

Ergebnisniederschrift
über die 2. Sitzung der
"Ständigen Impfkommision des Bundesgesundheitsamtes"
am 13./14. Juni 1972 in Berlin

Teilnehmer:

Prof. Dr.med. P.V. Lundt (Vorsitzender)
Dr. med. H. Drausnick, München
Priv.Do. Dr.med. W. Ehrengut, Hamburg
Prof. Dr.med. R. Haas, Freiburg
Prof. Dr.med. H. Habs, Bonn
Prof. Dr.med. K. Petzelt, Hannover
Dr.med. H.Ph. Pöhn, Berlin
Prof. Dr.med. H. Raettig, Berlin
Prof. Dr.med. H. Spiess, München
Prof. Dr.med. H. Stickl, München
Prof. Dr.med. H.-J. Weise, Berlin

verhindert waren:

Prof. Dr.med. G. Henneberg, Berlin
Dr.med. W. Schumacher, Bonn-Bad Godesberg

Beginn der Sitzung: 13. Juni 1972 13,30 Uhr

Herr Lundt begrüßte in Vertretung des Präsidenten die Teilnehmer und eröffnete die Sitzung.

Ein Teil der Anwesenden hatte sich in einem vorangegangenen Schriftwechsel bereit erklärt, über bestimmte Themen zu referieren und eine kurze schriftliche Inhaltsangabe zur Verfügung zu stellen; diese Skripten wurden während der Sitzung verteilt. Es erübrigt sich daher eine Wiedergabe an dieser Stelle.

1. Herr Weise berichtet über die "Argumente des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den USA und Großbritannien gegen die Fortsetzung allgemeiner Pockenschutzimpfungen im Kindesalter" (s. Skriptum in den Diskussionsunterlagen).
2. Herr Habs nahm Stellung "Zur Bedeutung des sogenannten kollektiven Pockenimpfschutzes" (Kurzfassung wurde verteilt, eine Vervielfältigung des Originalmanuskriptes befindet sich in den Anlagen).
3. Herr Petzelt informierte darüber, daß er das Thema "Über den Impfstatus der Kontaktpersonen und die durchgeführten Impfmaßnahmen in Hannover 1972" noch nicht abschließend behandeln könne, da entsprechende Erhebungen noch liefen (darüber wurde ein Skriptum verteilt).
4. Herr Weise schloß die erste Serie von Kurzreferaten ab mit einer "Analyse der Pockeneinschleppungen in die BRD im Hinblick auf den Impfstatus der Betroffenen" (s. Skriptum in den Diskussionsunterlagen).

Herr Weise eröffnete die Diskussion mit einer kurzen Zusammenfassung der bisher deutlich gewordenen Standpunkte. Danach scheinen die hier vorgetragenen Fakten weitgehend anerkannt, jedoch in ihrer Bedeutung für die Schaden-Nutzen-Analyse der Pockenschutzimpfung unterschiedlich bewertet zu werden. Die eine Seite schätzt die durch Pflichtimpfungen im Kleinkindes-

alter erzielte kollektive Immunität (herd-immunity, community-immunity) hoch ein, weil sie die Ausbreitungsgeschwindigkeit einer Epidemie verzögert (Geimpfte erkranken entweder überhaupt nicht oder nur in milder Form und scheiden daher das Virus nur kurze Zeit und weniger konzentriert aus); die andere Seite (z.B. in USA und UK) erkennt dies durchaus an, hält aber den Preis (Impfschäden) für dieses Ziel zu hoch und hofft durch andere Maßnahmen (Verringerung des Einschleppungsrisikos, Verstärkung der Bekämpfungsmaßnahmen) den Ausbruch von Epidemien zu verhindern. Es wird auch - unter Berücksichtigung der Erfahrungen in Europa nach 1945 - auf den Umstand hingewiesen, daß rund dreiviertel der Kontaktfälle im Krankenhaus und in der Wohngemeinschaft angesteckt wurden. Dies traf sowohl für Länder mit hoher Kollektivimmunität (z.B. BRD: 85 % Geimpfte) als auch mit niedriger (UK: 5 % Geimpfte) zu. Auch der Vorteil der relativ risikolosen Revakzinierbarkeit früher einmal Geimpfter wird unterschiedlich bewertet und in Abhängigkeit vom (umstrittenen) Grad des Impfrisikos erwachsener Erstimpflinge gesehen.

Herr Habs bezweifelte die überragende Qualität des nordamerikanischen Gesundheitswesens und wies auf die hohe Zahl von Ekzema vaccinatum-Fällen hin. Herr Stickl führte aus, daß die im Vergleich zur BRD geringere Bevölkerungsdichte - besonders in den suburbanen Bezirken - möglicherweise ein die Pockenausbreitung hemmender Faktor sei. Herr Habs hält es für möglich, daß einige Einschleppungsfälle in die USA nicht entdeckt worden sind.

Die Stichhaltigkeit solcher Erklärungsversuche für die Tatsache, daß die USA trotz erheblichem Überseetourismus seit Jahrzehnten keinen Einschleppungsfall mehr hatten, wurde jedoch von mehreren Teilnehmern (u.a. Haas, Lundt, Weise) bezweifelt. Mehr zu Buche schlägt dort wahrscheinlich die größere Bereitschaft zu korrekter Impfung bei Ärzten und Touristen. Herr Haas berichtete in diesem Zusammenhang über seine z.T. negativen Erfahrungen mit der "Impfmoral" vieler

deutscher Touristen und Ärzte. Hier seien bessere Disziplin und Kontrolle dringend notwendig. Die Erfolgskontrolle müsse sich vor allem auch auf die Wiederimpfung erstrecken. Herr Petzelt meinte, daß, je eindeutiger die Impfanforderungen für Reisende wären, desto besser die "Impfmoral" werde; die früher erforderlichen Pockenimpfungen für USA-Reisende hätten hier viel psychologischen Schaden angerichtet. Herr Lundt sah es nicht als unmöglich an, die Impfnachschaue auch bei Wiederimpfungen im internationalen Reiseverkehr im Geltungsbereich des Grundgesetzes einzuführen.

Das Ausbleiben von Pockeneinschleppungen nach London trotz des immensen Asienreiseverkehrs und trotz der geringen (5 %) Community-immunity dürften vorwiegend auf eine bessere Impfung der Reisenden und eine bessere Kontrolle zurückzuführen sein. Herr Spiess neigt deshalb den Argumenten von DICK zu, den er infolge persönlicher Bekanntschaft hinsichtlich seiner Urteilsfähigkeit schätzt. Eine Aufhebung der Impfpflicht könne man u.a. dann erwägen, wenn das Erst-Impfrisiko nach dem 15. Lebensjahr nicht größer als im Kleinkindesalter sei (KEMPE). Herr Stickl hält es für einen Denkfehler, daß DICK bei Geimpften und Ungeimpften die gleiche Letalität nach Pockeninfektion voraussetzt.

Nach dem Vorschlag von Herrn Habs wurden anhand des den Diskussionsunterlagen beigefügten "Arbeitspapiers" die Voraussetzungen durchgesprochen, unter denen eine Lockerung der Impfpflicht erwogen werden könnte. Zunächst stand hier die "Öffentliche Empfehlung" der Pockenschutzimpfung für Reisende in Pockenendemiegebiete vor der Ausreise (nicht erst bei der Wiedereinreise nach dem geltenden Text des § 51 BSeuchG) zur Diskussion. Herr Weise hielt es dabei für notwendig, auch alle zusätzlichen Maßnahmen (z.B. Vaccinia-Antigen-, Vaccinia-Immunglobulin-Verabreichung) mit einzubeziehen. Herr Spiess und Herr Haas schlugen darüberhinaus vor, alle Pockenschutzimpfungen unter den Schutz des § 51 BSeuchG

zu stellen. Es bestand Übereinstimmung darüber, daß alle Kontra-indikationen sowie die Aufklärungspflicht ^{über das Impfrisiko} beachtet werden müßten, wie bei anderen freiwilligen, öffentlich empfohlenen Impfungen (z.B. gegen Polio). Das Angebot einer kostenlosen Impfung von Reisenden im Gesundheitsamt sollte erwogen werden; hierfür könnte man die durch Aufhebung der Impfpflicht eingesparten Mittel aufwenden. Wahrscheinlich aber würden alle Ersatzmaßnahmen zusammen teurer werden als die Beibehaltung der Impfpflicht.

Insbesondere Herr Habs setzte sich dafür ein, die Nachschau auch bei Wiederimpfungen (und ggfs. eine Nachimpfung) zur Pflicht zu machen, um das Einschleppungsrisiko zu verringern. Ferner schlug er vor, die Wiederimpfpflicht nach dem Impfgesetz noch nicht aufzuheben, solange bei den betreffenden Personen eine gesetzliche Erstimpfung durchgeführt worden sei.

Die Idee eines Stufenplanes wurde auch von Herrn Spieß aufgegriffen, bei dem in Abhängigkeit von der Pockenweltlage die Pockenimpfpflichten abgebaut und die Impfung zunehmend auf den privat-ärztlichen Sektor verlagert werden sollte.

Der im "Arbeitspapier" gemachte Vorschlag des Angebots einer kostenlosen Impfung der Mitglieder der Wohngemeinschaft von Reisenden in Pockenendemiegebiete wurde mit Skepsis aufgenommen, desgleichen die Anregung von Herrn Habs und Herrn Petzelt, die Arbeitskollegen solcher Reisenden in diese Prophylaxe einzubeziehen. Dieser Kreis sei nicht eindeutig abgrenzbar.

Die rechtzeitige Erkennung eines Pockenverdächtigen wurde als wichtige Maßnahme zur Verhütung eines Ausbruches angesehen. Herr Petzelt erinnerte in diesem Zusammenhang an die notwendige Wiedereinführung der Luftlandekarte. Ferner wurde hervorgehoben, daß eine intensivere Aufklärung der Ärzteschaft über die Pockenimpfung und die Erkennung der Pocken zweckmäßig sei.

Die Diskussion über mögliche Voraussetzungen der Lockerung der Pocken-Impfpflicht wurde hier unterbrochen, um vor Beendigung des ersten Sitzungstages noch den eingeschobenen Tagesordnungspunkt Verschiedenes zu erörtern.

Herr Weise berichtete über die bisherigen Vorbereitungen der Einberufung des Ausschusses Tollwutimpfung; es liegen bisher Zusagen von Prof. Kuwert, Prof. Schneider und Prof. Hennessen vor. Herr Haas bat noch einmal, auch Fragen der Prüfung und Wertbemessung von Tollwutimpfstoffen in das Arbeitsprogramm des Ausschusses aufzunehmen.

Herr Stickl berichtete über die Unsicherheit besonders unter den Kinderärzten im Hinblick auf die kontroversen Standpunkte in der BRD bezüglich des BCG-Impfkalenders. Herr Spiess und Herr Lundt schlugen vor, die in Vorbereitung befindlichen Verlautbarungen des DZK abzuwarten.

Herr Pöhn gab bekannt, daß die Tabelle über die Impfabstände, die bei der letzten Sitzung ausgehändigt wurde und zu der nur von Herrn Spiess Änderungswünsche eingegangen waren (die berücksichtigt wurden), jetzt im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht werden wird.

Ende des ersten Sitzungstages gegen 17,30 Uhr.

2. Sitzungstag, Beginn: 9,00 Uhr

5. Herr Ehregut referierte vereinbarungsgemäß über "Altersbedingtes Pockenimpfrisiko insbesondere nach Vollendung des 3. Lebensjahres" (Manuskript wurde während der Sitzung verteilt; s.a. Statistik von CONYBEARE aus DICK, Progr.Med.Virol., Vol.8, pp. 1-29, KARGER, Basel/New York, 1966).

In der anschließenden Diskussion wurden noch einmal die Schwierigkeiten einer retrospektiven Auswertung des teilweise inhom-

genen und inkomparablen Zahlenmaterials deutlich. Herr Raettig erinnerte an die Kritik von KÜHNE (Med.Dokumentation, 5 [1961], 89-93), die auf einer vermuteten Risikoverdichtung durch Selektion infolge ärztlicher Rückstellungen basiert. Dem wurde entgegengehalten, daß nach anderen Untersuchungen Vorschädigungen insgesamt keine pvE-fördernde Faktoren seien, zumal Ekzeme und andere Hautveränderungen zu den häufigsten Rückstellungsgründen gehörten. Herr Spiess und Herr Stickl wiesen auf die Analogie zu anderen Viruskrankheiten wie z.B. Masern und Mumps hin, bei denen die Enzephalitisrate zwischen dem 6. und 9. Lebensjahr deutlich erhöht ist. Es wurde vorgeschlagen, die Ergebnisse von NANNING bei holländischen Rekruten noch einmal hinsichtlich der Zusammensetzung der Kollektive kritisch zu prüfen. Herr Haas betonte, daß vergleichbare Kollektive eine statistische Aussage über den Nutzen der Immunglobulinprophylaxe ermögliche. Herr Ehrengut erklärte sich bereit, in der nächsten Sitzung über das Auftreten von pvE trotz Verabreichung von Vaccinia-Antigen zu berichten.

Zusammenfassend wurde festgestellt, daß die Annahme einer Häufigkeitszunahme der Impfschäden des ZNS bis zur Pubertät nicht zu widerlegen ist; über den folgenden Lebensabschnitt besteht diesbezüglich Unsicherheit, manche Autoren nehmen ein Absinken des Enzephalitisrisikos an.

6. Anschließend berichtete Herr Pöhn über "Impfprobleme bei überalterten Erstimpflingen im Pockeneinschleppungsfalle nach Aufhebung der routinemäßigen Erstimpfungen im Kleinkindesalter" (s.Skriptum und Sonderdruck in den Diskussionsunterlagen).

Herr Habs warf die Frage auf, ob die Verabreichung von Vaccinia-Immunglobulin nicht das Angehen der Schnittimpfung beeinträchtigen könnte. Herr Stickl und Herr Ehrengut geben deshalb 2 ml des Präparates am 2. oder 3. Tag nach der Schnittimpfung. Herr Spiess hielt diese Dosis für zu niedrig und verwies auf eine eigene Studie, wo 0,8 ml/kg (normales) Gammaglobulin als erforderlich erachtet wurden.

Herr Pöhn und Herr Weise vertraten den Standpunkt, daß bei einem Pockeneinbruch praktisch keine Kontraindikationen für den kleinen Kreis der Kontaktpersonen gelten, da das Erkrankungsrisiko hier höher als das Impfrisiko zu veranschlagen sei. Dies träfe auch für Ekzemkranke zu und Gravide. Bei Wiederimpflingen können Vaccinia-Antigen und Schnittimpfung simultan verabfolgt werden. Herr Spiess und Herr Haas schlagen für überalterte Erstimpflinge die simultane Anwendung von Vaccinia-Immunglobulin und Schnittimpfung vor (li/re Arm). Die Anwendung von Vaccinia-Immunglobulin auch in hohen Dosen allein kann Pocken nicht verhindern (RAO). Herr Stickl und Herr Ehrengut bestätigten, daß pockenexponierte Schwangere besonders stark gefährdet seien (90 % Letalität bei ungeimpften Graviden) und deshalb unverzüglich schnittgeimpft werden müssen. Herr Habs verwies in diesem Zusammenhang auf Erfahrungen mit Schwangeren-Impfungen in Schweden (Stockholm, 1963), wie sie im Suppl. Act. med. Scand. 1966, S. 139-146, niedergelegt sind.

Herr Raettig warnte wegen der negativen Immunitätsphase davor, bei Erstimpflingen in der Inkubation Vaccinia-Antigen zu geben. Herr Stickl meinte allerdings, daß sich die Ergebnisse bei Darmbakterien nicht auf das Vaccinia-Antigen übertragen ließen. Nach Auffassung der Mehrheit entfaltet Vaccinia-Antigen keinerlei Schutzwirkung (auch nicht als Interferonstimulans) gegenüber dem Variola-Virus; es sei daher während eines Pockenausbruches bei Erst- und Wiederimpflingen für sich allein unzureichend. Herr Spiess schlug vor, Vorräte für Vaccinia-Immunglobulin als Vorbereitung für den Notfall anzulegen.

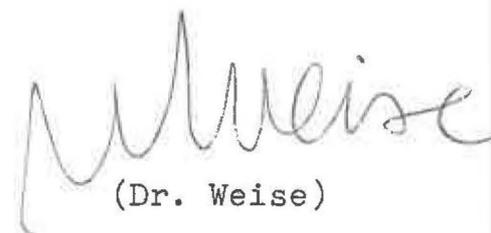
7. Zuletzt erläuterte Herr Stickl seine Untersuchungsergebnisse über "neue Pockenimpfstoffe und ihre Bedeutung für die Frage einer Lockerung oder Beibehaltung des Impfgesetzes" (Skripten wurden von Herrn Stickl nachträglich versandt).

In der Diskussion empfahl Herr Haas auch für den Impfstoff aus dem attenuierten MVA-Stamm die Einhaltung der Mindestanforderungen für die Herstellung von Lebendvirusimpfstoffen wie z.B. Saat-Virus-Prinzip und Consistency-Klausel. Herr Spiess glaubte dem Vorteil des MVA-Impfstoffes nicht im Alarmfall, sondern als Vorbereitung der Schnitimpfung bei Problemkindern zu sehen.

Herr Ehregut bezweifelte das Fehlen einer Neuroallergie nach MVA-Impfung und hält auch eine Virämie für möglich. Herr Stickl räumte wegen der bisher kleinen Probandenzahl ein, daß eine Zulassung des Impfstoffes frühestens in zwei Jahren in Betracht zu ziehen sei. Ferner hob Herr Stickl hervor, daß die cutane Nachimpfung nach MVA-Impfung besser verträglich sei als nach Vaccinia-Antigen-Vorimpfung. Herr Ehregut hält dagegen am Vaccinia-Antigen fest, dessen Wirksamkeit besser erprobt sei. Die Teilnehmer gewannen den Eindruck, daß zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Entwicklung neuer Pockenimpfstoffe noch mancherlei Fragen offen lasse.

Als nächster Sitzungstermin wurde der 11., 12. oder 13. Oktober 1972 in Aussicht genommen.

Die Sitzung wurde um 12,30 Uhr mit einem Dank an die Teilnehmer geschlossen.


(Dr. Weise)