

# Influenza-Impfung: Wichtig für Risikogruppen

## Ärzte sollten den Zusatznutzen kommunizieren

Grippeimpfungen werden nicht nur in Zeiten von Corona zu selten in Anspruch genommen. Besonders die Risikogruppen sollten auf die seit dieser Saison erhältlichen Hochdosis-Impfstoffe hingewiesen werden.

Influenza ist gleich nach COVID-19 die häufigste impfpräventable Infektionskrankheit im Erwachsenenalter. Jedoch war die Impfquote in den letzten Jahren



Die Impfquoten beim Grippe-schutz sind seit Jahren zu niedrig.

rückläufig. Laut Robert-Koch-Institut (RKI) nehmen von den über 60-Jährigen lediglich rund 35% die Impfung wahr. Als mögliche Gründe führt das RKI eine Unterschätzung der Schwere der Erkrankung, die zuweilen schlechte Wirksamkeit der Impfung in der höheren Altersgruppe, die jährlich nötige Wiederholung sowie die unterschiedliche Effektivität von Saison zu Saison an. Zudem lag der Schwerpunkt der Impfkampagnen in den letzten Monaten vermehrt auf der Covid-Boosterung, die Influenza-Impfung wurde deshalb möglicherweise vernachlässigt.

Die bessere Wirksamkeit des seit dieser Grippesaison eingesetzten Hochdosis-Impfstoffes könnte zu einer stärkeren Impfabzeptanz führen. Bei älteren Personen zeigen Hochdosis-Vakzine eine leicht-

te, aber signifikant höhere Effektivität im Vergleich zu den Nicht-Hochdosis-Vakzinen. Dies und der generelle Zusatznutzen einer jährlichen Influenza-Impfung für Menschen  $\geq 60$  Jahren sollte von Ärzten kommuniziert werden, fordert die Ständige Impfkommission (STIKO).

Noch hat die Grippewelle 2022 nicht begonnen, allerdings steigt die Zahl der Fälle weiter an. In der laufenden Saison wurden bisher 764 Influenza-Fälle in Deutschland registriert. Es ist denkbar, dass die Bevölkerung für die derzeit zirkulierenden Influenzaviren besonders anfällig ist. Neben dem Influenza-Hochdosis-Impfstoff sind weitere Influenza-Impfstoffe in der Entwicklung bzw. bereits zugelassen. **red ■**

**Quelle:** Robert-Koch-Institut, Arbeitsgemeinschaft Influenza; 20. 1. 2022; <https://influenza.rki.de>

## Therapeutisch vernachlässigt: Junge Hypercholesterinämie-Patienten

**Infarktgefahr erhöht** -- Bei der Behandlung von jüngeren Erwachsenen mit Hypercholesterinämie gibt es offenbar erhebliche Defizite: Selbst LDL-Cholesterin(LDL-C)-Werte  $> 190$  mg/dl werden oft über viele Jahre nicht korrigiert.

Die Fettstoffwechselstörung ist auch im jungen Erwachsenenalter mit einem erhöhten Risiko für spätere Herzinfarkte verbunden. Das liegt nicht nur an der potenziell besonders langen Exposition gegenüber zu hohen LDL-C-Spiegeln, das Zusatzrisiko besteht vielmehr unabhängig davon, welche LDL-C-Werte im mittleren Lebensalter erreicht werden. Der kürzlich anhand von Langzeitdaten von mehr als 18.000 US-Amerikanern gezeigte Zusammenhang spricht dafür, dass

„das Bewahren optimaler LDL-C-Spiegel im jungen Erwachsenenalter das Lebenszeitrisiko für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen reduziert“, betonen die Studienautoren [1].

### Lipidtherapie nur selten eingesetzt

Tatsächlich scheint einer Hypercholesterinämie vor dem 40. Lebensjahr oft wenig Bedeutung beigemessen zu werden. Darauf deutet eine weitere US-Studie hin, in der Registerdaten von 20- bis 39-Jährigen ausgewertet wurden [2]. 5.438 Teilnehmer hatten zu Beginn LDL-C-Werte  $> 190$  mg/dl und gehörten damit einer Hochrisikogruppe an. Während des im Mittel knapp achtjährigen Follow-up erreichten aber nur 30% eine Reduktion des LDL-C um

mindestens 50%. Der letzte verfügbare Messwert lag bei fast einem Viertel der Patienten (23%) immer noch bei mindestens 190 mg/dl. Eine lipidsenkende Therapie hatte nur etwa jeder Zweite erhalten. Besonders schlechte Aussichten, einen Lipidsenker verordnet zu bekommen und eine mindestens 50%ige LDL-C-Reduktion zu erreichen, hatten Frauen und Jüngere. Die Autoren vermuten, dass in diesen Gruppen das Langzeitrisiko für kardiovaskuläre Komplikationen am stärksten unterschätzt wird, bei den Frauen könnten Sorgen wegen der möglichen Teratogenität von Statinen hinzukommen. **red ■**

**Quellen:** 1. Zhang Y et al. JAMA Cardiol 2021;6(12):1406–1413 doi: 10.1001/jamacardio.2021.3508  
2. Newton SL et al. JAMA Cardiol online; 15.11.2021 doi: 10.1001/jamacardio.2021.4983