

Ergebnisniederschrift  
über die 3. Sitzung der  
"Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes"  
am 10. November 1972 in Berlin

Teilnehmer:

Prof.Dr.med. G. Henneberg (Präsident des BGA)  
Dr.med. H. Drausnick, München  
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. P.V. Lundt, Berlin  
Prof. Dr.med. H.-J. Weise, Berlin

verhindert war:

Priv.Doiz. Dr.med. W. Ehrengut, Hamburg

Beginn der Sitzung: 10.30 Uhr  
Ende der Sitzung: 15.00 Uhr

Präsident Henneberg begrüßte die Teilnehmer und berichtete über Gespräche in Wien, aus denen hervorging, daß in Österreich die Diskussion über die Pockenimpfpflicht ebenfalls in Gang gekommen ist und eine Abstimmung mit den deutschen Nachbarn als wünschenswert erachtet wird.

Herr Weise teilte den Stand paralleler Arbeiten der Ständigen Impfkommission mit:

1. Die konstituierende Sitzung des Ausschusses Tollwutschutzimpfung des Menschen hat am 20. Oktober 1972 in Berlin stattgefunden; der Ausschuß setzt sich aus den Herren Haas, Hennessen, Kuwert, Ott, Petzelt, Schindler, Schneider und Fachreferenten des BGA zusammen. Herr Haas wurde zum Vorsitzenden gewählt. Die Tagesordnung umfaßte acht Themen, zu denen die Mitglieder Referate und Unterlagen beitrugen. Es wurde ein Votum für den Entenembryoimpfstoff abgegeben, den die Behringwerke im kommenden Jahr produzieren wollen. Der Ausschuß wird das Verhandlungsergebnis in einer Empfehlung an die Ständige Impfkommision zusammenfassen.

2. In einer Besprechung mit Vertretern einiger Landesversorgungsämter und Landesgesundheitsbehörden wurde der Entwurf einer Impfschadensstatistik der Versorgungsämter erarbeitet (als Konsequenz aus der Novellierung der §§ 51 ff BSeuchG), der dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zugeleitet wurde. Diese Statistik soll eine einheitliche Erfassung aller Impfschadensvorgänge auf Bundesebene ermöglichen.

Anschließend berichtete Herr Stickl über das Smallpox-Symposium (Ass. of Biological Standardization) am 11./13. Oktober 1972 in Utrecht: HENDERSON (WHO) bekräftigte, daß in einem umgrenzten Gebiet Pocken in 18 Monaten ausgerottet werden könnten (Beispiel Brasilien), für die weltweite Eradikation veranschlagte er 5 - 10 Jahre. DICK (UK) bedauerte, daß jährlich noch viele Kinder der Pockenschutzimpfung zum Opfer fielen, obwohl längst auf diese Impfung in den europäischen Ländern verzichtet werden könnte. LANE (USA) hatte in seinen Impfschadensstatistiken nur die pVE und das Ekzema vaccinatum aufgenommen und kam dabei auf Raten zwischen 1 : 8000 und 1 : 16 000. Von MAGNUS (Dänemark) bezweifelte das Vorhandensein eines altersabhängigen Risikos und kam auf Relationen von 1 : 50 000 für die pVE und 1 : 150 000 für pVE-Todesfälle; sie zitierte ferner DICK mit 13,7 : 1 Mio pVE-Todesfällen bei über 12 Monate alten Personen und 4,0 - 6,0 : 1 Mio pVE-Todesfällen bei unter 12 Monate alten Säuglingen. Diesen Zahlen wurde von verschiedener Seite widersprochen, DICK selbst konnte für diese Werte keine

Erklärung geben (vgl. auch Tabelle in den Diskussionsunterlagen zu der Sitzung der Ständigen Impfkommision des BGA am 13./14. Juni 1972). In der Diskussion ergab sich, daß zwar eine gewisse Altersabhängigkeit, aber keine "Überalterung" in unserem Sinne anerkannt wurde. LANE (USA) wiederholte seinen Bericht über 1 Mio erstgeimpfter 18-20jähriger Rekruten, die hinsichtlich Schadensquote besser abschnitten als vergleichbare Kleinkinderkollektive. ESPMARK (Schweden) hatte bei 145.000 durchschnittlich 2 Monate alten geimpften Säuglingen keine Impfschäden feststellen können; deren Mütter waren zu 98 % pockengeimpft. In der Diskussion um den besten (wirkungsvollsten und risikoärmsten) Impfstoff wurden u.a. der New-York-Stamm, der Elstree-Stamm und der weiterentwickelte Ekuadorstamm von MARENNIKOVA hervorgehoben. Allerdings kommt letzterer für WHO-Zwecke nicht in Betracht, weil er nicht in dem geforderten Virustiter gezüchtet werden kann. Zusammengekommen zeichnete sich der Trend ab, weniger aggressive, ggfs. attenuierte Impfstoffe und geeignetes Impfgerät (Bifurkationsnadel) zu verwenden. Hinsichtlich der Beurteilung der Bekämpfungserfolge herrschte gedämpfter Optimismus; Länder mit gut funktionierendem Gesundheitsdienst könnten als "Modellversuche" auf Pockenimpfpflicht verzichten; Imponderabilien sind nicht auszuschließen.

Herr Stickl berichtete auch über eine Expertenkonferenz in Bern zu Fragen der Pockenschutzimpfung in der Schweiz. Vorerst ist keine Änderung der bisherigen Praxis beabsichtigt (in der Schweiz besteht nur in einem Teil der Kantone Impfpflicht).

Herr Pöhn referierte zusammenfassend einige kürzlich im Bulletin der WHO (46, [1972] 569-639) veröffentlichten Arbeiten über Erkrankungen des Menschen durch Viren der Pox-Gruppe, die sich vom Variola-Virus unterscheiden (Skriptum wurde verteilt). Diese Darstellung ist jetzt auch im Bundesgesundheitsblatt Nr. 25 vom 8. Dezember 1972 erschienen. Trotz bemerkenswerter Befunde ist nicht zu befürchten, daß tierische Reservoir für Pockenerreger bestehen, welche die Pockenausrottung gefährden könnten.

Dem Tagesordnungsvorschlag des Einladungsschreibens folgend eröffnete Herr Weise dann die Diskussion über die Zwischenbilanz der bisher von der Kommission erarbeiteten Gedankenmodelle und Unterlagen. In seiner Einleitung hob Herr Weise hervor, daß es bei den folgenden Erörterungen nicht um ein Votum für eine generelle Abschaffung der Pockenschutzimpfung ginge, deren individueller Schutzwert unumstritten sei. Vielmehr müsse die Frage geprüft werden, ob die Pflichtimpfung aller Säuglinge noch erforderlich sei oder nicht vielleicht zugunsten anderer zielgerichteter Schutzmaßnahmen aufgegeben werden könne. Dabei sei zu berücksichtigen, daß bei Aufhebung des Impfgesetzes nicht plötzlich ein "schutzloser" Zustand eintreten werde, sondern aufgrund der Geburtenrate in der BRD und 600 000 Erstimpfungen pro Jahr in 10 Jahren 6 Millionen ungeimpfter Kinder (10 % der Bevölkerung) heranwachsen. Diese Übergangsphase entspricht dem Zeitraum, den die WHO für ihr globales Pockenausrottungsprogramm veranschlagt.

Die einzelnen Abschnitte der Zwischenbilanz wurden in der vorgegebenen Reihenfolge erörtert.

Zu 1. Einleitung (Vorgeschichte)  
keine Einwände.

Zu 2. Bewertung der gesetzlichen Pockenschutzimpfung in der BRD.

Zu 2.1. Nutzen. Herr Pöhn regte an, hier noch auf den schnelleren Eintritt des Impfschutzes bei Revakzination hinzuweisen. Herr Haas erkundigte sich nach einem verlässlichen Parameter für diese Behauptung; die beschleunigte Pustelreife als örtliche Reaktion erschiene ihm allein nicht beweisend. Die Herren Stickl und Pöhn verwiesen auf den schnelleren Titeranstieg im Neutralisationstest (Gewinn: 5 Tage) und im Präzipitations- und HAH-Test (Gewinn: 7 Tage). Darüber existiert eine Fülle von Arbeiten. Herr Spiess schlug vor, den Text zu d) durch "nach Wiederimpfung ist ein beschleunigtes Einsetzen des Impfschutzes zu erwarten" zu ergänzen.

Zu 2.2. Impfschäden. Herr Habs schlug vor, auch im Hinblick auf die Verhandlungsergebnisse von Utrecht, das Wort "Überalterung" möglichst zu vermeiden und durch den Begriff "Alterabhängigkeit" zu ersetzen. Über den Charakter der Altersabhängigkeit entspann sich eine lebhafte Diskussion, wobei sich schließlich ergab, daß sehr wahrscheinlich im Altersabschnitt zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr eine besonders labile Phase mit Neigung zu heftigen Reaktionen des ZNS besteht und davor und danach die Kurve solcher Reaktionen abzuflachen scheint. Zahlenmäßig ließ sich das bisher nur vor und in wenigen Untersuchungen nach der Pubertät (LANE, v. MAGNUS) nachweisen. Geographische Unterschiede in der pVE-Morbidität sind zweifellos vorhanden, sie sprechen aber nicht gegen diese These.

Herr Petzelt berichtete, daß bei 133.000 Geimpften im Zusammenhang mit der Pockeneinschleppung nach Hannover bisher kein Impfschaden gemeldet wurde \*); allerdings wisse man noch nichts über den Immunstatus der Betroffenen vor der Impfung.

Herr Habs schlug vor, dabei auch andere Impfschäden als nur die des ZNS mitzuerfassen. Ekzema vaccinatum und Vaccinia generalisata kommen offenbar in den USA häufiger vor als bei uns. Herr Stickl vermutete, daß in den USA die Kontraindikationen der Haut nicht so streng beachtet werden als in der BRD.

Herr Henneberg schnitt die Frage an, ob nicht die häufigere Anwendung von Gammaglobulin in anderen Ländern eine Verzerrung der Schadensstatistiken bewirken könne. Herr Stickl bezweifelte die Wirksamkeit unter Hinweis auf einen unfreiwilligen Feldversuch von MARENNIKOVA, bei dem sich kein Unterschied zwischen mit Gammaglobulin vorbehandelten und unbehandelten Impfungen ergab. Allerdings sei es ein wichtiger Effekt, die "Impfkrankheit" durch Gammaglobulin zu unterdrücken. Herr Haas verwies jedoch auf die Ergebnisse von NANNING und Herr Spiess erinnerte an eigene Untersuchungen, die für den Wert von Hyperimmunglobulinen sprachen.

---

\*) Eine Meldung eines Impfschadensverdachts liegt inzwischen im BGA vor.

Zu 2.3. Risikoabwägung bei Verzicht auf die gesetzliche Pockenschutzimpfung.

Herr Weise interpretierte die beiden Tabellen und zitierte ein Schreiben von Herrn Habs vom 3. Oktober 1972, in welchem u.a. noch an jene zu impfende Personengruppe erinnert wurde, die im Pockenalarmfall aus dem Infektionsgebiet ausreisen will (z.B. in der Urlaubssaison) und bei der Einreise ins Zielland ein Impfzertifikat vorlegen muß. Herr Weise ging jedoch davon aus, daß auch diese Gruppe von 100 000 Reiseimpfungen pro Jahr abgedeckt wird, weil erfahrungsgemäß der größere Teil der Reisenden in Endemiegebiete bereits über ein früher erworbenes, noch gültiges Impfzertifikat verfügt. Für alle diese Impfungen (auch die der Medizinalpersonen, Familienangehörigen usw.) gilt, daß - falls es sich um Erstimpfungen handelt - mit allen entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen Vorimpfungen usw. durchgeführt werden können, so daß dafür nur die Schadensrate von Wiederimpfungen in Ansatz gebracht werden braucht. Dies hat zur Folge, daß selbst bei einem höheren Ansatz die Schlußbilanz der Todesfälle (Tabelle II) nur geringfügig verändert wird. Herr Habs verteilte ein Berechnungsschema (Erläuterungen dazu liegen dem Ergebnisprotokoll bei), aus dem hervorgeht, daß - berechnet jeweils auf einen Zeitraum von 3, 5 oder 10 Jahren nach Aufhebung des Impfgesetzes - eine immer größer werdende Impflücke bei den Klein- und Schulkindern, später den jugendlichen Erwachsenen auftritt. Dadurch entsteht ein erhöhtes Risiko für diese Altersgruppen im Pockeneinschleppungsfall. Herr Habs plädierte dafür, in den Tabellen die Zahl der Riegelungsimpfungen und die Zahl der beruflichen Impfungen zu erhöhen. Dem hielt Herr Spiess entgegen, daß sich die Zahl der Reiseimpfungen für Endemiegebiete im gleichen Maße reduziert, als das Pockenausrottungsprogramm erfolgreich ist. Herr Lundt meinte, daß die Zahl der aus einem möglichen Infektionsgebiet in der Bundesrepublik ins Ausland Reisenden zurückgehen werde, wenn die Reise eine Pockenimpfung voraussetze. Es dürften auf jeden Fall nur gezielte Riegelungsimpfungen vorgenommen werden. Herr Raettig und Herr Petzelt zweifelten nach wie vor an der Möglichkeit, den Kreis der Impfwilligen im Pockenalarmfall zu beschränken. Herr Pöhn erinnerte noch einmal daran, daß in

10 Jahren (Grundlage der Berechnung) noch annähernd 80 % der Bevölkerung einen Wiederimpflingsstatus besitzen.

Herr Haas gab zu bedenken, daß Impfschäden, die gewissermaßen kraft Gesetzes verordnet werden, schwerer wiegen, als jene, die unter schicksalhaften Umständen in Kauf genommen werden müssen. Herr Weise stimmte dem zu und meinte, daß eine gleiche Zahl von Toten durch das Impfgesetz oder durch eine Pockeneinschleppung (plus Riegelungsimpfung) für die Abschaffung des Impfgesetzes sprächen, weil in diesem Falle das Ziel der Prophylaxe - nämlich eine Risikoverringerung - nicht erreicht worden sei.

Es wurde eine Überarbeitung der Tabellen zugesagt.

### Zu 3. Bewertung genereller Pockenschutzimpfungen in einigen anderen Ländern und durch die WHO

Herr Weise sagte - insbesondere unter dem Eindruck des Berichtes von Herrn Stickl aus Utrecht und Bern - zu, den hier aufgeführten Katalog zu aktualisieren.

### Zu 4. Möglichkeiten der Verringerung des Impfrisikos

Zu 4.1. Impfalter. Herr Spieß schlug vor, die Aussage über das günstigste Erstimpfalter auf Reihenimpfungen in öffentlichen Impfterminen einzuschränken. Ferner soll der Begriff "immunbiologische Vorbehandlung" auf "immunbiologische Maßnahmen" erweitert und die Individualimpfung mehr betont werden.

Zu 4.2. Impfstoffe. Herr Haas bat Herrn Stickl um nähere Auskünfte darüber, inwieweit für den oralen und den MVA-Impfstoff die üblichen Anforderungen wie Saatvirusprinzip, potency-test, safety-test, constancy-test usw. erfüllt seien. Herr Stickl erwiderte, daß der orale Impfstoff noch im Erprobungsstadium sei und noch nicht in größerem Umfang wegen der Notwendigkeit serologischer Erfolgskontrollen angewendet werden könne; er käme zunächst nur für Sonderfälle in Betracht. Mit dem MVA-Impfstoff sei man wesentlich weiter; Herr Stickl hofft, in einigen Wochen genauere Daten vorlegen zu können, die aus einer Versuchsreihe

mit mehreren Hundert Kinderärzten resultierten. Die Herren Haas und Stickl waren sich einig darüber, daß der orale Impfstoff hier nicht im Zusammenhang mit möglichen Voraussetzungen zur Aufhebung der Impfpflicht gebracht werden sollte. Herr Stickl hofft jedoch im Falle des MVA-Impfstoffes, bald nachweisen zu können, daß er auch eine kurzdauernde relative variolaprotektive Wirkung ausübt und insofern für die vorliegende Fragestellung von besonderem Interesse ist.

Zu 4.3. Impfmethoden. Hinsichtlich einer generellen Anwendung der Vorimpfung (z.B. mit Vaccinia-Antigen) ergaben sich unterschiedliche Standpunkte. Herr Stickl meinte, die dabei erforderlichen drei Sitzungen stellten kein stichhaltiges Gegenargument dar, wenn damit ein Vorteil für den Impfling verbunden sei. Dem schlossen sich Herr Spiess, Herr Drausnick und Herr Petzelt an, selbst unter Berücksichtigung der begrenzten Kapazität der Gesundheitsämter; es käme dann eine weitere Verlagerung der Impfung in die Hand des niedergelassenen Arztes (Kinderklinik usw.) in Betracht. Herr Haas dagegen hielt den vorgeschlagenen Text für akzeptabel, zumal es s.E. nicht erwiesen ist, daß zusätzliche Maßnahmen zur Pockenimpfung bei Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensjahr die Impfschadensrate beeinflusst. Es wurde eine Überarbeitung einschl. des Kapitels 4.4. (Zusammenfassung) zugesagt.

#### Zu 5. Pockenweltlage

Von mehreren Teilnehmern wurden Zweifel an der Verlässlichkeit der WHO-Statistiken geäußert, die sich nur auf Meldungen und nicht auf möglicherweise vorhandene Fälle beziehen. Andererseits ist es eine Erfahrungstatsache, daß bei sinkender Morbidität die Meldedisziplin besser wird. - Das Kapitel soll auf den neuesten Stand gebracht werden.

#### Zu 6. Pockeneinschleppungsrisiko in der BRD

Es wurde vorwiegend die Zahlenangabe von 100 000 Aus- bzw. Einreisenden aus Pockenendemiegebieten auf dem Luftwege diskutiert. Herr Stickl befürchtete, daß darüber hinaus viele Reisende aus solchen Gebieten außerhalb der BRD die Flugreise beenden

und auf dem Landwege unkontrolliert einreisen. Herr Weise schloß diese Möglichkeit nicht aus, s.E. kommt es bei der Risikoabschätzung jedoch zunächst nur auf die Größenordnung an, diese sei mit 100 000 pro Jahr in etwa zutreffend. Die Epidemiologie der Pockeneinschleppungen in die BRD wird in Kürze zusammenfassend dargestellt werden, auch unter Berücksichtigung der Umstände, die zur Infektion des Primärfalles geführt haben. Die Kontrolle der Impfzertifikate auf den deutschen Flughäfen muß verbessert werden, ggfs. durch eine zusätzliche Schulung des Personals (s. Foreign Quarantine Program des CDC/USA).

#### Zu 7. Abwehrmaßnahmen zur Verhütung eines Pockenausbruches

(s. auch Skriptum über berufstätige Personen im Gesundheitswesen). Herr Spiess schlug vor, für die Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko eine Pockenschutzimpfung in 3 -5jährigem Abstand vorzuschlagen. Herr Petzelt regte an, das Krankenhauspersonal zu erwähnen. Herr Haas erinnerte an die Notwendigkeit einer Kontrolle der ordnungsgemäßen Durchführung der Pockenalarmvorbereitungen (besonders hinsichtlich der Schutzimpfungen). Nach Ansicht von Herrn Habs muß eher die Zahl der Absonderungseinheiten als deren Kapazität vergrößert werden. Herr Stickl wies auf ein neues entgiftetes Marboranderivat hin, das Ansteckungsverdächtigen verabreicht werden könne. Allerdings sei der Hersteller (Hoechst<sup>+</sup>) nur dann an der Weiterentwicklung interessiert, wenn ein entsprechender Absatz sichergestellt sei. Herr Spiess schlug vor, für den Pockenalarmfall mehr die Simultanimpfung mit Hyperimmunglobulin herauszustellen. Herr Habs empfahl die Ergänzung, daß eine Vorimpfung mit Vaccinia-Antigen im Alarmfall nicht aussichtsreich sei.

Nach einer Pause wurde die Diskussion über den von Herrn Habs entworfenen

Katalog von Voraussetzungen zur Aufhebung der Impfpflicht eröffnet (s. auch während der Sitzung verteiltes Skriptum von Herrn Stickl).

Herr Weise hob hervor, daß es darauf ankomme, den Schutzwall gegen eine Pockeneinschleppung vorzuverlegen: aus dem "Hinterland" der kollektiven Immunität an die "Front" der Landesgrenzen und Krankenhäuser mit Konzentrationen auf Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko (z.B. Reisende in Endemiegebiete, bestimmte Medizinal- und Medizinalhilfspersonen). Ziel muß es sein, durch die damit verbundenen Maßnahmen per Saldo wesentlich weniger Menschen zu gefährden, als das durch die Beibehaltung der generellen Impfpflicht der Fall ist.

#### Zu 1. Maßnahmen zur Verringerung des Einschleppungsrisikos

Zu 1.1. im Luftverkehr. Zunächst entwickelte sich eine lebhafte Diskussion um die Art und Weise einer Verbesserung des Impfschutzes von Reisenden in Endemiegebiete, die im wesentlichen in einer Intensivierung der Nachschau besteht. Letztere kann nicht gesetzlich gefordert aber durch Aufklärung der Ärzteschaft und der Reisenden lückenloser durchgeführt werden (Merkblätter). Es soll deshalb das Wort "Verbesserung" durch "Sicherung" (des Impfschutzes) ersetzt werden. Ferner erscheine es zweckmäßig, eine Sicherung des Impfschutzes der Wohngemeinschaft eines Reisenden in Pockenendemiegebiete zu empfehlen. Dabei ist daran gedacht, bisher ungeimpften Mitgliedern der Wohngemeinschaft die Impfung nahelegen. Einige Pockeneinschleppungen in die BRD haben erst über ein ungeimpftes Familienmitglied zur weiteren Ausbreitung geführt. Eine der "Voraussetzungen" sollte die Förderung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst sein, mehr als bisher Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung zu betreiben und durch Merkblätter und andere publizistische Mittel das Verantwortungsgefühl der Reisenden zu wecken. Dies könnte in einer Art Präambel der gutachtlichen Stellungnahme zum Ausdruck gebracht werden.

Zu 1.2. im Reiseverkehr zu Land und zu Wasser. Es wurde empfohlen, das Wort "Vereinbarungen" durch "Absprachen" zu ersetzen. Die Ziffer 1.2.2. soll ganz entfallen.

Zu 2. Aufrechterhaltung und Verstärkung der Vorbeugungsmaßnahmen  
Es entwickelte sich eine rege Debatte über den Vorschlag von

Herrn Habs, im Sinne eines stufenweisen Abbaues der Impfpflicht für eine gewisse Zeit noch an der Wiederimpfpflicht festzuhalten. Dies wurde u.a. damit begründet, daß bei den Jugendlichen dadurch noch für längere Zeit auf gefahrlose Weise ein tragfähiger Impfschutz aufrechterhalten bliebe, der im Falle einer Pockeneinschleppung zur Verlangsamung des Ausbreitungstempos beiträgt. Herr Haas meinte jedoch, daß eine solche Argumentation etwas widersprüchlich sei, da einerseits eine Personengruppe (durch Aufhebung der Erstimpfung) völlig ohne Impfschutz bliebe, während bei einer anderen die Grundimmunität noch verstärkt würde. Ähnlich äußerte sich Herr Weise mit dem Hinweis, daß sich dadurch das Verhältnis zwischen Geimpften und Ungeimpften - auf das es entscheidend ankomme - nicht ändere. Herr Petzelt sah in der Beibehaltung der Wiederimpfung eine Verbesserung der kollektiven Immunität, in deren "Impfschatten" die Ungeimpften sicherer leben könnten. Herr Spieß schlug schließlich vor, die Aufrechterhaltung der Wiederimpfpflicht zu empfehlen, sie jedoch nicht als Voraussetzung im Sinne der Fragestellung zu betrachten.

### Zu 3. Verstärkte Vorbereitung von Bekämpfungsmaßnahmen

Dieser Abschnitt betont die Notwendigkeit der gründlichen Vorbereitung auf einen Pockeneinschleppungsfall, d.h. der Erstellung und Weiterentwicklung von Pockenalarmplänen, z.B. auf der Grundlage der bereits 1963 vom BGA herausgegebenen Schrift "Praxis der Pockenbekämpfung" Heft 7 der Abhdlg. aus dem BGA, Springer-Verlag. Es wurde angeregt, die Länder zu möglichst einheitlichen und effektiven Maßnahmen auf diesem Gebiet (als Voraussetzung) zu veranlassen. Herr Haas schlug vor, in 2.3. und 3.3.1. besser Vaccinia-Immunglobulin einzusetzen.

### Zu 4. Intensivierung der Forschung

Dieser Abschnitt soll ebenfalls nur den Charakter von Empfehlungen erhalten.

Wegen der vorgeschrittenen Zeit wurde auf eine Diskussion des wichtigen Kapitels 6 (weitere Entspannung der Pockenweltlage) verzichtet und vereinbart, daß es zunächst schriftlich und

dann auf der nächsten Sitzung ausführlich besprochen werden soll.

Herr Lundt entwarf mit Billigung der Teilnehmer abschließend folgenden Plan für das weitere Vorgehen:

- a) Versand des Ergebnisprotokolls der Sitzung vom 10. November 1972;
- b) Ausarbeitung eines Rohentwurfes des Gutachtens zur schriftlichen Stellungnahme;
- c) Versand des überarbeiteten Entwurfs rechtzeitig vor der nächsten anderthalbtägigen Sitzung der Ständigen Impfkommission im 1. Quartal 1973, auf der Beschlüsse gefaßt werden sollen.

Für das zukünftige Arbeitsprogramm der Kommission machte Herr Haas den Vorschlag, die Gammaglobulinprophylaxe der Virushepatitis zu untersuchen, und Herr Stickl regte an, den Standort der BCG-Impfung im Impfkalender zu überprüfen. Entsprechende Vorbereitungen wurden zugesagt. Herr Haas kündigte ein Arbeitspapier der Virologienkommission der DBVK zur Maserschutzzimpfung an, das als Grundlage für Beratungen der Ständigen Impfkommission verwendet werden kann.

Am Ende der Sitzung demonstrierte Herr Petzelt eine Diaserie des Pockeneinschleppungsfalles nach Hannover 1972, die ein sehr typisches klinisches Erscheinungsbild erkennen ließ.