

# Corona-Impfstoffe geeignet bei immunmodulierender Therapie

## BVDD-Empfehlungen zur Impfung gegen SARS-CoV-2

SELTERS – Die Impfungen gegen SARS-CoV-2 haben begonnen. Was müssen Dermatologen bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen beachten, insbesondere wenn diese unter einer immunmodulierenden oder immunsupprimierenden Therapie stehen? BVDD-Vorstandsmitglied Dr. Ralph von Kiedrowski hat dazu praxisnah Stellung bezogen.

**S**eit Beginn der weltweiten Coronapandemie steht das Thema „Impfung“ bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen wie atopischer Dermatitis oder Psoriasis wieder sehr im Mittelpunkt, vor allem wenn die Betroffenen unter einer immunmodulierenden oder immunsupprimierenden Therapie stehen. Dies bezieht sich ganz allgemein auf Impfungen

gegen Influenza oder Pneumokokken und aktuell natürlich auf eine Impfung gegen SARS-CoV-2, den Auslöser der COVID-19-Erkrankung.

Für die betroffenen Patienten, aber auch die behandelnden hautärztlichen Kollegen, ist nachfolgende Positionierung und Empfehlung gedacht. Sie soll Ängste und Sorgen nehmen und drängende Fragen beantworten sowie die allgemeine Impfbereitschaft fördern.

1. Unverändert gilt die Empfehlung, dass Patienten mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen, ohne und mit immunmodulierender oder immunsupprimierender Therapie, einen ausreichenden Impfschutz gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) haben sollten. Dieser Impfschutz sollte nach Möglichkeit vor Therapiebeginn komplettiert sein, kann mit



© Robin Utrecht / picture alliance

**Patienten mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen können unter Einhaltung bestimmter Vorsichtsmaßnahmen mit den neuen Coronaimpfstoffen geimpft werden.**

Totimpfstoffen aber auch unter Therapie vervollständig oder eingeleitet werden.

2. Dies gilt im Besonderen für die Pneumokokkenimpfung sowie die jährliche Influenzaschutzimpfung, denn die Erkrankungen können sehr schwer verlaufen und häufig kommt es zu sogenannten Sekundärinfektionen, also weiteren bakteriellen Atemwegsinfektionen, die sich auf die Influenza obendrauf setzen können. Da sich Inflenzaviren ständig verändern, gibt es jedes Jahr einen neuen (Vierfach-)Impfstoff. Neben dem Schutz vor der eigentlichen Infektion gibt es auch Hinweise darauf, dass Personen, die gegen Influenza geimpft wurden, ein geringeres Risiko aufweisen, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren als nicht gegen Influenza Geimpfte.

3. Durch die europäische Zulassung eines ersten SARS-CoV-2-Impfstoffes (Biontech/Pfizer) am 21. Dezember 2020 wurden noch im Dezember die Coronaimpfungen bundesweit gestartet. Die nächste Zulassung erfolgte am 6. Januar 2021 (Moderna) und auch ein erster Vektor-Impfstoff (Astra-Zeneca) könnte schon Ende Januar das Zulassungsverfahren durchlaufen haben. Im Rahmen von umfangreichen Zulassungsstudien aller Impfstoff-Kandidaten wurden zwar bereits mehrere 10.000 Personen kontrolliert geimpft – deutlich mehr, als es für jeden Impfstoff bislang erforderlich gewesen war –, aber natürlich können noch keine Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit bei Personen mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen beziehungsweise Patienten unter immunmodulierender/immunsuppressiver Therapie vorliegen.

4. Es gelten also die bekannten allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisse: Totimpfstoffe sind für Patienten mit chronisch-entzündlichen Dermatosen und unter immunmodulierender/immunsuppressiver Therapie uneingeschränkt geeignet und einsetzbar. Klassische Totimpfstoffe sind Vakzine auf der Grundlage adjuvantierter Proteine. Auch Vakzine auf der Grundlage nicht replizierbarer Vektoren (Astra-Zeneca) sowie Vakzine auf der Grundlage von mRNA-Technologie (Biontech-Pfizer, Moderna) sind als Totimpfstoffe anzusehen und dürften daher für die Patienten-

population in dermatologischen Praxen keine Gefahr darstellen.

5. Ein mRNA-Impfstoff stellt keine Lebendimpfung dar. Es handelt sich auch nicht um eine „Gentherapie“. Eine mRNA (messenger = Boten-RNA) beeinflusst oder verändert nicht die menschliche DNA (Genom), sondern liefert nur eine Art „Bauanleitung“ für Virusbestandteile (Oberflächenproteine, z. B. Spike-Protein). Der geimpfte Mensch kann so vorübergehend selbst Virusproteinteile produzieren (aber kein komplettes Virus!), gegen die das eigene Immunsystem dann schützende Antikörper bilden kann. Somit stellt ein mRNA-Impfstoff wie andere Totimpfstoffe keine Kontraindikation für Patienten unter einer immunmodulierenden/immunsuppressiven Therapie dar.

Ein Vektor-Impfstoff, bei dem für Menschen nicht pathogene und nicht vermehrungsfähige Affen-Adenoviren das Spike-Protein an der Oberfläche exprimieren und so dem Immunsystem zugänglich machen, stellt ebenfalls keinen Lebendimpfstoff dar. Theoretisch können bei dieser Impfstoffart aber bei der zweiten Dosis Immunreaktionen (als Nebenwirkung) gegen das Trägervirus auftreten oder die Impfreaktion vermindert werden. Diese potenzielle Immunogenität stellt den wesentlichsten Unterschied zu den mRNA-Varianten dar.

6. Aus grundsätzlichen Erwägungen sollte die Immunsuppression für eine ausreichende Impfantwort (Bildung schützender Antikörper gegen die Krankheitserreger) so gering wie möglich sein. Immunsuppressive Wirkstoffe spielen bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen eine untergeordnete Rolle (orale Glukokortikosteroide, bedingt Ciclosporin A, langwirksame B-Zell-depletierende Substanzen). Immunmodulierende Wirkstoffe haben nach derzeitigem Kenntnisstand keine Beeinträchtigung der Impfantwort zur Folge, sodass zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empfohlen werden kann, eine bestehende immunmodulierende/immunsuppressive Therapie wegen einer – bezüglich SARS-CoV-2 derzeit auch noch nicht allgemein verfügbaren – Impfung zu verändern.

7. Ganz allgemein sollte beachtet werden: Unter einer laufenden Therapie gilt

als Empfehlung, die Impfung in der Mitte eines Behandlungsintervalls zu verabreichen und die Therapie frühestens nach zwei, besser erst nach vier Wochen fortzusetzen. Spezielle Empfehlungen für Therapien, die wöchentlich oder gar (mehrfach) täglich appliziert werden müssen, existieren nicht. Meine persönliche Empfehlung lautet hier, je nach Krankheitsaktivität die Zeiträume nach Impfung auch vor der Impfung gelten zu lassen, also für zwei bis vier Wochen vor der Impfung die Einnahme zu pausieren.

8. Praxis-Beispiele: Für Methotrexat (MTX) würde dies bedeuten, dass ein Patient zwei Wochen nach der letzten MTX-Applikation die erste Coronaimpfung und drei Wochen später die zweite erhalten kann und nach zwei (oder vier) weiteren Wochen dann die MTX-Therapie fortgeführt wird. MTX wird also sieben- bis neunmal ausgesetzt.

Biologikapatienten mit einem vierwöchigen Applikationsintervall können ihre erste Coronaimpfung zwei Wochen nach der letzten Biologikumgabe erhalten, drei Wochen später dann die zweite und weitere zwei bis vier Wochen später erfolgt dann die Fortsetzung der Therapie. Die impfbedingte Therapieunterbrechung beträgt letztlich drei bis fünf Wochen.

Für Biologika wie Ustekinumab, Risankizumab oder Tildrakizumab mit einem Zwölfwochenintervall kann sechs Wochen nach der letzten Therapieinjektion mit der Coronaimpfung begonnen, weitere drei Wochen später würde dann die zweite Schutzimpfung gegeben werden. Am Injektionsintervall des Biologikums (zwölf Wochen) ändert sich dadurch nichts (zwei Wochen Sicherheitsabstand) oder die Gabe wird um eine Woche nach hinten verschoben (vier Wochen Abstand).

9. In Anbetracht der zum Teil langanhaltenden Wirksamkeit der verschiedenen Substanzen ist nur selten mit einer Verschlechterung der Grunderkrankung zu rechnen.

---

**Dr. med. Ralph M. von Kiedrowski**  
Mitglied des BVDD-Vorstands / Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Kirchstraße 1  
56242 Selters  
E-Mail: r.vonkiedrowski@bvdd.de