

## **RSV-Prophylaxe im ersten Lebenshalbjahr (Stand 15.10.2024)**

Ein offizielles 8-seitiges Aufklärungsblatt auch in 9 Fremdsprachen ist erhältlich unter <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/RSV-aufklaerungsbo-gen.html>.

Das **Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)** wird über die Atemluft per Tröpfcheninfektion weitergegeben und besiedelt nur Menschen. Solche Infektionen sind im Alltag nicht ganz vermeidbar. Sie können symptomlos sein oder nach (3)-5-(8) Tagen Inkubationszeit meistens zu Schnupfen und Begleithusten führen für 3-12 Tage (manchmal gefolgt von einem bis zu 4-wöchigen Reizhusten). RSV ist also im Grunde ein ganz normaler Luftwegsinfektivirus unter vielen anderen Viren mit vergleichbarem Symptomspektrum. Er tritt streng saisonal auf zwischen November/Dezember bis März/April. Innerhalb des ersten Lebensjahres hatten 50-70% der Säuglinge ihre Erstinfektion, zum Ende des zweiten Lebensjahres nahezu alle. Die Infektion hinterlässt nur eine Teilimmunität: Folgeinfektionen verlaufen daher leichter.[1] Reifgeborene haben einen teilweise wirksamen Nestschutz für ca. 4-6 Wochen. Frühgeborene haben dies nicht, da der Nestschutz generell erst am Ende der Schwangerschaft von der Mutter übertragen wird [2].

Bei **Säuglingen in den ersten Lebensmonaten** kann es zu **Komplikationen** kommen: Die Atmung knistert und pfeift auch zwischen dem Husten und wird zunehmend keuchend und angestrengt. Dann sind auch die Atemwege im Brustkorb und die Lungen betroffen. Kommt es dabei zu Atemnot mit einem schlechten Allgemeinzustand, benötigt der Säugling vorübergehend stationäre Hilfe mit Überwachung, Inhalationen, Sauerstoffgabe und anderen Atemhilfen sowie ggf. eine Infusion. 20% der stationär Behandlungspflichtigen Säuglinge betrifft Frühgeborene und Kinder mit u.a. chronischen Lungen- oder Herzerkrankungen. Bei den 80% zuvor gesunde Säuglingen ist das Komplikationsrisiko abhängig vom Alter bei Erstinfektion: 5/100 der 1-2-monatigen Säuglinge werden jährlich stationär behandelt, danach geht die Wahrscheinlichkeit kontinuierlich zurück auf 1/100 bei 12-monatigen Säuglingen [2]. Geschwisterkinder verdoppeln die Zahl der Säuglings-RSV-Infektionen. Zwischen 2019 und 2022 wurden in Deutschland 13 RSV-bedingte Todesfälle registriert[2].

Jährlich werden in Deutschland ca. 25.000 von 700.000 Säuglingen wegen RSV-Infektionen der unteren Atemwege hospitalisiert. Die pädiatrischen Praxen und Akutkinderkliniken arbeiten vor allem in den ersten drei Monaten eines Jahres an ihrer Kapazitätsgrenze und darüber hinaus (nicht nur aber auch wegen RSV). Eine Ausnahme war die CoViD-Zeit. Danach mussten jedoch intensive Nachholinfektwellen bewältigt werden, was in der chronisch kaputtgesparten Pädiatrie im ambulanten und stationären Bereich in den Wintern 22/23 und 23/24 regional verschieden zu klaren Überlastungssituationen führte.[3]

**RSV-Prophylaxe:** Seit Oktober 22 ist der monoklonale RSV-Antikörper Nirsevimab (Beyfortus) zur Prävention von RSV-Komplikationen bei Früh- und Neugeborenen sowie Säuglingen in ihrer ersten RSV-Saison zugelassen. Er kann notwendige Hospitalisierungen wegen RSV um ca. 70-90% reduzieren[2]. Seit dem 27.6.24 ist er daher durch die StIKo allgemein empfohlen [2]. Nirsevimab soll möglichst früh im Leben, aber direkt vor oder in der RSV-Saison als Einmaldosis gespritzt werden und wirkt dann für ca. 6 Monate. Konkret: Säuglinge, die ab dem 1.4. bis 30.9. des Jahres geboren werden, sollen direkt vor der Saison zwischen September und November in den Praxen immunisiert werden und die vom 1.10. bis 31.3. Geborenen vor der Entlassung aus der Geburtsklinik. Versäumte Gaben sollen innerhalb der ersten RSV-Saison schnellstmöglich nachgeholt werden.

Solange der Versicherungsstatus des Neugeborenen nicht nachgewiesen ist (vorläufiges Dokument der Krankenkasse mit Versichertenummer, später GKV-Karte), finanziert der Kassenarzt verordnete Medikamente und seine eigene Behandlung zunächst auf eigenes Risiko vor oder stellt sie den Eltern privat in Rechnung. Das teure Beyfortus wird er nicht auf eigenes Kostenrisiko verabreichen, bevor ihm die Versichertenummer des Kindes bekanntgegeben wurde.<sup>a</sup> Er wird ein von den Eltern zu zahlendes Privat Rezept ausstellen.

Die Kühlkette (2-8°C) darf nur max 8h bei Raumtemperatur unterbrochen werden (20-25°C). Da die Kassen in Baden-Württemberg auf Einzelverordnung auf den Namen des Kindes bestehen, müssen die Eltern sich Beyfortus erst in der Praxis rezeptieren lassen (50mg für <5kg schwere Babies, 100mg für > 5kg schwere Babies), ihn in einer benachbarten Apotheke holen, um dann mit der Spritze direkt in die Praxis für die Injektion zurückzukommen. Beyfortus darf nur aus intakten Spritzen injiziert werden, sollte also während des Transportes **nicht runterfallen oder stark geschüttelt werden** (Proteinaggregate).

Man kann Beyfortus zeitgleich mit allen anderen Routineimpfungen verabreichen.

Beyfortus ist nach allem, was man bisher weiß insgesamt gut verträglich (0,3% Lokalreaktionen, 0,3% Fieber). Anaphylaktische Reaktionen sind wie immer theoretisch möglich.

## Literatur:

- 1 Robert Koch Institut. RSV-Infektionen. RKI-Ratgeber. 2024.
- 2 Ständige Impfkommission (StIKo). Wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung der StIKo zur spezifischen Prophylaxe von RSV-Erkrankungen mit Nirsevimab bei Neugeborenen und Säuglingen in ihrer 1. RSV-Saison. *Epidemiologische Bulletin*. 2024;2024:5-30.
- 3 Lüder S. *Who cares?: Wie unser Gesundheitssystem das Leben unserer Kinder gefährdet. Notruf eines Kinderarztes*. Riva 2024.

---

a Der Anspruch der Versicherten auf die Prophylaxe wurde am 13.9.24 verordnet und ein kassenärztliches Hohnorar hierfür am 16.9.24 beschlossen (13€ für kalkulierte aber unrealistische 4 Minuten incl. Aufklärung, Dokumentation und Einzelrezept-Logistik). Nur um die Verhältnisse zu illustrieren: Der Apothekenverkaufspreis für eine 50mg oder 100mg Spritze ist 362€, die Apotheke bekommt für Bestellung und Zwischenlagerung 19€, der Staat bekommt bei 19% Mwst. 72€. Der Apothekenverkaufspreis ist also ca. 453€. Damit entzieht diese Prophylaxe dem Gesundheitssystem jährlich ca. 300Mio.€ reine Medikamentenkosten. Insgesamt wird die RSV-Prophylaxe von der Kinderärzteschaft begrüßt. Die gesundheitspolitische Gemengelage drumherum mit der sich im Hohnorar spiegelnden geringen Wertschätzung für kinderärztliche Arbeit ist jedoch ein weiteres Puzzleteil im sich immer deutlicher auswirkenden pädiatrischen Versorgungsgefährdungspuzzle.