

Ergebnisniederschrift

über die 15. Sitzung der Ständigen Impfkommision
des Bundesgesundheitsamtes am 23. Juni 1978 in Berlin

Themata: Tuberkuloseschutzimpfung
Influenzaschutzimpfung

Teilnehmer:

Min.Rat Dr.med. H. Drausnick, München
Prof.Dr.med. J. Ebeling, Saarbrücken
Prof.Dr.med. H. Genz, Berlin (Sachverständiger)
Prof.Dr.med.Dr.h.c. R. Haas, Kempten
Ltd.Med.Dir.Dr.med. W. Höpken, Hannover (Sachverständiger)
Ltd.Med.Dir.Dr.med. W. Lock, Hamburg (Sachverständiger)
Prof.Dr.med. G. Maass, Münster (Sachverständiger)
Prof.Dr.med. G. May, Frankfurt (Sachverständiger)
Frau Wiss.Oberrätin Dr.rer.nat. v. Mettenheim (PEI)
Prof.Dr.med. G. Neumann, Stuttgart (Sachverständiger)
Prof.Dr.med. H. Spiess, München
Prof.Dr.med. H. Stickl, München
Prof.Dr.med. B. Stück, Berlin
Med.Dir.Dr.Dr. M. Stürzbecher, Berlin (Sachverständiger)
Dr.med. Werner, Essen (Sachverständiger)

vom Bundesgesundheitsamt:

Dir.u.Prof.Dr.med. W. Brehmer (Sachverständiger)
Dir.u.Prof.Prof.Dr.med. M.A. Koch
Wiss.Oberrat Dr.med.vet. W. Lange (Sachverständiger)
Dir.u.Prof.Dr.med. H.-Ph. Pöhn (Geschäftsführung)
Ltd.Dir.u.Prof.Dr.med. H.-J. Weise (Vorsitz)

vom BMJFG:

Min.Rat Dr.med. W. Schumacher, Bonn

verhindert:

Prof.Dr.med. W. Ehrengut, Hamburg
Prof.Dr.med.vet. E. Kuwert, Essen
Prof.Dr.med. S. Seidl, Frankfurt

Ergebnisniederschrift der 15. STIKO-Sitzung am 23.06.78Tagesordnungspunkt 1: Tuberkuloseschutzimpfung

Herr WEISE erinnerte daran, daß sich die STIKO mit diesem Thema zum 4. Mal auseinandersetzt. In der 7. Sitzung am 15.04.74 hatte eine Sachverständigenanhörung zur Tuberkuloseschutzimpfung stattgefunden, in der 9. Sitzung am 16.10.75 war beschlossen worden, diese Impfung nur noch für ansteckungsgefährdete Risikogruppen in den Impfkalender aufzunehmen, und während der 12. Sitzung am 17./18.05.77 war bekräftigt worden, Neugeborene ~~bei~~ bei erhöhter Tuberkuloseansteckungsgefahr zu impfen, sowie Personen in jedem Lebensalter, sofern sie ansteckungsgefährdet und tuberkulinnegativ sind (vgl. Bundesgesundhbl. 20, 1977, S. 195 - 196).

Das Thema wurde nun auf Wunsch von Herrn HAAS in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Beirates für das Bundesamt für Sera und Impfstoffe, Paul-Ehrlich-Institut, erneut erörtert. Dabei ging es um die weitere Berechtigung des Warnhinweises in der Packungsbeilage zum BCG-Impfstoff, nach dem es bei Neugeborenen und Säuglingen in bis zu 1 % der Geimpften zu einer abszedierenden Lymphadenitis kommen kann und deshalb die Indikation bei der Neugeborenen- und Säuglingsimpfung besonders eng zu stellen sei. Es sollte geprüft werden, ob aufgrund bisheriger Erfahrungen eine Änderung möglich sei. Auch machten die durch die Erhebungen von Herrn GENZ ausgelösten Diskussionen in verschiedenen Fachgremien sowie in der AGLMB eine erneute Erörterung in der STIKO wünschenswert. Es wurde daher begrüßt, daß sich die Exponenten der verschiedenen Auffassungen bereiterklärt haben, als Sachverständige der STIKO ihre Standpunkte zu erläutern.

Herr GENZ berichtete über seine im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie durchgeführten Erhebungen in (Tuberkulose-)Krankenhäusern. Ziel dieser Erhebungen war es festzustellen, ob nach dem Sistieren der ungezielten Neugeborenenimpfungen (infolge der Zurückziehung des BCG-Impfstoffes durch den Hersteller im Mai 1975) die Tuberkulose in den betreffenden Altersgruppen zahlenmäßig zugenommen hat. Herr GENZ erläuterte anhand zahlreicher Tabellen (Tischvorlagen), die den Zeitraum vom 1. Juni 1975 bis 1. Juli 1977 umfaßten, den aufgrund dieses Materials im Vergleich zur amtlichen Statistik der Vorjahre deutlich erkennbaren Anstieg der Morbidität. Von den erhobenen 448 Tuberkulose-Fällen waren 32 Kinder an einer generalisierten Tuberkulose erkrankt (Miliartuberkulose, Meningitis). Weitere 170 Kinder zeigten schwerste Verlaufsformen tuberkulöser Erkrankungen wie Bronchiallymphknotentuberkulose mit Einbruch in den Bronchus, Atelektasen, bronchogene Streuungen und Infiltrationen. Es wurden 9 Todesfälle an Tuberkulose bei Säuglingen und Kleinkindern berichtet. Nur bei einem kleinen Teil der Fälle war eine familiäre Belastung bekannt. Herr GENZ zweifelte deshalb an der Wirksamkeit der Früherkennung und stellte fest, daß auch die Therapie nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe. Eine Tuberkulinkonversion im Säuglingsalter ist als Ablauf einer aktiven Tuberkulose zu werten und entsprechend zu behandeln. Der Vortragende betonte, daß seine Erhebung nur ungeimpfte Kinder betreffe, so daß impfbedingte Lymphknoten-Tuberkulosen nicht in Betracht kämen.

Herr LOCK führte aus, daß die Wahrscheinlichkeit einer Tuberkuloseexposition von Säuglingen bei etwa 1 : 1 000 liege, denn Offentuberkulöse würden in der Regel behandelt und dann nicht mehr Tuberkelbakterien ausscheiden. Der Vortragende erläuterte anhand einer Tabelle, daß jeweils nur bezüglich ihres Impfstatus gleiche Kohorten verglichen werden

könnten. Bei der Bewertung sei zu beachten, daß die Zahl der Ungeimpften nach Aufhören einer Impfung ständig zunehme. Der Sachverständige hielt es nicht für erwiesen, daß die Säuglingstuberkulosen seit 1975 zugenommen haben, aus der amtlichen, mit unveränderter Methode durchgeführten Statistik bietet sich jedenfalls dafür kein Anhalt. Auch die Statistiken der Kostenträger zeigen keine Zunahme der Tuberkulosen, im Gegenteil ist die Zahl der Heilverfahren bei 0 - 15jährigen von 1975 bis 1976 um mehr als 25 % zurückgegangen.

Herr STORZBECHER erläuterte anhand von Beispielen die Ungenauigkeit der Tuberkulosemeldungen aufgrund des Bundes-Seuchengesetzes und der daraus resultierenden Statistiken, wobei sich eine erhebliche Dunkelziffer nicht gemeldeter Fälle ergab.

In Berlin war bei den unter 1jährigen eine Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen seit 1975 nicht festzustellen, dagegen bei den 1 bis unter 5jährigen. Auch die Zahl der Tuberkulinkonvertoren ist angestiegen.

In der Diskussion wurde die mangelhafte Meldedisziplin der Ärzte in Praxis und Klinik und die daraus folgenden Unzulänglichkeiten der amtlichen Statistik bedauert. Der Vorsitzende wies darauf hin, daß sich die Zahl der nicht gemeldeten Fälle erfahrungsgemäß verringert, wenn der betreffenden Erkrankung in der öffentlichen Diskussion eine erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet wird. Jedoch hat nach den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes die Zahl der tuberkulösen Meningitiden bei Säuglingen nicht zugenommen (Tischvorlage).

Herr HAAS bedauerte, daß den Erhebungsergebnissen von Herrn Genz kein Vergleichskollektiv gegenübergestellt werden könne, und eine Aussage über eine mögliche Änderung der Tuberkulosemorbidity nach Sistieren der ungezielten BCG-Säuglingsimpfung daher kaum möglich sei.

Herr NEUMANN erläuterte die Zugänge an Kindertuberkulose in Stuttgart von 1975 bis 1977 (Tischvorlage). Es zeigte sich, daß Ausländerkinder überproportional beteiligt sind und somit als besondere Risikogruppe angesehen werden müssen. Bei der Hälfte der insgesamt 32 Fälle wurde die Tuberkulose erstmalig aufgrund der Tuberkulinreaktion erkannt. Nach Ansicht des Sachverständigen stößt die Tuberkuloseschutzimpfung von Neugeborenen in tuberkulösem Milieu (Wohngemeinschaft) auf Schwierigkeiten, weil es nicht leicht ist, die Säuglinge bis zur Ausbildung einer tragfähigen Immunität (Tuberkulinkonversion) von der Familie zu trennen.

Herr SPIESS wies darauf hin, daß eine BCG-Impfung keinen 100%igen Schutz vor einer Tuberkuloseinfektion bietet. Nach Ergebnissen des Britisch Medical Research Council beträgt die Schutzrate in den ersten 5 Jahren 84 % und in den folgenden Jahren 69 %.

Herr HAAS warf ein, daß das höchste Expositionsrisiko für Tuberkulose bei den 16 - 18jährigen liege und das Säuglingsalter verhältnismäßig wenig gefährdet sei.

Der Vorsitzende faßte zusammen: Die aus den Erhebungsergebnissen von Herrn GENZ gezogene Schlußfolgerung, daß die Säuglingstuberkulose nach Aufhören der ungezielten Neugeborenenimpfung zugenommen habe, ist nicht bewiesen. Obwohl die Zahlen dieser Sondererhebung nicht bezweifelt werden, lassen sie sich nicht mit denen der amtlichen Statistik aus den Jahren davor vergleichen, wie dies vom Autor getan wurde. Die Dunkelziffer nicht gemeldeter Fälle ist bei der Erhebung sehr gering, bei der BSeuchG-Statistik groß. In der amtlichen Statistik mit gleichbleibender Fehlerquelle (Dunkelziffer) ist ein signifikanter Anstieg der Säuglingstuberkulose nach 1975 nicht festzustellen. Diese Ansicht wurde von der großen Mehrheit der Kommissionsmitglieder geteilt.

Herr STICKL schlug vor, die Empfehlung zur Tuberkulose-schutzimpfung weder auf bestimmte Gruppen einzuschränken noch sie generell für Neugeborene besonders auszusprechen. Der Vorsitzende wies darauf hin, daß anzustreben sei, die Diagnostik durch Tuberkulintests zu verbessern sowie Fallfindung und Umgebungsuntersuchungen zu aktivieren; mehrere Kommissionsmitglieder unterstützten diese Tendenz, die Tuberkuloseschutzimpfung dürfe nicht als einzig wirksame Bekämpfungsmaßnahme betrachtet werden.

In das Problem des Impfschadensrisikos führte Herr Pöhn mit einer Tabelle (Tischvorlage) ein, in der die Häufigkeit von abszedierenden Lymphadenitiden aufgrund von Veröffentlichungen der letzten Zeit sowie Zuschriften an die STIKO zusammengestellt waren. Daraus geht hervor, daß der Prozentsatz der Impfkomplikationen überall unter 1 % lag, die 99 % Obergrenze des Vertrauensbereichs (Binominalverteilung) jedoch mit einer Ausnahme (Vivell) über 1 %.

Herr BREHMER ergänzte, daß bei den genannten Untersuchungen bis zu 4 verschiedene Impfstoffkonzentrationen verwendet wurden, von denen 3 unter der heute zugelassenen Konzentration gelegen haben. Der Sachverständige führte weiter aus, daß der Stamm Kopenhagen 1331 wesentlich aggressiver sei, als der alte Stamm Göteborg. Die Restvirulenz des Kopenhagenstammes ist 8mal höher als die des Göteborgstammes, die Hautreaktivität sogar zehnfach höher, jeweils bei der gleichen Keimzahl. Die Aggressivität ist impfstammspezifisch, die geringen Komplikationsraten des Göteborgstammes sind nicht erreichbar, wenn man einen wirksamen Impfstoff verwenden will. Der heute zugelassene BCG-Impfstoff ist etwa 8fach niedriger dosiert als der Kopenhagenimpfstoff, der im ersten Halbjahr 1975 ausgegeben worden war. Die Komplikationsraten schwanken um 0,3 %, dieser Wert kann nach Ansicht des Sachverständigen nicht mehr unterschritten werden.

Herr STOCK fügte hinzu, daß die Zahlen der Impfkomplicationen höher liegen könnten, wenn nicht nur einige wenige mit der BCG-Impfung besonders vertraute Ärzte impften, da es bei der BCG-Impfung ganz besonders auf die fachgerechte Durchführung ankommt. Herr SPIESS wies darauf hin, daß BCG-Osteomyelitiden in etwa 1 auf 100 000 Impfungen beobachtet werden. Seines Erachtens ist es nicht mehr vertretbar, die Bevölkerung zu Tuberkulinreagenten zu machen.

Herr Haas bedauerte, daß nicht noch mehr Angaben über die Komplikationshäufigkeit vorliegen. Er riet davon ab, mit dem Warnhinweis Impfpolitik zu machen, für ihn stelle sich lediglich die Frage, ob die bekannt gewordenen Komplikationsraten die Streichung des Warnhinweises rechtfertigten. Es erhebe sich dabei die Frage, ob der (2.) Satz, daß die Indikation bei der Neugeborenen- und Säuglingsimpfung besonders eng zu stellen sei, gestrichen werden könne. Herr SCHUMACHER wies darauf hin, daß weder die STIKO noch sonst jemand außer dem Hersteller selbst einen Satz aus der Packungsbeilage streichen könne. Die STIKO könne lediglich empfehlen, den Warnhinweis zu streichen, würde dann aber auch eine Mitverantwortung übernehmen.

Herr NEUMANN machte darauf aufmerksam, daß es Aufgabe des impfenden Arztes sei, das Risiko der Impfung gegen das Erkrankungsrisiko abzuwägen. Der 2. Satz des Warnhinweises könne allenfalls etwas abgeschwächt werden. Der Vorsitzende ergänzte, daß in die ärztlichen Überlegungen vor allem die Frage des Infektionsrisikos eingehen müßte. Herr SPIESS bemerkte, daß die Risikoabwägung zu Ungunsten einer generellen Impfung ausfallen müsse, da jährlich mit ca. 1 800 BCG-Lymphknotentuberkulosen zu rechnen sei, denen nur 60 bis 100 Erkrankungen, die auch noch gut behandelbar sind, gegenüberstehen.

Herr HAAS regte weitere Beobachtungen über Komplikationen bei BCG-Impfungen an; solange nicht härtere Daten vorlägen, solle es bei dem bisherigen Warnhinweis verbleiben. Auch Herr STICKL sprach sich für ein weiteres Abwarten und die vorläufige Beibehaltung des Warnhinweises aus. Herr HAAS wies darauf hin, daß sich Wirksamkeit und Verträglichkeit umgekehrt zueinander verhalten. Gut wirksame Impfstoffe seien in der Regel weniger gut verträglich als schlecht wirksame Impfstoffe der gleichen Art. Frau von METTENHEIM wies auf die Verantwortung hin, die die STIKO mit der Empfehlung, den Warnhinweis zu streichen, übernehmen würde.

Der Vorsitzende faßte zusammen: Da die STIKO es nicht als erwiesen ansieht, daß die Säuglingstuberkulose nach Sistieren der ungezielten Neugeborenenimpfung wesentlich angestiegen ist, besteht in Anbetracht der auch bei dem neu zugelassenen BCG-Impfstoff Kopenhagen beobachteten Impfkomplicationen kein zwingender Anlaß, die Empfehlung vom Mai 1977, Neugeborene nur noch bei erhöhter Tuberkuloseansteckungsgefahr zu impfen, zu revidieren. Infolgedessen ist auch nicht beabsichtigt, den Behringwerken nahezu legen, den Warnhinweis in der Packungsbeilage zu streichen. Auf eine entsprechende Frage an die Kommissionsmitglieder erhob sich kein Widerspruch.

Die Herren SPIESS und SCHUMACHER sprachen sich dafür aus, daß die Ergebnisse dieses Tagesordnungspunktes veröffentlicht werden, damit die bei den Ärzten hervorgerufene Unsicherheit beseitigt wird. Der Vorsitzende sagte zu, daß mit dem Ergebnisprotokoll den Mitgliedern ein entsprechendes Papier zur Stellungnahme übersandt wird.

EntwurfS t e l l u n g n a h m e

der Ständigen Impfkommision des Bundesgesundheitsamtes zur Tuberkuloseschutzimpfung nach Zulassung eines neuen BCG-Impfstoffes (Stamm Kopenhagen 1331)

Die STIKO hat am 23. Juni 1978 erneut die Frage der Neugeborenenimpfung gegen Tuberkulose erörtert und dabei die Sachverständigen BREHMER (Berlin), GENZ (Berlin), LOCK (Hamburg), NEUMANN (Stuttgart) und STÖRZBECHER (Berlin) gehört. Die Kommission hat es danach mehrheitlich als nicht erwiesen angesehen, daß die Säuglingstuberkulose nach Sistieren der ungezielten Neugeborenenimpfung im Mai 1975 nennenswert zugenommen hat.

Eine Sondererhebung in Kliniken und Heilstätten hat zwar höhere Zahlen an Säuglingstuberkulosen ergeben, als sie in den Jahren davor in der Statistik aufgrund der Meldepflicht nach dem Bundes-Seuchengesetz ausgewiesen wurden, jedoch sind Ergebnisse, die mit Hilfe verschiedener statistischer Methoden gewonnen werden, nicht miteinander vergleichbar. Aufgrund vielfältiger Erfahrungen besteht Grund zu der Annahme, daß infolge mangelhafter Meldedisziplin die amtliche Statistik eine relativ große Dunkelziffer nicht gemeldeter Fälle aufweist. Bei der von Herrn Genz durchgeführten Sondererhebung hingegen ist diese Dunkelziffer im Hinblick auf das gewachsene Problembewußtsein der betreffenden Ärzte sehr viel kleiner, so daß ein Anstieg der Morbidität vorgetäuscht wird. Die Entwicklung muß deshalb noch für einen längeren Zeitraum unter vergleichbaren statistischen Bedingungen weiterbeobachtet werden.

Die STIKO sieht deshalb und in Anbetracht der auch bei dem neu zugelassenen BCG-Impfstoff Kopenhagen noch beachtlichen Impfschadensrate, deren statistischer Streubereich 1 % einschließen kann, keinen Anlaß, ihre Empfehlung vom 17./18. Mai 1977⁺) zu revidieren, Neugeborene nur bei erhöhter Tuberkuloseansteckungsgefahr zu impfen. Die Indikation zur Neugeborenen- und Säuglingsimpfung ist nach wie vor eng zu stellen.

┌ 15. Sitzung der Ständigen Impfkommision des Bundesgesundheitsamtes am 23. Juni 1978 in Berlin.

Teilnehmer: Drausnick (München), Ebeling (Saarbrücken), Haas (Kempten), Koch (Berlin), v. Mettenheim (Frankfurt), Pöhn (Berlin, Geschäftsführung), Schumacher (Bonn), Spiess (München), Stickl (München), Stück (Berlin) und Weise (Berlin, Vorsitz).]

+) Bundesgesundhbl. 20 (1977) 195 - 196

Ergebnisniederschrift der 15. STIKO-Sitzung am 23.06.78Tagesordnungspunkt 2: Influenzaschutzimpfung

Der Vorsitzende wies auf den inzwischen erfolgten Antigenwechsel (H1N1) hin und stellte die Frage, ob die von der Ständigen Impfkommision in ihren Sitzungen am 28. April 1976 und 20./21. Oktober 1977 sowie der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten herausgegebenen Empfehlungen zur Influenzaschutzimpfung aufrechterhalten bleiben können oder ob der neue Antigenshift eine Erweiterung der Zielgruppen notwendig macht. Dies ist in erster Linie von der Entwicklung und Beurteilung der epidemiologischen Lage abhängig.

Herr HÜPKEN berichtete über die Influenzaepidemie in Niedersachsen im Februar 1978 (Tischvorlage). Der Verlauf der Erkrankungen sei durchweg leicht gewesen und habe bei einem Teil der Bevölkerungsgruppe bis zum 25. Lebensjahr zur Immunität geführt, die in der nächsten Influenzasaison weiter aufgebaut werden könne. Herr MAASS bestätigte diese Ergebnisse und verwies besonders auf das Auftreten von Ausbrüchen in Kasernen.

Herr WERNER erwähnte, daß in Essen der H3N2-Subtyp vorherrschend gewesen sei und H1N1 nur eine geringe Aktivität zeigte.

Herr LANGE schilderte anhand von Tabellen (Tischvorlagen) die Verhältnisse in Berlin, wo bereits Ende Januar das H1N1-Virus nachgewiesen worden war. Unter den H3N2-Stämmen wurden solche gefunden, die weder mit A/Texas 1/77- noch mit A/Victoria/3/75-Antiseren dem homologen Stamm entsprechende Titer ergaben, wobei es sich um eine weitere

Drift handeln könne. Bei Katasteruntersuchungen von Seren gesunder Personen (Blutspender oder Rekruten der Bundeswehr) vor und nach Februar 1978 wurde eine deutliche Zunahme positiver H1N1-Titer festgestellt.

Herr EHRENGUT hatte in einem Schreiben die in seinem Institut erhobenen serologischen Befunde mitgeteilt. Nach Impfung mit einem dem H1N1-Subtyp verwandten A/New Jersey/76-Impfstoff traten gute Antikörperanstiege in den Altersgruppen zwischen 25 und 60 Jahren auf.

In der Diskussion bemerkte Herr HÖPKEN, daß mit einer Übersterblichkeit aufgrund H1N1-Influenza nicht zu rechnen ist, da solche Infektionen bei älteren Personen bisher nicht beobachtet wurden.

Zusammenfassend wurde festgestellt: Im Februar 1978 waren zwei Subtypen des Influenza-A-Virus gleichzeitig in der Bevölkerung vorhanden. H1N1 nur bei der jüngeren Bevölkerung, H3N2 bei der Gesamtbevölkerung. Gegen H1N1 hatten sich nach der Influenzasaison bei ca. 20 % der jüngeren Bevölkerung Antikörper gebildet, so daß noch 80 % dieser Bevölkerungsgruppe empfänglich sein müßten. Herr HÖPKEN machte darauf aufmerksam, daß der Prozentsatz der Influenza-geschützten höher liegen könne, als durch die Katasteruntersuchungen belegt ist.

Herr KOCH vermutete ebenfalls, daß die schweren Verläufe der Influenza, die durch eine Impfung verhindert werden sollen, durch den Subtyp H3N2 und nicht durch H1N1 verursacht waren. Die H1N1-Infektionen bezeichnete Herr KOCH als "unfreiwillige Lebendimpfung". Da die Erkrankungen so mild ablaufen, solle von einer Ausdehnung der Impfeempfehlungen mit Kombinationsimpfstoffen (H1N1 + H3N2) bei jüngeren Jahrgängen abgesehen werden.

Herr HAAS wies darauf hin, daß auch in den USA die Impfempfehlungen nicht geändert worden sind, wie aus einer neuen Veröffentlichung (Morbidity and Mortality Wkly Rep. 27 [1978] 205 - 206) hervorgeht. Derzeit treten auf der Südhalbkugel (Argentinien und Chile) Influenzaausbrüche bei Jugendlichen in geschlossenen Gemeinschaften - z.B. Kadetten - neben H3N2-Erkrankungen auf.

Herr WERNER berichtete, daß in der UdSSR schulpflichtige Kinder und ältere Personen mit inaktivierten Impfstoffen und Erwachsene mit Lebendimpfstoffen geimpft würden, so daß die gesamte Bevölkerung immunisiert ist. Herr SCHUMACHER bemerkte, daß es dann aber auffällig sei, daß gerade in der Sowjetunion verhältnismäßig häufig Influenza-Epidemien auftreten.

Herr KUWERT, der an der Sitzungsteilnahme durch Auslandsbesuch verhindert war, hatte den Vorsitzenden über seine Ansicht informiert, wonach durchaus eine Erweiterung der Zielgruppen in der kommenden Saison geboten erscheint, da der H1N1-Subtyp seine Virulenz im Laufe der epidemiologischen Entwicklung ändern könne. Darüberhinaus sei grundsätzlich eine Verbesserung der kollektiven Immunität anzustreben, auch die Impfungen in den Betrieben verringerten die Kosten im Gesundheitswesen. Durch die Impfung von Kindern und Jugendlichen könne der Hauptverbreitungsherd der Influenza eingedämmt werden.

Herr KOCH äußerte die Ansicht, daß mit den in der Bundesrepublik jährlich verimpften 2 Millionen Dosen die Epidemiologie der Influenza nicht beeinflußt werden könne; den größten medizinischen Nutzen der Impfung haben die Risikogruppen. Der wirtschaftliche Nutzen solle nicht Gegenstand der Erörterungen der STIKO sein. Obwohl Kinder das epidemiologische Vehikel für die Influenza seien, sehe er jedoch keinen Anlaß, Kinderimpfungen nur zu dem Zweck durchzuführen, ältere gefährdete Personen vor den Risiken der Influenza zu schützen. Herr HÖPKEN ergänzte, daß nach den Erfahrungen des letzten Winters ältere Personen und Risikogruppen durch das H1N1-Virus nicht besonders gefährdet waren.

Die anwesenden Mitglieder der Ständigen Impfkommision waren übereinstimmend der Auffassung, daß die bisherige Impfpolitik beibehalten werden solle. In diesem Sinne wurde eine Stellungnahme entworfen, die im Umlaufverfahren ihre endgültige Fassung erlangt hat und veröffentlicht werden wird.

Schließlich wurde noch die Verwendbarkeit des im Jahre 1976 produzierten und eingelagerten A/New Jersey (Hsw1N1)-Impfstoffes erörtert. Obereinstimmend wurde festgestellt, daß die jetzige Situation keinen Anlaß gibt, diese New Jersey-Impfstoffe anzuwenden oder zu vernichten. Sie sind noch lagerfähig, müßten aber erneut geprüft werden. Es ist nicht bekannt, ob der H1N1-Stamm die Ausbreitung eines möglicherweise doch noch in Erscheinung tretenden Hsw1N1-Stammes verhindern kann, da der H1N1-Stamm auch den bisherigen H3N2-Stamm nicht verdrängen konnte.