

Ergebnisniederschrift

über die 21. Sitzung der Ständigen Impfkommission des Bundes-
gesundheitsamtes am 24./25.11.1983

Teilnehmer:

Min.Dirig.Dr.med.H. Drausnick, München
Prof.Dr.med. W. Ehrengut, Hamburg
Prof.Dr.med. H.J. Gerth, Tübingen
Prof.Dr.med. H. Hahn, Berlin
Prof.Dr.med. G. Maass, Münster
Prof.Dr.med. P. Naumann, Düsseldorf (24.11.)
Prof.Dr.med. W. Schneider, Frankfurt (PEI)
Prof.Dr.med. F.C. Sitzmann, Homburg
Prof.Dr.med. H. Spiess, München
Prof.Dr.med. B. Stück, Berlin

Als Gast:

Prof.Dr.med.Dr.h.c. R. Haas, Kempten

Bundesgesundheitsamt:

Dir.u.Prof.Dr.med. H.-Ph. Pöhn
Dir.u.Prof.Dr.med. H.-J. Weise

Verhindert waren:

Prof.Dr.med. M.A. Koch, Berlin
Prof.Dr.med.Dr.med.vet. E. Kuwert, Essen
Prof.Dr.med. R. Laufs, Hamburg
Prof.Dr.med. R. Thomssen, Göttingen

Ergebnisniederschrift der 21. STIKO-Sitzung am 24./25.11.1983

Eröffnung und Bericht

Der Vorsitzende eröffnete die 4. Sitzungsperiode der Ständigen Impfkommision und stellte die neuen Mitglieder vor:

Prof.Dr.med. H.J. Gerth (Abt. medizinische Virologie und Epidemiologie der Viruskrankheiten des Hygiene-Instituts der Universität Tübingen)

Prof.Dr.med. R. Laufs (Institut für medizinische Mikrobiologie und Immunologie der Universität Hamburg)
(an Teilnahme verhindert)

Prof.Dr.med. F.C. Sitzmann (Kinderklinik der Universität Homburg / Saar)

Die Herren Seidl (Frankfurt) und Stickl (München) sind ausgeschieden.

Der Vorsitzende dankte - auch im Namen des Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes - den alten und neuen Mitgliedern für die Bereitschaft, während dieser Sitzungsperiode (bis zum 31.12.1985) an den Beratungen der STIKO mitzuwirken. Die Geschäftsordnung für die Arbeit der Kommission des BGA wurde an die Anwesenden noch einmal verteilt und kurz erläutert.

Die bisherigen Arbeitsergebnisse der STIKO waren als Sonderdruck mit Schreiben vom 19.10.1983 zusammen mit weiteren 9 Anlagen zu den einzelnen Tagesordnungspunkten versandt worden.

Mit der Tagesordnung erklärten sich die Anwesenden einverstanden, desgleichen mit Tonbandaufzeichnungen für das Ergebnisprotokoll.

Ergebnisniederschrift der 21. STIKO-Sitzung am 24./25.11.1983

TOP 1: Diphtherieschutzimpfung der Erwachsenen einschl. Grundimmunisierung.

Zur Einführung bemerkte der Vorsitzende, daß die Diphtherie bis in die 50er Jahre hinein als Kinderkrankheit mit epidemischen Charakter auftrat. Die Zahl der Erkrankungsfälle sank seit 1960 unter 1000 und seit 1970 unter 100 im Jahr. Dann kam es aber zunehmend zu Kleinraum-epidemien mit nicht unbeträchtlicher Letalität. Sie waren in der Bundesrepublik Deutschland ziemlich ungleichmäßig verteilt; die meisten Erkrankungen ereigneten sich in Nordrhein-Westfalen.

Herr Naumann referierte zur Indikation der Diphtherieschutzimpfung: Bei 2 - 14-jährigen wiesen 28% der Untersuchten, bei 15 - 32-jährigen 48% und bei 35 - 70-jährigen 36% Diphtherie-Antitoxintiter unter 0,01 Einheiten auf, waren also ungeschützt. Antitoxintiter über 0,1 Einheiten, die als sicher schützend angesehen werden, konnten bei 51% der 2 - 14jährigen, bei 21% der 15 - 32-jährigen und bei 23% der 35 - 70-jährigen gefunden werden. Antikörpertiter zwischen 0,01 und 0,09 Einheiten sprechen für einen relativen Schutz, sie wurden bei 20,5%, 30% und 41% der Bevölkerungsgruppen festgestellt. Der geringste Schutz liegt also in der mittleren Altersklasse und die zunehmende Diphtherieinzidenz zeigt sich besonders bei jüngeren Erwachsenen.

Zweckmäßig ist daher, die in der Kindheit erworbene Diphtherieimmunität durch Auffrischimpfungen im Erwachsenenalter zu erhalten. Hierzu genügt eine Impfdosis von 5 internationalen Einheiten. Bei dieser Dosis ist der Impfstoff verhältnismäßig gut verträglich, lediglich lokale Reaktionen können vorkommen. Die Impfung erfolgt zweckmäßigerweise gemeinsam mit der Tetanusauffrischimpfung durch Td-Impfstoff. Der größere Teil der hierbei beobachteten Reaktionen ist auf die Tetanuskomponente zurückzuführen, insbesondere wenn schon mehrere Tetanusimpfungen vorausgegangen sind.

Bei der Diphtherie bildet die antitoxische Immunität eine Barriere gegenüber der Erkrankung, jedoch nicht gegenüber der Ausbreitung des Erregers. Der d-Impfstoff kann bei Erwachsenen sowohl zur Grundimmunisierung wie auch zur Auffrischung verwendet werden. Der Td-Impfstoff soll dagegen nur für Auffrischimpfungen bei Erwachsenen, die früher eine Tetanusimmunisierung hatten, benutzt werden. Die Frage, ob es bei der Verwendung von Td-Impfstoff bei jeder Tetanusauffrischimpfung zu einer Überimmunisierung gegen Diphtherie mit erheblichen Nebenreaktionen kommen könne, wurde diskutiert, jedoch von der Mehrzahl der Kommissionsmitglieder verneint.

Die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur aktiven Schutzimpfung gegen Diphtherie, die unter Federführung von Prof. Naumann erarbeitet worden sind, wurden diskutiert. Herr Spieß beanstandete, daß die Impfung 12 Monate nach der zweiten Injektion (bzw. 12 Monate nach der dritten DPT-Injektion) als "1. Auffrischimpfung" bezeichnet worden ist. Dies stehe im Gegensatz zu den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission, nach denen zu einer vollständigen Grundimmunisierung 3 (bzw. 4 bei DPT) Injektionen gehörten, von denen die letzte Injektion nach 1 Jahr verabreicht werden soll. Hierbei handelte es sich nach Ansicht der Kommissionsteilnehmer zwar um eine Abweichung in der Nomenklatur jedoch nicht in der Sache. Bei der Auffrischimpfung im 10. - 12. Lebensjahr wird eine kombinierte Td-Impfung empfohlen, während der Impfkalender der Ständigen Impfkommission hier nur eine Tetanusauffrischimpfung empfiehlt. Nach der Erörterung, ob diese Impfung nicht in das 14. - 16. Lebensjahr verschoben werden soll, kam die Kommission überein, aufgrund neuer Einschätzung der epidemiologischen Lage die Diphtherieimpfung im 10. - 12. Lebensjahr mit d-Impfstoff nunmehr in Übereinstimmung mit dem Schema des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zu empfehlen. Ebenso wird der Empfehlung einer Wiederholung der Td-Impfung (anstatt der Tetanusimpfung) alle 10 Jahre zugestimmt, das Wort "lebenslang" soll jedoch nicht in die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission übernommen werden. Aufgrund der epidemiologischen Lage soll die Diphtherieauffrischimpfung wie die Tetanusimpfung empfohlen werden, eine besondere Propagierung der Diphtherieschutzimpfung wird jedoch nicht für notwendig erachtet.

Bei dem Schema B der Empfehlungen der Bundesärztekammer wird von Herrn Spiess die Altersgrenze für die Verwendung des d-Impfstoffes ab 7. Lebensjahr beanstandet, er empfehle die Anwendung der vollen Dosis (50 I.E. im DT-Impfstoff; 75 I.E. im D-Impfstoff) bis zum 10. Lebensjahr. In der Diskussion wird dem jedoch entgegengehalten, daß die reduzierte Dosis von 5 I.E. bei Kindern jenseits des 7. Lebensjahres effektiv sei; mit dem d-Impfstoff wird nach der dritten Impfung eine 100%ige Serokonversion erzielt. Die Mehrheit der Kommissionsmitglieder stimmte der Verwendung des d-Impfstoffes jenseits des 7. Lebensjahres trotz der Bedenken von Herrn Spiess zu. Letztendlich handelte es sich um eine ärztliche Entscheidung, ob man für Kinder zwischen dem 7. und 10. Lebensjahr die reduzierte Dosis oder die volle Dosis verwenden wolle, da hier zwischen den Experten eine unterschiedliche Meinung bestehe. In Übereinstimmung mit dem Schema der Bundesärztekammer wird bei fehlender Tetanus- und Diphtherieimmunität bei älteren Kindern und Erwachsenen eine Grundimmunisierung mit Td-Impfstoff empfohlen.

Wenn Tetanusauffrischimpfungen durch eine Verletzung erforderlich werden, solle der Td-Impfstoff nur verwendet werden, wenn die letzte Diphtherieimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt.

Seitens der Kommission bestehen - abgesehen von den erwähnten Nomenklaturfragen - keine Bedenken gegen das Impfschema der Bundesärztekammer.

Ergebnisniederschrift der 21. STIKO-Sitzung am 24./25.11.1983

TOP 2: Impfschadensrisiko bei gleichzeitiger Verabreichung der Poliomyelitis-Schluckimpfung mit anderen Totimpfstoffen.

Einleitend berichtete Herr Maass über eine Erörterung im Immunisierungsausschuß der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten. Es wurde dabei darauf hingewiesen, daß bei Injektion irritierender Substanzen wie DPT- oder DT-Impfstoffen ein für Poliomyelitis-Erkrankungen provozierender und lokalisierender Effekt besteht. Es war in den späten 50iger und frühen 60er Jahre festgestellt worden, daß nach D(P)T-Impfungen häufiger Lähmungen der Gliedmaßen, an denen geimpft worden war, aufgetreten sind. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob eine gleiche Wirkung auch bei der Poliomyelitis-Schutzimpfung mit vermehrungsfähigen Viren möglich sei.

Die Kombination mit D(P)T-Impfstoffen und Poliomyelitis-Schluckimpfung wird weltweit sehr häufig angewandt, trotzdem ist ein solcher disponierender Effekt nicht beobachtet worden. Es wird jedoch darauf hingewiesen, daß ein derartiger Effekt der D(P)T-Impfung auf Poliomyelitis-Erkrankungen bei Kindern unter 1 Jahr nur selten beobachtet wird. In der Bundesrepublik Deutschland sind keine Schäden bekannt geworden, die aus der Kombination zwischen D(P)T-Impfung und Poliomyelitis-Schluckimpfung resultieren. Andererseits wurden Poliomyelitis-Erkrankungen (durch Wildviren), die im zeitlichen Zusammenhang mit einer D(P)T-Impfung auftraten, in mehreren Fällen als Impfschäden anerkannt.

Die in den letzten 5 Jahren dem Bundesgesundheitsamt berichteten 15 Impfpoliomyelitiden wurden erörtert und dabei darauf hingewiesen, daß es sich hier nur um Mindestzahlen handeln kann, da dem Bundesgesundheitsamt nicht alle Impfschäden berichtet werden. Eine Verbesserung der Impfschadensberichterstattung wurde eingehend diskutiert und dabei bedauert, daß eine vollständigere Berichterstattung nicht erreicht werden konnte. Die Impfschadensstatistiken der Versorgungsämter sind zwar umfassender, aber auch nicht vollständig und erlauben eine eingehende Auswertung nicht, da zuweilen Vorfälle, wie plötzlicher Kindstod oder Multiple Sklerose, als Impffolgen anerkannt worden sind.

Fernerhin wurde die sich in den letzten Jahren auf internationalen Tagungen zeigende Tendenz zur Impfung mit inaktivierten Poliomyelitisviren

(SALK) erörtert. Dies solle jedoch Gegenstand der Beratungen des Immunisierungsausschusses der DVV sein.

Die Bedeutung der Impfpoliomyelitiden als Folge von Kontaktinfektionen wurde diskutiert und dabei festgestellt, daß deren Zahl nicht sehr hoch ist. Die relative Häufigkeit von Kontakt-Impfpoliomyelitiden kann nicht angegeben werden, da das Bezugskollektiv nicht zu erfassen ist.

Die Ergebnisse der Diskussion können wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Die Erfahrungen der letzten 20 Jahre mit der Poliomyelitis-schluckimpfung ergeben keinen Anhalt für einen belegbaren Zusammenhang zwischen Impfpoliomyelitiden und D(P)T-Schutzimpfung.
2. Eine Änderung des Impfkalenders der Ständigen Impfkommission ist in dieser Hinsicht nicht erforderlich.
3. Die Erfassung von Impfschäden sollte nach Möglichkeit verbessert werden.

Ergebnisniederschrift der 21. STIKO-Sitzung am 24./25.11.1983

TOP 3: Überprüfung der Empfehlungen zur Keuchhustenschutzimpfung von 1974.

Der Vorsitzende wies zur Einführung in diesen Tagesordnungspunkt auf die Entschließung der Ständigen Impfkommission vom 30./31. Oktober 1974, die Keuchhustenschutzimpfung aus dem kostenlosen Angebot von Schutzimpfungen zu streichen, hin. Die Gründe hierfür waren:

1. Der milde Verlauf der Krankheit sowie die im allgemeinen geringe Letalität,
2. der ungenügende Schutz der durch letalen Ausgang besonders bedrohten Säuglinge des ersten Lebenshalbjahres,
3. die beträchtliche Rate ernster, zuweilen tödlich verlaufender Komplikationen der Schutzimpfung.

Auch damals standen schon kaum verlässliche Daten zur Verfügung, insbesondere war die Interpretation von Impfschäden (kausal oder nicht) strittig.

a. Epidemiologie des Keuchhustens

Es wurden zunächst die von Hartung (in den Gelben Heften) vorgelegten Zahlen erörtert, nach denen der Keuchhusten in den letzten Jahren an Häufigkeit zugenommen habe. Dabei wurde kritisiert, daß die Studie in der interepidemischen Phase 1976 begonnen habe und ein Anstieg auch dann zu erwarten gewesen wäre, wenn die Impfung damals nicht ausgesetzt worden wäre. Andererseits fehlen Zahlen aus der Zeit des letzten Epidemiegipfels im Jahre 1974. Bei den Zahlen der Krankenhausaufnahmen bestehen keine evidenten Unterschiede zwischen 1974 und 1979/80. In den Jahren 1979-81 war der Keuchhusten zweifellos häufiger aber die Verläufe milder, so daß weniger Keuchhustenerkrankungen in Krankenhäuser eingewiesen wurden. Die Mortalität an Keuchhusten ist sehr gering; entscheidend sind die Therapiemöglichkeiten, sei es durch Antibiotika oder auch durch die modernen Beatmungsmethoden.

Unter den Erkrankungen ist der Ausländeranteil verhältnismäßig hoch. In den Jahren 1974 bis 1977/78 sind die Zahlen der durchgeführten Keuchhustenschutzimpfungen deutlich zurückgegangen: 1974 betrug die Durchimpfung 55%, 1977/78 nur 30%. Ab 1979 stieg die Zahl der Keuchhustenschutzimpfungen wieder an.

Die Epidemiologie des Keuchhustens verläuft deutlich wellenförmig, in der Bundesrepublik waren die Häufigkeitsgipfel 1975, 1978 und 1981 ziemlich unabhängig von dem jeweiligen Durchimpfungsgrad. Auch in England wird ein ähnlicher wellenförmiger Verlauf der Erkrankungshäufigkeit beobachtet. Hier lagen die Gipfel 1973/74, 1977 bis 79 sowie ab 1981/82, 1983 war ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Es fällt auf, daß in Großbritannien und Schweden die Zahl der Keuchhustenfälle verhältnismäßig hoch ist. Die Validität dieser Zahlen wurde jedoch bezweifelt, da z.B. in Großbritannien ca. 25% der Keuchhustenmeldungen auf ätiologischen Fehldiagnosen beruhen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Morbidität an Keuchhusten in den letzten Jahren zugenommen hat, der Verlauf jedoch weiterhin mild und die Mortalität niedrig ist. Die Schwere der Erkrankung hat jedenfalls nicht zugenommen. Ob die Zunahme der Häufigkeit mit dem Rückgang der Impfungen in Zusammenhang gebracht werden kann, wird erörtert. Es besteht eine gewisse Plausibilität, beweisbar ist dies jedoch genauso wenig, wie es ausgeschlossen werden kann. Wahrscheinlich spielen epidemische Wellen die wesentliche Rolle für die Zunahme der Keuchhustenhäufigkeit in den letzten Jahren. Es wird jedoch auch geomedizinischen, klimatischen und ethnologischen Faktoren Bedeutung beigemessen.

b. Wirksamkeit des Impfstoffes:

Herr Schneider (als Vertreter des Paul-Ehrlich-Institutes) berichtete, daß bei der Produktion im Jahre 1976 von der bis daher üblichen Säurefällung auf die Zentrifugierung zur Anreicherung der Keuchhustenbakterien übergegangen wurde. Gleichzeitig wurde beim Auswerteverfahren die Keimzählung durch den Opacitätsstandard ersetzt. Dies hatte jedoch keine Auswirkungen auf die Wirksamkeit und Unschädlichkeit des Impfstoffes.

Im Vergleich zum USA Keuchhustenimpfstoff ist der deutsche Impfstoff nach Herstellungs- und Prüfverfahren besser. Trotzdem werden in den USA keine Impfschäden berichtet, was wahrscheinlich darauf zurückzuführen sein dürfte, daß in USA keine Entschädigungen für Impfschäden gewährt werden und daher Meldungen nicht erfolgen. Gerade in den USA wird die Keuchhustenimpfung sehr propagiert, da dort der Keuchhusten als eine der gefährlichsten und kontagiösesten Erkrankungen im Kindesalter erscheint.

c. Impfschäden

Auch in der Bundesrepublik Deutschland ist die Erfassung der Impfschäden schwierig. Die Impfschadensregister sind daher unvollständig, die ermittelten Zahlen stellen lediglich Mindestwerte da. Auch werden die Impfschäden in den einzelnen Bundesländern ungleichmäßig erfaßt, es bestehen verschiedene Erhebungsbogenmuster.

Bei der Pertussisschutzimpfung ist ferner die Frage des kausalen Zusammenhangs einer beobachteten Schädigung insbesondere bei Enzephalopathien verhältnismäßig schwierig zu klären. Handelt es sich bei einem zeitlich mit einer Pertussisschutzimpfung im Zusammenhang stehenden Hirnschaden um die Erstmanifestation eines frühkindlichen Hirnschadens oder um eine echte Impfenzephalopathie? Die für die Entscheidung, ob kausaler Zusammenhang oder nicht, notwendigen Kriterien sind den Berichten - auch denjenigen der Versorgungsämter - nicht zu entnehmen.

Von 1969 - 1978 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 103 Impfschäden nach Pertussisimpfung berichtet, bei denen der Zusammenhang entweder anerkannt wurde, wahrscheinlich oder "fraglich" ist. Bei fraglich läßt sich die Möglichkeit eines Zusammenhanges nicht ausräumen.

Unter den 103 Impfschäden waren 8 Todesfälle, d.h. 1 auf 417.000 Geimpfte, 81 konvulsive Reaktionen, d.h. 1 auf 46.000 Geimpfte. Nach Abschluß der Arbeit von Häslter wurden 12 weitere Impfschäden aus den Jahren 1966 - 82 berichtet, davon 3 zwischen 1980 und 82. In der Diskussion wurde ferner festgestellt, daß auch Zahlen aus anderen Ländern, besonders aus der DDR (Mebel und Dittmann) und aus Großbritannien (Bundesgesundhbl. 26 (1983) 358 - 362) nicht aussagefähiger sind. Die Ursache ist die gleiche wie oben angegeben, einmal die nicht vollständige Berichterstattung, zum anderen die Schwierigkeiten bei der Klärung der Zusammenhangsfrage insbesondere bei Enzephalopathien.

Nach Beobachtungen aus England entfällt 1 Dauerhirnschaden auf 38.000 Pertussiserkrankungen, dagegen 1 Dauerhirnschaden auf 25.000 Pertussisimpfungen.

Als bedeutsam wird die Beachtung der Kontraindikationen angesehen, insbesondere der Ausschluß bereits vorgeschädigter Kinder. Deshalb sollte möglichst der Kinderarzt, der das Kind kennt, impfen und nicht Fürsorgestellen, denen das Kind erstmals vorgestellt wird.

Als bedeutsam wird die Beachtung der Kontraindikationen angesehen, insbesondere der Ausschluß bereits vorgeschädigter Kinder. Deshalb sollte möglichst der Kinderarzt, der das Kind kennt, impfen und nicht Fürsorgestellen, denen das Kind erstmals vorgestellt wird.

Der Vergleich internationaler Statistiken kann zu größeren Fehlern führen und ist praktisch unmöglich. Dies ist schon durch die unterschiedlichen Gesundheitssysteme verschiedener Staaten bedingt.

Trotz der Unsicherheit der Impfschadenszahlen muß der Pertussisimpfstoff mit entsprechenden Warnhinweisen zugelassen werden (z.Z. ist er noch als sogenanntes Altpräparat im Verkehr).

Komplikationen können nach allen drei Injektionen einer Pertussisschutzimpfung gleichmäßig verteilt auftreten.

In den USA wurden seit Mai 1978 81 Todesfälle im Zusammenhang mit Pertussisschutzimpfungen beobachtet, 15 davon waren innerhalb von 24 Stunden nach der Impfung und 3 mehr als 22 Tage nach der Impfung aufgetreten. Innerhalb 24 Stunden sind pathologisch-anatomische Erscheinungen der Enzephalopathie nicht zweifelsfrei festzustellen. Ein Zusammenhang kann jedoch angenommen werden, wenn Todesfälle innerhalb 72 Stunden nach der Impfung auftreten.

Es ist festzustellen, daß die Schadensrate nach Pertussisschutzimpfungen nach wie vor beträchtlich ist. Die Gefahr für Krämpfe mit Folgeschäden ist hier höher als bei anderen Impfungen.

Als Anlage ist eine Tabelle der in der Literatur veröffentlichten Impfschadenszahlen von Herrn Ehrengut beigegeben.

Die Datenlage ist nicht besser als bei der Diskussion 1974, es können keine anderen Schlußfolgerungen gezogen werden. Die Diskussion war jedoch erforderlich, um die Erkenntnisse der letzten Jahre auszuwerten, die jedoch eine Änderung der Impfpolitik (Bevorzugung der Indikationsimpfung) nicht rechtfertigen.

Besonders soll auf die Beachtung von Kontraindikationen hingewiesen werden, um Impfschäden möglichst zu vermeiden. Alle weltweit verfügbaren Impfstoffe sind gleichwertig, es gibt keine Impfstoffpräparate, die eine geringere Impfschadenszahl zur Folge haben könnten. Für die orale Impfung ist die Wirksamkeit nicht erwiesen.

Das Impfschadensrisiko nach einer Keuchhustenschutzimpfung liegt zwischen 1 : 25.000 und 1 : 55.000. Im Einzelfall muß jeweils der Arzt nach sorgfältiger Abwägung zwischen Impfschadens- und Erkrankungsrisiko entscheiden, ob er impft oder nicht.

d. Schlußfolgerungen

Für die Wiederaufnahme einer allgemeinen uneingeschränkten Pertussis-schutzimpfung sprach sich keiner der Anwesenden aus. Die Indikation der Impfung soll weiterhin eingengt bleiben. Die entsprechenden Zielgruppen wurden diskutiert und in das Merkblatt Nr. 32 Keuchhustenschutzimpfung, Ratschläge an Ärzte, eingearbeitet.

In den neu zu erarbeitenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zur Keuchhustenschutzimpfung soll nicht mehr auf die Streichung der Keuchhustenschutzimpfung aus dem unentgeltlichen Impfprogramm der Gesundheitsämter hingewiesen werden. Es bleibt bei der Empfehlung der Keuchhustenschutzimpfung für Kinder im 1. Lebensjahr mit einem besonderen Risiko. Diese Gruppe ist im oben genannten Merkblatt aufgeschlüsselt. Die Altersgrenze für Keuchhustenimpfungen am Ende des 2. Lebensjahres kann in begründeten Ausnahmefällen überschritten werden.

Anschließend wurde das genannte Merkblatt diskutiert und Verbesserungen erörtert. Aufgrund der Ergebnisse wird das Merkblatt vom Bundesgesundheitsamt in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Stück überarbeitet und vor der Veröffentlichung den Mitgliedern der Ständigen Impfkommission zur Kenntnis gegeben.

Ergebnisniederschrift der 21. STIKO-Sitzung am 24./25. November 1983

TOP 4: Verschiedenes

Es werden Vorschläge für die künftige Arbeit der Kommission diskutiert: Zu gegebener Zeit sollte der neueste Stand der Hepatitis-Immunisierung, insbesondere die Indikationsstellung erneut erörtert werden.

Bei der Diphtherie- und Tetanusimpfung sollten die höchstmöglichen Abstände zwischen den einzelnen Injektionen diskutiert werden. Hier liegen jedoch noch keine Hinweise vor, auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat sich hierzu nicht geäußert.

Bei der Behandlung neuer Impfungen in der Ständigen Impfkommision ist die Zuständigkeit des Bundesamtes für Sera und Impfstoffe - Paul-Ehrlich-Institut - zu beachten, außerdem spielt das allgemeine Interesse und das Gewicht für den öffentlichen Gesundheitsdienst eine wichtige Rolle. Zur Diskussion vorgeschlagen wurden Schutzimpfungen gegen FSME, Varizellen-Zoster-Infektionen, Meningokokkeninfektionen und Pneumokokkeninfektionen.

Der Vorsitzende schloß die Sitzung mit einem Dank an alle Teilnehmer. Das Bundesgesundheitsamt wird neben dem Ergebnisprotokoll einen Vorschlag für die Veröffentlichung der Empfehlungen sowie das Merkblatt Nr. 32 vorlegen.

Dr. Pöhn