

## **Impfung von stillenden Frauen gegen SARS-CoV-2 Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Nationalen Stillkommission (NSK) zur**

**Der potenzielle Nutzen der Impfung überwiegt bei Stillenden mit erhöhtem COVID-Risiko die theoretischen Bedenken hinsichtlich der Sicherheit der Impfung deutlich.**

Mit der Verabreichung von Nicht-Lebendimpfstoffen während der Stillzeit ist nach bisherigem Kenntnisstand kein erhöhtes Risiko für die Stillende oder den Säugling verbunden [1]. Zur Anwendung von mRNA-Impfstoffen in der Stillzeit, wie z.B. dem Einfluss auf den gestillten Säugling oder die Muttermilchproduktion/-sekretion liegen jedoch derzeit keine Daten vor. Eine grundsätzliche Routine-Impfung aller Stillenden wird derzeit auch auf Basis der aktuell limitierten Impfstoffressourcen mehrheitlich von den Fachgesellschaften nicht empfohlen [2, 3]. Die Ständige Impfkommission (STIKO) hält es jedoch für unwahrscheinlich, dass eine Impfung der Mutter während der Stillzeit ein Risiko für den Säugling darstellt [3, 4]. Auch die *Society for Maternal Fetal Medicine* sieht keinen Grund zu der Annahme, dass der Impfstoff ein Sicherheitsrisiko in der Stillperiode für Mutter und/oder Säugling darstellt [5]. Ein biologisch nachvollziehbarer Mechanismus, der Schaden verursachen könnte, ist derzeit nicht bekannt [6]. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen jedoch keine aussagekräftigen Studien zum Übertritt von Impf-Bestandteilen in die Muttermilch vor [4].

Der Schutz vor einer SARS-CoV-2-Infektion für die stillende Frau ist mit dem gleichen hohen Wirkungsgrad der Impfung anzunehmen, wie dies in den bisherigen Studien für nicht-stillende Frauen gezeigt werden konnte, auch wenn detaillierte Angaben hierzu fehlen [5]. Vor allem bei persönlichen, durch Komorbiditäten oder Exposition bedingten Risiken für einen schweren COVID-19-Verlauf wie vorbestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen und ein geschwächtes Immunsystem sowie Gestationsdiabetes, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen und Adipositas überwiegt der potenzielle Nutzen der Impfung die theoretischen Bedenken hinsichtlich der Sicherheit der Impfung deutlich [1,2].

Es gibt Einzelberichte von schweren oder kritischen COVID-19-Fällen bei Kindern unter 12 Monaten [8, 9], auch wenn Säuglinge per se keine höhere Infektionswahrscheinlichkeit aufweisen und Infektionen häufig asymptomatisch oder mild verlaufen [10, 11]. Durch Immunisierung der Mutter kann jedoch das Risiko für eine kindliche Infektion minimiert werden. Durch Impf-Immunisierung gebildete Antikörper stellen nach Sezernierung in die Muttermilch einen potenziellen Infektionsschutz des Säuglings dar. Es konnten virus-spezifische IgA- [12],

IgM- und IgG- [13, 14] Antikörper gegen SARS-CoV-2 in Muttermilch von Frauen mit aktiver oder durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion in der Schwangerschaft nachgewiesen werden. Neutralisierende Antikörper nach Infektion oder Impfung stellen zum jetzigen Zeitpunkt das beste humorale Immunkorrelat zum Schutz vor einer Infektion dar [15]. Auch wenn gesicherte Daten ausstehen, kann durch Muttermilch übertragene schützende Immunität eine passive Präventionsstrategie zum Schutz des Säuglings darstellen [16].

Daher sollten in der Beratung und Aufklärung die (potenziellen) Vorteile einer Impfung für Mutter und Säugling dargestellt und eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht werden [17]. Der Entwicklungs- und Gesundheitsnutzen des Stillens sollte dabei zusammen mit dem klinischen Bedarf der Frau an einer Immunisierung (in Abhängigkeit von Risikofaktoren für eine SARS-CoV-2 Infektion/schwere COVID-19 Erkrankung) gegen COVID-19 berücksichtigt werden, und über das Fehlen von Sicherheitsdaten für den Impfstoff bei stillenden Frauen soll informiert werden [1]. Bei erhöhtem Sicherheitsbedürfnis der Stillenden kann eine individuelle Festlegung eines still-freien Zeitraums von 1 bis 3 Tagen nach der Impfung in Erwägung gezogen werden. Internationale Empfehlungen sehen hier jedoch keine Notwendigkeit für die Verzögerung eines Stillbeginns, einer Stillunterbrechung oder des Abstillens nach Impfung [5,18].

### **Redaktionsgruppe:**

DGPM - Dr. med. Janine Zöllkau\* (Jena), PD Dr. med. Ulrich Pecks (Kiel), Prof. Dr. med. Ekkehard Schleußner (Jena)  
DGGG - Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn (Berlin), Prof. Dr. med. Sven Kehl (Erlangen)  
NSK – Prof. Dr. med. Regina Ensenaer (Karlsruhe), Jennifer Hilger-Kolb M.Sc. (Karlsruhe)

\*Universitätsklinikum Jena, Klinik für Geburtsmedizin, Am Klinik 1, 07747 Jena  
[janine.zoellkau@med.uni-jena.de](mailto:janine.zoellkau@med.uni-jena.de)

### **Quellen:**

1. JCVI. Advice on priority groups for covid 19 vaccination 30 dec 2020 revised. In; 2020
2. RCOG. Covid-19 vaccination and pregnancy. In; 2020
3. RKI S. Mitteilung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut: Beschluss der STIKO zur 1. Aktualisierung der COVID-19- Impfpfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung, STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung Aktualisierung am 8. Januar 2021. In; 2021
4. CDC. Pregnancy in Breastfeeding - vaccines recommendations. In; 2020
5. WHO. Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE\\_recommendation-BNT162b2-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1)
6. experts SfMFM-H-rp. Statement: SARS-CoV-2 Vaccination in Pregnancy. In; 2020

7. Institute of Obstetricians and Gynecologists I. Statement Pregnancy Covid-19. In, releases; 2020
8. Dong Y, Mo X, Hu Y et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics* 2020; 145. doi:10.1542/peds.2020-0702
9. CDC. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69:422–6. In; 202
10. Mithal LB, Machut KZ, Muller WJ et al. SARS-CoV-2 Infection in Infants Less than 90 Days Old. *J Pediatr* 2020; 224: 150-152. doi:10.1016/j.jpeds.2020.06.047
11. Raschetti R, Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C et al. Synthesis and systematic review of reported neonatal SARS-CoV-2 infections. *Nat Commun* 2020; 11: 5164. doi:10.1038/s41467-020-18982-9
12. Lebrao CW, Cruz MN, Silva MHD et al. Early Identification of IgA Anti-SARSCoV-2 in Milk of Mother With COVID-19 Infection. *J Hum Lact* 2020; 36: 609-613. doi:10.1177/0890334420960433
13. Gao X, Wang S, Zeng W et al. Clinical and immunologic features among COVID-19-affected mother-infant pairs: antibodies to SARS-CoV-2 detected in breast milk. *New Microbes New Infect* 2020; 37: 100752. doi:10.1016/j.nmni.2020.100752
14. Lackey KA, Pace RM, Williams JE et al. SARS-CoV-2 and human milk: What is the evidence? *Matern Child Nutr* 2020; 16: e13032. doi:10.1111/mcn.13032
15. Cimolai N. A Minimalist Strategy Towards Temporarily Defining Protection for COVID-19. *SN Compr Clin Med* 2020. doi:10.1007/s42399-020-00533-4: 1-8. doi:10.1007/s42399-020-00533-4
16. Cimolai N. Applying Immune Instincts and Maternal Intelligence from Comparative Microbiology to COVID-19. *SN Compr Clin Med* 2020. doi:10.1007/s42399-020-00634-0: 1-14. doi:10.1007/s42399-020-00634-0
17. ACOG. Vaccinating pregnant and lactating patients against covid-19. In, clinical guidance practice advisory; 2020
18. Academy of Breastfeeding Medicine A. ABM STATEMENT Considerations for COVID-19 Vaccination in Lactation. In; 2020