



Impfungen – ein weiterhin ungelöstes Problem

Als Antwort auf die «abschliessende Duplik» von Aebi et al. [1] und die Leserbriefe von Heininger [2] und Berger [3] zum Impfstoffthema möchte ich mich noch einmal persönlich äussern und einige Dinge klären.

Ich habe seit 1990 eine kinderärztliche Praxis mit Schwerpunkt Allergologie und Homöopathie in München. Neben «normaler» kinderärztlicher Klientel betreue ich vor allem chronisch allergiekrankte Kinder und führe täglich mehrere Impfberatungen durch.

Wahrscheinlich impfe ich mehr als etliche meiner Kollegen, da viele Eltern zu mir kommen, die mit Kollegen in der Impffrage nicht zurechtkamen – denen etwa mit Kommentaren wie «verantwortungslos» die weitere Behandlung verweigert wurde, nachdem die Eltern erklärt hatten, Sechsfachimpfstoffe kämen für sie nicht in Frage. Immer wieder impfe ich auch Kinder von Impfgegnern, die ich doch von der Wichtigkeit von Impfungen überzeugen konnte.

Bei meinen ausführlichen Anamnesen mit chronisch kranken Kindern kommt jedoch immer wieder der Verdacht auf, dass der Erkrankungsbeginn mit einer Impfung zusammenhängt. Dies brachte mich zur eingehenderen Beschäftigung mit dem Impfstoffthema und der kritischen Frage, ob die wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Impfstoffthema wirklich zuverlässig und erschöpfend genug sind, um apodiktische «Leitlinien» zuzulassen.

Fragen, die für mich ein vorsichtiges, individuelles Vorgehen beim Impfen begründen, sind die unklaren Langzeitwirkungen des Impfstoffs auf das menschliche Immun- und Nervensystem und die Unsicherheit, ob Massenimpfprogramme auch langfristig Vorteile für die Volksgesundheit haben, ob sie also den Kriterien der Nachhaltigkeit genügen. Dies sind eminent wichtige Fragen, denen von der Mainstream-Forschung nur wenig Priorität eingeräumt wird.

«Impfungen sind die letzten 50 Jahre von der Wissenschaft recht einseitig untersucht worden», meinte beispielsweise John Clements vom Global Advisory Committee on Vaccine Safety der WHO nach Erscheinen der Guinea-Bissau-Studie von Aaby et al. Der Versuch der WHO, die Studienergebnisse von Aaby et al. zu widerlegen, ist Gegenstand heftiger wissenschaftlicher Diskussion und keineswegs die endgültige Absolution der DTP-Impfstoffe in der Dritten Welt, wie Heininger suggeriert. Wahrscheinlich liegen den

WHO-Studienergebnissen ein «survival bias» und die fehlende Unterscheidung zwischen «non vaccinated» und «no information» zugrunde [4]. Ein weiterer verunsichernder Faktor ist der kommerzielle Aspekt, der bei der Impfstoffpromotion spürbar an Einfluss gewinnt. Unser Hinweis auf die Mitarbeit der Pharmalobby in der Brighton Collaboration darf nicht als Korruptionsvorwurf an die übrigen Mitglieder missverstanden werden. Es muss jedoch jedem einleuchten, dass Falldefinitionen für Impfstoffnebenwirkungen besser ohne die Pharmaindustrie ausgearbeitet werden sollten. Die Industrie handelt hier durch ihre Kooperation zweifellos nicht altruistisch, sondern vertritt ihre ureigensten Interessen: «Brighton documents could reduce the need for costly large-scale pre-licensure clinical vaccine trials», wie die amerikanischen Centers for Disease Control feststellen. Hier und in vielen anderen Bereichen müssen öffentliche und privatwirtschaftliche Interessen besser voneinander abgegrenzt werden.

In der Zeitschrift «Vaccine» erscheint demnächst eine Arbeit aus dem Münchner Institut für Rechtsmedizin über Kindstod nach Sechsfachimpfstoffen, das die Gesamtzahl solcher Vorkommnisse in Deutschland (2001–2004) auf über 50 schätzt. Sollte dies zutreffen, so haben die empfehlenden Impfkommmissionen mit ihrer Impfstoffempfehlung für Hepatitis B im Säuglingsalter ein grosses Problem. Einzelfälle sind seit mehreren Jahren im Gespräch, wobei inzwischen klar ist, dass das passive Meldesystem für unerwünschte Ereignisse nach Impfungen völlig versagt hat.

Mögliche Impfrisiken verdienen mehr Aufmerksamkeit, als sie derzeit haben. Eltern und Impfarzte haben ein Recht auf weitestgehende Sicherheit von Impfstoffmassnahmen und auf Aufklärung jenseits aller taktischen Bemühungen der Behörden, «Impfstoffmüdigkeit» zu vermeiden. Solange im Impfbereich grosszügig Wissenslücken in Kauf genommen werden, brauchen wir Skeptiker, die die Finger auf die Wunden legen. Nur so kann langfristig das Vertrauen in das Impfwesen gesichert werden.

Der Vorsitzende der deutschen Impfkommmission weist mit seinem Kommentar zu den möglichen Risiken der Sechsfachimpfstoffe auf eben dieses Problem hin: «Furthermore, systems must be put into place to earlier and more efficiently detect and study rare serious adverse events due to vaccination. Public trust can be lost only once and not acting or acting too late on a signal like that detected by von Kries et al. could damage credibility of those supporting and maintaining vaccination for many years». [5]

Die Diskussion über das Impfen ist, auch wenn sie unbequem ist, notwendig, denn unser heutiges Wissen gibt nur Teilaspekte des Ganzen wieder. «Nicht der Besitz von Wissen, von unumstösslichen Wahrheiten machte den Wissenschaftler, sondern das rücksichtslos kritische, das unablässige Suchen nach Wahrheit» (Karl Popper). Oder, wie es Henrik Jensen, Mitautor der Aaby-Studie, formuliert: «Beim Impfen sind immer noch eine Menge Glauben und Hoffnung involviert. Zu gesichertem Wissen zu kommen ist aber gar nicht so einfach».

Aus all diesen Gründen halte ich die Impfdiskussion auch in offiziellen Organen wie der Schweizerischen Ärztezeitung für unverzichtbar, wobei eine ausgewogenere Veröffentlichung und Übersetzung von Leserbriefen wünschenswert wäre.

Dr. med. Martin Hirte, München

- 1 Aebi C, Desgrandchamps D, Heininger U, Baudaux B, Siegrist C.-A. Konsistent unrichtige Informationen. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(25):1522-3.
- 2 Berger TM. Die Kunst der pseudowissenschaftlichen Desinformation. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(25):1498-9.
- 3 Heininger U. Impfungen – ein weiterhin ungelöstes Problem. Schweiz Ärztezeitung 200;86(25): 1499-1500.
- 4 Jensen H, Benn CS, Aaby P. DTP in low-income countries: improved child survival or survival bias? BMJ 2005;330(7495):845-6.
- 5 Schmitt HJ. A «signal» requires urgent action. Eur J Pediatr 2005;164:9-60.



Impfungen in der Schweiz

Ich danke der Redaktion der Schweizerischen Ärztezeitung und den Kollegen Albonico und Hirte für die ausführliche Replik [1] nach der Kritik von Frau Prof. Siegrist et al. [2] am Impfratgeber des schweizerischen Konsumentenschutzes. Gewisse Korrekturen des Ratgebers sind sicher berechtigt. Zum Glück aber gibt es diesen Ratgeber. Wo sonst sollen sich Eltern und Medizinerpersonen impfkritische Informationen holen? Die herstellernahen, zum Teil von Impfstoffproduzenten bezahlten Studien geben eine eingeschränkte Sichtweise wieder.

Denn sind wir doch ehrlich: Eine Impfung ist ein Eingriff ins Immunsystem. Ob es ein Angriff ist

auf das Immunsystem, eine Stimulation, Manipulation oder gar nichts, entscheidet nicht der Impfstoff oder die impfende Fachperson, sondern einzig und allein das Immunsystem des geimpften Individuums. Ob es zur Bildung von spezifischen Antikörpern kommt oder zu unspezifischen, sogar autoimmun wirkenden Reaktionen, oder zu gar keinen, haben wir von aussen nicht wirklich in der Hand. Die Konfrontation mit einem (attenuierten) Krankheitserreger und mit körperfremden Stoffen bedeutet immer einen Stressfaktor für unser Immunsystem. Da liegt es doch sogar für Laien und sowieso für uns Fachpersonen auf der Hand, dass das Immunsystem nicht nur erwünschte, sondern auch unerwünschte Reaktionen produzieren kann.

Leider sind viel zu wenig Reaktionen als Impfnebenwirkungen anerkannt. Aber da die Reaktion des einzelnen Immunsystems eben individuell ist, sind die Impfnebenwirkungen vielfältig. Sie beschränken sich nicht nur auf unmittelbar auftretende Fieber-, Schwellungs- und Schreiepisoden. In der ganzheitlich orientierten Praxis beobachtet man beispielsweise eine neu aufgetretene oder stark exazerbierte Neurodermitis oder Asthma, Verdauungs- und Schlafprobleme. Vielleicht sind die Störungen nur vorübergehend, aber sie können auch chronisch weiterbestehen. Oder wie wohl ist Ihnen beim Gedanken, was wir mit den Fünf- und Sechsfachimpfungen dem Körper eines Säuglings zumuten? Langzeitfolgen sind nicht untersucht.

Eine Impfung kann – wie andere immunologische Stressfaktoren auch – ein Auslöser sein für latente chronische Probleme. Das sollte von uns Ärztinnen und Ärzten nicht verschwiegen werden, das gehört zur Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen. Nichtimpfen ist ein Risiko und Impfen ist ebenfalls ein Risiko.

Gut gibt es den Impfratgeber des SKS. So können sich Eltern sowie Ärztinnen und Ärzte einen individuell angepassten Impfplan erarbeiten, hinter dem sie stehen können.

Dr. med. Claudia Kolb, Dornach

- 1 Albonico H-U, Hirte M. Impfungen – ein weiterhin ungelöstes Problem. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(20):1202-15.
- 2 Siegrist C-A, Aebi C, Desgrandchamps D, Heininger U, Vaudaux B. Impfratgeber: Evidenz anstelle von Behauptungen. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(9):539-52.



Impfen – oder zur fehlenden juristischen Logik

Wer ohne Helm Töffli fährt oder nicht angegurtet in einem Auto, gefährdet deshalb niemanden, ausser sich selbst. Er wird aber gebüsst, wenn ihn die Polizei so erwischt. Dass mitunter ein Helm oder Sicherheitsgurten auch einmal fatale Nebenwirkungen verursachen, wird juristisch logisch dem Vorteil untergeordnet.

Eltern, welche ihre Kinder nicht impfen lassen, gefährden nicht nur ihre eigenen Kinder, sondern tragen noch dazu bei, lebensgefährliche Viren zu verbreiten (z.B. Masern, Kinderlähmung). Ein Schularzt darf ohne schriftliches Einverständnis der Eltern sowie Kinder ohne Krankenkasse nicht impfen.

Wehe, wenn ein Arzt für Informationen der Vor- und Nachteile des Impfens individuell nicht genügend Zeit aufwendet, darf oder kann!

Viele Juristen bis hinauf ins Bundesgericht tragen epidemiologische Schutzhelme (Marke Individualrecht) und gefährden damit viele Einwohner in der Schweiz lebensgefährlich.

Ein totes Kind wegen Masern ist halt juristisch schicksalhaft, ein Töfflifahrer ohne Helm riskiert eine Rentenkürzung, im Todesfall sogar die Rente für die Angehörigen, Kinder!

Weil Impfgegner in Europa meist über eine höhere Bildung verfügen, sollte das ganze doch umgekehrt sein: Wer seine Kinder nicht impfen lassen will, muss dies ärztlich begründen – wie bei der Dispens vom Helmtragen beim Töfflifahren!

Logisch – oder?

Dr. med. M. Gassner, Grabs



Grippeimpfkampagne 2005

Obwohl zurzeit noch niemand daran denkt, kommt sie bestimmt wieder: die Grippezeit. So hat das Kollegium für Hausarztmedizin bereits seine Richtlinien für die kommende Impfkampagne im Herbst lanciert. Der Aufruf richtet sich an dieselben Zielgruppen wie schon seit Jahren: Menschen über 65 Jahre, chronisch Kranke und Medizinalpersonen.

Diese Botschaft ist negativ besetzt: nur Kranke und Alte sollen sich impfen ... Die Influenza ist noch immer eine Erkrankung, welche mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und Mortalität behaftet ist; nicht zu vergessen die Hospitalisationen. Es ist deshalb nur

verständlich, dass die USA uns hier einen wesentlichen Schritt voraus sind. Die Empfehlungen des CDC schliessen Kleinkinder, Jugendliche, Schwangere, alle chronisch Kranken und solche, welche Kranke betreuen, ein.

Mit einem Seitenblick auf andere Präventionskampagnen in unserem Land (Nikotin, Alkohol, Aids) muten die neuesten Grippeempfehlungen geradezu mutlos an. Wir Hausärzte versuchen seit Jahren, alle unsere Patienten zur Grippeimpfung zu motivieren, stehen dann aber im Widerspruch mit den offiziellen Empfehlungen. Wollen wir etwas zur Volksgesundheit beitragen und eine billige präventive Option wählen, sollten wir den visionären Mut haben, die Grippeimpfung allen anzubieten, welche nicht an einer Influenza darniederliegen wollen. Verschweigen wir auch nicht die Kosteneinsparungen auf dem Arbeitsmarkt, welche mit dieser Massnahme billig zu haben wäre. Ich wünsche den Verantwortlichen der Kampagne etwas mehr Mut und Weitsicht ...

Dr. med. Albert Stürchler, Utzenstorf

Replik

Lieber Albert

Dass Du die Grippeimpfkampagne und darin den Grippeimpftag 2005 der Schweizer Hausärzte/-ärztinnen unter die Kategorie «mutlos» einordnest, höre ich schon fast gerne. Denn in der Regel bekommen wir vor allem Gegenteiliges zu hören. Das geht von Vorwürfen, wir betrieben Medikalisierung oder «amtlich bzw. Blödsinn», über Unterstellungen, wir machten nur «den Rubel rollen für Pharmaindustrie» (beides BLICK), bis zu Feststellungen, das Ganze sei nicht primär eine Aufgabe der Ärzteschaft und wenn etwas passiere, dann sei man haftpflichtrechtlich auf dem Schafott und bankrott usw., usf.

Deine Forderung nach mehr Mut beim Impfen tut gut, denn sie zeigt, dass wir doch nicht ganz auf dem falschen Weg sind, und sie hilft, gegen alle Widerstände dranzubleiben und zwischen den unterschiedlichen Interessen und Abneigungen einen pragmatischen und hoffentlich auch glaubwürdigen Kurs zu steuern.

Wir haben unsere Empfehlungen für den Grippeimpftag übrigens mit denen des BAG abgestimmt und ich finde, die CDC-Empfehlungen und unsere schweizerischen unterscheiden sich kaum. Insbesondere haben auch wir das Medizinal- und Pflegepersonal sowie Betreuungs- und Kontaktpersonen als wichtige Zielgruppe, weil bei dieser die Impfquote ja wirklich noch im argen liegt (was aber viele Mediziner nicht zu sagen wagen, und wo auch das BAG m.E. allzu leise auftritt...).

Beim Vergleich mit ausländischen, also z. B. amerikanischen Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass die Schweizer Empfehlungen, wie mir das BAG bestätigt, sich auf die schweizerischen Gesundheitsdaten stützen, und danach ist ein deutlich erhöhtes Komplikationsrisiko eben bei den über 65jährigen und bei den chronisch Kranken festzustellen. Zurzeit überprüft das BAG seine Empfehlung im Hinblick darauf, ob die Kinder ebenfalls ein erhöhtes Risiko haben. Die Daten, welche in den USA zu dieser Ausweitung der Empfehlung geführt haben, sind laut BAG nicht direkt auf die Schweiz übertragbar. Eine Ausweitung der Empfehlung auf Schwangere werde ebenfalls geprüft.

Ich stimme Dir bei, dass es auch ausserhalb der in den Impfempfehlungen angesprochenen Risikogruppen gute Gründe gibt, sich gegen Grippe impfen zu lassen. Diese eher ökonomisch (Arbeitsausfall) motivierten Impfungen können aber nicht Teil einer medizinisch-epidemiologischen Indikationsliste sein und schon gar nicht können sie über einen Sparpreis der Hausärzte/-ärztinnen subventioniert werden (Du kannst Dir vorstellen, was für Leserbriefe wir dann bekämen ...).

In diesem Sinne ganz herzliche Grüsse und besten Dank für Dein Engagement!

*Ueli Grüninger,
Kollegium für Hausarztmedizin KHM, Bern*



Anpassungen Risikoausgleich

Besten Dank für die beiden hervorragenden Artikel von K. Beck und W. Oggier zu obengenanntem Thema [1, 2]. Wieso, frage ich mich, werden diese unwiderlegbaren Fakten auf Ebene Bundesrat nicht endlich zur Kenntnis genommen und adäquat und rasch umgesetzt? Dies wäre jedenfalls gescheiter, als die Krankenversicherer zu verpflichten, die HMO-Prämien nach dem Standort der HMO zu bemessen.

André Gerber, Visana Services AG, Bern

- 1 Beck K. Wettbewerb in der Krankenversicherung: Schlagwort oder Realität? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(20):1228-31.
- 2 Oggier W. Risikoausgleich oder Risikoselektion zum zweiten. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(20):1232-5.



Sexueller Missbrauch durch Ärzte

Der Leserbrief von J. Zihlmann, in welchem er die Zeitschrift «Beobachter» an den Pranger stellt, weil sie Zeugen von sexuellem Missbrauch durch Ärzte suche, hat mich befremdet [1]. Das angeschnittene Thema erscheint mir zu wichtig, um dazu nicht kurz Stellung zu nehmen.

Als Arzt mit einem ganzheitlichen Verständnis bezüglich Krankheitsverursachung stelle ich vielen Patienten die Frage nach traumatisierenden Erlebnissen. Ich frage sie unter anderem, ob ihnen schon etwas zugestossen sei, worüber sie noch nie mit jemandem gesprochen hätten. Bei meinem Stamm von ca. 700 erwachsenen Patienten habe ich durch dieses Vorgehen von vier Missbräuchen erfahren, welche innerhalb eines therapeutischen Settings passiert sind, zwei davon durch Ärzte. Die Namen dieser beiden «Kollegen» sind nie durch die Presse gegangen, obwohl die Verfehlungen noch gravierender waren als z. B. damals im Fall «Glinz». Ich vermute daher, dass die Dunkelziffer bezüglich solcher Vorfälle bedeutend höher ist, als allgemein angenommen wird. Meines Erachtens ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass auch Herr Zihlmann, ohne es zu ahnen, bereits entsprechende Opfer behandelt hat. Gemäss einer anonymen Untersuchung in Kanada hatten 6% der Notfallärzte mindestens einmal Sex mit einem Patienten auf der Notfallstation! [2]

Im Namen all der unbekanntenen Opfer ist es höchste Zeit, dass das Problem erkannt und ernst genommen wird. Es wäre eigentlich Aufgabe der Ärzteschaft, Schritte in diese Richtung zu unternehmen. Solange unsere Standesorganisationen aber nicht aktiv werden, sollten wir die Bestrebungen des «Beobachters», das Thema ans Licht zu bringen, in unserem eigenen Interesse unterstützen und nicht bekämpfen. Es muss uns doch daran gelegen sein, unseren guten Ruf zu wahren und die schwarzen Schafe unserer Zunft in die Schranken zu weisen. Wer in dieser Frage wegschaut, erklärt sich solidarisch mit den Tätern.

Dr. sc. nat. med. prakt. H. Wittwer, Zürich

- 1 Zihlmann J. Die Zeitschrift «Beobachter» sucht junge Patientinnen. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(22):1337.
- 2 Kondro W. Emergency-room sex condemned in Canada. Lancet 1997;350:942.