

II-9820 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
 des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode



BUNDESMINISTER
 für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
 DR. MICHAEL AUSSERWINKLER

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2
 Telefon: 0222/711 72
 Teletex: 322 15 64 BMGSK
 DVR: 0649856

GZ 114.140/35-I/D/14/a/93

Herrn
 Präsidenten des Nationalrates
 Dr. Heinz FISCHER

4408/AB

Parlament
 1017 Wien

1993-05-10

zu 4439/J

Die Abgeordneten zum Nationalrat Mag.Dr. Madeleine Petrovic und FreundInnen haben am 10. März 1993 unter der Nr. 4439/J an mich beiliegende schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend Ungeheimtheiten und aufklärungsbedürftige Umstände bezüglich der FSME- und der BCG-Impfung, Anfragebeantwortungen, des Obersten Sanitätsrates und dessen Impfausschuß gerichtet.

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu Frage 1a):

Es ist richtig, daß ein Großteil der Österreicher nicht in einem FSME-Gebiet lebt. Es werden aber von vielen Österreichern Endemiegebiete zu Erholungszwecken in der Freizeit oder im Urlaub aufgesucht. Selbstverständlich ist das Risiko, an FSME zu erkranken, für Personen, die sich beruflich in Waldgebieten aufhalten (z.B. Waldarbeiter, Jäger etc.) höher, als für Personen, die nur sporadisch in solche Gebiete kommen. Es kann aber nicht angenommen werden, daß sämtliche FSME-Erkrankungen der letzten Jahre nur beruflich exponierte Personen betroffen haben.

- 2 -

Zu Frage 1b):

Die Ausführung in meiner Beantwortung Ihrer Anfrage Nr. 3942/J, Prof. Dr. Kunz hätte die Feststellung, es seien 5 - 6 Mio. Österreicher konkret durch Zeckenbiß FSME-gefährdet, nicht in seiner Eigenschaft als amtlicher Sachverständiger gemacht, ist nicht als Distanzierung zu sehen, sondern als Hinweis auf die Tatsache, daß jeder Wissenschafter das Recht hat, seine Meinung zu äußern.

Zu Frage 1c):

Für allfällige Maßnahmen im Zusammenhang mit der FSME-Impfung - das Arzneimittelgesetz bietet hiefür im übrigen keine Rechtsgrundlage - wäre der Nachweis der Irreführung erforderlich. Ein solcher Nachweis ist durch die von Ihnen zitierte Veröffentlichung nicht gegeben.

Zu den Fragen 2a) und c):

Da der FSME-Impfstoff vor Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes nicht zulassungspflichtig war, erfolgten fachliche Beurteilungen im Zuge der Chargenfreigaben (vgl. die Beantwortung zu 2b). Einer Weitergabe der in diesen Verwaltungsverfahren erstellten Gutachten ist aus Gründen der Amtsverschwiegenheit nicht zulässig, weil im gesundheits- und wirtschaftspolitisch sensiblen Bereich pharmazeutischer Produktüberprüfungen die Geheimhaltung von Untersuchungsergebnissen im Interesse des jeweiligen pharmazeutischen Unternehmens geboten ist.

Das Bdstl. Serumprüfungsinstutut wird (wie bei allen Impfstoffen, die bereits vor Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes in Verkehr waren) eine grundsätzliche Beurteilung vorzunehmen ha-

- 3 -

ben. Dafür werden dem Serumprüfungsinstutut auch die von Ihnen übermittelten Unterlagen zur Verfügung stehen.

Zu Frage 2b):

Zur fachlichen Beurteilung des FSME-Impfstoffes im Rahmen von behördlichen Verfahren ist das Bundesstaatliche Serumprüfungsinstutut zuständig. Es handelt sich dabei um eine Dienststelle meines Ressorts. Vor Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes, BGBI. Nr. 185/1983, war der FSME-Impfstoff nicht zulassungspflichtig. Dennoch wurde seit Marktverfügbarkeit die Unbedenklichkeit des Impfstoffes im Zuge von Chargenprüfungen beurteilt. Seit 1983 werden die Chargen des FSME-Impfstoffes auf Unbedenklichkeit, Qualität und Wirksamkeit überprüft. Das Bundesstaatliche Serumprüfungsinstutut wird jeweils anlässlich der einzelnen Chargenfreigaben mit dem FSME-Impfstoff befaßt.

Zu Frage 2d):

Ich verweise auf meine Ausführungen zu Frage 5 der in Kopie beiliegenden Beantwortung der Anfrage Nr. 3206/J vom 21. August 1992.

Das Institut für Virologie der Universität Wien bzw. Prof. Kunz veröffentlichen die Daten über FSME in den virusepidemiologischen Informationen. Diese Daten sind somit öffentlich zugänglich.

- 4 -

Zu den Fragen 3a) und b):

Berufliche Stellung (Titel und Funktion) der Mitglieder des Impfausschusses des OSR sowie Angehörigkeit zum OSR

Vorsitzender (bis Jänner 1992)

Univ.-Prof. Dr. J.R. Möse

Vorstand des Hygieneinstitutes der Univ. Graz (emeritiert)
(früher ordentl. Mitglied des OSR)

Univ.-Prof. H.Dr. Flamm

Vorstand des Hygieneinstitutes der Univ. Wien (emeritiert)
(früher ordentl. Mitglied des OSR)

Stadtphysikus Hofrat Dr. Junker

Landessanitätsdirektor von Wien (in Pension)
(früher ordentl. Mitglied des OSR)

Stadtphysika Hofrat Dr. Rita Krause

MA 15-Gesundheitsamt (in Pension)
(früher ordentl. Mitglied des OSR)

Hofrat Dr. Franz Pötsch

Direktor der Bdstl. bakt.-serol.UA Wien (in Pension)

Univ.-Prof. Dr. Klaus Rosanelli

Univ. Frauenklinik Graz

Univ.-Prof. Dr. Zweymüller

Vorstand der Univ. Kinderklinik Wien (emeritiert)
(früher ordentl. Mitglied des OSR)

Oberphysikatsrat Dr. Christine Bruns

MA 15, Wien, Leiterin des Referats f. Seuchenbekämpfung und
Infektionskrankheiten

Univ.-Prof. Dr. Holczabeck

Vorstand des Gerichtsmedizinischen
Institutes Wien (emeritiert)
(früher ordentl. Mitglied des OSR)

Univ.-Prof. Hofrat Dr. Viktor Dostal

Direktor des Bdstl. Serumprüfungsinstitutes/
Bdstl. Impfstoffgewinnungsanstalt Wien (in Pension)

- 5 -

Oberphysikatsrätin

Dr. Elisabeth Zehetner (früher Dr. Schmied-Klien)
Leiterin des MA 15, Wien - Tuberkulosreferats

Prof. Dr. Franz X. Heinz
Institut für Virologie der Univ. Wien

Univ.- Prof. Dr. Arnulf Fritsch
Vorstand der I. Chirurg. Univ.-Klinik Wien
(ordentl. Mitglied des OSR)

Vorsitzender (seit Jänner 1992)
o.Univ.-Prof. Dr.med. Gerhard Wiedermann
Vorstand des Instituts für Spezifische
Prophylaxe und Tropenmedizin
(ordentl. Mitglied des OSR)

Univ.-Prof. Prim.Dr. I. Mutz
Vorstand der Kinderabteilung
Landeskrankenhaus Leoben

Univ.-Prof. Dr. Manfred P. Dierich
Vorstand des Hygiene-Institutes der Univ. Innsbruck
Leiter der Bdstl. bakt. -serol. UA Innsbruck
(ordentl. Mitglied des OSR)

Univ.-Prof. Dr. Christian Kunz
Vorstand des Institutes für Virologie der Univ. Wien
(ordentl. Mitglied des OSR)

Univ.-Prof. Dr. Franz Ambrosch
Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin

Prim. Univ.-Prof. DDr. Ernst G. Huber
Vorstand des Kinderspitals Salzburg (in Pension)

DDr. Wolfgang Maurer
Direktor des Bdstl. Serumprüfungsinstitutes/
Bdstl. Impfstoffgewinnungsanstalt

Univ.-Prof. Dr. Martha Eibl
Institut für Immunologie der Univ. Wien

Oberstadphysika
Hofräatin Dr. Helene Kapaun
Landessanitätsdirektorin von Wien
(ordentl. Mitglied des OSR)

- 6 -

Prof. Dr. Walter Stögmann
Vorstand des Gottfried von Preyer'schen
Kinderspitals Wien

Univ.-Prof. Dr. Ronald Kurz
Vorstand der Univ.-Kinderklinik Graz
(ordentl. Mitglied des OSR)

Dr. Wilhelm Sedlak
Facharzt für Kinderheilkunde, Linz

Zu den Fragen 3c) bis g):

Informationen in dem von Ihnen genannten Sinn stehen mir nicht zur Verfügung; es ist mir lediglich bekannt, daß Frau Prof. Eibl mit Herrn Dr. Hans Eibl, Vorstandsdirektor der Fa. Immuno, verheiratet ist.

Zu Frage 3h):

Ich verweise auf meine Ausführungen zu den Fragen 1 und 2 der beiliegenden Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 3481/J vom 18. November 1992. Mein Ressort hat den diesbezüglichen Beschlüssen keinen "gutächtlichen Charakter", sondern den Charakter von Beschlüssen von beratenden Gremien zu erkannt.

Zu Frage 3i):

Grundsätzlich sollen beratende Ausschüsse und Kommissionen fachlich bestmöglich besetzt sein. Beziehungen zu Arzneimit telherstellern stellen primär keinen Hinderungsgrund für die Nominierung dar, zumal in manchen Fällen das know how eines Herstellerbetriebes für die Fachberatungen sinnvoll sein kann. Die Mitgliedschaft in einem Fachgremium darf nicht mit einer gutachterlichen Tätigkeit verwechselt werden.

- 7 -

Zu den Fragen 4a) und b):

Der vom OSR bzw. dessen Impfausschuß ausgearbeitete Impfplan stellt eine Empfehlung eines beratenden Gremiums des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz dar und entspricht dem international anerkannten Stand der Wissenschaften. Ich sehe daher keinen Grund, in der von Ihnen vorgeschlagenen Weise tätig zu werden.

Die Veröffentlichung erfolgt durch das Gesundheitsressort und wird allen Ämtern der Landesregierungen, der Österreichischen Ärztekammer, den Landesärztekammern und der Österreichischen Apothekerkammer zur Kenntnis gebracht. Darüber hinaus wurde die Empfehlung des OSR aus dem Jahr 1989 betreffend die Erneuerung der empfohlenen Impftermine Ende 1989 auch in der Broschüre "Impfungen-Wer-Wann-Warum" bekanntgemacht, die ebenfalls an alle Ämter der Landesregierungen verteilt wurde.

Die Veröffentlichung der neuen Impfempfehlung 1989 erfolgte somit auf dem üblichen Weg und keineswegs halbherzig. Dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz kommt - über die Veröffentlichung des jeweiligen aktuellen Impfplanes hinaus - keine Möglichkeit zu, auf das Verhalten der impfenden Ärzte Einfluß zu nehmen.

Eine Schadenszufügung auf Grund von unrichtigen Gutachten im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung führt zu einer Haftung des Bundes im Rahmen der allgemeinen zivilrechtlichen Schadensbestimmungen des ABGB, wobei insbesondere auf den Kausalitätszusammenhang als ein Schadenersatz auslösendes Kriterium hinzuweisen ist.

-8-

Ein Amtshaftungsanspruch von **impfgeschädigten Kindern** gegen den Bund wegen der Impfempfehlung des OSR kommt schon deswegen nicht in Betracht, weil die Impfempfehlungen des OSR zu keinen Maßnahmen des Bundes im Rahmen der Hoheitsverwaltung geführt haben.

Zu Frage 4c):

Da Prof. Kunz nicht als Gutachter in einem Verfahren betreffend FSME-Impfstoff für mein Ressort tätig ist, fühle ich mich nicht berechtigt oder verpflichtet, ihn über allfällige Firmenbeteiligungen zu befragen.

Ausweichen

BEILAGEN

II- 9019 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode

Nr. 4439 IJ

1993-03-10

1

A N F R A G E

der Abgeordneten MMag.Dr. Madeleine Petrovic und FreundInnen an den Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betreffend Ungereimtheiten und aufklärungsbedürftige Umstände bezüglich der FSME- und der BCG-Impfung, Anfragebeantwortungen, des Obersten Sanitätsrates und dessen Impfausschuß.

Die Anfragebeantwortungen des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz vom 25.8.1992, Nr. 3179/AB zu 3206/J, vom 18.11.1992, Nr. 3448/AB zu 3481/J, und vom 12.2.1993, Nr. 3926/AB zu Nr. 3942/J, betreffend die FSME- und BCG-Impfung und den Obersten Sanitätsrat, weisen eine Reihe von Ungereimtheiten und aufklärungsbedürftigen Umständen auf.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher an den Herrn Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz folgende parlamentarische

A n f r a g e

1.) Im Organ der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, vom November 1992, wird unter der Rubrik KVH-Pharmakotherapie Nr.1, November 1992, die Frage gestellt "Was ist gefährlicher - Zeckenbiß oder Impfung?" und die Feststellung getroffen "FSME-Impfung nur bei Waldarbeitern, Jägern, etc."

Im Text wird ausgeführt:

"Das Risiko bleibender Schädigung durch Erkrankung an FSME nach Zeckenbiß liegt in Endemiegebieten bei 1 : 78.000.

Das Risiko nach Impfung zu erkranken, vor allem an neurologischen Störungen unterschiedlichen Schweregrades, liegt bei 1 : 32.000. Somit ist die FSME-Impfung doppelt so gefährlich wie der Biß einer infizierten Zecke."

- a) Wie vereinbaren Sie diese Aussagen mit Ihrer Aussage in der Anfragebeantwortung vom 25.8.1992, Seite 4, wonach die Schätzung von Prof. Kunz, daß ca. 5 Mio. Österreicher potentiell FSME-gefährdet sind, durchaus realistisch sein könnte, obwohl Ihnen bekannt ist oder zumindest bekannt sein müßte, daß ein Großteil der Österreicher gar nicht in einem Endemiegebiet lebt und keineswegs durch die Zecken, sondern viel mehr durch die Impfung gefährdet ist?
- b) Wieso distanzieren Sie sich erst jetzt in Ihrer Anfragebeantwortung vom 12. Februar 1993, S. 4, insofern von Prof. Kunz, als Sie nunmehr behaupten, "Prof. Dr. Kunz hat die Feststellung, es seien 5 - 6 Mio. Österreicher konkret durch Zeckenbiß FSME-gefährdet, nicht in seiner Eigenschaft als amtlicher Sachverständiger gemacht."?
- c) Sind Sie der Meinung, daß nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes für Sie als Aufsichtsbehörde umgehender Handlungsbedarf besteht, nachdem die irreführende FSME-Impfwerbung auch in diesem Jahr wieder eingesetzt hat und öffentliche Gelder (u.a. horrende Zuschüsse der Krankenkassen zu den Impfkosten) für die Impfung aufgewendet werden?

Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, was werden Sie veranlassen?

- 2.) Auf Seite 4 Ihrer Anfragebeantwortung vom 12.2.1993 teilen Sie mit, daß Prof. Kunz kein Sachverständigengutachten erstellt, sondern lediglich sein Fachwissen in die Diskussion eingebracht hat, alle Berechnungen und epidemiologischen Ableitungen in seiner Eigenschaft als Leiter des Institutes für Virologie getätigt wurden und die Gewähr für die Richtigkeit der Daten nur von den

Autoren gegeben werden kann, da diese Daten nicht aus dem Gesundheitsministerium stammen.

Auf Seite 3 stellen Sie fest, daß die Beurteilung von Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit von Arzneimitteln Sachverständigen obliegt, die im Rahmen des Zulassungsverfahrens Gutachten erstellen, und diese Aufgabe nicht durch den Obersten Sanitätsrat und seinem Impfausschuß wahrgenommen wird. Der Impfausschuß berate den Obersten Sanitätsrat lediglich über den Impfplan und die Kommentare dazu, Gutachten seien hiezu keineswegs erforderlich.

Trotzdem ist davon auszugehen, daß die vom Obersten Sanitätsrat abgegebenen Impfempfehlungen und Kommentare, die auf Expertenmeinungen beruhen, von Ihnen in Erlässen 1 : 1 übernommen werden und somit in die Vollziehung Eingang finden, den Charakter von Gutachten haben.

a) Haben Sie die in unseren parlamentarischen Anfragen Nr. 3206/J vom 26. Juni 1992, Nr. 3148/J vom 17. Juni 1992, und Nr. 3481/J vom 18. September 1992 vorgelegten und dokumentierten gravierenden Bedenken und Hinweise auf offensichtliche Fehler und Unstimmigkeiten in den Berechnungen und Daten über die FSME-Impfung, betreffend die angeblichen Erfolge und behauptete Unbedenklichkeit, den für die Beurteilung von Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit von Arzneimitteln zuständigen Sachverständigen zur Überprüfung vorgelegt?

Wenn ja, mit welchem Ergebnis und sind Sie bereit, die betreffenden Sachverständigengutachten Ihrer Anfragebeantwortung beizuschließen?

Wenn nein, warum nicht, und werden Sie diesen Schritt der Begutachtung unverzüglich nachholen?

b) Wer sind bzw. waren bisher in den jeweiligen Funktionsperioden namentlich aufgelistet die betreffenden zuständigen

Sachverständigen seit 1973 (Zulassung des FSME-Impfstoffes) und wann wurden diese Sachverständigen nach der Zulassung mit dem betreffenden Arzneimittel erneut befaßt?

c) Sind Sie bereit, jene Gutachten vorzulegen, die zur Zulassung des FSME-Impfstoffes geführt haben bzw. im Rahmen weiterer Überprüfungen erstellt wurden?

d) Halten Sie es für richtig, daß die FSME-Daten, die Grundlage der Werbung und der mit zwei- bis dreistelligen Millionenbeträgen aus öffentlichen Geldern gestützten FSME-Impfung von rund 5 Millionen Österreichern waren und sind, unkontrolliert zunächst nur Prof. Kunz und der Impfstoff-Firma IMMUNO zur Verfügung gestellt werden und nicht direkt den Sanitätsbehörden und/oder anderen amtlichen Stellen?

3.) In Ihrer Anfragebeantwortung vom 18.11.1992, Nr. 3448/AB zu 3481/J, teilen Sie zwar die Mitglieder des Impfausschusses seit 1983 mit, jedoch ohne Angabe der Funktion und des Berufes sowie Titels der Mitglieder des jeweiligen Impfausschusses. Wir haben nachfolgend die von Ihnen genannten angegebenen Mitglieder des Impfausschusses aufgelistet.

Impfausschuß 1983 - 1991	1983/84	16.6.89	21.9.89	1.3.91	29.1.91	Impfausschuß ab 1992
Möse (Vorsitz)	·	·	·	·	·	Wiedermann (Vorsitz)
Mutz	·	·	·	·	·	Mutz
Wiedermann	·	·	·	·	·	Wiedermann
Dierich		·	·	·		Dierich
Ambrosch	·	·			·	Kunz
Junker	·	·	·			Ambrosch
Huber	·	·	·	·		Huber
Zweymüller	·	·	·	·		Maurer
Kunz	·		·	·		Eibl
Möse	·	·	·	·	·	Kapaun
Heinz		·				Stögmann
Holczabeck		·		·	·	Kurz
Fritsch						Sedlak
Maurer			·	·	·	
Eibl			·	·	·	
Kapaun		·	·	·	·	
	Flamm	Bruns	Dostal	Schmied -Klien	Bruns	

	Krause					
	Pötsch					
	Rosanelli					

- a) Wer von diesen Mitgliedern des Impfausschusses gehörte bzw. gehört dem Obersten Sanitätsrat als Mitglied/Ersatzmitglied an?
- b) Welchen Titel und welche Funktion bzw. berufliche Stellung haben bzw. hatten die Mitglieder des jeweiligen Impfausschusses?
- c) Wer von diesen Mitgliedern des Impfausschusses steht bzw. stand in einer wirtschaftlichen bzw. persönlichen Beziehung zur Firma IMMUNO und/oder zu einer anderen, in- oder ausländischen Impfstoffe herstellenden und/oder ausliefernden Pharmafirma und in welcher?
- d) Wer von den Mitgliedern des Impfausschusses hatte bzw. hat mit der Firma IMMUNO bzw. einer der anderen in Betracht kommenden Pharmafirmen einen Konsulentenvertrag und/oder einen Forschungsauftrag?
- e) Ist es richtig, daß das Mitglied "Möse" (Vorsitzender) des Impfausschusses an der Firma IMMUNO beteiligt war oder noch ist und einen Konsulentenvertrag hatte oder noch hat?
- f) Ist es richtig, daß das Mitglied "Kunz" des Impfausschusses zumindest über den FSME-Impfstoff am Umsatz der Firma IMMUNO beteiligt war und ist?
- g) Ist es richtig, daß das Mitglied des Impfausschusses "Eibl" in einem Naheverhältnis zur Firma IMMUNO und dessen Inhaber steht bzw. an der Firma IMMUNO beteiligt ist?
- h) Ist es richtig, daß der Impfausschuß weder Gutachten noch Wortprotokolle erstellt hat und Ihr Ressort dessen Beschlüsse und Empfehlungen trotzdem gutächtlichem Charakter zuerkannt und diese im Erlaßwege in die Vollziehung Eingang gefunden haben?

i) Halten Sie es für vertretbar, wenn Mitglieder des Impfausschusses des Obersten Sanitätsrates, der ein absolut neutrales Gremium sein sollte, in einem persönlichen und/oder wirtschaftlichen Verhältnis zum Impfstoffhersteller und Vertreiber IMMUNO und/oder anderer Impfstoffhersteller und Vertreiber stehen?

4.) In Ihrer Anfragebeantwortung vom 12.2.1993, Nr. 3926/AB zu 3942/J, teilen Sie mit, daß die generelle BCG-Impfung bei Säuglingen "bereits" im Jahre 1989 nicht mehr empfohlen wurde.

Uns ist aber bekannt, daß das fachkompetente Mitglied des Impfausschusses, Lungenfacharzt Wirkl. Hofrat Dr.med. Ermar Junker, Landessanitätsdirektor von Wien, die Abschaffung der generellen BCG-Impfung aufgrund einer Nutzen-Risiko-Abwägung und erheblicher Nebenwirkungen schon viele Jahre vorher vehement und gut begründet gefordert hat.

Herr Hofrat Dr. Junker hat bereits 1974 (!) in seinem Artikel "Problematik der BCG-Impfung" in den Mitteilungen der Österr. Sanitätsverwaltung, also im Organ Ihres eigenen Ressorts unter vorangehender Anführung mehrerer "BCG-Todesfälle in Wien" folgendes geschrieben:

"Ist heute noch die Fortführung der BCG-Impfungen bei der gegebenen epidemiologischen und therapeutischen Situation gerechtfertigt? Wie kann dieses Problem sachlich und ohne Emotionen gelöst werden? Wo liegen die Schwierigkeiten, die der Lösung dieser Fragen entgegenstehen?

1. In einer Zeit, in der die Krankheitsverhütung vorrangig bewertet wird, in der um einige wenige Krankheitsfälle zu verhüten, Unsummen von Geld ausgegeben und viel Arbeitsaufwand dafür geopfert wird, schwimmt man gleichsam gegen den Strom, wenn man die Meinung vertritt, bei einer Erkrankung zu warten bis sie auftritt, um diese dann zu behandeln.

2. Gewohnte Einrichtungen sind schwer abzuschaffen oder zu verändern.

3. Es gibt in Österreich nur wenige Ärzte, die die Entwicklung der Tuberkuloseepidemie in den letzten Jahren verfolgt haben und die Tuberkulosetherapie maximal beherrschen.
4. Bei den behandelnden Ärzten überwiegt das individualmedizinische Denken, und es besteht der allgemeine Trend, aus Einzelfällen allgemein gültige Schlüsse zu ziehen.
5. Die Schwierigkeit, eine impffreudige Bevölkerung zu überzeugen, daß eine Impfung nicht mehr unbedingt notwendig ist.
6. Die Angst, daß aus einer Fachfrage ein in die Öffentlichkeit getragener politischer Streit wird.
7. Die Wahrscheinlichkeit, daß nach Aufgabe der Impfung für jeden Erkrankungsfall an Tuberkulose diejenigen verantwortlich gemacht werden, die die Einstellung der Impfung veranlaßten.
"Hätte man geimpft, wäre ihr Kind nicht erkrankt."

Wegen der gegensätzlichen Ansichten über den Wert der Impfung und wegen der angeführten Befürchtungen wird die Entscheidung von Jahr zu Jahr verschoben. Wäre die BCG-Impfung ganz harmlos, wäre ein Warten, bis die Tuberkulose fast verschwunden ist, zu verantworten. Treten aber mehr Todesfälle und Erkrankungen als Folge von BCG-Impfungen auf als durch die Tuberkulose selbst verursacht, dann ist die Fortführung der BCG-Impfung als Massenimpfung unverantwortlich. Den Wert einer Impfung zu überschätzen und die Komplikationen zu bagatellisieren, führt nicht zum Ziel."

Trotz dieser schon sehr frühen, 1974 (!) erfolgten massiven und fachkompetenten Warnungen vor der generellen BCG-Impfung durch ein Mitglied des Impfausschusses in den Mitteilungen der Österr. Sanitätsverwaltung, dem Organ Ihres Ressorts, wurde die Empfehlung der generellen BCG-Impfung äußerst spät, nämlich erst 1989 (!) aufgegeben. Auch dies geschah nur halbherzig und so vage begründet, daß impffreudige Ärzte unbedenklich weiter impften und es 1990/91 zu massiven Impfschäden kam und hunderte Kinder durch unglückliche Umstände zum Teil schwer erkrankten und geschädigt sind.

Durch eine rechtzeitige Aufgabe der überaus bedenklichen und weitgehend überflüssigen generellen BCG-Impfung schon in den Siebzigerjahren hätten seither alle Nebenwirkungen einschließlich der Impfschäden von 1991 verhindert werden können.

Es erhebt sich daher auch die Frage nach der Mitschuld und der Haftung durch den Impfausschuß, den Obersten Sanitätsrat, und durch Ihr Ressort als Aufsichtsbehörde, welche von den schwerwiegenden Bedenken nachweislich schon lange Kenntnis hatte und haben mußte und nichts dagegen unternommen hat.

Sie begründen die Beibehaltung der generellen BCG-Impfung im Säuglingsalter bis 1989 in Ihrer Anfragebeantwortung auch damit, sie sei "nicht zuletzt auch wegen ihres möglichen protektiven Effektes gegen Leukämieerkrankungen" beibehalten worden.

Es erscheint uns als eine glatte und unverantwortliche Irreführung der Eltern und Öffentlichkeit und grobe Verletzung der bei Impfungen besonders strengen Aufklärungspflicht, wenn eine fragwürdige und bedenkliche Impfung gegen Tuberkulose unter dem Vorwand eines "möglichen" protektiven Effektes gegen Leukämieerkrankungen aufrecht erhalten wird und die Eltern und Öffentlichkeit nichts davon erfahren.

Uns liegt eine retrospektive Studie an 613 leukämischen Kindern aus dem Jahre 1981 vor. Aus diesen Kindern wurde eine Gruppe von 269 Patienten (Kinder bei Erkrankungsbeginn nicht älter als 5 Jahre) gebildet. Zwei der Autoren (Wiedermann, Ambrosch) waren und sind Mitglieder des Impfausschusses (Einfluß der BCG-Neugeborenenimpfung auf Häufigkeit und Verlauf kindlicher Leukämien. Fortschr. Med. 99 (1981) 1389-1393).

Die Autoren stellten zunächst eine Korrelation zwischen der BCG-Durchimpfungsrate und der Leukämie-Mortalität bei 0-5jährigen Kindern in 3-Jahres-Perioden 1964-1975 in Österreich und dann eine solche zwischen der BCG-Durchimpfungsrate und der Leukämie-Mortalität in den Bundesländern Stmk, Bgld, OÖ, NÖ, Wien, in der 10-Jahresperiode 1966-1975 her.

Eine Verdoppelung der BCG-Durchimpfungsrate von 1964 auf 1975 hatte nach den Autoren eine Halbierung der Leukämie-Mortalität in Österreich zur Folge. Wien mit der höchsten BCG-Durchimpfungsrate hatte die niedrigste, Steiermark mit der niedrigsten BCG-Durchimpfungsrate die höchste Leukämie-Mortalität. Tirol und die anderen Bundesländer fehlen in dieser Darstellung der Autoren.

Aus diesen Korrelationen zogen die Autoren den epidemiologisch und wissenschaftlich absolut unzulässigen Schluß, "daß durch die BCG-Neugeborenenimpfung die Leukämie-Mortalität in den ersten 5 Lebensjahren um 77% vermindert wird."

In der retrospektiven Studie wurde auch die BCG-Durchimpfungsrate mit der Leukämie-Morbidität in den gleichen Bundesländern zuzüglich Tirol in Korrelation gesetzt. Warum die Bundesländer Kärnten, Salzburg, und Vorarlberg, für die ebenfalls Daten vorlagen, ausgeschlossen wurden, ist nicht bekannt.

Obwohl die Korrelation statistisch überhaupt nicht signifikant ist ($p = 0,32$), zogen die Autoren daraus den absolut unzulässigen Schluß, "Es ergibt sich eine leicht negative Korrelation, aus der eine Schutzrate von 32% berechnet werden kann." Nimmt man das hinzugefügte Land Tirol aus der Rechnung heraus, ergibt sich überhaupt keine Korrelation und verläuft die Regressionslinie waagrecht. Vergleicht man wiederum die Bundesländer Wien und Steiermark mit der höchsten bzw. niedrigsten BCG-Durchimpfungsrate, so haben beide Bundesländer trotz der stark unterschiedlichen BCG-Durchimp-

fungsräte eine nahezu exakt gleiche Leukämie-Morbidität aufzuweisen.

Vergleicht man die Korrelationen der BCG-Durchimpfungsrate mit der Leukämie-Mortalität bzw. Leukämie-Morbidität, so ergibt sich daraus ein Widerspruch. Während die Korrelation mit der Mortalität hoch ist, ist sie mit der Morbidität gleich "Null". Es ist nun nicht anzunehmen, daß die BCG-Impfung zwar vor der Leukämie-Mortalität hochsignifikant "schützt", aber in den gleichen Bundesländern zur gleichen Zeit vor der Leukämie-Morbidität überhaupt nicht.

Es ist völlig unverständlich, wie sich die Sachverständigen des Impfausschusses des Obersten Sanitätsrates auf derart fragwürdige, epidemiologisch und statistisch untaugliche Studien stützen und sie zur Begründung der Fortführung der generellen BCG-Impfung im Säuglingsalter wegen des "möglichen, protektiven Effektes gegen Leukämieerkrankungen" heranziehen konnten.

a) Sind Sie bereit, unverzüglich eine Untersuchung gegen die Mitglieder des Impfausschusses des Obersten Sanitätsrates dahingehend einzuleiten, ob hier mangelnde wissenschaftliche Kenntnisse oder grobe Verletzungen der Sorgfalt- und Amtspflichten vorliegen bzw. Fahrlässigkeit oder Vorsatz mit dem Ziele der Aufrechterhaltung der BCG-Impfung?

Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, was werden Sie veranlassen, um derartige Vorkommnisse in Zukunft zu verhindern und wissenschaftlich zuverlässigere und unvoreingenommenere Empfehlungen vom Impfausschuß des Obersten Sanitätsrates zu erhalten?

b) Da die aufgetretenen und jetzt gerichtsanhängigen BCG-Impfschadensfälle bei einer sorgfältigen, wissenschaftlich vertretbaren und korrekten Vorgangsweise des Impfausschusses

des OSR jedenfalls unterblieben wären, weil dann selbst impffreudige Ärzte die betreffende BCG-Impfung nicht mehr durchgeführt hätten, stellt sich die Frage der Haftung, nachdem hier offensichtlich falsche und wissenschaftlich nicht vertretbare Gutachten in die Vollziehung Eingang gefunden haben.

Wie sehen Sie die Rechtslage auch im Hinblick auf die geschädigten Kinder und laufenden Gerichtsverfahren im Falle einer Ausdehnung der Anklage und im Hinblick auf die Tatsache, daß der Impfausschuß nach Ihren Mitteilungen in Anfragebeantwortungen mit Ihrer Billigung weder schriftliche Gutachten noch Wortprotokolle erstellt hat und somit wahrscheinlich eine Haftung zur ungeteilten Hand vorliegt?

c) Sind Sie nunmehr bereit, Herrn Prof. Kunz über eine allfällige finanzielle Beteiligung am Umsatz der Firma IMMUNO zu befragen und uns das Ergebnis bekanntzugeben?

BUNDESMINISTER
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
DR. MICHAEL AUSSERWINKLER

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2
Telefon: 0222/711 72
Teletex: 322 15 64 BMGSK
DVR: 0649856

18. NOV. 1992

GZ 114.140/115-I/D/14/a/92

Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Dr. Heinz FISCHER

Parlament
1017 Wien

Die Abgeordneten zum Nationalrat Mag.Dr. Madeleine Petrovic und FreundInnen haben am 18. September unter der Nr. 3481/J an mich beiliegende schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend die verharmlosende und unglaubliche Beantwortung unserer parlamentarischen Anfragen zum Problem der "FSME-Impfung" ("Zeckenschutz-Impfung") gegen FSME-Erkrankungen (Frühsommer-Meningoenzephalitis) vom 26. Juni 1992 unter Nr. 3206/J und zum Problem Meldepflichtverordnung über Impfdurchbrüche vom 17. Juni 1992 unter Nr. 3148/J gerichtet.

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu den Fragen 1 und 2:

Meine Antwort auf die Frage 1 der seinerzeitigen Anfrage Nr. 3206/J ist weder ausweichend noch habe ich die Frage unbeantwortet gelassen. Ich bin vielmehr nach wie vor der Ansicht, daß meiner Antwort eindeutig zu entnehmen ist, daß die Impfempfehlungen des Obersten Sanitätsrates bzw. des Impfausschusses nicht auf Gutachten, sondern auf dem Ergebnis von Beratungen und Diskussionen der im Impfausschuß vertretenen Experten basieren, wobei Grundlagen hiefür das fachliche Wissen der Experten und der jeweilige Stand der medizinischen Wissenschaft sind.

-2-

Da Gutachten für die Impfempfehlung nicht erstellt wurden, kann ich in meiner Antwort weder eine "Verheimlichung" noch eine Behinderung der Arbeit von Abgeordneten zum Nationalrat sehen. Außerdem möchte ich betonen, daß der Oberste Sanitätsrat ein auf Basis der durch das Parlament beschlossenen Gesetze eingerichtetes, hochrangiges Wissenschaftsgremium darstellt.

Um weitere Mißverständnisse zu vermeiden, stelle ich fest, daß Sie in Ihrer Anfrage Nr. 3206/J nach Gutachten, nunmehr aber nach Gutachten und Protokollen gefragt haben.

Was die Gutachten betrifft, verweise ich auf obige Ausführungen. Im übrigen ist zu bemerken, daß im Impfausschuß keine Wortprotokolle geführt werden, sondern nur die Diskussionsergebnisse festgehalten werden. Im vorliegenden Fall stellt die Impfempfehlung das Diskussionsergebnis dar.

Zu Frage 3:

Frage 3 der Anfrage Nr. 3206/J habe ich wie folgt beantwortet:

Ob Vereinbarungen finanzieller Natur zwischen Prof. Dr. Kunz und der Firma Immuno bestehen, ist meinem Ressort nicht bekannt. Für das Gesundheitsressort besteht jedoch kein Grund, an der Integrität von Prof. Kunz als anerkanntem Wissenschaftler zu zweifeln.

Es ist weder unglaublich noch unverständlich, daß mein Ressort keine Kenntnis von allfällig bestehenden Verträgen bzw. Abmachungen finanzieller Natur zwischen einzelnen Forschern und in der Forschung tätigen Betrieben hat.

Im übrigen kann von Befangenheit im gegebenen Zusammenhang nicht gesprochen werden. Der Vergleich mit einem Gerichtsverfahren ist völlig unzutreffend. Es wurde und wird von Prof. Kunz nicht in einem Verfahren entschieden, vielmehr besteht über die Sinnhaftigkeit der FSME-Impfung, die sich auf gefährdete Personen bezieht

(Indikationsimpfung), wissenschaftlicher Konsens bei sämtlichen Mitgliedern des OSR-Impfausschusses. Dieser Konsens ist international abgesichert.

Zu Frage 4:

Ich verweise u.a. auf meine Beantwortung von Frage 17 der Anfrage Nr. 3206/J. Die Impfempfehlung des Obersten Sanitätsrates entspricht dem international anerkannten Stand der Wissenschaften. Ich sehe daher keinen Grund für die von Ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen. Punktuell möchte ich auf einige Fehlinterpretationen in Ihrer Argumentation hinweisen:

4 a) Prof. Kunz hat lediglich festgestellt, daß vor Beginn der Massenimpfungen aufgrund der geringen Durchimpfungsrate noch kein drastischer Rückgang der Erkrankungshäufigkeit zu beobachten war, da sich in zunehmendem Maße Personen während ihrer Freizeitaktivitäten die Krankheit zuzogen.

4 b) Die vor 1973 erhobenen Erkrankungsdaten sind natürlich nicht zu hoch, sondern zu tief gegriffen. Vor dieser Zeit mußten oft FSME-Fälle aufgrund der damals noch nicht ausgereiften diagnostischen Methoden als "fraglich" bewertet werden. Solche Erkrankungen, die zumindest zum Teil durch das FSME-Virus verursacht waren, wurden nicht in die Statistik aufgenommen. Erst nachdem eine von Kunz und Hofmann (Bakt.I., Orig. 218, 273, 1971) entwickelte, frühdiagnostische Methode zur Verfügung stand und ab 1973 auch im Hygiene-Institut der Universität Graz eingesetzt wurde, war dieser Mangel beseitigt. Dazu kommt noch, daß früher in manchen Gebieten nicht mit dem Vorkommen der Krankheit gerechnet wurde und daher keine diagnostischen Untersuchungen durchgeführt worden sind.

4 c) Prof. Kunz hat 1973 insgesamt 80 (!) Personen geimpft. Im Jahr 1976 gab es etwa 30.000 Geimpfte. Diese Zahl stieg bis zum Beginn der Massenimpfungen im Jahre 1981 auf maximal 500.000 an. Laut einer Umfrage des Fessel-Institutes hat sie sich seither

-4-

verzehnfacht. Die höchste Durchimpfungsrate hat Kärnten (80 %), gefolgt von Niederösterreich (79 %), Wien (74 %) und der Steiermark (71 %).

Die Impfung hat die Morbidität (Erkrankungshäufigkeit) der FSME in Österreich zurückgedrängt.

Dies zeigen folgende Fakten auf:

Die außerordentliche Wirksamkeit der FSME-Impfung lässt sich am klarsten aus der Anzahl der Fälle bei Ungeimpften im Vergleich zu den Geimpften ablesen. Dabei setzen sich eher geimpfte Personen als ungeimpfte einem Zeckenbefall aus. Die Witterungsbedingungen und damit die Zeckenaktivität haben auf diese Relation keinen Einfluss, denn sie sind für beide Gruppen gleich. Laut einer Umfrage des Fessel-Institutes waren 1991 bereits 65 % der österreichischen Bevölkerung geimpft. Geht man davon aus, daß maximal 6 Millionen Personen infektionsgefährdet sind, so sind in 1,125 Millionen Ungeimpften 121 Erkrankungen mit Spitalsaufenthalten aufgetreten, in 4,875 Millionen Geimpften jedoch nur 7. (Fünf dieser 7 Personen hatten sich der Auffrischungsimpfung nicht unterzogen, werden aber trotzdem in die Berechnung eingeschlossen). Daraus ergibt sich eine Schutzrate von 98,7 %. Betrachtet man alle Österreicher als exponiert, was natürlich nicht der Fall ist, so würde die Schutzrate immer noch 96,7 % betragen.

Die durch dieselbe Zecke (Holzbock) wie das FSME-Virus übertragene bakterielle Infektion, die Lyme Borreliose, hat laut Prof. Stanek, Hygiene-Institut der Universität Wien, in den letzten Jahren keineswegs abgenommen, so daß kein Hinweis für eine geringere Exposition der Menschen im Vergleich zu früher besteht.

Zu Frage 5:

Ihre Bitte um "wahrheitsgemäße Angaben" scheint davon auszugehen, ich hätte früher keine wahrheitsgemäßen Angaben gemacht. Diese Unterstellung möchte ich zunächst entschieden zurückweisen.

In den letzten 10 Jahren sind 35 Meldungen gemäß § 75 AMG betreffend die FSME-Impfung eingelangt. Keine dieser Meldungen bezieht sich auf Impfdurchbrüche. Die Meldungen verteilen sich auf die Jahre wie folgt:

1992:	12 Meldungen
1991:	11 Meldungen
1990:	6 Meldungen
1989:	4 Meldungen
1986:	1 Meldung
1982:	1 Meldung

Vor dem Jahre 1982 ist keine Meldung in diesem Zusammenhang erfolgt. Der Anstieg der Meldefrequenz in den Jahren 1991/92 kann darauf zurückgeführt werden, daß mit 1. April 1991 das Inkrafttreten der Meldepflicht-Verordnung (BGBl.Nr.115/1991) erfolgte, durch welche Inhalt, Umfang und Form der Meldungen geregelt wurde und die 1991 in entsprechender Form publiziert wurde (Aussendungen des Arzneimittelinformations- und -meldeSystems "Rote Hand" und damit auch Publizierung in Ärzte- und Apothekerzeitung).

Weiters sind meinem Ressort Veröffentlichungen zur Thematik "FSME-Impfung" bekannt. Einige davon betreffen konkrete Fälle von Nebenwirkungen bzw. Impfdurchbrüchen:

- Arznei-Telegramm 5/92:

1 Fall von Quincke-Ödem und nachfolgender über den ganzen Körper verteilter Ödem- und Ergußbildung, immunsuppressive Therapie erforderlich, Nieren- und Leberfunktionseinschränkung, bleibende Niereninsuffizienz ("Capillary leak syndrome" im Rahmen einer vermutlich durch FSME-Impfung hervorgerufenen immunogenen Bindegewebserkrankungen);

- Gutachten des Bundesstaatlichen Serumprüfungsinstitutes vom 5.2.1992/Grundlage: Publizierte Zusammenfassung neurologischer Impfkomplikationen (R.Gold et al, DMW, 117, 112-116, 1992): Nutzen-Risiko-Abwägung der FSME-Impfung in hohem Ausmaß von der Zeckendurchseuchung bestimmt, Beurteilung der Kausalität zwi-

-6-

schen Impfung und neurologischen Komplikationen generell sehr schwierig, da z.B. das Guillain-Barré-Syndrom vielfältige Ursachen haben kann und auch als neurologische Komplikation im Zusammenhang mit einer Impfung mitgeteilt wurde, nur 2 gesicherte Neuritisfälle nach FSME-Impfung, der Zusammenhang mit Krampfanfällen in 10 von 12 Fällen zweifelhaft, möglich in 2 Fällen, bei 72 neurologischen Nebenwirkungen nach eingehender Begutachtung keine gesicherte oder wahrscheinliche Kausalität einer nach FSME-Impfung aufgetretenen Meningitis, Enzephalitis und von Krampfanfällen festgestellt;

- Virusepidemiologische Information Nr. 22/91
60-jähriger mit Impfdurchbruch (Medical Tribune vom 13.9.91)
mögliche Erklärung: hochgradige Virulenz des Erregers, hohe Infektionsdosis (5 Zecken), genetische Disposition, altersbedingtes Nachlassen der Immunantwort -> Prüfung von Impferfolg bei über 50-jährigen sollte erfolgen;
im Jahre 1991: 6 Patienten mit Impfdurchbrüchen, Impfversagen bei jeder Impfung gegeben, FSME-Impfung: Schutzrate 98 - 99 %;
- Arznei-Telgramm 7/91:
8 weitere Netzwerk-Meldungen in Verbindung mit FSME-Impfung, überwiegend neurologische Komplikationen;
- Arznei-Telegramm 8/89:
Seit August 1988 gehäuft neurologische Komplikationen nach FSME-Impfung; 20 Fallmeldungen, 8 davon Entwicklung eines Anfallsleidens, 5 Symptome eines Meningitismus, 4 schwere Neuropathien, 4 Kopf- und Nackenschmerzen
- Arznei-Telegramm 6/89:
bisher 13 Berichte über neurologische Komplikationen im Netzwerk;

Ausreise weiter



BUNDESMINISTER
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
DR. MICHAEL AUSSERWINKLER

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2
Telefon: 0222/711 58
Teletex: 322 15 64 BMGSK
DVR: 0649856

GZ 114.140/83-I/D/14/a/92

Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Dr. Heinz FISCHER

21. AUG. 1992

Parlament
1017 Wien

Die Abgeordneten zum Nationalrat Petrovic und FreundInnen haben am 26. Juni 1992 unter der Nr. 3206/J an mich beiliegende schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend die "FSME-Impfung" ("Zeckenschutz-Impfung") gegen FSME-Erkrankungen (Frühsommer-Meningoenzephalitis) gerichtet.

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu Frage 1:

Die Impfempfehlungen des Obersten Sanitätsrates (OSR) bzw. des Impfausschusses basieren auf dem Ergebnis von Beratungen und Diskussionen der im Impfausschuß vertretenen Experten, wobei Grundlage hiefür das fachliche Wissen der Experten und der jeweilige Stand der medizinischen Wissenschaft sind.

Zu Frage 2:

Weder Prof. Kunze noch Doz. Schwarz vom Institut für Sozialmedizin der Universität Wien haben an den Impfempfehlungen des OSR mitgewirkt. Prof. Kunz ist in seiner Eigenschaft als Vorstand des Instituts für Virologie der Universität Wien sowohl Mitglied des Impfausschusses des OSR als auch ordentliches Mitglied des OSR und hat bei der Ausarbeitung des Impfplanes mitgewirkt.

- 2 -

Zu Frage 3:

Ob Vereinbarungen finanzieller Natur zwischen Prof. Dr. Kunz und der Firma Immuno bestehen, ist meinem Ressort nicht bekannt. Für das Gesundheitsressort besteht jedoch kein Grund, an der Integrität von Prof. Kunz als anerkanntem Wissenschaftler zu zweifeln.

Zu Frage 4:

Die Beantwortung dieser Frage fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung.

Zu Frage 5:

Nachdem die Diagnose "FSME" serologisch abgesichert werden muß, ist es allgemein üblich, daß Ärzte bzw. Krankenanstalten mit dieser Diagnostik einschlägig erfahrene Institute befassen (z.B. Institut für Virologie der Universität Wien, Hygieneinstitut der Universität Graz). Es besteht kein Grund zur Annahme, Institute medizinischer Fakultäten in Österreich wären nicht "neutral". Prof. Kunz faßt in seiner Eigenschaft als Vorstand des Institutes für Virologie der Universität Wien die in seinem eigenen und im Hygieneinstitut der Universität Graz diagnostizierten Fälle zu einer österreichweiten Statistik zusammen. Für eine Änderung dieser Vorgangsweise besteht kein Anlaß. Im übrigen ist die FSME keine meldepflichtige Krankheit.

Daß Meldungen von FSME-Erkrankungsfällen in Österreich direkt an die Firma Immuno erfolgen sollen, ist nach meiner Kenntnis nicht richtig. Nachdem Prof. Kunz seit Jahren u.a. auch die FSME-Statistik in den Virusepidemiologischen Informationen publiziert, sind diese Daten auch für die Firma Immuno zugänglich.

- 3 -

Zu Frage 6:

Bei der Entscheidungsfindung und Beschußfassung des OSR in Fragen von Impfempfehlungen ist ein multidisziplinäres Team befaßt, das sich aus Virologen, Hygienikern, Klinikern, Spezialisten für spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin etc. zusammensetzt. Im Impfausschuß des OSR sind außerdem Mitglieder der Impfausschüsse der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, der Österreichischen Gesellschaft für spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin sowie der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin und außerdem Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose vertreten.

Zu Frage 7:

An der Erstellung der Statistik über FSME-Erkrankungen bzw. verhinderte Fälle von FSME waren das Institut für Virologie der Universität Wien sowie das Hygieneinstitut der Universität Graz beteiligt. Es besteht kein Anlaß, diese Institute nicht als unabhängig und sachkundig zu bezeichnen.

Zu Frage 8:

Impfungen gehören in den Bereich der prophylaktischen Medizin. Die Nutzen/Risiko-Abwägung von Impfungen sollte daher ausschließlich einschlägigen Fachexperten überlassen bleiben.

Mein Ressort hat jedenfalls keinen Anlaß, an der fachlichen Kompetenz und Integrität der Mitglieder des Obersten Sanitätsrates zu zweifeln.

- 4 -

Zu Frage 9:

Unter Bedachtnahme auf die Verbreitungsgebiete der FSME in Österreich und die Tatsache, daß sich auch Menschen aus FSME-freien Gebieten, z.B. anlässlich ihres Urlaubes, in einem FSME-Verteilungsgebiet aufhalten, besteht für einen Großteil der Bevölkerung eine Gefährdung, sich mit FSME zu infizieren.

Im übrigen hat das Gesundheitsressort keinen Einfluß auf die Werbestrategie der FSME-Impfkampagne. Soferne mein Ressort Aufklärungs- und Werbekampagnen durchgeführt hat, wurden stets angstmachende oder aggressive Werbestrategien vermieden.

Zu Frage 10:

Die Schätzung von Prof. Kunz, daß ca. 5. Mio. Österreicher potentiell FSME-gefährdet sind, könnte durchaus realistisch sein.

Zu Frage 11:

Selbstverständlich sollten sich auch in den Bundesländern Tirol, Vorarlberg und Salzburg solche Menschen gegen FSME impfen lassen, die aus beruflichen oder privaten Gründen in Bundesländern mit starker Zeckenaktivität verseuchte Zonen aufsuchen. In den Bundesländern Vorarlberg, Tirol und Salzburg ist die FSME-Durchimpfungsrate weitaus niedriger als in den übrigen Bundesländern.

Zu Frage 12:

Öffentliche Schulen sollten Informationsaktivitäten über die FSME-Impfung dahingehend unterstützen, daß sie auch ihrerseits die Eltern der Schüler über die Möglichkeit bzw. Sinnhaftigkeit der FSME-Impfung informieren. Würde sich z.B. ein Kind anlässlich eines

- 5 -

Schulausfluges eine FSME zuziehen, könnte dies Haftungsklagen zur Folge haben.

Zu Frage 13:

In Deutschland wird die FSME-Impfung als Indikationsimpfung bzw. Reiseimpfung empfohlen (Kopie liegt bei, Beilage 1).

Zu den möglichen Nebenwirkungen verweise ich auf die Gebrauchsinformation des in Österreich verwendeten Impfstoffes, der folgende Hinweise enthält:

"Nebenwirkungen

Gelegentlich können lokale Reaktionen wie Rötung und Schwellung im Bereich der Stichstelle, Schwellung der regionären Lymphdrüsen sowie Allgemeinreaktionen wie Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen, Übelkeit und Kopfschmerzen auftreten.

In seltenen Fällen treten kurzzeitiges Fieber über 38 C, Erbrechen oder vorübergehender Hautausschlag auf.

In sehr seltenen Fällen treten nach Impfung Nervenentzündungen unterschiedlichen Schweregrades auf."

Bei Arzneimittel können Nebenwirkungen nicht ausgeschlossen werden. Im Sinne des § 3 des Arzneimittelgesetzes ist daher eine Nutzen/Risiko-Bewertung vorzunehmen.

Im gegenständlichen Fall überwiegt der Nutzen des Impfstoffes eindeutig.

Zu Frage 14:

Die von Prof. Kunz vorgestellte Fragebogenaktion betraf Personen,

- 6 -

die an seinem Institut geimpft wurden. Diese Aktion war zweifellos eine Aktivität im Sinne des "active case findig".

Zu Frage 15:

Welche Geldmittel Länder, Gemeinden und Krankenkassen aufgewendet haben, ist dem Gesundheitsressort nicht bekannt. Welche Mittel seitens der Industrie für Forschung, Versuche und Werbung zur Verfügung gestellt wurden, ist ebensowenig bekannt.

Aufgrund der 35. Novelle zum ASVG, BGBI.Nr. 585/80 hat der Bund den Aufwand für die aktive Immunisierung Nichtversicherter gegen FSME dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu refundieren. Folgende Beiträge wurden hiefür in den letzten Jahren für die jeweils im Vorjahr durchgeföhrten Impfungen aufgewendet.

1991	S	38.000,--
1990	"	37.080,--
1989	"	34.050,--
1988	"	33.300,--
1987	"	35.300,--
1986	"	29.650,--
1985	"	48.900,--
1984	"	109.100,--
	S	364.380,--
		=====

- 7 -

Für FSME-Impfkampagnen hat der Bund folgende Mittel zur Verfügung gestellt:

1981	S 400.000,--
1982	S 400.000,--
1983	S 464.000,--
1984	S 342.000,--
1985	S 302.000,--
1986	S 245.000,--

Seit 1987 wurden für derartige Maßnahmen keine Bundesmittel mehr bereitgestellt.

Zu Frage 16:

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz verfügt über keine Zahlen der in den letzten Jahren verimpften FSME-Impfstoffdosen. Nach Schätzungen dürften jedoch in den letzten Jahren mehr als 1 Million Dosen pro Jahr verimpft worden sein.

Zu Frage 17:

Zunächst ist festzustellen, daß die erste breit angelegte FSME-Impfaktion erst im Jahre 1981 durchgeführt wurde und im Jahre 1973 die erste Probecharge des FSME-Impfstoffes für Zwecke der klinischen Prüfung verimpft wurde. Im Jahr 1976 kam der FSME-Impfstoff auf den Markt. Betrachtet man nun die Erkrankungszahlen an FSME der letzten 10 Jahre, so zeigt sich eine deutlich rückläufige Tendenz. (Siehe auch FSME-Statistik 1981 bis 1990 im Vergleich zu den vorangegangenen 10 Jahren, Beilage 2). Es ist international

- 8 -

anerkannt und unbestritten, daß die einzige Prophylaxe von Virus-krankheiten die Impfung ist, zumal es für diese keine kausale Therapie gibt, welche ein Auftreten von Komplikationen verhindern könnte. Auch wird die FSME-Impfung international anerkannt.

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz sieht keinen Grund, die FSME-Informationskampagnen zu unterbinden.

Zu Frage 18:

Prof. DDr. Huber ist ein vehementer Befürworter von Impfungen und nimmt an zahlreichen Informationsveranstaltungen teil. In diesem Zusammenhang möchte ich in erster Linie auf das verfassungsrechtlich gewährleistete Grundrecht der Freiheit der wissenschaftlichen Lehre verweisen.

Zu Frage 19:

Ein Hinweis ("ab 3. Lebensmonat: Impfung gegen Haemophilus influenzae b - wegen der genauen Termine fragen Sie bitte ihren Arzt") wurde bereits in den Mutter-Kind-Paß aufgenommen. Die Eingliederung der HIB-Impfung in den bestehenden Impfplan ist noch nicht erfolgt, da derzeit nur ein zugelassener Impfstoff in Österreich erhältlich ist und für andere Impfstoffe ein anderes Impfschema gilt.

Die HIB-Impfung wird im übrigen auch in der Schweiz und in Deutschland für alle Kinder empfohlen (Beilagen 3 und 4).

Alles sehr klar

Öffentliche Impfempfehlungen – Deutschland II – 1.2.3.1

Impfungen für Erwachsene – Indikationsimpfungen

In Weiterführung des Impfplanes für Kinder werden nachfolgend Impfungen aufgeführt, die im Erwachsenenalter von Bedeutung sind. So sollten manche Impfungen des Kindesalters in späteren Lebensjahren aufgefrischt oder bislang versäumte Impfungen, sofern keine natürliche Immunität erworben wurde, nachgeholt werden (Diphtherie, Tetanus, Röteln, Masern). Andere können bei besonderen epidemiologischen Ereignissen oder Risiken bei Kindern und Erwach-

senen in Betracht kommen (Indikationsimpfungen). Manche Impfungen sind bei Reisen in bestimmte Gebiete auf Grund der internationalen Gesundheitsvorschriften erforderlich oder zum individuellen Schutz empfehlenswert. Die Entscheidung über Art und Umfang der Impfungen obliegt dem Arzt, in jedem Einzelfall unter Abwägung von Indikation und Kontraindikation, dies gilt auch für die passive Immunisierung gegen Hepatitis A.

Maximalabstände für Impfungen mit Totimpfstoffen gibt es nicht. Jede Impfung gilt. Bei erfolgter Grundimmunisierung ist eine erneute Grundimmunisierung nicht erforderlich.

Kategorie gegen	Impfung	Indikation bzw. Reiseziele	Anwendung (Beipackzettel beachten)
R	Cholera	ausschließlich wenn Impfung vom Einreiseland verlangt wird	1. Injektion: 0,5 ml 2. Injektion: 1,0 ml im Abstand von 1 – 4 Wochen
I	Diphtherie	bei Ausbrüchen oder regional erhöhter Morbidität	Impfstoff für Erwachsene (5 IE = d)
A, R		zum Erhalt des Impfschutzes	in Kombination mit Tetanus-impfstoff (Td)
RS, I	FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	Naturherde vor allem in Österreich, Tschechoslowakei, Südosteuropa, Süddeutschland und Südschweden	Grundimmunisierung: 2 Injektionen im Abstand von 1 – 3 Monaten, 3. Injektion im Abstand von 9 – 12 Monaten; Auffrischimpfungen in dreijährigem Abstand
R	Gelbfieber	Mittel- und Südamerika; Afrika zwischen 17° nördl. und 17° südl. Breite (BGA-Merkblatt Nr. 27)	nur in hierfür staatlich zugelassenen Impfstellen; Wiederholung im Bedarfsfall in zehnjährigem Abstand
I	Hepatitis B	präexpositionell 1. HB-gefährdetes medizinisches und zahnmedizinisches Personal; Pflegepersonal in psychiatrischen Einrichtungen und andere Personen mit Infektionsrisiko durch Blutkontakte mit möglicherweise infizierten Personen wie Ersthelfer, Polizisten u.a. 2. Dialysepatienten, Patienten mit häufiger Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen, vor ausgedehnten chirurgischen Eingriffen z.B. Operationen unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine 3. Patienten in psychiatrischen Anstalten oder vergleichbaren Fürsorge-Einrichtungen für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensstörte 4. Personen mit engem Kontakt mit HBsAg-positiven Personen (z.B. Sexualpartner) 5. besondere Risikogruppen wie z.B. Homosexuelle, Drogenabhängige, Prostituierte, länger einsitzende Strafgefangene 6. Reisende in HB-Endemiegebiete bei engen Kontakten zur einheimischen Bevölkerung (Sextourismus) postexpositionell 1. medizinisches Personal, bei Verletzungen mit möglicherweise erregertigen Gegenständen (z.B. Spritzen) 2. Neugeborene HBsAg-positiver Mütter	Hepatitis-B-Impfung nach den Vorschriften der Hersteller Kontrolle des Impferfolgs dringend erforderlich Wiederimpfung entsprechend dem erreichten Antikörpertiter nach Abschluß der Grundimmunisierung, ansonsten 5 Jahre nach Abschluß der Grundimmunisierung gleichzeitige passive Immunisierung mit Hepatitis-B-Immunglobulin
I	Influenza	Personen über 60 Jahre und Personen mit bestimmten Grundleiden, infektionsgefährdetes Personal (BGA-Merkblatt Nr. 11) Medizinisches u. Pflegepersonal mit direktem Kontakt zu Risikopatienten bei Pandemien durch Erregerwechsel größerere Personenkreise	jährliche Impfung im Spätsommer, Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller Antigenkombination abhängig von der epidemischen Situation

II – 1.2.3.1 Öffentliche Impfempfehlungen – Deutschland

Diese Impfungen sind in ihrer praktischen Bedeutung sehr unterschiedlich, sie werden in folgende Kategorien eingeteilt:

A = Impfungen mit breiter Anwendung und erheblichem Wert für die Volksgesundheit;

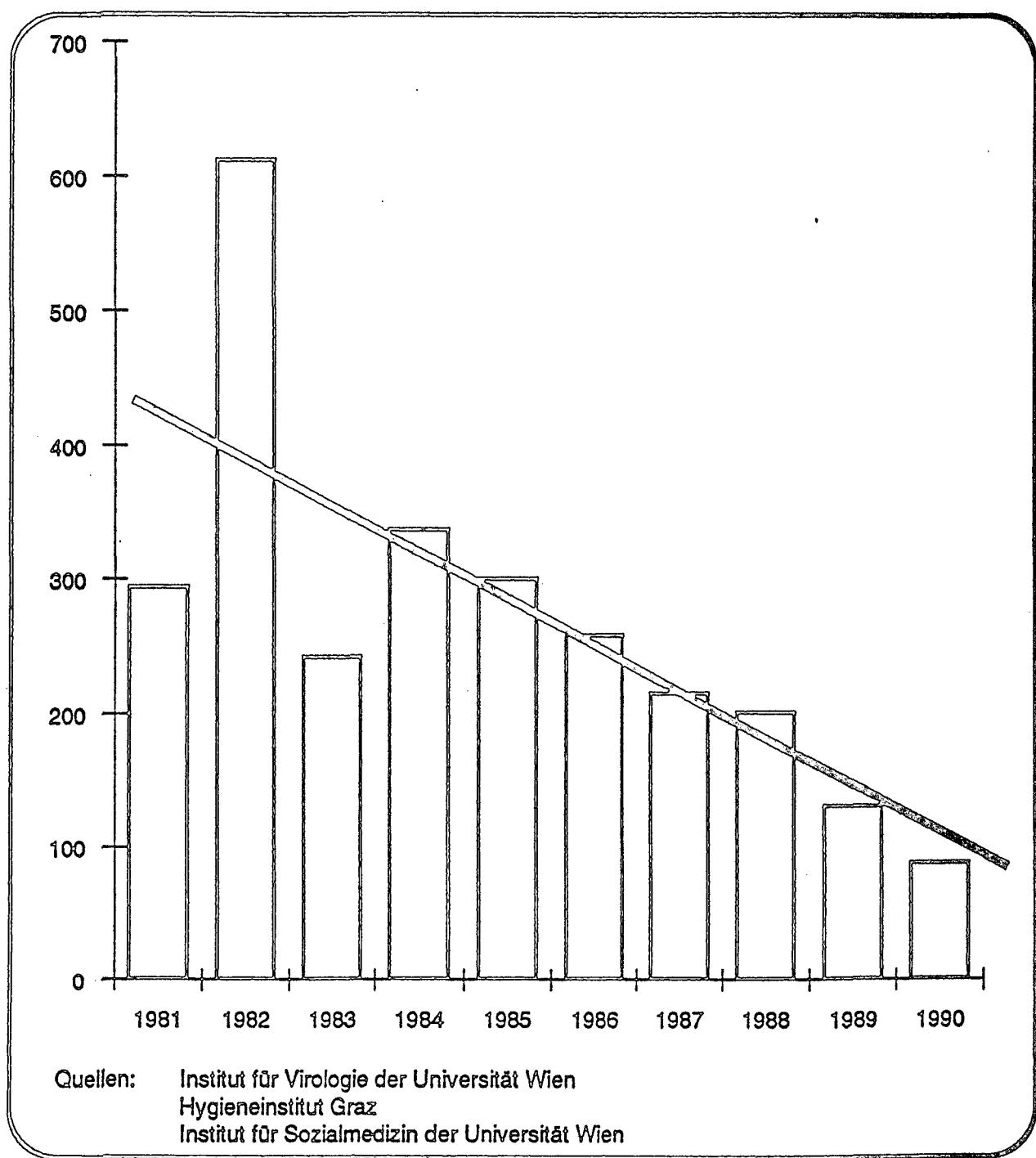
I = Indikationsimpfung;

R = Reiseimpfungen, von der WHO veröffentlichte Infektionsgebiete beachten;

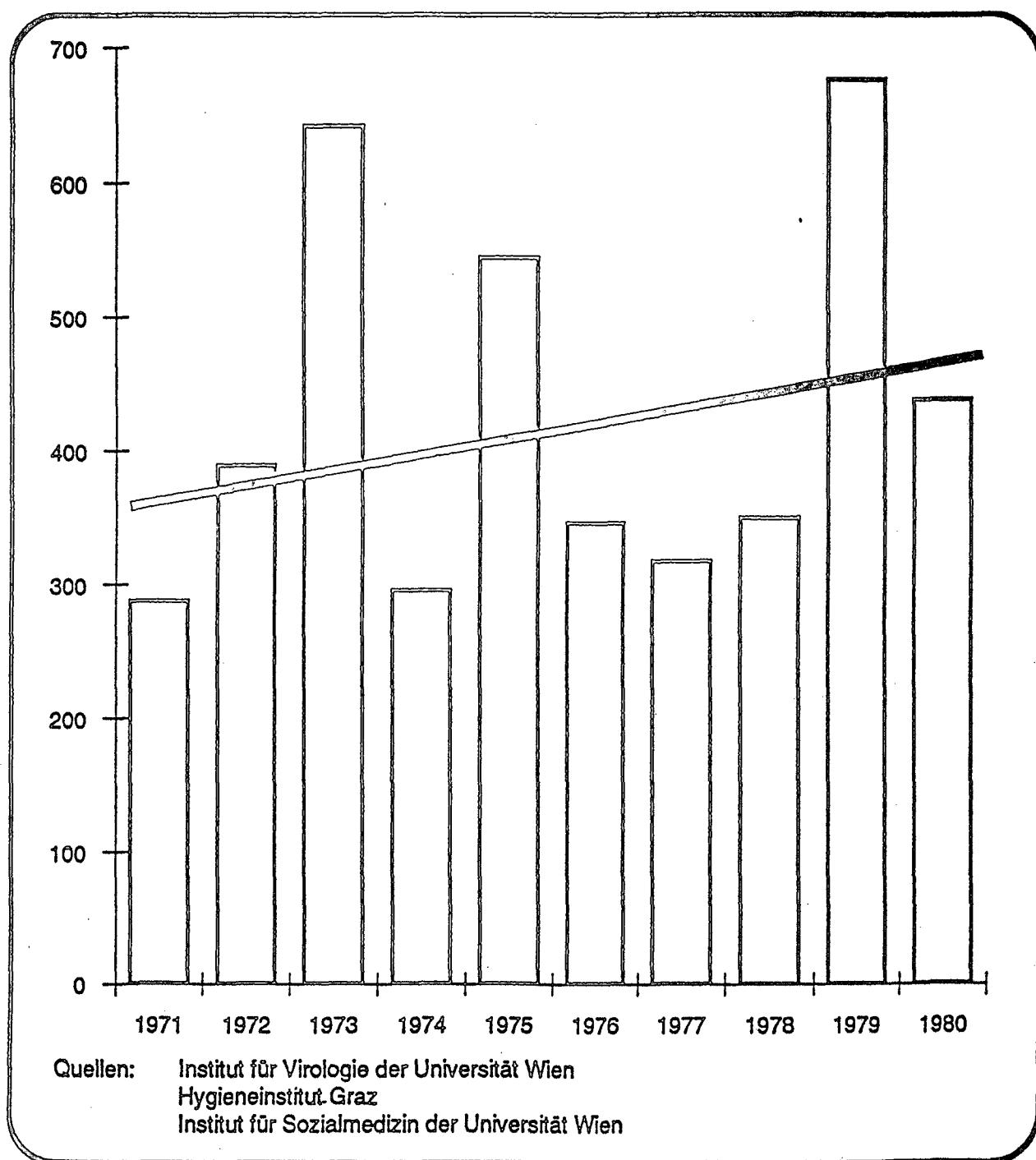
RS = Reiseimpfungen in Sonderfällen.

Kategorie	Impfung gegen	Indikation bzw. Reiseziele	Anwendung (Beipackzettel beachten)
RS	Meningokokkeninfektionen	exponierte Personen, z.B. Entwicklungshelfer im Meningitisgürtel Afrikas; Brasilien, Südhimalaja	Impfung gegen Serotyp A und C nach Angaben des Herstellers
I	Pneumokokkeninfektionen	Risikopatienten, z.B. bei chronischen Lungen- und Herzkrankheiten, Diabetes mellitus, Leberzirrhose, Krankheiten der Nieren, der Milz, der blutbildenden Organe, Splenektomie usw.	1 Injektion; bei Kindern über 2 Jahren und Erwachsenen. Vor Vollendung des 2. Lebensjahres ist die Impfung nur in begründeten Ausnahmefällen angezeigt.
R, I A	Poliomyelitis	nach Grundimmunisierung im Kleinkindesalter und Wiederimpfung im 10. Lebensjahr. Reisende jeden Alters in warme Länder, wenn letzte Impfung länger als 10 Jahre zurückliegt; Riegelungsimpfung bei Ausbrüchen (Ärzte-Merkblatt des „Deutschen Grünen Kreuzes“)	nach vollständiger Immunisierung grundsätzlich 1 Impfschluck mit trivalentem Impfstoff
A	Röteln	nichtschwangere Frauen im gebärfähigen Alter ohne Rötelnantikörper (BGA-Merkblatt Nr. 30, Ärzte-Merkblatt des „Deutschen Grünen Kreuzes“)	nach der Impfung ist eine Konzeptionsverhütung für 2 Zyklen empfohlen; Wochenbettimpfung; Impferfolgskontrolle erforderlich
A, R	Tetanus	alle Personen 10 Jahre nach der letzten Tetanusimpfung	bei früheren Grundimmunisierung jeweils 1 Injektion möglichst mit Td-Impfstoff: Bei ausreichender Grundimmunisierung aktive Auffrischimpfung, wenn letzte Tetanusimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt. Bei sauberen, geringfügigen Wunden, bei fehlender oder mangelhafter Grundimmunisierung Beginn und Vervollständigung der Grundimmunisierung durch aktive Immunisierung. Bei allen anderen Verletzungen simultan aktive und passive Immunisierung, wenn der Verletzte bisher weniger als zwei Injektionen erhalten hat, oder bei bereits zwei durchgeführten Impfungen, wenn die Verletzung länger als 24 Stunden zurückliegt. In Abhängigkeit von Art und Ausmaß der Wundverunreinigung kann, auch bei ausreichender Grundimmunisierung und regelmäßigen Auffrischimpfungen, eine weitere Auffrischimpfung erforderlich sein.
Exposition (Verletzung)			
Falls keine Verletzung vorliegt, gilt ein Abstand von 10 Jahren für Auffrischimpfungen als ausreichend.			
I	Tollwut	praexpositionell bei Laboratoriumspersonal, Tierärzten, Jägern und ähnl. Risikogruppen (BGA-Merkblatt Nr. 3) postexpositionell	Dosierungsschema nach Angaben des Herstellers gegebenenfalls gleichzeitige passive Immunisierung
I	Typhus	Indikationsimpfung bei Reisen in Endemiegebiete	nach Angaben des Herstellers
I	Tuberkulose	exponierte, tuberkulinnegative Personen einschließlich Neugeborene	BCG-Impfung (streng intracutan!)
I	Varizellen	Patienten, für die die Varizellen-Infektion eine besondere Gefährdung darstellt (Pat. mit immunsuppressiver Therapie, mit Immundefekten, akuter Leukämie) Passive Immunprophylaxe: Bei Exposition nichtimmuner, gefährdeter Personen mit Varizella-Zoster-Immunglobulin (z.B. Neugeborene von Müttern, die 7 Tage vor bis 2 Tage nach der Geburt an Varizellen erkrankt sind).	1 Injektion Lagerhinweise des Herstellers beachten

FSME-Fälle in Österreich,
im Krankenhaus behandelt
1981 - 1990



FSME-Fälle in Österreich,
im Krankenhaus behandelt
1971 - 1980



(3)

Öffentliche Impfempfehlungen – Deutschland II – 1.2.3.1

II – 1.2.3.1

Öffentliche Impfempfehlungen – Deutschland

Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes (STIKO) – Stand: Juli 1991*)

Impfkalender für Kinder und Jugendliche

A: Nach dem Lebensalter geordnet

1 Lebensalter	2 Impfung gegen	3 Personenkreis
ab 3. Lebensmonat	<p>Diphtherie-Pertussis-Tetanus 3 x im Abstand von 4 Wochen.</p> <p><i>Hämophilus influenzae Typ b</i> 2 Injektionen im Abstand von mindestens 6 Wochen oder mit der 1. und 3. DPT-Impfung. (Die Injektion erfolgt kontralateral zur Injektion gegen DPT)</p> <p>Poliomyelitis 2 x trivalente Schluckimpfung im Abstand von mindestens 6 Wochen, mit der 1. und 3. DPT-Impfung. oder Teilnahme an Impfaktionen der Gesundheitsämter im folgenden Winter (November/Januar)</p>	<p>alle Säuglinge und Kleinkinder (bei bestehenden hirnorganischen Störungen siehe Seite 2 oben)</p> <p>alle Säuglinge und Kleinkinder</p> <p>alle Säuglinge und Kleinkinder</p>
2. Lebensjahr (nicht vor dem 15. Lebensmonat)	<p>Masern, Mumps und Röteln (Kombinationsimpfstoff)</p> <p>Diphtherie-Pertussis-Tetanus 4. Injektion (Abschluß der Grundimmunisierung)</p> <p><i>Hämophilus influenzae Typ b</i> 3. Injektion, ggf. in Verbindung mit der 4. DPT-Impfung. (Die Injektion erfolgt kontralateral zur Injektion gegen DPT)</p> <p>Poliomyelitis 3. trivalente Schluckimpfung</p>	alle Kleinkinder und Kinder
ab 6. Lebensjahr	<p>Masern, Mumps und Röteln (Wiederimpfung)</p> <p>Tetanus-Diphtherie (Auffrischimpfung, gegen Diphtherie d-Impfstoff für Erwachsene verwenden, zweckmäßigerverweise als Kombination Td).</p> <p>Nachhol-Impfung (bisher versäumte Impfungen außer gegen Pertussis und <i>Haemophilus influenzae</i> b; bei Erstimpfung gegen Diphtherie d-Impfstoff für Erwachsene verwenden, zweckmäßigerverweise als Kombinationsimpfung mit Td-Impfstoff)</p>	alle Kinder
ab 10. Lebensjahr	Poliomyelitis (Wiederimpfung) trivalente Schluckimpfung	alle Kinder
11. – 15. Lebensjahr	<p>Röteln</p> <p>Tetanus (Auffrischimpfung) Diphtherie (Auffrischimpfung mit d-Impfstoff für Erwachsene; zweckmäßig als Kombinationsimpfung mit Td-Impfstoff). Der Abstand zur letzten Auffrischimpfung sollte nicht kürzer als 5 Jahre sein.</p>	<p>alle Mädchen, auch wenn im Kleinkindesalter bereits gegen Röteln geimpft</p> <p>alle Kinder und Jugendliche</p>

*) nach: Bundesgesundheitsblatt 8/91, S. 384 – 387

II – 1.2.3.1 Öffentliche Impfempfehlungen – Deutschland

Anmerkung zur DPT-Impfung:

Kinder mit

1. progressiven neurologischen Erkrankungen,
2. Krampfleiden,
3. neurologischen Erkrankungen, die besonders häufig mit Krampfanfällen einhergehen.

sollten nur mit DT geimpft werden.

Diese Erkrankungen gelten zwar nicht grundsätzlich als eine Kontraindikation für eine Pertussisimpfung, jedoch könnten eine Verschlechterung des Leidens oder das Auftreten von Krampfanfällen der Impfung angelastet werden. Bei der

B: nach Impfung geordnet

z.Zt. bestehenden hohen Keuchhusten-Inzidenz sind andererseits einige dieser Kinder sehr gefährdet.

Daher ist in solchen Fällen vom impfenden Arzt eine sorgfältige Risikoabwägung vorzunehmen.

Alternativ besteht die Möglichkeit, den Beginn der DPT-Impfung auf das 2. Lebenshalbjahr zu verschieben, wenn über Art und Verlauf der Erkrankung mehr bekannt ist.

Keine Kontraindikation sind Fieberkrämpfe und Krampfanfälle in der Familie. Da fieberrhafte Reaktionen einen Anfall provozieren können, ist bei Kindern mit Neigung zu Krampfanfällen von Antipyretika großzügig Gebrauch zu machen.

Für die DT-Grundimmunisierung gilt folgendes Impfschema: Ab 3. Lebensmonat 2 × im Abstand von mindestens 6 Wochen, 1 × im 2. Lebensjahr.

1 Impfung gegen	2 Lebensalter	3 Personenkreis Anwendung
Diphtherie-Pertussis-Tetanus (Grundimmunisierung)	ab 3. Lebensmonat: 3 × im Abstand von 4 Wochen 1 × im 2. Lebensjahr (Abschluß der Grundimmunisierung)	alle Säuglinge und Kleinkinder (bei bestehenden hirnorganischen Störungen siehe oben)
Diphtherie-Tetanus 1. Auffrischimpfung	6. – 8. Lebensjahr (Auffrischimpfung, für Diphtherie mit d-Impfstoff für Erwachsene), zweckmäßigerweise als Kombinationsimpfung mit Td-Impfstoff	alle Kinder
Auffrischimpfung	11. – 15. Lebensjahr (Auffrischimpfung, für Diphtherie mit d-Impfstoff für Erwachsene) zweckmäßig als Kombinationsimpfung (Td-Impfstoff). Der Abstand zur 1. Auffrischimpfung sollte nicht kürzer als 5 Jahre sein.	alle Kinder bzw. Jugendlichen
Haemophilus influenzae Typ b (Grundimmunisierung)	ab 3. Lebensmonat: 1. Injektion, zweckmäßigerweise gleichzeitig mit 1. DPT- oder 1. DT-Impfung (Die Injektion erfolgt kontralateral zur Injektion gegen DPT oder DT) ab 5. Lebensmonat: 2. Injektion, zweckmäßig als Kombination mit 3. DPT- oder 2. DT-Impfung (kontralateral) 14. – 18. Lebensmonat 3. Injektion, zweckmäßigerweise gleichzeitig mit 4. DPT- oder 3. DT-Impfung. (Die Injektion erfolgt kontralateral zu Injektion gegen DPT oder DT)	alle Säuglinge und Kleinkinder (für Kinder nach dem 5. Lebensjahr nicht mehr erforderlich)
Poliomyelitis Grundimmunisierung	ab 3. Lebensmonat: 2 × trivale Schlußimpfung im Abstand von mindestens 6 Wochen, ggf. gleichzeitig mit der 1. und 3. DPT-Impfung oder Teilnahme an Impfaktionen der Gesundheitsämter im folgenden Winter (November/Januar)	alle Säuglinge und Kleinkinder
Auffrischimpfung	ab Beginn des 2. Lebensjahres: 3. trivale Schlußimpfung 10. Lebensjahr: 1 × trivale Schlußimpfung (Wiederimpfung)	alle Kleinkinder und Kinder
Masern (ggf. Masern-Mumps-Röteln Kombination)	ab 15. Lebensmonat ab 6. Lebensjahr (Wiederimpfung)	alle Kleinkinder und Kinder
Mumps (ggf. Masern-Mumps-Röteln Kombination)	ab 15. Lebensmonat ab 6. Lebensjahr (Wiederimpfung)	alle Kleinkinder und Kinder
Röteln (ggf. Masern-Mumps-Röteln Kombination)	ab 15. Lebensmonat ab 6. Lebensjahr (Wiederimpfung) 11. – 15. Lebensjahr	Kleinkinder und alle Kinder alle Mädchen, auch wenn im Kleinkindesalter bereits gegen Röteln geimpft

Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen

(Stand November 1991)

Empfohlen durch die Fachgruppe für Impffragen, das Bundesamt für Gesundheitswesen, die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und die Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin.

Alter	Impfungen	Bemerkungen
2 Monate	DTP Polio Hib ¹	Hib-Impfschema abhängig vom gewählten Impfstoff
4 Monate	DTP Polio Hib ¹	
6 Monate	DTP Polio Hib ¹	
15 Monate	Hib ¹	
15 bis 24 Monate	M+M+R DT, Polio	
5 bis 7 Jahre	DT, Polio M+M+R (Nachholimpfung)	alle Mädchen und Knaben, falls nicht bereits früher die kombinierte M+M+R-Impfung verabreicht wurde
12 bis 15 Jahre	dT ² , Polio M+M+R (Nachholimpfung)	alle Mädchen und Knaben, falls nicht bereits früher die kombinierte M+M+R-Impfung verabreicht wurde
Erwachsene	dt ² Röteln / M+M+R ⁴ Polio ⁵	alle 10 Jahre ³ alle 10 Jahre bei Reisen in ein Endemiegebiet (3.-Welt-Länder)

¹ Gegen *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) sind verschiedene Impfstoffe mit unterschiedlicher Immunogenität verfügbar; bezüglich dem Impfschema ist die Packungsbeilage zu konsultieren. Für nicht geimpfte Kinder im Alter von 15 Monaten bis 5 Jahre ist eine einzelne Dosis für eine schützende Immunität ausreichend; im Alter von 12 bis 14 Monaten: 2 Dosen im Abstand von 2 Monaten (vgl. blauen BAG-Ordner «Infektionskrankheiten: Diagnose und Bekämpfung», Kapitel I, Supplementum VII).

² Wegen verstärkten Nebenwirkungen erfolgt die Diphtherie-Impfung bei über 7-jährigen mit einer geringeren Toxoiddosis.

³ Bei tetanusverdächtigen Verletzungen: Auffrischimpfung ab dem 5. Jahr nach der letzten Dosis.

⁴ Nicht immune Erwachsene, vor allem Frauen im gebärfähigen Alter und junge Erwachsene mit Jahrgang >1963 werden mit Vorteil ebenfalls geimpft. Besonders zu empfehlen ist die Impfung für beruflich exponierte Personen, welche diese Infektionen auf Schwangere und andere Risikopatienten übertragen können (z. B. in Frauenspitalen, Kinderkliniken usw.).

⁵ Boosterimpfungen bei Erwachsenen sind nur bei Reisenden angezeigt (vgl. blauen BAG-Ordner «Infektionskrankheiten: Diagnose und Bekämpfung», Kapitel I, Supplementum III und VI).

Indikationsimpfungen:

Die Impfung der Neugeborenen gegen die Tuberkulose wird aufgrund der epidemiologischen Situation nur noch für spezielle Risikogruppen empfohlen. Die Indikation zur BCG-Impfung kann den spezifischen Richtlinien der Schweizerischen Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten entnommen werden (Beilage der SVTL zum Bull. BAG 1987; Nr. 9: Tuberkulose und Lungenkrankheiten. 1987; Nr. 1: 2-7).

Die Hepatitis-B-Impfung ist ebenfalls nur für Risikogruppen empfohlen (vgl. blauen BAG-Ordner «Infektionskrankheiten: Diagnose und Bekämpfung», Kapitel I, Supplementum II).