

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1300–1302
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03179-8>
 Online publiziert: 7. Juli 2020
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2020



Hans-Jürgen Laws¹ · Ulrich Baumann² · Christian Bogdan^{3,4} · Gerd Burchard^{4,5} · Maximilian Christopeit⁶ · Jane Hecht⁷ · Ulrich Heining^{4,8} · Inken Hilgendorf⁹ · Winfried Kern¹⁰ · Kerstin Kling¹¹ · Guido Kobbe¹² · Wiebe Külper¹¹ · Thomas Lehrnbecher¹³ · Roland Meisel¹ · Arne Simon¹⁴ · Andrew Ullmann¹⁵ · Maïke de Wit^{16,17} · Fred Zepp^{4,18}

¹Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ²Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; ³Mikrobiologisches Institut – Klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander Universität FAU Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland; ⁴Ständige Impfkommission (STIKO), Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland; ⁵Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg, Deutschland; ⁶Interdisziplinäre Klinik für Stammzelltransplantation, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, Deutschland; ⁷Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland; ⁸Universitäts-Kinderspital beider Basel, Basel, Schweiz; ⁹Klinik für Innere Medizin II, Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland; ¹⁰Klinik für Innere Medizin II, Abteilung Infektiologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland; ¹¹Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet Impfprävention, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland; ¹²Klinik für Hämatologie, Onkologie und Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ¹³Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ¹⁴Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar, Deutschland; ¹⁵Medizinische Klinik und Poliklinik II, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland; ¹⁶Klinik für Innere Medizin – Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, Deutschland; ¹⁷Klinik für Innere Medizin – Onkologie, Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin, Deutschland; ¹⁸Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Erratum zu: Impfen bei Immundefizienz

Anwendungshinweise zu den von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen. (III) Impfen bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen (antineoplastische Therapie, Stammzelltransplantation), Organtransplantation und Asplenie

Erratum zu:
Bundesgesundheitsbl
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03123-w>

Im Anhang der Originalpublikation dieses Beitrags wurde im „Impfplan für Kinder/Jugendliche nach autologer/allogener Stammzelltransplantation“ für die 3. HPV-Impfstoffdosis nach allogener SZT fälschlicherweise der Zeitpunkt „17–18“ Monate nach SZT angegeben. Die 3. HPV-Impfstoffdosis nach allogener SZT

sollte aber zum Zeitpunkt „20“ Monate nach SZT gegeben werden. Dies entspricht auch den Angaben des abgebildeten zeitlichen Abstandes von 6 Monaten zur 2. HPV-Impfstoffdosis nach allogener SZT sowie den entsprechenden Angaben im Text auf S. 620 und der Darstellung in der **Tab. 5** auf S. 618.

Im „Impfplan für Kinder/Jugendliche nach autologer/allogener Stammzelltransplantation“ wurde zusätzlich folgende Angabe auf dem Zeitstrahl optimiert: Die Angabe „17–18“ Monate nach SZT

wurde in 2 separate Zeitspalten unterteilt mit der Angabe „17“ Monate nach SZT bzw. „18“ Monate nach SZT. Hierdurch soll vermieden werden, dass die Angabe „17–18“ als Zeitfenster für die aufgeführten Impfungen interpretiert werden könnte und somit die 4. PCV13-Impfung und die 4. DTaP-IPV-Hib-HepB-Impfung nach allogener SZT zu früh (zum Zeit-

Die Online-Version des Originalartikels ist unter <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03123-w> zu finden.

punkt „17“ Monate nach SZT) gegeben werden. Derart würde dann der erforderliche Mindestabstand von 10 Monaten zu der vorangegangenen Impfstoffdosis unterschritten werden (sofern diese Impfungen zum Zeitpunkt „17“ Monate nach SZT durchgeführt würden, bestünde nur ein Abstand von 9 Monaten zur vorangegangenen Impfung).

Der ursprünglich publizierte „Impfplan für Kinder/Jugendliche nach autologer/allogener Stammzelltransplantation“ im Anhang ist daher fehlerhaft und wird im Folgenden korrekt dargestellt. Die Angaben zur 3. HPV-Impfstoffdosis nach allogener SZT wurden korrigiert (neu: Zeitpunkt „20“ Monate nach SZT) und der Zeitpunkt „17–18“ Monate nach SZT separiert in „17“ Monate nach SZT und „18“ Monate nach SZT.

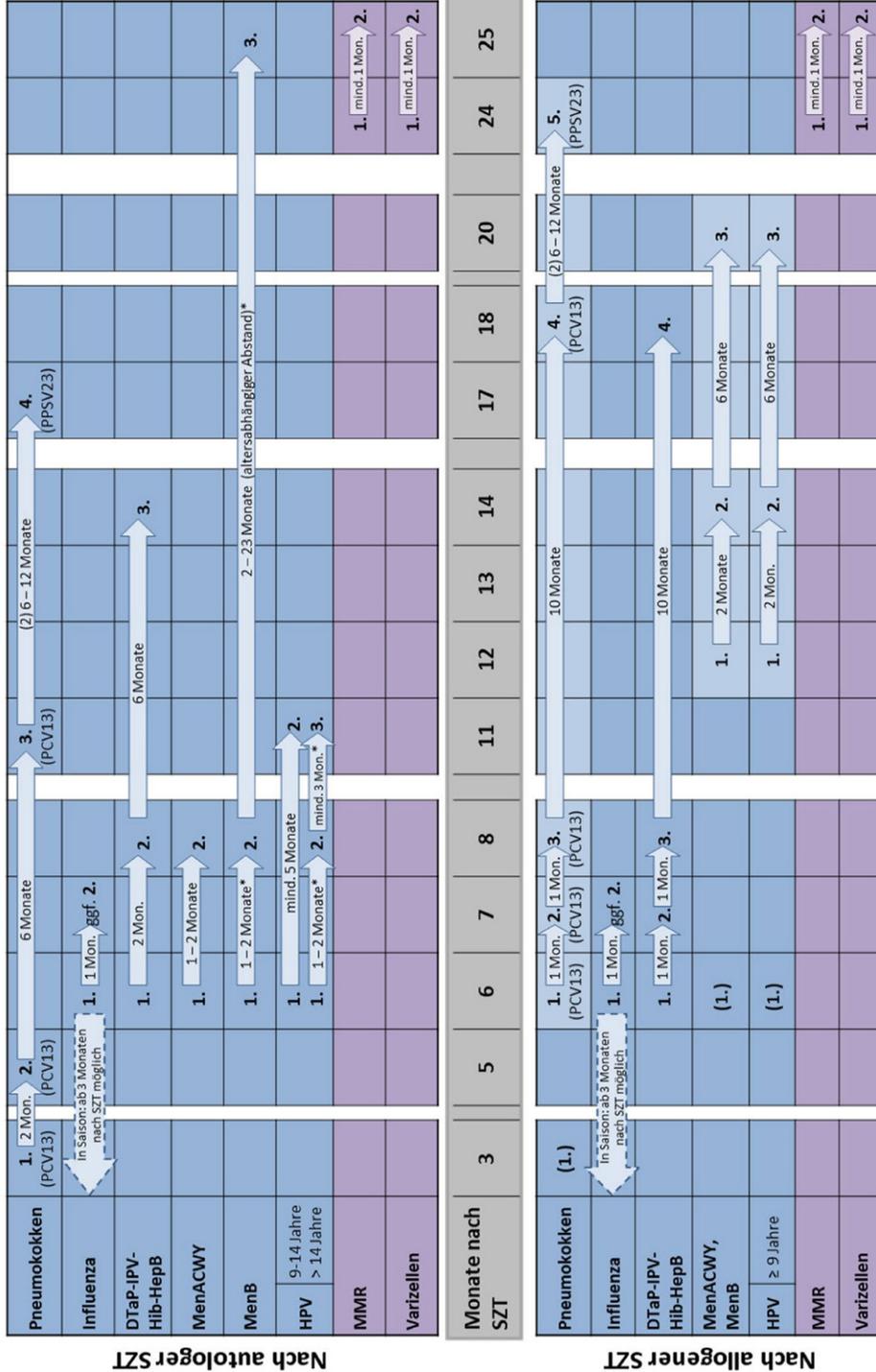
Des Weiteren sollte im Kapitel Reiseimpfung auf S. 633 der Halbsatz „der Abstand zur autologen SZT sollte mindestens 3 Monate betragen.“ ersatzlos gestrichen werden. Da vor einer autologen SZT ähnlich wie vor einer allogenen SZT eine Konditionierung mittels antineoplastischer und/oder Strahlentherapie durchgeführt wird, sollte der Abstand zwischen der Gabe eines Lebendimpfstoffs (hier: Gelbfieberimpfstoff) und einer antineoplastischen Therapie, wie an entsprechender Stelle auf S. 633 formuliert, mindestens 4 Wochen betragen.

Korrespondenzadresse

Kerstin Kling

Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet Impfprävention, Robert Koch-Institut
Berlin, Deutschland
KlingK@rki.de

Impfplan für Kinder/Jugendliche nach autologer/allogener Stammzelltransplantation



Indikationsimpfungen:

Hepatitis A: nach autologer SZT: ab 6 Monaten mit 2 Impfstoffdosen (im Abstand von 6 Monaten)

nach allogener SZT: aus Expertennsicht ab 12 Monaten mit 2 Impfstoffdosen (im Abstand von 6 Monaten)

FSME: nach autologer SZT: ab 6 Monaten, Impfung nach FI

nach allogener SZT: aus Expertennsicht ab 12 Monaten mit 3 Impfstoffdosen (Abstände zwischen den Impfungen 2, 6 Monate)

Angabe sind die jeweiligen Impfstoffdosen (z.B. „1.“ = 1. Impfstoffdosis) sowie die empfohlenen (Mindest-)Abstände zwischen diesen. () In Klammern dargestellt sind die frühestmöglichen Zeitpunkte der Pneumokokken-, Meningokokken- und HPV-Impfung. Diese sind von den beteiligten Expertinnen nur in besonderer Risikokonstellation zu erwägen. Nähere Informationen siehe Text.

■ Totimpfstoffe von Expertinnen empfohlener Impfbeginn für die Pneumokokken-, Meningokokken- und HPV-Impfung

■ Lebendimpfstoffe

* altersabhängige Impfschemata gemäß jeweiliger Fachinformation

MenACWY quadrivalenter Meningokokken-Konjugatimpfstoff der Serogruppe A, C, W, Y, MenB Meningokokken B Impfstoff, mind. mindestens, Mon. Monate, PCV13 13-valenter Pneumokokkenkonjugatimpfstoff, PPSV23 23-valenter Pneumokokkenpolysaccharidimpfstoff, SZT Stammzelltransplantation