

Impfen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen – neue Daten & aktuelle Empfehlungen

Auf einen Blick

Etwa 1 % der Bevölkerung ist von rheumatoider Arthritis betroffen, ca. 1,8 Millionen leiden in Deutschland an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.¹ Infektionskrankheiten wie z.B. Influenza, RSV oder Herpes zoster, tragen zu erhöhter Mortalität und Morbidität bei.^{2,3} Häufig eingesetzte, immunsuppressive Therapien stellen einen zusätzlichen Risikofaktor für Infektionen dar.⁴⁻⁶ Vor diesem Hintergrund ist ein vollständiger Impfschutz für Menschen mit RA von besonderer Bedeutung.

Erhöhte Sterblichkeit und Infektionsrisiko bei Menschen mit rheumatoider Arthritis (RA)

Studien zeigten, dass Menschen mit RA eine **erhöhte Sterblichkeit** aufweisen² – insbesondere bei einer höheren Krankheitsaktivität⁷ oder im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten². Auch das Risiko, an **Herpes zoster** (HZ) zu erkranken, ist bei Menschen mit RA deutlich erhöht. Laut einer Metaanalyse war das Risiko um 62 % [95 %-KI: 1,29 – 2,02] höher als in der Vergleichsgruppe.³

Ein zusätzliches Infektionsrisiko birgt die **RA-Therapie**:

- Die **Glukokortikoid-Dosis** gilt als Risikofaktor für schwere Infekte: Je höher die Dosis, desto höher ist das Risiko.⁴
- Unter dem anti-CD20-Antikörper **Rituximab** wurden vermehrt schwere Infektionen vor allem im Zusammenhang mit niedriger IgG-Konzentration beobachtet.⁵
- Die **Einnahme von JAK-Inhibitoren** kann das Infektionsrisiko weiter erhöhen, besonders dramatisch für Herpes zoster.⁶

Aktuelle Real-World-Daten: Wirksamkeit & Sicherheit der Herpes-zoster-Impfung

Potenzielle Risikofaktoren für einen HZ sind zunehmendes Alter, immunsupprimierende Medikamente und Konditionen wie Autoimmunerkrankungen.⁸⁻¹¹ Einen sinnvollen Schutz stellt die **HZ-Impfung** dar. Der Totimpfstoff gegen HZ ist für Menschen ab 18 Jahren bei erhöhtem Risiko für HZ zugelassen¹² und wird von der STIKO empfohlen als **Standardimpfung** für Personen ≥ 60 Jahren und als **Indikationsimpfung** für Personen ≥ 18 Jahren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung aufgrund einer schweren Grunderkrankung oder Autoimmunerkrankung, wie z. B. RA oder systemischem Lupus erythematoses.¹³

Real-World-Daten aus den USA zum rekombinanten HZ-Impfstoff (RZV) zeigten: Bei Erwachsenen ab 50 Jahren mit RA betrug die adjustierte Wirksamkeit von 2 Dosen des RZV gegen HZ 60,7 % (95 %-KI: 41,0 – 73,8 %). Die adjustierte Wirksamkeit gegen postherpetische Neuralgie (PHN) als Komplikation von HZ lag bei 88,7 % (95 %-KI: 12,1 %–98,5 %). Unter 2.606 Erwachsenen mit RA, die mindestens eine RZV-Dosis erhielten, wurde kein erhöhtes Risiko für RA-Schübe innerhalb von 30 Tagen nach der Impfung beobachtet (Relatives Risiko: 1,02; 95 %-KI: 0,75 – 1,37).¹⁴

Empfehlungen & Praxistipps fürs Impfen bei immunsupprimierten Menschen

Bei jeder Vorstellung von immunsupprimierten Menschen in der Praxis sollte auf einen vollständigen Impfschutz geachtet werden. Folgende Impfungen werden von der STIKO u. a. zusätzlich zu den altersgemäßen Standardimpfungen empfohlen:¹³

- **Pneumokokken:** Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Immundefekten
- **Respiratorisches Synzytialvirus (RSV):** Personen im Alter von 60–74 Jahren mit schwerer Grunderkrankung/Immundefizienz
- **Influenza & COVID-19:** Personen ≥ 6 Monate mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grunderkrankung
- **Herpes zoster:** Personen ≥ 18 Jahre bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer angeborenen bzw. erworbenen, insbesondere einer iatrogenen, Immundefizienz oder infolge schwerer chronischer Grunderkrankung
- **Meningokokken:** Gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz
- **Hepatitis B:** Personen mit einer vorbestehenden oder zu erwartenden Immundefizienz

Für Ihre Praxis: Wichtig ist es, die Patient*innen mit einzubeziehen und diese ausführlich über Nutzen und Risiken einer Impfung zu beraten und ggfs. auch unbegründete Ängste vor einem Krankheitsschub zu adressieren. Totimpfstoffe können problemlos geimpft werden, Lebendimpfstoffe sind i. d. R. kontraindiziert. Eine kurze, 10-tägige Methotrexat-Therapiepause kann bei Patient*innen ≥ 60 Jahren das Ansprechen z. B. der COVID-19-Impfung verbessern.¹⁵ In vielen Fällen ist es sinnvoll, auch Kontaktpersonen zu impfen (Schließen von Impfücken und jährliche Impfungen gegen Influenza und COVID-19).¹³

1. Myasoedova E et al. Arthritis Rheum 2010; 62:1576. 2. Sihvonen S et al, Scand J Rheumatol 2004; 33:221-7. 3. Steinmann M et al. Infection. 2024;52(3):1009-26. 4. Grijalva CG et al. JAMA. 2011;306(21):2331-9. 5. Van Vollenhoven R et al, Ann Rheum Dis 2013; 72:1496-502. 6. Redeker et al. Ann Rheum Dis. 2022 Jan;81(1):41-7. 7. Radovits BJ et al. Arthritis Care Res. 2010;62:362-70. 8. Harpaz R et al. MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1-CE4. 9. Schmader K et al. J Am Geriatr Soc. 1998;46(8):973-7. 10. Didierlaurent AM et al. Expert Rev Vaccines. 2017;16(1):55-63. 11. Epid Bull 2018;50:1-30. 12. Fachinformation Herpes zoster-Totimpfstoff. 13. Epid Bull 2026;4:1-79. 14. Rayens E et al. Ann Rheum Dis. 2025 Feb 19:S0003-4967(25)00199-2. 15. Arumahandi de Silva et al, Ann Rheum Dis 2022;0:1-8

