auch Frau Brinkmann noch mit ins Boot holen. Frau Brinkmann, wir haben es eben schon mal kurz angesprochen, es gibt ja schon eine gewisse zaghafte Therapie gegen RSV, es gibt schon einen monoklonalen Antikörper, der hauptsächlich für Risikokinder geeignet ist oder auch da nur benutzt wird. Können Sie vielleicht mal kurz skizzieren, wie behandelt man heutzutage eigentlich RSV? Was kann man eigentlich machen und wie läuft das bisher ab?



Folke Brinkmann [00:10:56]

Für die allermeisten gesunden neugeborenen Kinder oder kleinen Säuglinge und natürlich auch für den Rest der Bevölkerung gibt es ja außer den jetzt gerade erwähnten Schutzmaßnahmen, die wir aus der Pandemie bestens kennen, keine spezifische vorbeugende Behandlung. Das heißt, jeder ist dem Virus in der Saison irgendwann ausgesetzt, und die allermeisten, das hatten wir gerade ja auch schon gehört, erkranken zum Glück nur leicht, auch von den Säuglingen. Ja, zum Glück die allermeisten. Dieser kleine Teil, der schwerer erkrankt, wird symptomatisch behandelt. Das heißt, die Beschwerden bestimmen eigentlich, wie wir behandeln. Und da gibt es ein paar Dinge, die helfen können, ganz einfache Dinge. Dass man gerade bei den Säuglingen, wenn die Nase sehr verstopft ist, die mit Nasentropfen befreit, so dass sie besser Luft bekommen, dass sie trinken können. Wenn die Kinder sehr viel zähen Schleim in der Lunge entwickeln, helfen bei einigen auch Inhalationsbehandlungen, nicht bei allen. Und die, die schwerer betroffen sind, müssen dann doch vielleicht ins Krankenhaus und brauchen dann zusätzlichen Sauerstoff, um eben über diese ersten schweren Tage zu kommen. Das ist die Behandlung, die wir im Moment bei den allermeisten Kindern durchführen. Und für die ganz wenigen Frühgeborenen oder eben durch Grunderkrankungen besonders Gefährdeten haben wir diesen eben erwähnten monoklonalen Antikörper Palivizumab, der seit 1998 zugelassen ist und der verhindert, wenn man ihn alle vier Wochen spritzt — den muss man eben tatsächlich spritzen und kann den nicht schlucken oder anders in den Körper bringen — dass bei einer Virusinfektion die Viruszellen andocken können an die Atemwegszellen und diese Atemwegszellen infizieren, und [so] schützt [man] damit auch vor einer RS-Infektion.

Moderator [00:12:48]

Dieser monoklonale Antikörper, Sie haben das gerade mit dem Spritzen angesprochen, wie handhabbar ist der jetzt? Wird er viel genutzt, selbst auch bei Risikokindern? Oder ist er eigentlich zaghaft im Gebrauch?

Folke Brinkmann [00:13:01]

Bei den Kindern, die wirklich sehr gefährdet sind, also bei den kleinen Frühgeborenen, bei den Kindern mit schweren Herzfehlern mit schwersten Lungenerkrankungen zum Beispiel aufgrund einer Frühgeburtlichkeit, wird der schon verwendet und der wirkt gut, der schützt gut. Aber nur, wenn man eben regelmäßig alle vier Wochen in der Saison — die ja erfahrungsgemäß, zumindest früher mal, im Oktober begann und so ungefähr bis Ende März, Anfang April dauerte — spritzt, und zwar in den Muskel, und das muss man entsprechend des Körpergewichts dosieren. Und das ist natürlich für die Kinder und für die Familien durchaus auch eine Belastung.

Moderator [00:13:37]

Vielen Dank. Dann lassen Sie uns doch gerne mal zu den neuen Impfstoffen oder zu den neuen Mittelchen kommen, die uns jetzt bald zur Verfügung stehen. Frau Brinkmann, wir machen einfach gerne mit ihnen erst mal weiter. Es gibt diesen neuen maternalen Impfstoff von Pfizer, der eben für die schwangere Frau gedacht ist, die den Schutz dann ans Kind weitergibt, aber auch eben für Ältere vorgesehen ist. Können Sie vielleicht mal kurz aus Ihrer Sicht sagen, wie Sie die Schutzwirkung dieses maternalen Impfstoffs bewerten? Und wie handhabbar sind diese maternalen Impfstoffe letztlich? Es sind wahrscheinlich eher die Gynäkologen, die da ein bisschen draufgehen, aber vielleicht erst mal aus Kinderärztesicht ...



Folke Brinkmann [00:14:27]

Die Idee ist ja eigentlich bestechend, dass man sagt, in der Schwangerschaft impft man die Mütter. Und wenn die Mütter gegen einen Erreger Antikörper haben, geben die den über das Nabelschnurblut, über die Plazenta dann ihren Kindern weiter. Und die Kinder sind dann die ersten Monate, die sie auf der Welt sind, dadurch geschützt. Eigentlich gerade in der Zeit, wo sie am gefährdetsten wären. Das ist etwas, was uns vom Prinzip her natürlich sehr, sehr gut gefällt und was für viele Erreger ja auch gut funktioniert. Das ist bei der Grippeimpfung so, dass es gut funktioniert. Das ist bei Pertussis, bei Keuchhusten, so, dass das gut funktioniert und diese Antikörper dann eben für die ersten drei bis sechs Monate tatsächlich für die Kinder einen guten Schutz bieten können. Bei dem RSV-Impfstoff ist es auch so, dass die Mütter nach der Impfung in der Schwangerschaft dann eben Antikörper bilden und diese Antikörper weitergeben an die Kinder. Das kann man auch gut sehen. Und dass die Kinder, die jetzt untersucht worden sind — da sind jetzt ungefähr 3500 Schwangere in dieser einen Untersuchung geimpft worden — dann auch geschützt sind vor schweren Infektionen. Das hat man über ein halbes Jahr, also den Zeitraum, den man ja auch abdecken möchte, nachverfolgt und hat gesehen, dass für die ersten drei Monate etwas über 70 Prozent der Kinder ganz gut geschützt sind. Nach einem halben Jahr lässt der Schutz etwas nach, da waren es dann noch ich glaube 57 Prozent, die da geschützt waren vor schweren Infektionen. Der Schutz vor jeglicher Infektion war etwas geringer. Also man sieht eine Schutzwirkung, die ist noch nicht ganz so perfekt, wie man sie sich wünschen würde. Aber das Prinzip funktioniert dort natürlich auch. Es gibt ja zwei Impfstoffe, die erprobt worden sind bei Schwangeren. Bei dem anderen Impfstoff, der erprobt worden ist, war ein bisschen die Sorge, dass es etwas mehr Frühgeburten gegeben haben könnte. Das ist jetzt der Impfstoff, der ja im Augenblick nur für die älteren Erwachsenen zugelassen ist. Bei Abrysvo, bei dem Impfstoff, der jetzt für die Schwangeren zugelassen ist, hat man das aber nicht in relevanter Zahl sehen können. Nach allem, was wir wissen, ist der wahrscheinlich sicher und er ist wirksam. Vielleicht noch nicht ganz so optimal, wie gewünscht. Aber wenn man es vergleicht mit anderen Impfstoffen, die man Schwangeren in der Schwangerschaft mit der gleichen [unverständlich] verabreicht, sind die auch nicht alle unbedingt viel besser von der Wirksamkeit. Es ist eine Option, ist vielleicht noch nicht für diese Saison eine Option, aber könnte eine Option werden.

Moderator [00:17:22]

Herr Überla, ich würde die Frühgeburtenfrage gerne mal auch kurz zu Ihnen spielen. So ein bisschen natürlich aus Stiko-Sicht. Sie müssen natürlich die Daten auch werten, die da sind. Also diese Frühgeburtenfrage insbesondere mit der Patientengröße, beziehungsweise Probandengröße, die wir eben hatten. Ob da ein starkes Signal herauszulesen ist, ist natürlich auch schwer zu sagen. Dafür braucht man sehr viel mehr Leute. Deswegen vielleicht so zur Einschätzung, was man gesehen hat.

Klaus Überla [00:17:49]

Also zunächst erst mal, von der Wirksamkeit her ist das wirklich ein toller Impfstoff. Hätte ich nicht so in dem Ausmaß erwartet. Und insofern ist da schon die Hoffnung da, dass wir hier eine gute Einsatzmöglichkeit für diesen Impfstoff dann auch finden und auch etablieren können. Hinsichtlich der Frühgeburten, die ursprünglich auch für den Impfstoff von der anderen Firma beobachtet wurde. Diese Frühgeburten findet sich tendenziell auch wieder bei dem Abrysvo. Das heißt, auch da gibt es etwas mehr Frühgeburten in der Vakzingrouppe als in der Placebogruppe. Das ist statistisch nicht signifikant. Das muss man dazu sagen. Und wenn man jetzt im Prinzip aber weiß, dass der vorangegangene Impfstoff letztlich sehr dem Abrysvo ähnelt, dann stellt sich natürlich schon die Frage, woher diese Frühgeburten letztlich kommen könnten, wenn sie denn wirklich besteht. Und das führt halt noch zu einer gewissen Unsicherheit in der ganzen Situation und macht es eben jetzt schwierig, anhand der bisher geimpften Schwangeren das abschließend zu bewerten. Beide Impfstoffe sind eben über ein sehr ähnliches Verfahren hergestellt, sind von der Zusammen-



setzung praktisch sehr, sehr ähnlich. Und es kann natürlich genauso gut sein, dass das jetzt zufällige Beobachtungen sind. Was auch im Prinzip klar ist: dass dieses Sicherheitsignal in der ersten Studie auch nur in low and middle income countries, wie sie im Angelsächsischen heißen, beobachtet wurde. Bei den Teilnehmern aus Europa und Nordamerika wurde dieses Sicherheitssignal nicht beobachtet. Aber es gibt im Moment eben keine gute Erklärung für dieses Sicherheitssignal. Und das macht es ein bisschen schwierig, jetzt generell diesen Impfstoff für alle Schwangeren zu empfehlen.

Moderator [00:20:24]

Vielen Dank. Herr Resch, möchten Sie noch ergänzen? Es ist ein heikles Thema mit den Frühgeburten. Gerne natürlich auch Ihre Sicht dazu ...

Bernhard Resch [00:20:31]

Ja, das Problem ist einerseits diese gewisse Sicherheitslücke. Auf der anderen Seite, wir schützen ja durch die Impfung nur die reifen Kinder. Weil selbst bei den Late-Breakern 34 bis 36 Wochen haben wir noch zu wenig Antikörpertransfer über die Plazenta. Der Großteil der Erkrankten sind natürlich die jungen, reifen, gesunden Säuglinge, und ungefähr ein bis zwei Prozent dieser Kohorte werden jährlich hospitalisiert wegen des RS-Virus. Ein anderer Punkt, den man auch sagen muss: Es gibt jetzt einige Möglichkeiten zu impfen, aber wir haben in Österreich eine insgesamt schon ganz niedrige Influenza-Impfrate und kaum eine Bereitschaft, die Schwangere im letzten Trimenon zu impfen. Das ist auch ein Problem. Und wahrscheinlich macht es am meisten Sinn, nachdem weder der monoklonale Antikörper zu 100 Prozent schützt noch die Impfung zu 100 Prozent, diese zu kombinieren. Also eine Impfung der Mutter und dann noch vielleicht einen monoklonalen Antikörper, um eine ganze Saison von fünf bis sechs Monaten gut zu überstehen. Das wird nicht leicht und wie man das implementiert, ist noch eine große Frage. Wer führt es durch? Wann? Wie früh? Wenn man an den neuen monoklonalen Antikörper denkt, möchte man den ja, weil oft schon ein Gipfel an schweren Erkrankungen in den ersten vier bis sechs Wochen zu beobachten ist, gleich nach der Geburt im Wochenbett [verabreichen]. Das ist logistisch aber ganz schwierig. Bisherige Prophylaxe mit Palivizumab war beim niedergelassenen Kinderarzt über die Saison mit fünf Injektionen. Also da stehen viele Fragen uns noch ins Haus, die zu beantworten sind.

Moderator [00:22:35] Herr Überla?

Klaus Überla [00:22:35]

Ja, ich wollte vor allem noch ergänzen, was jetzt auch Herr Resch gerade noch angesprochen hat. Ich glaube, aus der Kombination dieser beiden Präventionsmaßnahmen ergibt sich dann durchaus ein Potenzial, dass man also auf der anderen Seite möglicherweise erst später als bisher in der Schwangerschaft letztlich die Aktivimpfung der Schwangeren durchführt. Und dass man dann den Kindern, die zu früh geboren werden, eben mit Nirsevimab letztlich über die Saison hilft. Das wäre so eine Möglichkeit, wie man aus der Kombination dieser Präventionsmaßnahmen letztlich dann eine sehr gute Lösung für die Bevölkerung stricken kann. Aber das sind eben Sachen, die man eben jetzt auch erst noch weiter auswerten muss.



press briefing

Moderator [00:23:24]

Vielleicht noch zum Thema Stiko. Wie gesagt, es gibt diese Empfehlung jetzt noch nicht, was Impfstoffe angeht und halt Antikörper angeht. Jetzt könnte es so sein: Beyfortus wird vielleicht für Risikokinder ja dann auch nur verabreicht werden können. Für alle anderen, wo es eventuell auch möglich wäre, klingt das ein bisschen nach Selbstzahler momentan, wenn man es machen wollte. Oder wie sehen Sie die Praxis jetzt für diesen Herbst und Winter?

Klaus Überla [00:23:58]

Ja, das hängt dann von den Krankenkassen ab, ob sie das übernehmen wollen oder nicht. Prinzipiell haben die Krankenkassen die Möglichkeit, das zu übernehmen. Und für uns ist es eben wichtig, dass wir erst mal alle verfügbaren Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit der verschiedenen Präventionsmaßnahmen erheben, vergleichen und dann eben mit einer besten Lösung für die Bevölkerung die Empfehlungen aussprechen. Aber ich gebe Ihnen recht, im Moment wird es vermutlich hauptsächlich zur Anwendung des Antikörpers bei Risikokindern kommen. Die haben ja auch den größten Benefit von diesen Antikörpern. Und daraus lernen wir natürlich auch zusätzlich, was die Sicherheit dieser Impfstoffe dann aus Beobachtungsstudien betrifft.

Moderator [00:24:54]

Vielleicht eine direkte Frage an die beiden Kliniker. Also sie haben jetzt die Impfstoffe, aber es gibt diese Empfehlung noch nicht. Ist das jetzt schlimm oder würden Sie trotzdem sogar auch darauf setzen, manchen Eltern das zu empfehlen, obwohl es die Empfehlung voraussichtlich in diesem Herbst und Winter noch nicht geben wird? Wie gehen Sie jetzt vor allem auch mit den Impfstoffen und dem neuen Antikörper um? Frau Brinkmann und dann Herr Resch.

Folke Brinkmann [00:25:23]

Der neue Antikörper ist ja zugelassen und geprüft, das heißt, man kann ihn in der Indikation jetzt auch verwenden und er ist jetzt sogar auch erhältlich. Das war noch die dritte Voraussetzung, von der wir noch nicht ganz genau wussten, ob wir sie jetzt schon erleben in diesem Herbst. Und damit gibt es jetzt sicher auch die Ersten, die [mit dieser] Indikation damit geimpft werden in den Kliniken. Wie weit das flächendeckend schon umsetzbar ist, das hat noch logistische und andere Gründe.

Moderator [00:26:00] Ja, klar, Herr Resch.

Bernhard Resch [00:26:05]

Es ist eine spannende Sache. Prinzipiell ist es so gedacht, dass Nirsevimab, das mit einem Kampfpfeis von 300 Euro auf den Markt kommt, allen Kindern zugutekommt [...]. Bei Synagis/Palivizumab kostete die 100-mg-Ampulle 1000 Euro und ungefähr 5000 Euro somit die ganze Prophylaxe. Und ich erinnere mich, [als] Palivizumab eingeführt wurde, haben mich manche Eltern gefragt, ob sie das ihrem reifen Kind zukommen lassen sollen. Und da habe ich gesagt, diese 5000 Euro sind zu viel. Das ist für die Risikokinder. Und es schützt auch nicht zu 100 Prozent. Das ist weiterhin die Tatsache, dass es nicht zu 100 Prozent schützt. Aber die Idee des lange wirksamen monoklonalen Antikörpers Nirsevimab/Beyfortus ist schon, dass allen Kindern wie eine Impfung, obwohl es eine passive Immunisierung ist, über den ersten Winter zukommen zu lassen. Und ich hätte persönlich



keine Bedenken, obwohl noch einige Fragen offen sind. Zu Beginn der Saison gebe ich, ohne viel nachzudenken, den lang wirksamen Antikörper. Gegen Ende der Saison frage ich mich, ob das noch geschickt und gescheit ist. Wie das Kind dann in der zweiten Saison dasteht, wenn es spät den Antikörper bekommen hat, und wie dann die zweite Saison verläuft, das sind noch offene Fragen. Prinzipiell sollte es so sein, dass, wenn die Kinder größer werden, das gleiche Phänomen eintritt, dass sie geringere und nicht so schwerwiegende Infektionen haben und mit der Überbrückung über den ersten Winter es im Prinzip geschafft haben. Aber es ist schon noch spannend, die Detailfragen zu sehen und zu beobachten, sodass in den verschiedenen Gremien, wo wir schon diskutieren über Guidelines, noch einige Fragen immer wieder offenbleiben, trotz der Studien, die uns ein großes Sicherheitsprophyl präsentieren.

Moderator [00:28:13]

Vielen Dank. Wir haben schon ein paar Journalistenfragen bekommen. Die eine stößt gleich das Thema Stiko-Empfehlung noch einmal an. Da würde ich aber direkt Herrn Resch aus Österreich fragen: Wie sieht das bei Ihnen eigentlich mit Empfehlungen aus von Ihren örtlichen Impfbehörden? Ist in diesem Herbst mit so etwas zu rechnen?

Bernhard Resch [00:28:35]

Ich glaube, nicht. Soweit ich das abschätze, [gibt es] noch sehr viel Unsicherheit. Wir sind ein kleiner Kreis, [der] sich von neonatologischer Seite primär mit den monoklonalen Antikörpern sehr beschäftigen. Und da sind noch viele Fragen offen. Für die Impfung müssen wir im Prinzip erst Aufklärungsarbeit betreiben und zu unseren Partnern, den Geburtshelfern, gehen und ihnen das erklären, und ihnen sagen, dass es Sinn macht, die Eltern dahingehend zu beraten und das dann auch umzusetzen. Da steht noch so viel im Vorfeld an an To-dos, sodass ich nicht glaube, dass wir in dem Winter, auch wenn es zugelassen ist, schon anfangen können.

Moderator [00:29:21]

Vielen Dank. Dann die Frage an Herrn Überla aus Stiko-Sicht noch einmal: Verstehe ich das richtig, fragt eine Kollegin, dass in diesem Herbst gar keine Stiko-Empfehlung zu RSV kommen wird?

Klaus Überla [00:29:32]

Das ist richtig, ja. Wir erarbeiten gegenwärtig die verschiedenen Aspekte, die für so eine Empfehlung erforderlich sind. Das schließt unter anderem auch eine Transmissionsmodellierung ein. Das heißt, wir wollen verstehen, wie diese Impfstoffe die Verbreitung von RSV generell in der Bevölkerung beeinflusst und ob es das tut. Und dann gilt das natürlich auch für verschiedene Indikationsgruppen Risiko-Nutzen-Abwägungen durchzuführen. Und da ist insbesondere die Frage der Impfung von Schwangeren ganz entscheidend, wie wir es ja auch schon besprochen [haben].

Moderator [00:30:12]

Dann gibt es noch eine Frage – wir können mal gucken, wer sie am besten beantworten kann? Können Sie noch näher sagen, um welche Impfstofftechnologie es sich bei dem neuen RSV-Impfstoff handelt? Herr Überla, Sie haben das eben auch schon einmal gesagt, und Frau Brinkmann auch.



press briefing

Klaus Überla [00:30:28]

Das ist ein rekombinanter Proteinimpfstoff. Das heißt, da wird im Labor in einer Zelllinie gentechnisch das Oberflächenprotein dieses Virus – das heißt F-Protein für Fusionsprotein in diesem Fall – hergestellt. Und da stecken im Prinzip 20 Jahre Grundlagenforschung dahinter, indem man eben versucht hat, wie man welche Struktur dieses Oberflächenproteins, dieses F-Proteins, hat und wie der Mechanismus des Eintritts des Virus über dieses Oberflächenprotein in die Zelle funktioniert. Und dafür hat man dieses F-Protein so verändert, dass es stabilisiert ist in einer Konformation, bevor es mit der Zelle Kontakt hatte. Das sind diese prefusionsstabilisierten Mutanten dieses Proteins, die da zum Einsatz kommen. Sie können sich das vielleicht wie eine Mausefalle vorstellen. Das F-Protein hat eine innere Spannung, und wenn das Auslösesignal an der Zelle kommt, dann schnappt diese Falle zu. Und für den Impfstoff ist es jetzt wichtig, diese gespannte Mausefalle nachzuahmen, sodass die Antikörper diese Strukturen wirklich angreifen können und nicht die, die dann nach dem Eindringen in die Zelle entstanden sind. Denn diese Antikörper sind dann meist wirkungslos. Also: lange Entwicklungsarbeit, viele kleine Detailschritte, die jetzt zu diesen großartigen Impfstoffen mit dieser guten neutralisierenden Antikörperantwort geführt haben.

Moderator [00:32:13]

Vielen Dank. Wir haben noch eine Frage für die beiden Kliniker*innen. Rechnen Sie für diesen Herbst und Winter noch mit Nachholeffekten nach der Pandemie? Also wahrscheinlich RSV, aber vielleicht auch jegliche Atemwegserreger – können Sie aus Ihrer Praxis erzählen? [...] Starten Sie jetzt gerne, Herr Resch, Frau Brinkmann startete [vorhin].

Bernhard Resch [00:32:39]

Danke. Ich kann mir vorstellen, dass die Saison vielleicht noch ein bisschen früher beginnt, aber dass es insgesamt wieder Richtung Normalität, sprich: zu einem Gleichgewicht unter den verschiedenen Atemwegserregern gekommen ist und der Höhepunkt, der Peak der Saison, wieder dort sein wird, wo er die Jahre davor war. Das deuten viele epidemiologische Studien an, und ich denke, dass das auch so sein wird. Aber ein etwas früherer Beginn ist für mich schon noch [im Bereich des Möglichen]. Im Vorjahr war der Beginn ja massiv früher.

Folke Brinkmann [00:33:17]

So ähnlich sieht das ja in Deutschland auch aus, ist ja nicht so weit auseinander. Die Saison hat sich ein bisschen verschoben. Den Eindruck haben wir auch. Aber die Erkrankungszahlen, glaube ich, werden sich eher wieder in normalen Höhen bewegen, einfach deshalb, weil diese Exposition der Ein- bis Zweijährigen, die uns im letzten Jahr viele Probleme bereitet hat, bei der einfach auch viele eigentlich schon etwas ältere Kinder dann doch relativ schwer erkrankten, [fehlen wird]. Das, hoffen wir, sehen wir jetzt nicht mehr ganz so ausgeprägt.

Moderator [00:33:52] Ja, Herr Überla.

Klaus Überla [00:33:52]

Ich sehe es, was RSV betrifft, ähnlich. Aber wir müssen auch sehen, dass das SARS-CoV-2 in der Pool-Position ist. Das ist im Moment auch schon im Ansteigen begriffen. Das heißt, wir werden zunächst sicherlich relativ viele SARS-CoV-2-Infektionen bekommen, die hoffentlich nicht so



press briefing

schwer verlaufen aufgrund der immunologischen Erfahrung, die wir in den letzten drei Jahren sammeln konnten durch Impfung oder Infektion. Aber ich glaube schon, dass dieses Jahr noch einmal sehr stark von SARS-CoV-2-Infektionen geprägt sein wird.

Moderator [00:34:34]

Vielen Dank. Sie haben die Frage eigentlich schon beantwortet, aber die Frage kam noch einmal explizit zur aktuellen Situation: Haben Sie eine gewisse Verschiebung beobachtet in den letzten Wochen und Monaten? Frau Brinkmann.

Folke Brinkmann [00:34:53]

Im Moment sehen wir zum Glück nur ganz vereinzelte RSV-Fälle. Das ist ähnlich, wie wir das vor der Pandemie auch kannten. Aber es ist ja auch noch nicht Oktober, wenn die Saison beginnt. Im Augenblick ist es eigentlich relativ nah an dem Pre-Pandemie-Niveau, was die RSV-Fälle angeht. Das andere ist noch ein bisschen vermehrt.

Moderator [00:35:21]

Herr Resch, die Frage würde ich gerne Ihnen stellen: Wofür braucht es die maternale Impfung, wenn es doch monoklonale Antikörper gibt? Hier reden wir natürlich auch über Kosten wahrscheinlich. Können Sie das beschreiben?

Bernhard Resch [00:35:35]

Das ist eine sehr interessante Frage. Wozu brauchen wir das? Prinzipiell ist das ein guter Ansatz für den Schutz in den ersten Lebenswochen. Und wenn so früh schon ein monoklonaler Antikörper gegeben werden muss, ist das je nach Geburtszeitpunkt vielleicht ein Problem für die Saison. Es macht schon Sinn und es ist die natürlichste Form einer Impfung und ein Antikörpertransfer diaplazentar. Der monoklonale Antikörper ist bei nicht so impffreundlichen Personen beliebter, weil er nicht eingreift und nichts verändert. Aber er ist auch nur passager, und wir bauen ihn ab und verlieren ihn dann wieder. Und nach einer Impfung bleibt immer noch mehr Schutz übrig. Und es ist, wie gesagt, der natürliche Weg. Die Kombination erscheint sehr interessant. Ich glaube, dass wir die Hochrisiko-Kinder so am besten schützen können. Da macht der beidseitige Ansatz absolut Sinn für mich.

Moderator [00:36:52]

Eine Verständnisfrage von mir: Funktioniert der maternale Impfstoff durch diese Maternalität nicht letztlich auch wie ein monoklonaler Antikörper? Es ist ja keine aktive Immunisierung, sondern eher passiv ...

Bernhard Resch [00:37:09]

Das ist eigentlich auch ein passiver Transfer. Wir kriegen den neutralisierten Antikörper von der Mutter, und im Prinzip [ist] der monoklonale Antikörper auch nur ein Antikörper. Das ist schon richtig, beim Kind ist es immer eine passive Form der Immunisierung.



press briefing

Klaus Überla [00:37:31] Einmal eben monoklonal und einmal polyklonal. Einmal haben wir einen einzigen Antikörper genau definierter Spezifität. Und beim anderen Mal hängt es eben von der Immunantwort der Mutter ab.

Bernhard Resch [00:37:45] Danke.

Moderator [00:37:48]

Wir haben noch eine Frage. Können Sie noch einmal genau sagen, was "innerhalb der Indikation" für den neuen Antikörper heißt. Ist die Indikation anders als von den bisherigen? Ich glaube, da hatten Sie vorhin drüber gesprochen, Herr Überla.

Klaus Überla [00:38:01]

Die Zulassung für den neuen Antikörper geht über die Zulassungsindikation des alten Antikörpers hinaus. Wir haben jetzt eine Zulassung dieses neuen Antikörpers für alle Neugeborenen und Kleinkinder. Das heißt, das ist ein wesentlicher Unterschied, während vorher eben nur Risikokinder hiermit behandelt wurden.

Moderator [00:38:26]

Genau. Aber da dann noch einmal die Nachfrage: Zulassung für alle, aber durch Empfehlungen letztlich nur für Risikokinder möglich, weil der alte Antikörper nur für Risikogruppen zugelassen ist? Frau Brinkmann, Sie nicken?

Folke Brinkmann [00:38:40]

Nicht so ganz. Das ist ja eine Grundsatzfrage. Die Studien, die Untersuchungen sind mit gesunden Neugeborenen auch durchgeführt worden. Bei denen hat das sehr gut gewirkt. Deshalb ist damit eigentlich gut belegt, dass man diese Gruppe damit sehr gut schützen kann. Nur, dass man das kann, heißt ja nicht, dass man das muss. [...] Man kann, wenn man das macht in dieser Gruppe, diese gut schützen. Ob wir das wollen und ob wir das für alle empfehlen wollen, das muss ja nicht genau dasselbe sein. Und das ist mehr so eine Grundsatzfrage: Wollen wir alle Neugeborenen in der Saison vor einer RSV-Infektion schützen? Dann haben wir jetzt eine Möglichkeit, wenn wir das so empfehlen wollen. Aber der Schritt ist noch nicht getan.

Moderator [00:39:33]

Okay, das wäre meine Frage gewesen: Wollen wir denn? Aber das ist wahrscheinlich noch nicht abschließend zu beantworten, so wie ich das verstehe. Herr Überla, Sie haben ja eben gesagt, welche Daten ausgewertet werden sollen



Klaus Überla [00:39:48]

Das ist eben das, wo viele noch keine klare Meinung zu haben. Und das ist in gewisser Weise dann auch eine Einstellungssache. Und da muss man einen Konsens finden und die Argumente noch weiter austauschen. Ich meine, wir haben den Antikörper ja auch noch nicht so lange, und da kann man jetzt ja auch noch weiter Erfahrung sammeln mit diesem spezifischen Produkt. Der ist ja bisher nur mit 10.500 Kindern auf Sicherheit überprüft. Und damit kann ich sehr seltene Nebenwirkungen auch noch nicht ausschließen, obwohl ich die überhaupt nicht erwarte bei dieser Art von Produkt. Aber trotzdem ist es eben etwas, wo man, bevor man das allen neugeborenen Kindern und Säuglingen empfiehlt, [...] noch ein bisschen mehr Erfahrung sammeln [will].

Bernhard Resch [00:40:51]

Wenn ich da vielleicht ergänzen darf. Palivizumab wurde schon millionenfach gegeben und von den seltenen Nebenwirkungen wie zum Beispiel schwere anaphylaktoide Reaktionen hat es zwei Fälle, soweit ich das überblicke, gegeben. Wir wissen von diesem Antikörper, dass er ziemlich sicher ist. Für die Gabe bei den reifen Kindern spricht, dass, wenn man ein Kollektiv anschaut, das hospitalisiert wird im Winter durch RS-Viren, sind es 80 Prozent junge Säuglinge und nur 20 bis 25 Prozent Risikokinder, die eine Frühgeburtlichkeit, einen schweren hämodynamischen Herzfehler oder anderes haben. Das spräche schon dafür, dass man die Reifen im ersten Winter gut schützen kann, was bisher ja kein Thema war und das würde schon eine deutliche Entlastung der Spitäler, der Spitalsbetten und dies alles bedeuten.

Moderator [00:41:54]

Super. Vielen Dank. Wir haben noch eine schnelle Frage bekommen. Gibt es schon eine Empfehlung in anderen Ländern? Vielleicht Herr Überla, Sie haben vielleicht den besten Überblick, auch die anderen Kollegen natürlich gerne. Ich habe in meinen Kopf, dass die USA relativ weit war, aber ob es jetzt konkrete Empfehlungen gibt, weiß ich aus dem Kopf auch nicht. Aber vielleicht wissen Sie da schon was.

Klaus Überla [00:42:14]

Ja, da gibt es schon konkrete Empfehlungen, auch was die aktiven Impfstoffe für die Älteren betrifft.

Moderator [00:42:28]

Die USA hat Empfehlungen. Dann noch eine Frage: Können Schwangere und Personen ab 60 gleichzeitig die RSV-Impfung mit einer Grippe- und/oder Coronaimpfung erhalten oder sollte da ein zeitlicher Abstand erfolgen? Vielleicht auch zuerst an Sie, Herr Überla.

Klaus Überla [00:42:46]

Ja, die können gemeinsam verabreicht werden. Das macht auch Sinn, um das im Prinzip das effizient zu gestalten.



press briefing

Moderator [00:42:54]

Und dann noch die Seniorenfrage: Wann ist ein geeigneter Zeitpunkt für die RSV-Impfung von Senioren? Da würde ich die zwei Pädiater ausnehmen, vielleicht kurz einer, der die Daten am besten kennt, aber nicht, weil sie ein Senior sind.

Klaus Überla [00:43:09]

Da würde man auch zu Beginn der Saison ähnlich der Grippeimpfung eine RSV-Impfung vorsehen. Auch hier sieht man eine starke Altersabhängigkeit der schweren Verläufe. Und das beginnt ab 60, 65 aufwärts Sinn zu machen und dementsprechend ist es aus individueller Sicht und aus meiner persönlichen Einschätzung durchaus ein sehr nützlicher Impfstoff.

Moderator [00:43:53]

Noch eine Nachfrage zu der Länderempfehlung: In europäischen Ländern gibt es keine Empfehlungen, ist das irgendjemanden bekannt oder nicht bekannt?

Folke Brinkmann [00:44:03]

Spanien hat sich, glaube ich, relativ weit aus dem Fenster gewagt und hat es empfohlen. [Ich glaube Italien auch; Zuruf von Herrn Resch] Es sind auch ein paar ähnlich zurückhaltend wie Deutschland. Aber die beiden fallen mir auch ein, die da echt offensiv waren in der Empfehlung.

Moderator [00:44:23] Also Spanien und Italien. Okay.

Folke Brinkmann [00:44:28]

Spanien hat auch insgesamt sehr umfassende Impfeempfehlungen auch in anderen Bereichen, auch für Coronaimpfungen, flächendeckend usw.

Moderator [00:44:39]

Wir haben noch eine Frage: Was genau macht ein RSV so pathogen für immunnnaive Personen, gerne auch aus der Kinderperspektive. Was ist vor allem bei den immunsupprimierten Kindern das Problem, um dann gleich noch mal auf die Senioren einzugehen. Herr Resch, gerne.

Bernhard Resch [00:44:59]

Das RS-Virus wird nicht ausreichend eliminiert bei immunsupprimierten Patienten. Wir haben ein langes Virus-Shedding und eine lange Phase, wo der Organismus und das Immunsystem mit RS-Viren zu kämpfen haben und das führt zu sehr schwerwiegenden Infektionen. Es ist sicherlich ein geringerer Anteil von den ganzen Risikokindern. Bei den anderen spielen die Hämodynamik und die pulmonale Morphologie, die Kleinheit der Lunge, der Atemwege, die veränderten Atemwege, die veränderte Zirkulation bei einem Herzfehler eine Rolle.



press briefing

Klaus Überla [00:45:41]

Zum Alter, es spielt letztlich auch die sogenannte Immunoseneszenz eine Rolle, wo eben die Immunkompetenz etwas abnimmt. Und das führt wieder zu länger anhaltenden RSV-Infektionen bei Älteren, die dann zu Entzündungsreaktionen mit den typischen schweren Infektionsverläufen führt.

Moderator [00:46:14]

Daran anschließend die Frage eines Kollegen: Ich erinnere mich an Studienergebnisse, wonach die Pathogenität steigt, je länger der letzte Antigen-Kontakt zurückliegt. Ist das noch der aktuelle Stand? Herr Überla.

Klaus Überla [00:46:27] Es ist plausibel, aber ich kenne ehrlich gesagt die Studiendaten dazu nicht.

Folke Brinkmann [00:46:37]

Das würde erklären, warum wir nach der Pandemie jetzt tatsächlich so eine große Welle der Infektionen auch bei Älteren und Erwachsenen erlebt haben, die über das normale Maß hinausgehen. Vielleicht auch, weil da dann zwei Jahre "Training" fehlten.

Bernhard Resch [00:46:58]

Wir beobachten ja wiederholte Infektionen. Ungefähr 0,5 Prozent von Infektionen sind Reinfektionen in derselben Saison. Das wäre jetzt ein kurzer Abstand. Und die Infektion verläuft dann gleich schwer zum Beispiel und es bedarf weder einer Hospitalisierung, aber sie verlaufen dann nicht schwerer, obwohl die Reinfektion bei einem Hochrisikokind in der selben Saison passiert ist.

Moderator [00:47:29]

Wir sind zwar schon fast am Ende, eigentlich sind wir schon am Ende, aber ich würde gern noch zwei, drei Fragen, die ich noch wichtig finde, mitnehmen; und zwar zur Impfbereitschaft. Jetzt haben wir zwar auch neuen Impfstoff und neue monoklonale Antikörper, aber die Impfbereitschaft bei uns Deutschen ist ja freundlich ausgedrückt zurückhaltend. Da wäre jetzt die Frage: Was braucht es eventuell noch, wenn wir ein Jahr weiterdenken und es ist eine Stiko-Empfehlung da, wie kriegt man diesen Impfstoff zum Patienten und was muss an Aufklärungsarbeit noch erfolgen?

Folke Brinkmann [00:48:04]

Ich glaube, für den maternalen Impfstoff müssen wir ein ganz klares Signal der Sicherheit haben, dass es wirklich ein absolut sicherer, verträglicher Impfstoff ist, der in keinster Weise Mutter und Kind gefährden kann, sonst wird man das gar nicht gut in die Öffentlichkeit bringen können. Für die monoklonalen Antikörper müsste man auch noch mal für die Bevölkerung, für die werdenden Eltern das gut erklären, dass das einfach eine Erkrankung ist, die zwar häufig ist, aber eben doch bei einem Anteil zu schwereren Verläufen führt. Das ist nach der letzten Saison vielen Eltern sehr bewusst geworden. Das ist aber auch etwas, was zum Glück ein bisschen in den Hintergrund gerät,



press briefing

wenn wir das das nächste Mal nicht mehr so ausgeprägt sehen. Dann muss man, wie bei anderen Impfungen, die man auch einführt, die Vorteile und die Risiken sehr gut erläutern.

Moderator [00:49:09]

Da möchte ich Herrn Resch noch mal kurz dazuholen, weil Sie es eben schon erwähnt haben. Eigentlich müssen Sie ja bei den Gynäkologen bei der maternalen Impfung andocken.

Bernhard Resch [00:49:17]

Das ist schon richtig, da müssen wir ansetzen. Und wir müssen sagen: Wollen Sie Ihr Baby vor einer schwerwiegenden Atemwegsinfektion schützen. Slogan: Schützen Sie Ihr kleinstes, Ihr junges, schutzbedürftige Kind optimal. Ich versuche schon einen Werbeslogan zu produzieren, aber ich denke, dass das ist der Punkt, dass das wollen wir ja. Interessant ist, wenn ich einer Mutter gesagt haben, mit dem alten Antikörper bei Risikokindern: Das Gesundheitssystem zahlt 5.000 Euro für ihr Kind, damit es geschützt ist über den Winter, dann war kein einziger, der auch sonst Impfgegner war, dagegen, weil das als Geschenk gerne angenommen worden ist. Wird der übernommen und sagen wir den Eltern, der monoklonale Antikörper schützt gut und wir verhindern damit schwere Hospitalisierungen und schwere Krankheitsbilder und das lässt sich der Staat was kosten, ist sicherlich Bereitschaft da. Selbstkostentragend wird das ganz schwierig und einfach nur die Impfung in der späten Schwangerschaft, wenn ich mir die Influenza anschau mit sowieso sehr niedrigen Durchimpfungsraten in der Normalbevölkerung und dann die noch niedrigeren Raten und abnehmenden Raten bei den Schwangeren, mach ich mir da ziemlich Sorgen, dass das irgendwie angenommen wird.

Moderator [00:50:41]

Vielen Dank. Dann vielleicht noch eine kleine Nachfrage zur Stiko, an Herrn Überla nochmal. Wird sich die Stiko auch nicht zu dem Antikörper äußern. Oder tut sie das überhaupt?

Klaus Überla [00:50:53] Prinzipiell werden wir uns zu dem Antikörper äußern, aber jetzt nicht akut.

Moderator [00:51:03]

Wir sind leider schon am Ende und schon überziehen, wir haben noch ein zwei Fragen übrig gehabt, sorry an die Kollegen, Sie können sie auch bitte noch mal einreichen und wir können sie ja gerne an die Kollegen weiterleiten, wenn sie möchten. Ich würde ganz gerne in allen aber noch mal kurz die Abschlussfrage stellen, dass Sie vielleicht noch mal auf diesen Herbst und Winter blicken und sagen, inwiefern aus Ihrer Sicht genug Schutz für RSV gibt, inwiefern er eingesetzt werden könnte und wie sie den nächsten Herbst und Winter sehen, ohne eventuellen Empfehlungen. Vor allem, das ist der andere Hintergrund, was nutzen Sie jetzt eigentlich im Herbst und Winter und was nutzen Sie nicht?

Bernhard Resch [00:51:42]

Für die Saison, was wir jetzt empfehlen oder was wir uns wünschen, meinen Sie.



press briefing

Moderator [00:52:08] Genau. Also was Ihr Ausblick für den Herbst und Winter ist.

Bernhard Resch [00:52:13]

Ich denke, dass wir für diesen Herbst wieder das Krankheitsbild in Erinnerung rufen. Die RSV-Bronchiolitis gerät über den Sommer immer in Vergessenheit, weil es eine saisonale Erkrankung ist. Eine Problematik, die wir bei allem beobachten, dass wir immer wiederkehrend darüber aufklären, dass wir immer wieder sagen bei den Risikokindern, jetzt fangen wir mit der spezifischen Prophylaxe an. Dann immer die Frage: Fangen wir jetzt schon an, ist es im Oktober oder November. Das wird für diesen Winter gleich bleiben. Es ist vertrautes Gelände für alle Pädiater, wenn wir mit Palivizumab arbeiten und es muss ganz klar vorgegeben sein, wie wir mit dem neuen Antikörper arbeiten werden. Es hat keinen Sinn, auch wenn es das gibt, das Einzelne sagen, ich würde, man sollte, ich gebe schon. Es macht keinen Sinn, wenn nicht die Experten sich dazu klar äußern und klare Empfehlungen brauchen dann den Niedergelassenen, um das Medikament dann zu verabreichen.

Moderator [00:53:26] Herr Überla bitte noch.

Klaus Überla [00:53:28]

Ich denke, dass wir eine Expertenstellungnahme im Rahmen der AWMF zu der Verwendung der Antikörper letztlich bekommen werden, so dass von der Seite dann auch die Niedergelassenen entsprechende Guidelines an der Hand haben, auf die sie sich beziehen können. Da sind auch Mitglieder der Stiko an der AWMF-Leitlinie beteiligt gewesen. Dann sehe ich die Anwendung im Wesentlichen des Antikörpers, wie Herr Resch das auch im Prinzip schon ausgeführt hat, bei den bisherigen Risikokindern. Ansonsten kann ich mir noch auf einer individuellen Basis sehr gut die Anwendung der aktiven Impfungen bei Senioren vorstellen, insbesondere bei Senioren, die bereits vielfältige Komorbiditäten und ein großes Risiko aufweisen. Da ist auf individueller Basis sicherlich eine Impfung zu empfehlen.

Folke Brinkmann [00:54:41]

Ich würde mir wünschen, dass wir in die Saison etwas besser vorbereitet gehen als in die letzte, wo wir dann doch enorme Zahlen von Patienten zu bestimmten Zeiten nicht mehr gut versorgen konnten und da trägt sicher eine gute Aufklärung der Bevölkerung bei. Alle Bevölkerungsgruppen, die wir sinnvollerweise impfen können, tragen auch dazu bei, dass Infektionen nicht weiter verbreitet werden. Ich glaube, das macht Sinn, jetzt noch mal zu kommunizieren, dass es zwar keine Coronapandemie ist, dass wir aber trotzdem saisonal sicher wieder viele, viele Infekte sehen werden und dass es Sinn macht, rechtzeitig die Risikogruppen zu schützen und dass wir dafür bessere Möglichkeiten haben als noch in den Vorjahren und die auch noch mal bekannt machen sollten, damit sie genutzt werden.

Moderator [00:55:35]

Vielen Dank an Sie alle drei und natürlich auch an alle da draußen, die eifrig Fragen gestellt haben. Ich hoffe, es konnten viele beantwortet werden. Das Thema wird uns natürlich noch weiter begleiten im Herbst und Winter und spätestens nächstes Jahr oder übernächstes Jahr, wenn wir dann die Stiko-Empfehlung haben, sicherlich auch noch mehr. Aber auf jeden Fall danke, dass Sie alle da waren und sehr gerne natürlich bis zum nächsten Mal.



press briefing

Ansprechpartner in der Redaktion

Philipp Jacobs

Redakteur 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-Pressekonferenz 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

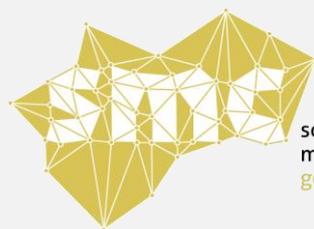
Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42-44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

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

Volker Stollorz



science
media center
germany