

Berlin, den 20. Juni 1977

Ergebnisniederschrift

über die 12. Sitzung der Ständigen Impfkommision
des Bundesgesundheitsamtes am 17./18. Mai 1977 in Berlin

Themata: Zukünftige Impfmöglichkeiten
Tollwutschutzimpfung
Tuberkuloseschutzimpfung

Teilnehmer:

Min.Rat Dr.med. H. Drausnick, München
Prof.Dr.med. J. Ebeling, Saarbrücken
Prof.Dr.med.Dr.h.c. R. Haas, Kempten
Prof.Dr.med.vet. E. Kuwert, Essen
Prof.Dr.med. Schneider, Frankfurt (PEI)
Prof.Dr.med. S. Seidl, Frankfurt
Prof.Dr.med. H. Spiess, München
Prof.Dr.med. H. Stickl, München
Prof.Dr.med. B. Stück, Berlin

vom Bundesgesundheitsamt:

Dir.u.Prof.Dr.med. W. Brehmer
Dir.u.Prof.Dr.med. M. Koch
Dir.u.Prof.Dr.med. H.-Ph. Pöhn (Geschäftsführung)
Wiss.Dir.Dr.med. H. Timm (zeitweise)
Ltd.Dir.u.Prof.Dr.med. H.-J. Weise (Vorsitz)

vom Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit:

Min.Rat Dr.med. W. Schumacher

verhindert:

Prof.Dr.med. W. Ehrengut, Hamburg

Begrüßung

Präsident Prof.Dr. FÜLGRAFF begrüßte vor Beginn der Sitzung die anwesenden Teilnehmer.

Herr WEISE eröffnete die Sitzung und stellte zunächst die neuen Mitglieder der Kommission vor:

Prof.Dr.med. Jürgen Ebeling, Pädiater,
Dezernent u.a. für Seuchenbekämpfung und Impfwesen
beim Minister für Familie, Gesundheit und Sozial-
ordnung des Saarlandes, Saarbrücken;

Prof.Dr.med. Siegfried Seidl, Leiter der Immun-
hämatologischen Abteilung der Universität Frankfurt
und des Blutspendedienstes Hessen;

Prof.Dr.med. Burghard Stück, Chefarzt der II. Inneren
und Infektionsabteilung der Kinderklinik des
Rudolf-Virchow-Krankenhauses, Berlin.

Damit wurden Sachverständige auf den Gebieten der Staats-
medizin, Immunologie und Pädiatrie für die ständige Mitarbeit
in der Kommission gewonnen, die durch ihr großes Interesse an
immunologischen Fragestellungen in Theorie und Praxis sowie
an der Weiterentwicklung des Impfwesens bekannt sind.

Der Vorsitzende dankte den bisherigen und neuen Mitgliedern
für ihre Bereitschaft in der neuen, durch die Geschäftsordnung
zunächst auf drei Jahre begrenzten Sitzungsperiode mitzuarbei-
ten. Die jetzt für alle Kommissionen beim Bundesgesundheitsamt
verbindliche Geschäftsordnung wurde verteilt, erläutert und
kurz diskutiert. Herr HAAS wies auf die Unklarheit des vor-
letzten Satzes hin. Eine Rückfrage bei der Rechtsabteilung des
BGA nach der Sitzung ergab, daß das schriftliche Abstimmungs-
verfahren dem mündlichen entspricht, d.h. es muß sich die Mehr-
heit der Mitglieder schriftlich äußern, damit die Beschluß-
fähigkeit herbeigeführt wird. Gemäß Ziffer 2 der Geschäftsord-
nung übertrug der Präsident Vorsitz und Geschäftsführung
Herrn WEISE.

Ergebnisniederschrift der 12. STIKO-Sitzung am 17./18. Mai 1977

Tagesordnungspunkt 1: Ausblick auf zukünftige Impfmöglichkeiten

Einleitendes Referat von Herrn KOCH siehe Anlage.

Herr SPIESS entwickelte eine Prioritätenliste für zukünftige Verhandlungsthemen: Überarbeitung des Impfkalenders, Impfplan für Auslandsreisende, Impfungen gegen respiratorische Krankheiten sowie Darminfektionen, gegen Virushepatitiden usw.

Herr HAAS regte u.a. an, sich mit der passiven Tetanusimmunisierung, der Influenzaimpfung bei Kindern und der Choleraimpfung zu beschäftigen. Wunschdenken sollte vermieden werden, Impfprogramme hängen von den verfügbaren Impfstoffen ab. Herr KOCH empfahl, nur das Machbare zu erörtern. Es wurde auch erwogen, den Impfstoffherstellern vorzuschlagen, welche Impfstoffe gebraucht werden (SPIESS) oder sich von ihnen mitteilen zu lassen, an welchen Impfstoffentwicklungen gearbeitet wird (HAAS).

Herr STICKL hielt die Diphtherieschutzimpfung bei Erwachsenen und die Malariaimpfung für diskussionswürdig. Der Vorsitzende gab zu bedenken, daß sich die Kommission nun mit der Impfung Erwachsener auf ein neues Gebiet begeben.

Herr SEIDL verwies auf die Notwendigkeit einer Immunprophylaxe der Posttransfusions-Hepatitis. Das Problem sei hier die Gewinnung ausreichender Mengen von wirksamem Immunglobulin, da nur etwa 6 % der Bevölkerung HB_s-Träger seien. Mit einem Impfstoff aus inaktiviertem HB_s-Antigen könnten Antikörperträger geboostert werden.

Herr EBELING regte eine Diskussion der oralen Schutzimpfung gegen Salmonellen an. Herr HAAS erwähnte die Feststellungen einer WHO-Studiengruppe unter Vorsitz von O. Westphal 1971, wonach die Wirksamkeit derartiger Vakzinen noch nicht gesichert sei. Herr SCHNEIDER berichtete, daß klinische Versuche mit dem oral anzuwendenden Salmonelloseimpfstoff von Herrn Raettig dem Paul Ehrlich-Institut angezeigt worden seien. Herr SCHUMACHER

unterstrich die Notwendigkeit einer Entwicklung von Oralimpfstoffen gegen Salmonellosen für die Unterbrechung von Infektionsketten bei Epidemien und in fleischverarbeitenden Betrieben, da im Gegensatz zu den parenteral zu verabreichenden Impfstoffen mit Oralvakzinen direkt in eine Epidemie hineingeimpft werden könne.

Herr HAAS forderte einen Wirksamkeitsnachweis, der sich auf unabdingbare biostatistische Prämissen wie Randomisierung bei der Verteilung auf Versuchs- und Kontrollgruppen stützen müsse. Außerdem seien Impfstoffe zu empfehlen, die gegen möglichst viele Salmonellaarten wirksam sind.

Herr KUWERT schlug als Wirksamkeitsprüfung den Nachweis von Coproantikörpern vor; ein Analogieschluß vom Tierversuch sei nicht ohne weiteres möglich.

Herr PÖHN erwähnte die Untersuchungen von Borgoño und Mitarbeitern in Chile mit zwei verschiedenen oralen Typhusimpfstoffen, wo bei einem Präparat eine Wirkung gegenüber einer Kontrollgruppe statistisch gesichert werden konnte, beim Typhoral dagegen nicht.

Der Vorsitzende erklärte, daß aus der Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wegen der Häufigkeit und des gesundheitspolitischen Gewichts Impfungen gegen Salmonellosen, Hepatitiden und Meningitiden besonders erwünscht seien. So haben z.B. auch die Meningokokkenmeningitiden in den letzten Jahren - wie in anderen Industriestaaten - in der Bundesrepublik zugenommen.

Herr SCHUMACHER wies auf die Bedeutung der Influenzaschutzimpfung hin, da die Influenza eine der häufigsten Infektionskrankheiten sei.

Auf eine Frage von Herrn EBELING zum Guillain-Barré-Syndrom nach Influenzaschutzimpfung berichtete Herr KOCH, daß über dessen Pathogenese nichts Genaues bekannt sei, sondern lediglich in den USA die Häufigkeit ca. 7mal höher bei Geimpften als bei Ungeimpften war. Herr KOCH erörterte auch die Möglichkeit eines anderen GBS-Erregers der gleichzeitig mit der Influenza-Impfkampagne aufgetreten sei. Herr STICKL gab zu bedenken, daß das GBS nur zwischen dem 5. und dem 50. Lebensjahr auftrete. Herr PÖHN bemerkte, daß in der Bundesrepublik Deutschland in 4 Fällen neurologische Störungen nach Art eines GBS von den Versorgungsverwaltungen als Folge einer Influenzaschutzimpfung anerkannt worden seien. (vgl. auch TOP 4).

Herr KUWERT regte an, die Grundlagen der Immunität oder unspezifischen Resistenz (Interferonogenität, Transferfaktor) zu diskutieren. Der Vorsitzende erwiderte, daß dies mehr Aufgabe anderer Gremien sei, so z.B. von Tagungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Viruskrankheiten oder von Seminaren des Robert Koch-Institutes, wo sich eine größere Zahl von Fachwissenschaftlern träfe.

Im Hinblick auf eine mögliche Zusammenarbeit mit den Impfstoffherstellern (s. Seite 3) kam man überwiegend zu dem Ergebnis, daß es hauptsächlich Aufgabe der Ständigen Impfkommission sei, auf der Basis vorhandener, vom PEI zugelassener Impfstoffe Empfehlungen zur praktischen Anwendung und zur Impfpolitik zu geben.

Zum Procedere gab der Vorsitzende bekannt, daß auch in Zukunft die Empfehlungen der STIKO unter Nennung der Mitglieder im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht werden. Wie bisher werden 2 Sitzungen pro Jahr anberaumt, es sei denn, daß aktuelle Ereignisse Abweichungen von dieser Regel erfordern.

Schließlich wurde folgendes Programm für die nächste Sitzung im Herbst d.J. vorgeschlagen:

1. Immunprophylaxe der Virushepatitiden:
 - a) normales Immunglobulin (Deinhardt)
 - b) spezielles Immunglobulin (Seidl)
 - c) aktive Immunisierung (Koch und Mitarbeiter)
2. Influenzaschutzimpfung
 - a) aktuelle epidemiologische Situation (Pöhn, Weise)
 - b) parenterale Schutzimpfung mit inaktivierten Erregern (Lange)
 - c) lokale Immunisierung mit vermehrungsfähigen attenuierten Erregern (Kuwert).

Als Termin für die nächste Sitzung wurde der 20./21. Oktober in Aussicht genommen.

Ergebnisniederschrift der 12. STIKO-Sitzung am 17./18.Mai 1977

Tagesordnungspunkt 2: Verbesserung der Tollwutschutzimpfung
des Menschen

In einem einführenden Referat berichtete Herr KUWERT über die Geschichte der Tollwutimpfstoffe. Bis 1974 wurden Hirngewebeimpfstoffe mit sehr geringem Virusgehalt (ca. 1 g Virus auf 10 t Hirngewebe) verwendet. Infolge des enzephalitogenen Faktors traten Enzephalomyelitiden mit einer Häufigkeit von 1: 12.000 bis 1: 17.000 Impfungen auf. Andererseits war die Antigenität des Impfstoffes unzureichend, so daß zahlreiche Injektionen für die Immunisierung erforderlich waren. Eine Schutzwirkung konnte experimentell nicht nachgewiesen werden, die Wirksamkeit und Gleichförmigkeit des Impfstoffes waren nicht gesichert.

Die Hirngewebsimpfstoffe wurden 1972 von Entenembryoimpfstoffen auf der Basis des Flury-Stammes abgelöst. Auch bei ihnen war die spezifische Tollwutantigenität gering; andererseits bestand eine erhebliche Fremdontigenität, die zu Polyradikuloneuromyelitiden und zu Enzephalitiden führen konnte.

Einen wesentlichen Fortschritt stellte die Entwicklung eines Impfstoffes aus gereinigtem Zellkulturvirus dar. Die Vermehrung erfolgt auf menschlichen diploiden Zellen, wodurch die Bildung von Spezies-heterologen Antigenen und von Krebs-DNS vermieden werden kann. Die Impfstoffe enthalten nach der Reinigung nur noch 4% Verunreinigungen. Die Inaktivierung erfolgt durch UV-Licht und mit Betapropiolakton.

Die Anwendung erfolgt bei der präexpositionellen Impfung am 0., 3., 7. und 21. Tag. Am 35. Tag nach der ersten Impfung sollte eine Antikörperbestimmung vorgenommen werden, wobei ein Mindesttiter von 1: 5 als Zeichen einer Immunität ge-

fordert wird. Ein derartiger, wirksamer Antikörpertiter hält in der Regel 2 Jahre an. Eine einmalige Auffrischung führt dann zu einer massiven Titersteigerung.

Bei der postexpositionellen Tollwutimpfung werden je 1 ml HDC-Vaccine am 0., 3., 14., 30. und 90. Tag intramuskulär injiziert.

Die protektive Wirkung des HDC-Impfstoffes wird vom Vortragenden aufgrund eigener Beobachtungen als sehr gut angesehen. Die Verträglichkeit ist ausgezeichnet; deshalb kann mit diesem Impfstoff auch eine praeexpositionelle Schutzimpfung besonders tollwutgefährdeter Personen befürwortet werden. Gelegentlich beobachtete lokale Erscheinungen beruhen wahrscheinlich auf nicht vollständig eliminierten Verunreinigungen. Bei Impfstoffen die durch Sucrosegradientenzentrifugation gereinigt worden waren, werden diese Erscheinungen nicht mehr festgestellt. Der HDC-Impfstoff besitzt eine gute Interferonogenität (Vermögen, die Interferonbildung anzuregen). Hierdurch besteht die Möglichkeit, bereits einen frühzeitigen antiviralen Schutz zu erzielen, so daß in manchen Fällen auf eine gleichzeitige Immunglobulinapplikation verzichtet werden kann.

Bei der Anwendung von Tollwutimmunglobulin muß die Dosierung von Impfstoff und Immunglobulin aufeinander gut abgestimmt sein, damit eine immunologische Interferenz (Hemmung der Bildung körpereigener Antikörper durch die extern zugeführten Antikörper) vermieden wird.

Die Diskussion wurde vom Vorsitzenden mit einem Hinweis auf die starke Zunahme der Tiertollwut in der Bundesrepublik eröffnet, wodurch jährlich einige ^{tausend} postexpositionelle Schutzimpfungen beim Menschen erforderlich werden; die Verbesserung des Impfstoffes ist deshalb von erheblicher praktischer Bedeutung.

Herr TIMM machte darauf aufmerksam, daß die von der WHO festgelegten Indikationen zur Tollwutschutzimpfung nach wie vor beachtet werden müssen und daß die gute Verträglichkeit des neuen Tollwutimpfstoffes nicht zur Sorglosigkeit bei seiner Anwendung führen dürfe.

Herr SCHNEIDER und Herr KUWERT teilten mit, daß in einer Charge des Merieux-Impfstoffes, die zu einer größeren Zahl fieberhafter Lokalreaktionen geführt hatte, ein erhöhter Pyrogengehalt festgestellt worden war.

Herr KOCH bemängelte, daß bei der Unschädlichkeitsprüfung von Impfstoffen Pyrogenteste nicht generell vorgeschrieben sind.

Herr HAAS machte darauf aufmerksam, daß die Anwendung von Tollwutimmunglobulinen nach entsprechender Tollwutexposition von der WHO ausdrücklich empfohlen wird.

Nach einigen Detailerörterungen stellte der Vorsitzende die Frage, ob die Kommission den neuen HDC-Impfstoff zur Tollwutimpfung empfehlen solle. Herr SCHNEIDER gab zu bedenken, daß erst der Impfstoff eines Herstellers zugelassen ist und deshalb wahrscheinlich noch nicht ausreichende Mengen zur Verfügung stünden. Ein weiterer Hersteller habe die Zulassung beantragt, mit ihr sei jedoch kaum vor einem halben Jahr zu rechnen.

Anschließend wurden anhand einer Tischvorlage Empfehlungen zur Tollwutschutzimpfung des Menschen erarbeitet, die nach erneuter Überprüfung im Umlaufverfahren im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht werden sollen (s.Anlage).

Ergebnisniederschrift der 12. STIKO-Sitzung am 17./18. Mai 1977

Tagesordnungspunkt 3: Situation nach Zulassung des neuen
Tuberkulose-Impfstoffes

Einführend referierte Herr BREHMER über die Entwicklung der BCG-Impfstoffe insbesondere nach Umstellung auf den Stamm Kopenhagen. Bei dem früher verwendeten Tochterstamm Göteborg waren infolge Virulenzverlust die Impfreaktion abgeschwächt, die Tuberkulinkonversion stark verzögert und allerdings auch eine gute Verträglichkeit vorhanden. In der Göteborg-Aera waren lediglich 14 Fälle von BCG-Osteomyelitis bekannt geworden. Anfang 1975 traten dann plötzlich gehäuft abszedierende Lymphadenitiden auf. Dies fiel zeitlich mit der Einführung des Impfstammes Kopenhagen zusammen. Diese Umstellung war vom Hersteller weder den impfenden Ärzten noch den Gesundheitsbehörden bekannt gegeben worden, so daß es anfangs zu Schwierigkeiten kam, die beobachteten Erscheinungen richtig zu diagnostizieren.

Der Vortragende beschrieb z.T. aufgrund eigener Beobachtungen die aufgetretenen Komplikationen, deren Zahl bis zum Mai 1975 anstieg. Wahrscheinlich hat die Umstellung auf den neuen Impfstoff Kopenhagen nicht in allen Kliniken gleichzeitig stattgefunden und wurden bis zu diesem Monat Restbestände an Göteborg-Impfstoffen in den Kliniken aufgebraucht. Auch die Halbierung der Dosis brachte keinen Rückgang der abszedierenden Lymphadenitiden.

Seit März 1977 ist ein neuer Impfstoff auf Basis des Stammes Kopenhagen zugelassen. Sein Keimgehalt ist fünffach niedriger als der des früheren Kopenhagen-Impfstoffes; trotzdem wurden bisher 2 Fälle von abszedierenden Lymphadenitiden festgestellt.

Anschließend teilte Herr SCHNEIDER einige Daten über den neuen BCG-Impfstoff der Behring-Werke mit. Bei Versuchen über die zweckmäßige Dosierung hat sich herausgestellt, daß die Mindestdosis 100 000 vermehrungsfähige Einheiten betragen muß, um eine annehmbare Konversionsrate zu erzielen. Der BCG-Impfstoff Stamm Kopenhagen wird nunmehr auf 100 000 - 300 000 vermehrungsfähige Einheiten pro Dosis eingestellt. Die Komplikationsrate bei den kontrollierten Impfungen betrug 0,3 %. Die Zahl der bekannt gewordenen Komplikationen bezogen auf die Gesamtzahl der bisher durchgeführten Impfungen liegt bei 0,2 %. Der Hersteller gibt an, daß in ca. 1 % der Impfungen mit abszedierenden Lymphadenitiden gerechnet werden muß. Aus diesem Grund ist die Indikation besonders eng zu stellen, empfohlen wird nur die Impfung tuberkulosegefährdeter Säuglinge, sowie tuberkulinnegativer und tuberkulosegefährdeter Kinder, Jugendlicher oder Erwachsener.

In der nachfolgenden Diskussion bemängelte Herr SPIESS, daß der seit 1975 verwendete Kopenhagen-Impfstoff nur an 600 tuberkulin-negativen Schulkindern, nicht aber an Säuglingen erprobt worden war. Die Dosis wurde aufgrund dieser Versuche auf 500 000 - 1 000 000 vermehrungsfähige Einheiten pro Dosis festgesetzt.

Herr SCHNEIDER ergänzte, daß nach den WHO-Empfehlungen bei einem neuen Saatgutstamm die Prüfung an mindestens 100 Impfungen erforderlich sei.

Herr SPIESS befürwortete eine Einschränkung der Indikation der BCG-Impfung, da jährlich nur ca. 1 300 Kinder erkranken und die Erkrankung behandelbar ist; ein weiteres Argument gegen die ungezielte Impfung ist die Erschwerung der Tuberkulosedagnostik infolge der Tuberkulinkonversion.

Herr SCHUMACHER bemerkte, daß gegenwärtig das Impfschadensrisiko bei der BCG-Impfung größer ist, als die Wahrscheinlichkeit, an einer Tuberkulose zu erkranken. Deshalb muß eine weitere Propagierung der ungezielten Tuberkuloseschutzimpfung unterbleiben.

Herr EBELING machte darauf aufmerksam, daß bei einer Aufhebung der öffentlichen Empfehlung der ungezielten BCG-Impfung auch kein Versorgungsanspruch mehr besteht im Falle von Komplikationen bei Geimpften, die nicht zu den Risikopersonen gehören.

Daraufhin wurde erneut der Begriff der öffentlichen Empfehlung im Hinblick auf Versorgungsansprüche gemäß § 51 BSeuchG erörtert. Herr SCHUMACHER wies darauf hin, daß der alte Grundsatz des Aufopferungsanspruches längst durchbrochen sei, z.B. durch die Aufnahme der Tetanus- und Tollwutschutzimpfung in den Katalog der öffentlich empfohlenen Impfungen. Deshalb wäre es eigentlich konsequent, alle Schutzimpfungen, sofern die Impfstoffe vom PEI zugelassen sind, als öffentlich empfohlen zu betrachten und damit entsprechende Versorgungsansprüche zu begründen.

Nach Ansicht des Vorsitzenden geht es bei der BCG-Schutzimpfung jetzt in erster Linie darum, das kostenlose Angebot ungezielter Impfungen in den Neugeborenen-Stationen zu streichen; die öffentliche Empfehlung zur Sicherung eines Versorgungsanspruches kann dagegen beibehalten werden. Allenfalls ist zu erwägen, ob nicht der Ausdruck "öffentliche Empfehlung" in § 51 BSeuchG durch eine andere, neutralere Formulierung ersetzt werden sollte.

Der Vorsitzende ging dann auf die Zahl der Tuberkulose-Fälle bei Kindern nach Fortfall der generellen BCG-Impfung im Mai 1975 ein. Für 1975 wurden im 7. Informationsbericht des DZK 80 Neuzugänge an Tuberkulose bei Kindern im 1. Lebensjahr angegeben, 1974 demgegenüber nur 33. Im Jahre 1975 entfielen allein 42 auf Tuberkulosen der peripheren Lymphknoten; 1974 waren es bei dieser Gruppe nur 3 Fälle. Es ist deshalb anzunehmen, daß es sich dabei in Wirklichkeit um BCG-Lymphadenitiden handelte, die zunächst (s. oben) als Impfkomplicationen nicht erkannt wurden.

Herr HAAS stellte die Frage, ob das Säuglingsalter für die Tuberkuloseschutzimpfung günstig sei und ob nicht besser eine BCG-Impfung - wenn überhaupt - im 12. Lebensjahr stattfinden sollte. Herr KUWERT ergänzte, daß die T-Zell-Immunität erst im Alter von 2 Jahren ausgereift ist.

Anschließend wurde der Entwurf einer Empfehlung beraten, die anläßlich der 99. Sitzung der AGLMB am 1. Juni vorgelegt und im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht werden soll. Die Empfehlung wurde inzwischen von der AGLMB akzeptiert und befindet sich in Druck.

Ergebnisniederschrift der 12. STIKO-Sitzung am 17./18. Mai 1977

Tagesordnungspunkt 4: Berichte zur Pocken- und Influenza-situation

Der Vorsitzende berichtete, daß gegenwärtig nur noch in Somalia Pockenherde (*Variola minor*) bestehen (Wkly Epidem. Rec. 52 [1977] 193 - 195) und deshalb das Land Hamburg am 29.3.1977 eine Bundesratsvorlage eingebracht hat, nach der auch die Wiederimpfungen im 12. Lebensjahr sowie die - erst neu eingeführten - Impfungen des Krankenhauspersonals entfallen sollen; sie wurden inzwischen bereits ausgesetzt.

Herr SPIESS sprach sich dafür aus, zunächst an dem festzuhalten, was seinerzeit in der STIKO erarbeitet worden war. Herr SCHUMACHER entgegnete, daß nach dem neuen, noch geltenden Impfgesetz nie verfahren worden ist. Herr HAAS begrüßte die Bekämpfungsfortschritte, denen die Impfpraxis folgen müsse.

Unter Hinweis auf die Verordnung zur Durchführung der internationalen Gesundheitsvorschriften im Luftverkehr schlug Herr SCHUMACHER vor, Impfzeugnisse nur noch von Reisenden aus Ländern mit Infektionsgebieten zu fordern. Nach einer kurzen Erörterung sprach sich die Mehrheit (einschl. der beiden Ländervertreter) für den Vorschlag aus.

Die Bundesländern sind den Empfehlungen der STIKO (10. Sitzung) gefolgt und haben vorsorglich eine Influenza-New Jersey-Impfstoffreserve für 10 % der Bevölkerung angelegt. In einem im BGA abgehaltenen Influenza-Kolloquium am 4./5.11.1976 wurden detaillierte Empfehlungen für die Influenzaüberwachung ausgearbeitet. Die Influenza-Wintersaison 1976/77 war jedoch, wie in allen Ländern der nördlichen Hemisphäre, außerordentlich ruhig; Influenza-A-New Jersey-Nachweise gelangen beim Menschen nicht. In Norditalien kam es zu einem Schweineinfluenzaausbruch

unter Schweinen. Im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden war trivalent (A/Victoria, A/New Jersey, B/Hongkong) geimpft worden, ohne daß Fälle von Guillain-Barré-Syndrom (GBS) aufgetreten sind, bzw. ein Kausalzusammenhang verifiziert werden konnte.

Herr KOCH berichtete anhand von Zahlen des CDC, Atlanta, USA, (die entsprechenden Übersichten waren verteilt worden) über das Auftreten von GBS anlässlich der Influenzaschutzimpfung in den USA und teilte mit, daß infolge der GBS-Fälle in den USA die Impfdosis auf 200 CCA reduziert werden soll, dafür ist eine zweimalige Impfung auch bei Erwachsenen erforderlich. In Europa ist stets mit geringeren Dosen als bisher in den USA geimpft worden, auf diese Tatsache kann möglicherweise das Fehlen von GBS nach Influenzaschutzimpfungen in Europa zurückgeführt werden. GBS-Fälle sind meist nach der Impfung mit A/New Jersey aber auch nach alleiniger Impfung mit B/Hongkong aufgetreten.

Zum Schluß wurde noch die Frage einer generellen Influenzaschutzimpfung im Hinblick auf die Pressekonferenz des Deutschen Grünen Kreuzes am 23.5.1977 in Hamburg erörtert. Herr KUWERT, der die Pressekonferenz leiten wird, vertrat die Auffassung, daß in der Drift-Periode eine Impfung der Gesamtbevölkerung nicht praktikabel sei, in einer Shift-Situation wäre sie jedoch vorteilhaft. Herr SCHUMACHER entgegnete, daß auch in einer Shift-Situation mangels ausreichender Impfstoffmengen eine Impfung der ganzen Bevölkerung nicht möglich sei. Das Problem soll in der nächsten STIKO-Sitzung weiterbehandelt werden.

Schluß der Sitzung gegen 12.30 Uhr.