

Replik der Autoren des Impfratgebers der Stiftung für Konsumentenschutz SKS zur Stellungnahme dreier Fachgesellschaften [1]

## Optimierung statt Maximierung

In der SÄZ Nr. 35/2006 wurde eine Stellungnahme dreier Fachgesellschaften zur Broschüre «Impfen – Grundlagen für einen persönlichen Impfscheid» der Stiftung für Konsumentenschutz publiziert [1]. Nach der Replik [2] von Simonetta Sommaruga und Jacqueline Bachmann, Präsidentin bzw. Geschäftsführerin der SKS, geben wir im folgenden die Stellungnahme der Autoren des Impfratgebers wieder.

Hansueli Albonico,  
Martin Hirte

Am 15./16. Juli 2006 führte das Treuman Katz Center for Pediatric Bioethics in Seattle die erste Weltkonferenz zum Thema «Ethical Issues Related to Vaccination of Children» durch. Grundtenor: eine grosse Verunsicherung in der bisherigen Impfpolitik der USA, gipfelnd in der Forderung, die (bisher obligatorischen) Impfungen freiwillig zu machen. Der ungenügende Dialog mit den Eltern habe dazu geführt, dass landesweit die Quoten für vollständige Kinderimpfungen nach Angaben der CDC noch bei 65 bis 85% liegen. «Wir gehen in eine Richtung, wo wir die Herdenimmunität verlieren», warnte das Bundesgesundheitsamt Washington [3].

Woher die Verunsicherung? Es gilt anzuerkennen, dass die meisten Fragen rund um die Impfung eben nicht schlüssig beantwortet sind. Zum Beispiel [4]:

### krankheitshäufigkeiten

Im ersten Halbjahr 2006 wurde in der Schweiz eine Zunahme der Rötelnmeldungen auf 14 Fälle registriert, was erhebliche Beunruhigung verursachte [5]. Tatsächlich ist die Häufigkeit von Röteln unbekannt; in unseren Praxen stellen wir bei anamnesenegativen Mädchen häufig positive Titer fest. Betreffend RSV-Häufigkeit wird in der Replik der SGP darauf hingewiesen, dass Meldedaten von den Erfassungsinstrumenten abhängig sind. Die Zunahme der RSV-Infektionen ist jedoch damit nicht geklärt [6], in der Schweiz besteht jedenfalls seit 1988 (Einführung der MMR-Durchimpfkampagne) bis 1999 eine kontinuierliche Zunahme der Labormeldungen beinahe auf ein Zehnfaches [7]. Der mögliche Zusammenhang mit dem Rückgang der Masern wird in der zitierten Studie eingehend diskutiert.

Zu Hib: Leider betreffen die BAG-Meldungen der invasiven Hämophilus-influenzae-Erkrankungen in den wöchentlichen Meldungen alle Stämme, in den jährlichen Übersichtsstatistiken jedoch nur Typ b, so dass der längerfristige Vergleich tatsächlich nicht möglich ist – hier ist im Ratgeber ein Korrigendum angebracht.

### Krankheitskomplikationen

Die Einführung der flächendeckenden MMR-Impfkampagne wurde in erster Linie durch die Annahme einer Masern-Enzephalitis-Rate in der Vorimpfära von 1:1000 begründet. Diese Zahl bleibt jedoch in Frage gestellt, weil sie sich nur auf gemeldete Fälle bezog – Masernerkrankungsmeldungen waren damals jedoch die Ausnahme [8]. Eine eigene Umfrage im Jahr 1987 ergab, dass von 50 Ärzten in 521 Praxisjahren keine ernsthaften Masernkomplikationen beobachtet wurden [9]. Zweifelsohne sind die Komplikationen aber seither häufiger geworden.

### Impfstoffwirksamkeit

Seit 25 Jahren nimmt in den USA der Keuchhusten kontinuierlich zu, in den letzten Jahren explosiv [10]. Die Fachleute warnen ausdrücklich, dass somit die unbemerkte Ansteckung der Säuglinge zunehmen wird. Entsprechend wird jetzt eine Auffrischimpfung alle 10 Jahre bis ins Alter von 64 Jahren empfohlen [11]. In England waren in einer prospektiven Studie 86% aller Jugendlichen mit Keuchhusteninfektion geimpft [12], ähnliche Zahlen liegen für die Schweiz vor [13]. Ist es da nicht ein Gebot der Ehrlichkeit, im Impfratgeber solche Probleme anzusprechen? Anzuerkennen ist, dass derzeit in den skandinavischen Ländern die Kinderkrankheiten weitest-

Korrespondenzen:  
Dr. med. Hansueli Albonico  
Facharzt Allgemeinmedizin FMH  
Bernstrasse 13  
CH-3550 Langnau

Dr. med. Martin Hirte  
Facharzt Kinderheilkunde  
Schwerpunkt Allergologie  
Leopoldstrasse 68  
D-80802 München

gehend zurückgedrängt sind; im ungewissen über die Nachhaltigkeit dieser Erfolge [14] würde der vorsichtige Epidemiologe jedoch vorläufig von einer «honeymoon»-Situation sprechen.

### **Impfstoffsicherheit**

Die Debatte zur Impfstoffsicherheit ist so alt wie die Impfung selber. Auch die Frage eines Kausalzusammenhanges zwischen der HBV-Impfung und MS ist neu aufgeworfen [15–17], und das gleiche gilt – trotz aller Beruhigung durch die Impfpromotion [18] – für die Autismuskontroverse bei der MMR-Impfung [19]. Die neuen thiomersalfreien Impfstoffe sind wahrscheinlich sicherer hinsichtlich neurologischer Komplikationen. Unverständlich bleibt deshalb, dass der – von vielen ersehnte – neue Di-Te-Impfstoff für Kleinkinder (Pro Vaccine) ausgerechnet wieder thiomersalhaltig ist. Die Dunkelziffer von Impfnebenwirkungen ist generell hoch, Nachkontrollen haben eine Unterschätzung von 1:5 bis 1:10 aufgezeigt [20, 21]. Impfschäden werden in der Schweiz kaum je offiziell anerkannt. In zwei Fällen, die einer von uns (H.A.) selber zu begutachten hatte, wurden die Geschädigten mit Abfindungsgeldern zur Stillhaltung verpflichtet.

### **Druck auf kritische Wissenschaftler**

Gerade bei der Frage der Impfstoffsicherheit geraten kritische Wissenschaftler regelmässig unter massiven Druck bis hin zum Entzug von Publikationszugang und Forschungsgeldern. Das betrifft z.B. den renommierten amerikanischen Impfspezialisten Neal Halsey vom John Hopkins Institute for Vaccine Safety wegen seines Engagements für thiomersalfreie Impfstoffe [22, 23], Mark und David Geier (USA) für ihre Publikationen zu den Nebenwirkungen der HBV-Impfung aufgrund des amerikanischen Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) [24], Barthelow und David Classen in der Folge ihrer Untersuchungen zur Häufung von Typ-1-Diabetes nach Hib-Impfung [25] (s.u.) und ganz speziell Andrew Wakefield am Royal Free Hospital in London wegen seiner Arbeiten zum Zusammenhang zwischen Impfungen und Autismus [26, 27].

### **Längerfristige Impfnebenwirkungen**

Diese Frage muss durch prospektive Studien wie die Koala-Studie [28] erst noch angegangen werden. Der Impfratgeber wird vehement kritisiert, weil er auf solche Probleme aufmerksam macht, z.B. bei der Frage des Zusammenhanges zwischen Hib-Impfung und jungem Diabetes. Hierzu

kann man sich jedoch leicht selber ein Bild machen: In der grossen retrospektiven Kohortenstudie von Karvonen mit fast 250 000 Kindern [29] in Finnland (das den Rekord an Diabeteszunahme hält) [30] wird behauptet, der Zusammenhang bestätige sich nicht. Diese Aussage betrifft aber nur gerade die einmalig Geimpften. Für die Kohorten der mehrfach Geimpften ergeben sich signifikante Risikoerhöhungen, die sogar eine Dosiswirkungskurve nahelegen. Classen und Classen haben die Situation in einer neueren Arbeit nochmals analysiert [31]. Dieser Sachverhalt ist im Ratgeber auf Seite 41 sehr zurückhaltend dargestellt.

### **Impfstoffverfügbarkeit**

Dass selbst die Fachgesellschaften nicht immer Gewissheit haben, welche Impfstoffe lieferbar sind (der Masernmonoimpfstoff war nach Auskunft der Berna Biotech durchgehend lieferbar), zeigt gerade das Problem der ungenügenden Einzelimpfstoffverfügbarkeit auf. Diese Situation kann dazu führen, dass Eltern überhaupt nicht mehr impfen. Umgekehrt werden z.B. Kinder mit Verletzungen statt mit dem Tetanusmonoimpfstoff (derzeit Tetanol Berna, thiomersalfrei) ohne entsprechende Information der Eltern mit Mehrkomponentenimpfstoffen geimpft, was gesetzlich nicht zulässig ist.

Die Unsicherheiten sind gross, und dementsprechend divergieren die Risikobeurteilungen sowohl bei der Bevölkerung [32] wie auch bei den Ärzten [33]. In der Medizin sind wir an sich gewohnt, mit Unsicherheiten umzugehen; die Ausrottungsstrategie beinhaltet jedoch einen absoluten Anspruch, der kritische Hinterfragung eigentlich nicht mehr zulässt. Dennoch kam bereits bei der Einführung der MMR-Durchimpfkampagne 1988 eine Literaturstudie des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin zum Schluss, dass die Ausrottung der Kinderkrankheiten kaum realistisch sei [34] – die Studie hat bisher ihre Richtigkeit behalten [35]. Aktuellerweise wird sogar bei der Polioimpfung die Ausrottungsstrategie neu in Frage gestellt [36, 37]. Wichtiger als die weitere Anhäufung von Impfungen wäre die Optimierung des Immunschutzes bei den bereits beimpften Krankheiten. In unseren Praxen hat sich insbesondere das sorgfältige Impfgespräch bewährt: 98% der Kinder sind z.B. gegen Tetanus geimpft und ebenso viele Schulabgängerinnen gegen Röteln geschützt.

## Literatur

- 1 Klausner P, Nadal D, Berger C. Stellungnahme zur Broschüre «Impfen – Grundlagen für einen persönlichen Impfscheid» des schweizerischen Konsumentenschutzes (6. Auflage). Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(35):1485-90.
- 2 Sommaruga S, Bachmann J. Den Dialog aufnehmen. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(38):1643-4.
- 3 The Seattle Times 16. Juli 2006; B1/B2. seattletimes.com/localnews.
- 4 Im Sinne der Replik verweisen wir des weitern auf die Neuauflage des Impfratgebers von Hirte M. Impfen – Pro und Contra. Das Handbuch für die individuelle Impfscheidung. München: Knauer; 2005, sowie auf die Homepage der Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen: www.impfo.ch.
- 5 BAG-Bulletin Nr. 30; 14. Juni 2006.
- 6 Weigl JA, et al. The descriptive epidemiology of severe lower respiratory tract infections in children in Kiel, Germany. Klin Päd. 2005;217:259-67.
- 7 Duppenhaler A, et al. Two-year periodicity of respiratory syncytial virus epidemics in Switzerland. Infection. 2003;2:77.
- 8 Zimmermann H. Masernschutzimpfung einschränken? Päd Praxis. 1986;7:587-93.
- 9 Lemann D. Reporting childhood diseases in Switzerland. JAM. 1996;3:55-63.
- 10 Wilson T. Update on adolescent immunizations: review of pertussis and the efficacy, safety, and clinical use of vaccines that contain tetanus-diphtheria-acellular pertussis. J Pediatric Health Care. 2006;20:229-37.
- 11 Wülker A. Pertussis: Boosterimpfungen für Jugendliche und Erwachsene empfohlen. Ars Medici. 2006;16:774-5.
- 12 Harnden A, Grant C, Harrison T, Perera R, Brueggemann AB, Mayon-White R, Mant D. Whooping cough in school age children with persistent cough: prospective cohort study in primary care. BMJ. 2006;333(7560):174-7.
- 13 BAG-Bulletin, 21. August 2006.
- 14 Fine P. Herd immunity: history, theory, practice. Epidemiol Rev. 1993;15:265-302.
- 15 Geier D, Geier M. A case-control study of serious autoimmune adverse events following hepatitis B immunization. Autoimmunity. 2005;38:295-301.
- 16 Comenge Y, Girard M. Multiple sclerosis and hepatitis B vaccination: adding the credibility of molecular biology to an unusual level of clinical and epidemiological evidence. Med Hypotheses. 2006;66(1):84-6.
- 17 Hernan M, et al. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis. A prospective study. Neurology. 2004;63:838-42.
- 18 Little L. Evidence suggests vaccines do not cause autism. Medscape Medical News, 14.10.2005.
- 19 Weldon D. Statement vor dem Institute of Medicine am 9. Februar 2004. www.nationalautismusassociation.org/iom.php.
- 20 Farrington P, et al. A new method for active surveillance of adverse events from diphtheria/tetanus/pertussis and measles/mumps/rubella vaccines. Lancet. 1995;345:567-9.
- 21 CDC. Overview of vaccine safety. 2003. www.cdc.gov/nip/vacsafe.
- 22 Halsey NA. Limiting infant exposure to thiomersal in vaccines and other sources of mercury. JAMA. 1999;282:1763-6.
- 23 New York Time Magazine, 10. November 2002.
- 24 Geier M, Geier D. Hepatitis B vaccination safety. Ann Pharmacother. 2002;36:370-4.
- 25 Classen JB, Classen DC. Association between type 1 diabetes and Hib vaccine. BMJ. 1999;319:1133.
- 26 Literaturübersicht hierzu bei: Hirte M. Impfen – Pro und Contra. Das Handbuch für die individuelle Impfscheidung. München: Knauer; 2005.
- 27 Boseley S. MMR vaccine: new L3m campaign in danger of backfiring. The Guardian, 24. Januar 2001.
- 28 Kummeling I, et al. Etiology of atopy in infancy: The KOALA Birth Cohort Study. Pediatr Allergy Immunol. 2005;16:679-84.
- 29 Karvonen M, et al. Association between type 1 diabetes and haemophilus type b vaccination: birth cohort study. BMJ. 1999;318:1169-72.
- 30 Tuomilehto J, Karvonen M, et al. Record-high incidence of type I (insulin-dependent) diabetes mellitus in Finnish children. Diabetologica. 1999; 42:655-60.
- 31 Classen JB, Classen DC. Clustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2–4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in antibody pos. Individuals. J Pediatr Endocrinol Metab. 2003;16:495-508.
- 32 BAG-Bulletin Nr. 19, 8. Mai 2006.
- 33 BAG-Bulletin Nr.11, 13. März 2000.
- 34 Tschumper A, Abelin T. Die Impfstrategien gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfung) im Lichte der epidemiologischen Literatur. Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern. 1988.
- 35 BAG-Bulletin Nr. 19, 8. Mai 2006.
- 36 Arita I, et al. Is polio eradication realistic? Science. 2006;312:852-4.
- 37 Roberts L. Polio eradication: is it time to give up? Science. 2006;312:832-5.