

Ergebnisniederschrift

über die 13. Sitzung der Ständigen Impfkommision
des Bundesgesundheitsamtes am 20./21. Oktober 1977 in München

Themata: Immunprophylaxe der Virushepatitiden
Influenzaschutzimpfung
BCG-Schutzimpfung
Pocken-Impfgesetz

Teilnehmer:

Prof.Dr.med. O. Bonin, Frankfurt (PEI)
Prof.Dr.med. F. Deinhardt, München (Sachverständiger)
Min.Rat Dr.med. H. Drausnick, München
Prof.Dr.med. J. Ebeling, Saarbrücken
Prof.Dr.med. W. Ehrengut, Hamburg
Prof.Dr.med.Dr.h.c. R. Haas, Kempten
Prof.Dr.med.vet. E. Kuwert, Essen
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. M. Koch
Wiss.Obererrat 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)

verhindert:

Min.Rat Dr.med. W. Schumacher, Bonn (BMJFG)

Begrüßung am 20.10.

Der Vorsitzende begrüßte die anwesenden Mitglieder und Sachverständigen und dankte dem Gastgeber Prof. Dr. STICKL für die freundliche Bereitstellung des Bibliotheksaales der Bayerischen Landesimpfanstalt für die erste Sitzung der STIKO außerhalb Berlins. Es ist daran gedacht, auch in Zukunft wieder einmal eine Sitzung in einer Stadt der Bundesrepublik stattfinden zu lassen, um den Mitgliedern die Anreise zu erleichtern.

Eröffnung der Sitzung am 21.10.

Auf allgemeinen Wunsch gab Herr STICKL einen kurzen Überblick über die historische Entwicklung der Bayerischen Landesimpfanstalt (s. Sonderdruck "Zur Entwicklung der Schutzimpfung - aufgezeigt an der Entwicklung der Bayerischen Landesimpfanstalt im 19. und 20. Jahrhundert"), aus der Persönlichkeiten wie der erste Centralimpfarzt Dr. Giehl sowie Prof. Dr. Groth herausragen. Das erste deutsche Impfgesetz wurde 1807 in Bayern erlassen, 1856 gelang es Dr. Reiter in München, eine sog. Retrovazine herzustellen, bei der die Übertragung von Lues, Gelbsucht und Wundrose ausgeschlossen war. Auch in der Ära Herrlich, Ehrengut, Stickl wurden die Pockenimpfstoffforschungen hier weiter vorangetrieben und wertvolle Ergebnisse erzielt.

Einladung zur 14. Sitzung

Das Bundesgesundheitsamt veranstaltet unter organisatorischer Leitung des Vorsitzenden (Abtlg. Öffentliches Gesundheitswesen) vom 24.-26. April 1978 vorwiegend für Amtsärzte, Seuchenreferenten, Ärzte von Medizinaluntersuchungsämtern u.ä. ein Seminar "Praxis der Hepatitisbekämpfung". Als Referenten werden Prof. Deinhardt, Prof. Thomssen und zahlreiche andere Hepatitisforscher mitwirken. Da hierbei erneut Themen der Immunprophylaxe erörtert werden sollen und mehrere Roundtable-Diskussionen und Arbeitsgruppengespräche vorgesehen sind, werden die Mitglieder der STIKO hierzu als aktive Teilnehmer eingeladen; dieses Seminar ist deshalb mit der 14. STIKO-Sitzung identisch. Ein vorläufiges Programm wird demnächst übersandt werden.

Ergebnisniederschrift der 13. STIKO-Sitzung am 20./21. Okt. 1977
in München

Tagesordnungspunkt 1 : Immunprophylaxe der Virushepatitiden

Der Vorsitzende hob einleitend die besondere Bedeutung der Virushepatitiden im Infektionspanorama der Bundesrepublik Deutschland hervor. Sie stehen hinsichtlich ihrer Häufigkeit an 5. Stelle der meldepflichtigen Krankheiten hinter der Gonorrhoe, der Tbc-Inzidenz, dem Scharlach und den Salmonellosen. Bei der erfahrungsgemäß hohen Dunkelziffer nicht erfaßter Fälle gerade bei dieser Krankheit gebührt ihnen in Wirklichkeit ein noch höherer Rang.

Der hohe Stellenwert der Virushepatiden ist jedoch vor allem in dem häufig schweren Krankheitsverlauf, der langen Rekonvaleszenz und der Neigung zur Chronizität (besonders bei der Hepatitis B) mit Spätschäden zu sehen. Ein beachtlicher Teil der Leberzirrhosen dürfte auf das Konto der infektiösen Hepatitis kommen. Es handelt sich demnach um eine der schwerstwiegenden Infektionskrankheiten mit erheblichen sozio-ökonomischen Auswirkungen.

Prävention und Bekämpfung sind daher wichtige aktuelle Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Im Rahmen der Prävention nimmt die Immunprophylaxe eine bedeutsame Stellung ein, zumal sich hier einige neue Entwicklungen abzuzeichnen beginnen.

a) Normales Immunglobulin:

Herr DEINHARDT gab eine Übersicht (die schriftliche Fassung wurde verteilt) über die verschiedenen Virushepatitiden, ihre Diagnostik und ihre Prophylaxe mit normalem Immunglobulin vom Menschen (NIG). NIG hat derzeit einen Antihepatitis-Titer von 1 : 1 000 oder mehr, der ausreicht, eine Hepatitis zu verhindern oder zumindest im klinischen Verlauf abzuschwächen. In der Zukunft (in 5 bis 10 Jahren) muß jedoch damit gerechnet werden, daß das dann zur Verfügung stehende normale (gepoolte) Immunglobulin wegen der Hepatitisbekämpfungserfolge einen wesentlich niedrigeren Titer hat. Für die Immunprophylaxe der Hepatitis A (HA) forderte

Herr DEINHARDT die Angabe von Titern bei NIG-Präparaten, Bei der Hepatitis B (HB) ist die prophylaktische Wirkung von NIG vom Anti-HBs-Titer des verwendeten Präparates abhängig. Es ist nicht sicher nachgewiesen, daß ein spezielles HB-Immunglobulin (HBsIG) eine wesentlich bessere Wirkung als NIG hat, trotzdem ist die Anwendung des HBsIG gerechtfertigt, vor allem bei einer bekannten direkten Inokulation. Bei der "Nicht A-Nicht -B Hepatitis" ist ein Schutz vermutlich sowohl durch NIG wie auch durch HBsIG möglich.

b) Spezielles Immunglobulin

Herr SEIDL berichtete anschließend über die Hepatitis-Prophylaxe mit speziellem Immunglobulin und schilderte zunächst die Entwicklung anhand einschlägiger Veröffentlichungen. Für die HB-Prophylaxe - z.B. in Dialyse-Stationen - muß HBsIG kontinuierlich gegeben werden (4 monatlicher Abstand). Für die Prophylaxe einer Posttransfusionshepatitis ist auch NIG ausreichend.

In der folgenden Aussprache wurde zunächst die Immunprophylaxe der HA erörtert. Nach Ansicht von Herrn HAAS sollte die Wirksamkeit von NIG deklariert werden, was durch eine Bestimmung des Gehaltes an HA-Antikörper mit standardisierten Methoden erfolgen könne. Herr BONIN wandte ein, daß nach der europäischen Pharmakopoe vom Hersteller nur die Bestimmung von maximal 2 Antikörpern verlangt werden könne, von denen einer antibakteriell und der andere möglichst antiviral sein solle. Außerdem könne bei NIG nicht die Deklaration eines Titers verlangt werden, da es sich sonst bereits um ein spezielles Immunglobulin handeln würde. Herr SPIESS setzte sich für eine Empfehlung von NIG bei HA ein und nannte als Dosierung 0,1 ml / kg Körpergewicht. Andere Empfehlungen schwanken zwischen 0,02 - 0,12 ml / kg Körpergewicht. Herr STÜCK empfahl in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder eine NIG-Prophylaxe durchzuführen, ohne auf die Diagnose HA oder HB zu warten. Außerdem solle nicht die ganze Kindertagesstätte, sondern nur die Gruppe mit besonders engem

Kontakt NIG erhalten. Herr DEINHARDT ergänzte, daß eine NIG-Prophylaxe bereits beim ersten Hepatitisfall einsetzen müsse. Nach Möglichkeit sollten Antikörperbestimmungen vorgenommen werden, damit nur Antikörper-negative Kinder NIG erhielten. Herr WEISE faßte zusammen, daß in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder bereits beim ersten Hepatitisfall NIG der besonders exponierten Gruppe gegeben werden solle. Dadurch könne aber nicht die Infektion verhindert werden, sondern nur deren klinische Manifestation; dabei komme es zur Antikörperbildung die meßbar ist. Herr DEINHARDT empfahl darüber hinaus, eine Gruppe, die wegen einer HA-Exposition NIG erhalten habe, von anderen Gruppen ca. 6 Wochen zu isolieren. Innerhalb von 6 Wochen zu dieser Gruppe gelangende Neuzugänge sollten ebenfalls NIG erhalten. Es bestehe die Gefahr, daß trotz NIG-Verabreichung HA-Virus im Stuhl ausgeschieden werde.

Bei Reisen in Länder mit niedrigerem Hygienestandard, insbesondere wenn der Reisende in engeren Kontakt mit der einheimischen Bevölkerung kommen kann, ist die intramuskuläre Verabreichung von 0,12 ml/kg Körpergewicht NIG zu empfehlen. Bei längerem Aufenthalt sollte die NIG-Gabe nach 8 -12 Wochen wiederholt werden. Intravenös zu verabfolgende, enzymatisch abgebaute Gammaglobulinpräparate sind pharmakologisch anders zu bewerten, sie sind zur Hepatitisprophylaxe ungeeignet und sollten nicht als NIG bezeichnet werden (Herr DEINHARDT, Herr KUWERT). Herr DEINHARDT wies darauf hin, daß alle auf der ganzen Erde isolierten HA-Virusstämme antigenetisch identisch zu sein scheinen.

Herr WEISE warf die Frage auf, ob in die Tropen gehende Arbeitnehmer durch eine Immunglobulinprophylaxe insofern geschädigt werden können, daß eine latente HA Infektion unerkannt bleibt und eventuelle Folgen dann nicht auf die Hepatitis-Infektion während des Tropenaufenthaltes zurückgeführt werden könnten. Herr STICKL wies darauf hin, daß Leberschäden bei Tropenrückkehrern meist auf anderer Ursache wie z.B. Alkoholabusus beruhten.

Zur HB-Propylaxe teilte Herr BONIN mit, daß z.Z. 3 spezielle Immunglobulinpräparate (HBsIG) zugelassen sind: Kabi, Biotest und Abbot. Das Paul Ehrlich-Institut hat bei der Zulassung gefordert, daß in Beipackzetteln eine Indikationsliste angegeben wird: a) postexpositionelle Prophylaxe nach einmaliger Exposition und b) Dauerprophylaxe bei permanenter Exposition unter strenger Indikationsstellung, bei der auch mögliche hygienische Maßnahmen in Betracht gezogen werden müssen. Außerdem sind Personen, die HBsIG wiederholt bekommen, auf ihren Antikörperstatus zu kontrollieren um festzustellen, wann infolge aktivpassiver Immunisierung die Notwendigkeit für die Applikation dieses Präparates entfällt.

Herr DEINHARDT wies darauf hin, daß die Ansteckungsfähigkeit bei der HA höher ist, als bei der HB, bei der für die Übertragung meist ein enger körperlicher Kontakt erforderlich ist. Zur Verringerung der Infektionsgefahr sind daher allgemein hygienische Maßnahmen sinnvoll und wirksam. In Gemeinschaftseinrichtungen sind bei nachgewiesener HB andere Maßnahmen als bei HA erforderlich, da die Übertragungsgefahr der HB wesentlich geringer ist (Herr WEISE). Herr DEINHARDT empfahl, in solchen Fällen kein NIG zu verabreichen, da es nicht sehr wirksam sei. Andererseits schadet es nicht, wenn es bereits verabreicht war, bevor die HBsIG-Diagnose gestellt wurde. HBsIG brauche nur dann angewendet zu werden, wenn ein enger körperlicher Kontakt nicht ausgeschlossen werden kann. Die Gabe von NIG an Mitglieder einer Personengruppe (Gemeinschaftseinrichtung) muß von Fall zu Fall nach Sachlage entschieden werden. IG-Präparate sollen nach Exposition möglichst frühzeitig (spätestens bis 2 Wochen) verabreicht werden.

Von mehreren Teilnehmern wurde angeregt, NIG-Präparate auf ihren HBs-Antikörpergehalt zu kontrollieren. Herr BONIN wies jedoch darauf hin, daß dies zwar möglich sei, ein negativer Befund jedoch keine Konsequenzen nach sich ziehen würde, da bei NIG-Präparaten die Deklaration des Antikörpergehaltes

vom Hersteller nicht gefordert werden könne. Im übrigen meinte Herr BONIN, daß Trenduntersuchungen über den Antikörpergehalt in der Bevölkerung anhand gemischter Immunglobulinpräparate ausreichend seien, um den prophylaktischen und therapeutischen Wert der Präparationen beurteilen zu können. Übereinstimmend wurde festgestellt, daß die derzeitigen Kenntnisse noch nicht ausreichen, um eindeutige Empfehlungen zur Prophylaxe zu geben; entsprechende vergleichende Untersuchungen wurden befürwortet. Herr KUWERT empfahl HBsIG oder NIG an Operierte, die in erhöhtem Maße Bluttransfusionen benötigen, zu verabreichen und die Wirksamkeit der Präparate ohne Placebo-Gruppe vergleichend zu untersuchen.

c) Aktive Immunisierung

Herr KOCH führte dazu aus, daß das HA-Virus in seiner Morphologie zwar bekannt ist, es wegen seiner mangelnden Züchtbarkeit aber nicht in ausreichender Menge zur Verfügung steht, um einen brauchbaren Totvirusimpfstoff herstellen zu können.

Eine aktive Immunisierung gegen HB ist mit dem Antigen (Dane-Partikel) aus dem Serum von Trägern theoretisch möglich, es ist lediglich sicherzustellen - z.B. durch Erhitzen auf 100°-, daß das verabreichte Antigen nicht mehr infektiös ist. Durch weitere Desintegration des Dane-Partikels wird es vielleicht möglich, Polypeptide zu gewinnen, die gegen HB schützende Antikörper induzieren können. In Zukunft könnte es auch gelingen, die für das Antigen determinante Gruppe zu isolieren und an einen Träger zu koppeln, um eine synthetische Vakzine zu gewinnen.

Dem Problem der aktiven Immunisierung gegen HB wurde von den Teilnehmern großes Interesse entgegengebracht; Immunisierungsversuche sind jedoch mit größter Vorsicht und nur an zahlenmäßig kleinen Gruppen durchzuführen, wie Herr DEINHARDT äußerte. Infrage käme eine derartige Impfung ohnehin nur für Risikogruppen, wie Personal und Patienten in Dialysestationen, Pflanzungsgruppen (z.B. psychiatrische Anstalten) und dgl.

Ergebnisniederschrift der 13. STIKO-Sitzung am 20./21. Okt. 1977
in München

Tagesordnungspunkt 2 : Influenza-Schutzimpfung

Zu Beginn der Sitzung wurde an alle Teilnehmer das Heft Nr. 21 des Bundesgesundheitsblattes, 20. Jahrgang vom 14. Oktober 1977 verteilt, in dem sich mehrere Beiträge über Influenza befinden.

a) Epidemiologische Situation

Eingangs gab der Vorsitzende einen kurzen Bericht über den Sachstand und die bisherige Entwicklung. Er erwähnte vor allem eine Veröffentlichung von Hennessen und Mitarb., nach der in der Bundesrepublik Deutschland im Gegensatz zu ihren Nachbarländern in den letzten 10 Jahren keine Influenza-Epidemien aufgetreten seien, was die Verfasser auf einen guten Impfschutz zurückführen. HÖPKEN, KOCH und WEISE haben eine Entgegnung veröffentlicht (Ablichtungen wurden verteilt), in der darauf hingewiesen wird daß die Erfassung der Influenza in westlichen Ländern schwierig und von dem jeweiligen Stand des Gesundheitsdienstes abhängig ist. Infolgedessen führt ein Vergleich der Angaben der einzelnen Nachbarländer aus statistischen Gründen zu sehr zweifelhaften Ergebnissen.

Herr PÖHN berichtete anschließend über die Epidemiologie der A/Hongkong (H3N2) Influenza in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) anhand einer tabellarischen Übersicht im Bundesgesundheitsblatt 20 (1977), 308 u. 309. Während die Darstellung der Morbidität wegen der schwierigen differentialdiagnostischen Abgrenzbarkeit zwischen Influenza und fieberhaften Atemwegsinfekten und der infolge dessen nicht gegebenen Meldepflicht nur auf Schätzungen beruht, können bei der Mortalität - wenn auch mit einigem Vorbehalt - Zahlen angegeben werden. Errechnet man die Mortalität (Erkrankungszahlen pro 100 000 Einwohner und 1 Jahr) auf die jeweilige Influenza-Saison (Okt. bis März des folgenden Jahres) so kann man Jahre mit hoher Mortalität feststellen, die entweder durch eine hohe Influenza-Morbidität, oder durch besonders schwere toxische Verläufe der Influenza-Erkrankungen bei normaler Morbidität (hohe Letalität) verursacht wird.

In der Diskussion bemerkte Herr KUWERT, daß vom wissenschaftlichen Standpunkt aus z.Z. nicht optimal geimpft werde; im Auslaufen der Drift-Periode würde zu häufig gegen Influenza geimpft. Die Populationsimmunität (durch Antikörperuntersuchungen feststellbar) müsse mehr beachtet werden. Die Herren LANGE, HAAS und EHRENGUT setzten sich dafür ein, die epidemiologischen Aussagen über die Influenza durch virologische und serologische Untersuchungen zu untermauern. Herr HAAS machte darauf aufmerksam, daß es für seroepidemiologische Zwecke nicht unbedingt erforderlich sei, Serumpaare zu untersuchen, sondern daß auch aus Einzelseren unter Berücksichtigung des Normbereiches (geometrisches Mittel) epidemiologische Schlüsse gezogen werden können unter der Voraussetzung, daß die Antikörperbestimmung unter standardisierten Bedingungen erfolgt ist. Herr KUWERT fügte hinzu, es reiche nicht, nur die "Overall"-Haemagglutination zu bestimmen, es müsse darüber hinaus getrennt nach "cross-reaktiven" und stammspezifischen Antikörpern gefahndet werden. Hierzu seien jedoch finanzielle Mittel erforderlich, die durch die DVBV, den Bund oder die Länder beschafft werden sollten. Herr KUWERT sprach sich ferner dafür aus, bei Todesfällen durch Influenza oder Pneumonie bei der Obduktion einen Virologen hinzuzuziehen, um geeignete Untersuchungen zur Ätiologie der Erkrankung anstellen zu können.

b) Parenterale Immunisierung

Herr LANGE kam in seinem einführenden Referat (die schriftliche Fassung wurde verteilt) zu dem Schluß, daß die Influenza-Schutzimpfung ein wirksames Mittel zur Prophylaxe der Influenza ist. Trotzdem seien Arbeiten zur Verbesserung der Impfstoffe, zur Verringerung der Toxidität, zur Schaffung einer effektiveren und länger anhaltenden Immunität und eines breiteren Spektrum des Schutzes notwendig.

In der Diskussion wies Herr KUWERT darauf hin, daß bei der Influenza-Immunisierung nicht nur die stammspezifischen Antikörper, sondern auch übergreifende Antikörper (wenn auch

mit geringerem Titer) zu beachten seien. Derartige übergreifende Antikörper werden gegenüber andere Varianten, gegenüber andere Subtypen sowie in geringem Maße sogar gegenüber andere Myxovirusarten (z.B. Parainfluenzaviren) gebildet.

Bei der Erörterung der Impfschäden, insbesondere des Guillain-Barré-Syndroms, konnte keine Klarheit gewonnen werden, ob derartige Zwischenfälle vor allem nach Impfung mit A/New Jersey-Impfstoffen aufgetreten sind. Die geringe Anzahl der während der Impfkampagne Frühjahr 1976 in den USA mit anderen Influenza-Impfstoffen ohne New Jersey-Komponente durchgeführten Schutzimpfungen lassen hier keine statistische Aussage zu. Studien über den Zusammenhang des Guillain-Barré-Syndrom mit der Influenza-Schutzimpfung, wie bereits von Ehrengut und Allerdist (Münch.med.Wschr. 119, 1977, 709-710) vorgelegt, werden angeregt. Hierbei sollte vom Guillain-Barré-Syndrom ausgegangen und versucht werden, dessen Ätiologie abzuklären (KOCH, KUWERT und EHRENGUT).

Überwiegend wird die Meinung vertreten, daß eine hochgereinigte Ganzvirusvakzine anderen Impfstoffen (Spaltvakzinen oder Subunitvakzinen) hinsichtlich ihrer immunisierenden Fähigkeit überlegen ist (KOCH u.a.). Herr KOCH fügte noch hinzu, daß Spaltvakzinen oder Subunitvakzinen in erster Linie zur Vermin- derung von Nebenwirkungen entwickelt worden sind.

Der Vorsitzende faßte zusammen: Die Influenza-Schutzimpfung ist im Sinne des Individualschutzes nützlich, sie ist vor allem bei den im Merkblatt des Bundesgesundheitsamtes genannten Risikogruppen indiziert. An den im genannten Merkblatt sowie in einer Stellungnahme der DVBV niedergelegten Empfehlungen sind also keine Änderungen nötig.

Herr KUWERT führte aus, daß bei epidemiologisch stabiler Situation eine jährliche Wiederimpfung nicht erforderlich

ist. Der Varianten -heterospezifische Effekt der Schutzimpfung könne bis zu 3 Jahren eine Immunität bei 50% der Bevölkerung, auch gegen Stämme mit einer gewissen Antigendrift, erzeugen. Herr KUWERT gab seiner festen Überzeugung Ausdruck, daß bei Verwendung eines potenten Impfstoffes eine Immunität von mindestens 2 Jahren erzielt werden könne. Herr KOCH gab zu bedenken, daß es sich bei der Influenza-Schutzimpfung, wie sie heute durchgeführt wird, um einen Individualschutz handelt und es für den Einzelfall unbedeutend sei, ob 50% der Bevölkerung noch entsprechende Antikörper haben oder nicht. Die theoretische Alternative im Einzelfall, erst die Antikörper bestimmen zu lassen und bei unzureichendem Titer zu impfen, ist wegen des Aufwandes indiskutabel. Herr WEISE wandte dagegen ein, daß die Konversionsrate bei der Influenza-Schutzimpfung nicht 100% sei und es im Einzelfall unbekannt ist, ob ein bestimmter Geimpfter zufällig zu den 10 - 20% der nicht Reagierenden gehört. Herr KUWERT erwiderte, daß besonders bei Individualimpfungen auch die Möglichkeit von Nebenwirkungen beachtet werden solle, insbesondere bei zu häufigen Impfungen. Seiner Meinung nach wäre bei einer Shift die gesamte Bevölkerung zu impfen; im Ablauf der Drift-Periode jedoch nimmt die Notwendigkeit der Impfung ständig ab. Die jeweiligen Empfehlungen zur Influenza-Schutzimpfung sollen daher von der ständig zu beobachtenden epidemiologischen Lage abhängig gemacht werden. Herr HAAS wies auf die Empfehlungen der WHO zur Zusammensetzung des aktuellen Influenza-Impfstoffes hin. Herr KOCH machte Bedenken hinsichtlich der Verfügbarkeit von Impfstoffen geltend, da wohl kaum ein Hersteller Impfstoffe produzieren würde, von denen er nicht wisse, ob er sie verkaufen könne.

Aufgrund der vom Paul Ehrlich-Institut freigegebenen Impfstoffchargen wird die Zahl der in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Influenza-Schutzimpfungen auf 7 bis 8 Mill. geschätzt.

c) Lokale Immunisierung mit vermehrungsfähigen attenuierten Erregern

Hierzu gab Herr KUWERT eine Übersicht. Durch die lokale Applikation rufen solche Impfstoffe auch eine lokale Antikörperbildung hervor, was bei den parenteral zu verabreichenden inaktivierten Impfstoffen nicht der Fall ist. Bei den Lebendimpfstoffen ist darüber hinaus die Interferenz gegenüber der Infektion mit anderen Viren von Bedeutung. Schließlich ist die Dauer der Immunität länger als bei inaktivierten Impfstoffen.

Als Impfstämme werden Rekombinanten zwischen einem Wildtypvirus und einem avirulenten Virus verwendet. Bei dem letztgenannten handelt es sich meist um eine Wirtsbereichsvariante, die schon seit längerer Zeit im Laboratorium verwendet wird, an das Brut-
ei gut adaptiert ist, einen hohen Haemagglutinationstiter hat, eine hohe Infektiosität für das Individuum aufweist, deren Virulenzverlust nachgewiesen ist und die in Laboratoriumstesten gut charakterisierbar ist. Der andere Elter der Rekombination ist ein epidemiologisch aktueller Influenzavirusstamm. Genetisch stabile Eigenschaften des Impfvirus können nicht definiert werden. Infolgedessen ist eine Aussage über die genetische Stabilität aufgrund von Laboratoriumstests nicht möglich. Mit Hilfe der RNS-Hybridisierung ist jedoch eine genotypische Markierung möglich, mit der die Homologie des Impfvirus mit einem später etwa isolierten Virus bewiesen oder ausgeschlossen werden kann. Außerdem kann man den Anteil der Gene der einzelnen Elterstämme im Impfstamm bestimmen und dabei Virulenzgene weitgehend ausschalten.

Die Anwendung erfolgt entweder durch Nasentropfen oder durch Spray, wobei die letztgenannte Form infolge einer geringeren Take-rate ungünstiger ist. Die Gefahr einer Übertragung des Impfvirus auf andere ungeimpfte Personen ist gering. Der Vortragende empfiehlt, Lebendimpfstoffe und inaktivierte Impfstoffe nebeneinander zur Influenzaphylaxe zu verwenden.

So sei es z.B. möglich, in einer Driftperiode mit Lebendimpfstoffen einfach, billig und ohne Nebenwirkungen zu impfen, während in der Shiftsituation inaktivierte Impfstoffe eingesetzt werden könnten, insbesondere wenn Lebendimpfstoffe des neuen Typs noch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.

Anschließend beantwortete Herr KUWERT einige Detailfragen, eine Diskussion fand nicht statt.

Ergebnisniederschrift der 13. STIKO-Sitzung am 20./21. Okt. 1977
in München

Tagesordnungspunkt 3 : Verschiedenes

a) BCG-Schutzimpfung:

Dieser Punkt wurde auf Wunsch von Herrn SPIESS auf die Tagesordnung gesetzt. Herr SPIESS stellte fest, daß sich die STIKO in ihrer Mai-Sitzung 1977 für die indizierte Empfehlung der BCG-Schutzimpfung ausgesprochen habe, andererseits jedoch die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde nach wie vor eine generelle BCG-Schutzimpfung empfehle. Herr Stickl habe auf der Sitzung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Kiel auf die Arbeit von Genz über die Vermehrung der Säuglingstuberkulosen im Jahre 1976 hingewiesen und auch von der Möglichkeit gesprochen, daß durch die BCG-Impfung der Beginn akuter Leukosen im Kindesalter um durchschnittlich 4 Jahre hinausgezögert werden könne.

Herr EBELING wies von seiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes darauf hin, daß die BCG-Schutzimpfung in vielen Bundesländern zwar allgemein öffentlich empfohlen sei, um bei etwaigen Impfschäden einen Versorgungsanspruch zu gewährleisten, andererseits jedoch vom öffentlichen Gesundheitsdienst nur beim Vorliegen besonderer Indikationen vorgenommen werde. Durch eine solche Regelung sei den Kinderärzten für ihre Entscheidung die höchst mögliche Freiheit geboten.

Auf eine entsprechende Frage des Vorsitzenden sprach sich die Mehrheit der anwesenden Teilnehmer - 9 + 1 nachträglich von 12 - dafür aus, die Empfehlung zur BCG-Schutzimpfung vom 17. Mai 1977 vorläufig beizubehalten, solange nicht mehr Informationen vorliegen, die eine Änderung erforderlich machen. Dagegen wünschten die Herren STICKL und EHRENGUT schon jetzt eine Änderung der Aussage im Hinblick auf eine weitergehende Empfehlung der BCG-Schutz-

impfung. Der Vertreter des Paul Ehrlich-Institutes, Herr BONIN, enthielt sich der Stimme, da er für diesen Impfstoff nicht zuständig ist, und verwies auf den Sachbearbeiter Herrn Schneider. Herr STÜCK regte an, den Hersteller von BCG-Impfstoff zu veranlassen, Einzelportionen des Impfstoffes zu konfektionieren und abzugeben, da infolge der Empfehlung nur indizierter Impfungen vorwiegend Einzelimpfungen durchgeführt werden.

b) Pockenimpfgesetz

Hierzu wurde der Gesetzentwurf des Bundesrates vom 23.09.1977 (Bundesratsdrucksache 8/933) verteilt. Herr SPIESS bemängelte, daß die Ständige Impfkommision von der durch den Gesetzentwurf erfolgenden Änderung der Pockenschutzimpfung zwar unterrichtet, aber darüber nicht konsultiert worden ist. Der Vorsitzende sollte gebeten werden, das Mißfallen der Ständigen Impfkommision hierüber der obersten Landesgesundheitsbehörde Hamburg gegenüber auszusprechen.

Aus der Sicht der obersten Landesgesundheitsbehörden erwiderte Herr DRAUSNICK, daß hinsichtlich der Wiederimpfung der 12jährigen der Nutzen nicht sonderlich hoch einzuschätzen gewesen sei und daß die im Gesetz vom 18. Mai 1976 geforderte Impfung des Krankenhauspersonals organisatorisch nicht vollziehbar gewesen sei. Der Vorsitzende verwies darauf, daß sich die epidemiologische Situation seit der Erstattung des Gutachten erheblich geändert habe und verwies auf das damalige Minderheitsvotum. Herr EHRENGUT ergänzte, daß die Variola major inzwischen getilgt worden sei, und es in Äthiopien (und Somalia) nur noch Variola minor mit einer Letalität von 2 bis 3% gebe. Der Vorsitzende äußerte volles Verständnis für die Länderinitiative. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Mittel lasse in Anbetracht der gegenwärtigen epidemiologischen Lage die früher nicht geforderte Durchimpfung des gesamten Krankenhauspersonals nicht mehr zu. Die Mehrheit der Teilnehmer sah keinen Anlaß, in diese Entwicklung einzugreifen.