



II-7060 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 58  
Teletex: 322 15 64 BMGSK  
DVR: 0649856

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

Herrn  
Präsidenten des Nationalrates  
Dr. Heinz FISCHER

Parlament  
1017 Wien

3179 IAB

1992 -08- 25

zu 3206 IJ

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 Impfeempfehlungen des Obersten Sanitätsrates (OSR) bzw. des Impfausschusses basieren auf dem Ergebnis von Beratungen und Diskussionen der im Impfausschuß vertretenen Experten, wobei Grundlage hierfür 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 Impfeempfehlungen 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 Beschlußfassung des OSR in Fragen von Impfeempfehlungen 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, BGBl.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 durchgeführten 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-Impfkampagne 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 Viruskrankheiten 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).

*Prof. Dr. Huber*



## BEILAGEN

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

### A n f r a g e

1.) Sind Sie bereit, sämtliche Gutachten und nicht nur die daraus erfließenden Impf-Empfehlungen und -Kommentare des Obersten Sanitätsrates (OSR), somit die wissenschaftlichen Entscheidungsgrundlagen des OSR, zur Frage der FSME-Impfungen vollständig herauszugeben und sie der Anfragebeantwortung beizuschließen?

2.) Haben die Herren Univ.-Prof. Dr. Christian KUNZ, Vorstand des Instituts für Virologie der Universität Wien, Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE, Vorstand des Instituts für Sozialmedizin der Universität Wien, bzw. Univ.-Doz. Dr. Bernhard SCHWARZ von demselben Institut, an der Erstellung der Gutachten für den Obersten Sanitätsrat und/oder an der Entscheidungsfindung sowie an der Beschlußfassung und Herausgabe der Impf-Empfehlungen betreffend die FSME-Impfung in Österreich mitgewirkt?

Wenn ja, in welcher Form und in welchem Ausmaß?

3.) Ist es richtig, daß Herr Prof. KUNZ am Umsatz der Firma IMMUNO, welche den FSME-Impfstoff herstellt und vertreibt, direkt oder indirekt entsprechend beteiligt ist und/oder ein "Stichgeld" erhält?

4.) Ist auch das Universitätsinstitut von Prof. KUNZ in irgendeiner Form am Umsatz der Firma IMMUNO beteiligt und welche Gelder sind bisher (z.B. über Impfgelder) in das Institut geflossen?

5.) Ist es richtig, daß die Meldungen über die FSME-Fälle in Österreich von den Krankenhäusern und Ärzten nicht an eine neutrale Stelle gehen, sondern direkt an Prof. KUNZ oder dessen Institut bzw. an die Firma IMMUNO?

Wenn ja, sind Sie bereit, diesen Zustand umgehend zu ändern?

6.) Wer hat an den Entscheidungsfindungen und Beschlußfassungen des Obersten Sanitätsrates in der Frage der FSME-Impfung mitgewirkt und wer hat allenfalls erstellte wissenschaftliche Gutachten in dieser Angelegenheit unabhängig überprüft?

7.) Die in der Impfwerbung und an Informations- und Fortbildungsveranstaltungen vorgestellten Erfolge und "verhinderten" Fälle durch die FSME-Impfung sind offenbar statistisch nicht stichhältig.

Waren an der Erstellung und Beurteilung der Gutachten über die FSME-Impfung auch unabhängige sachkundige Kritiker (ev. interdisziplinär) beteiligt?

Wenn ja, wer? Wenn nein, sind Sie bereit dafür Sorge zu tragen, daß in Hinkunft auf interdisziplinärer Ebene unabhängige, sachkundige Kritiker zur Erstellung und Beurteilung solcher Gutachten zugezogen werden?

8.) Sind Sie bereit, den Obersten Sanitätsrat neu zu organisieren und auf eine viel breitere, interdisziplinäre Ebene zu stellen und jedenfalls auch sachkundige Kritiker aus dem medizinischen und nicht-medizinischen Bereich sowie Alternativmediziner in die Begutachtung und Entscheidungsfindung (so auch betreffend die FSME-Impfung) einzubeziehen?

Wenn nein, warum nicht?

9.) Halten Sie es für richtig, einen großen Teil der Bevölkerung der FSME-Impfung mit der Grundimmunisierung und den immer wieder notwendigen Auffrischungsimpfungen zu unterziehen, auch wenn er durch Zeckenbiß kaum oder gar nicht gefährdet ist, und in der Werbekampagne für die Zeckenschutz-Impfung mit massiven Angstparolen zu arbeiten?

10.) Sind Sie der Meinung von Prof. KUNZ, daß etwa 5 Millionen Österreicher durch virulenten Zeckenbiß potentiell gefährdet sind, daher Gefahr laufen, an FSME zu erkranken und deshalb geimpft werden müßten?

11.) Sind Sie der Meinung von Prof. KUNZ, daß in Bundesländern wie Vorarlberg, Tirol und Salzburg, wo die Zeckenaktivität sehr gering und FSME-Fälle relativ selten sind (in Vorarlberg gab es 1970 - 1978 überhaupt keine FSME-Fälle und später nur allenfalls einen und einmal zwei Fälle, in Tirol waren die Fälle ebenfalls selten und traten nicht jährlich auf, in Salzburg waren sie ebenfalls gering) breite Bevölkerungskreise geimpft werden und das Impfrisiko in Kauf genommen werden sollten?

12.) Sind Sie der Meinung, daß öffentliche Schulen die FSME-Impfwerbung massiv unterstützen und die Schüler zur FSME-Impfung geradezu nötigen sollten, wie dies bisher schon praktiziert wurde?

13.) In der Bundesrepublik wird auch in Ärztekreisen u.a. die Meinung vertreten, daß die Zeckenschutz-Impfung mehr Gefahren und Schaden als Nutzen bringe.

Sind Ihnen ganz allgemein mögliche oder erwiesene Impfschadensfälle durch die FSME-Impfung sowie Impfrisiken durch die FSME-Impfung bekannt? Wenn ja, wie bewerten Sie diese und welche Maßnahmen beabsichtigen Sie zu setzen?

14.) Halten Sie die von Prof. KUNZ vorgestellte und allein auf Beobachtungen in den ersten 4 Tagen abgestimmte Fragebogenaktion bei einer ganz kleinen Zahl von FSME-Impfungen (unter 100) im Falle neuer Impfstoffchargen zur Feststellung der Verträglichkeit und Nebenwirkungen für tatsächlich repräsentativ, ausreichend und aussagekräftig im Hinblick auf die große Zahl von jährlich 300.000 - 500.000 geimpften Personen?

15.) Welche Geldmittel sind bisher von Bund, Länder, Gemeinden und Krankenkassen (die ja auch aus öffentlichen Mitteln subventioniert werden) in die FSME-Forschung, FSME-Tierversuche, FSME-Werbung und FSME-Impfung geflossen, aufgegliedert nach Jahren, Verwendungszweck und Empfänger?

16.) Für die Jahre 1979 - 1987 sind die von der IMMUNO gelieferten Anzahlen an Impfdosen und damit die Anzahlen der geimpften Personen von Prof. KUNZ zumindest näherungsweise publiziert worden. Sind Ihnen auch die zum Einsatz gelangten Anzahlen an Impfdosen vor und nach dieser Zeit, somit von 1973 - 1978 und von 1988 - 1991 bekannt bzw. von Ihnen eruierbar und wie lauten diese Zahlen?

17.) Es besteht kein Zweifel, daß der Nachweis der Wirksamkeit der seit fast 20 Jahren durchgeführten FSME-Impfung in Österreich bis heute epidemiologisch und statistisch nicht erbracht und gesichert und eine solche Impfung daher aus wissenschaftlicher Sicht auch nicht zu rechtfertigen ist.

Sind Sie bereit, die FSME-Impfung im Hinblick auf die Fragwürdigkeit des Erfolges, die damit verbundenen Impfrisiken, und die hohen Kosten einer sorgfältigen Überprüfung unter Beiziehung unabhängiger sachkundiger Kritiker zu unterziehen und bis zur Klärung der strittigen Fragen und dem Vorliegen gesicherter und auch wissenschaftlich stichhaltiger Ergebnisse die Zeckenschutz-Impfung in Österreich umgehend zu sistieren und die weitere Werbung dafür zu unterbinden?

18.) Halten Sie derart diktatorische, von Macht- und Unfehlbarkeitsdenken beherrschte Forderungen wie jene von Prof. DDr. HUBER vom Kinderspital in Salzburg auf dem "1. Österreichischen Impftag" vor Teilnehmern der Gesundheitsberufe (Ärzte- und Apotheker), wonach "Impfverweigerer" die Kosten für ihre betreffenden Erkrankungen selbst verantworten müßten, generell, und speziell angesichts der Problematik und Fragwürdigkeit mancher Impfungen wie z.B. der FSME-Impfung, für vertretbar?

19.) Sind Sie bereit, im Gegensatz zur Forderung des Impferferenten der Österr. Ärztekammer, Dr. CHRIST, auf dem 1. Österr. Impftag in Salzburg, die Hib-Impfung (gegen den Keim Haemophilus influenzae B) vorerst nicht in den Mutter-Kind-Paß aufzunehmen?

## Öffentliche Impfpfehlungen – 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	Impfung gegen	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 A, R	Diphtherie	bei Ausbrüchen oder regional erhöhter Morbidität zum Erhalt des Impfschutzes	Impfstoff für Erwachsene (5 IE = d) in Kombination mit Tetanusimpfstoff (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, Pateinten 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 Verhaltensgestörte 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 erregertauglichen 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 größere 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;

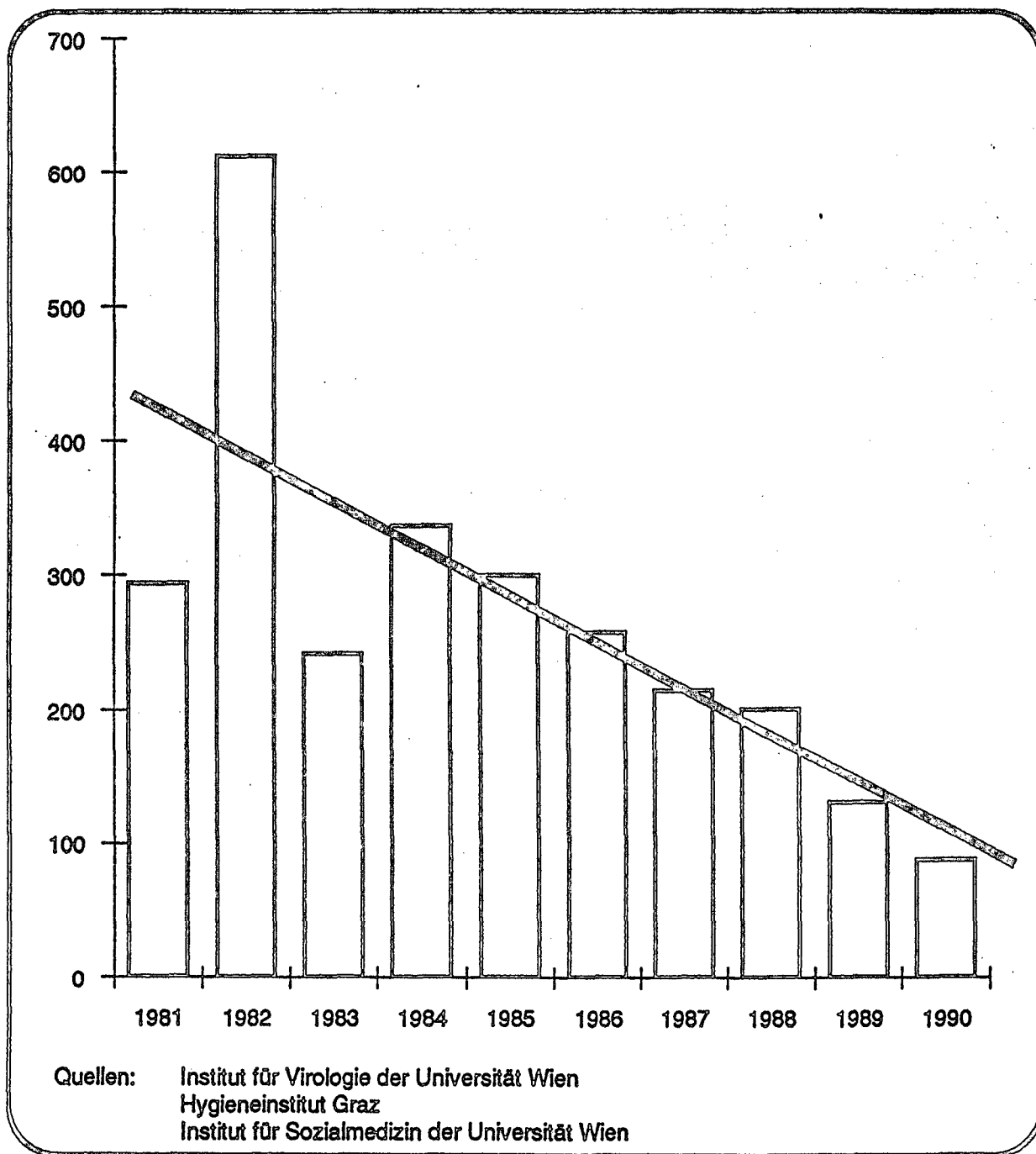
I = Indikationsimpfung;

R = Reiseimpfungen, von der WHO veröffentlichte Infektionsgebiete beachten;

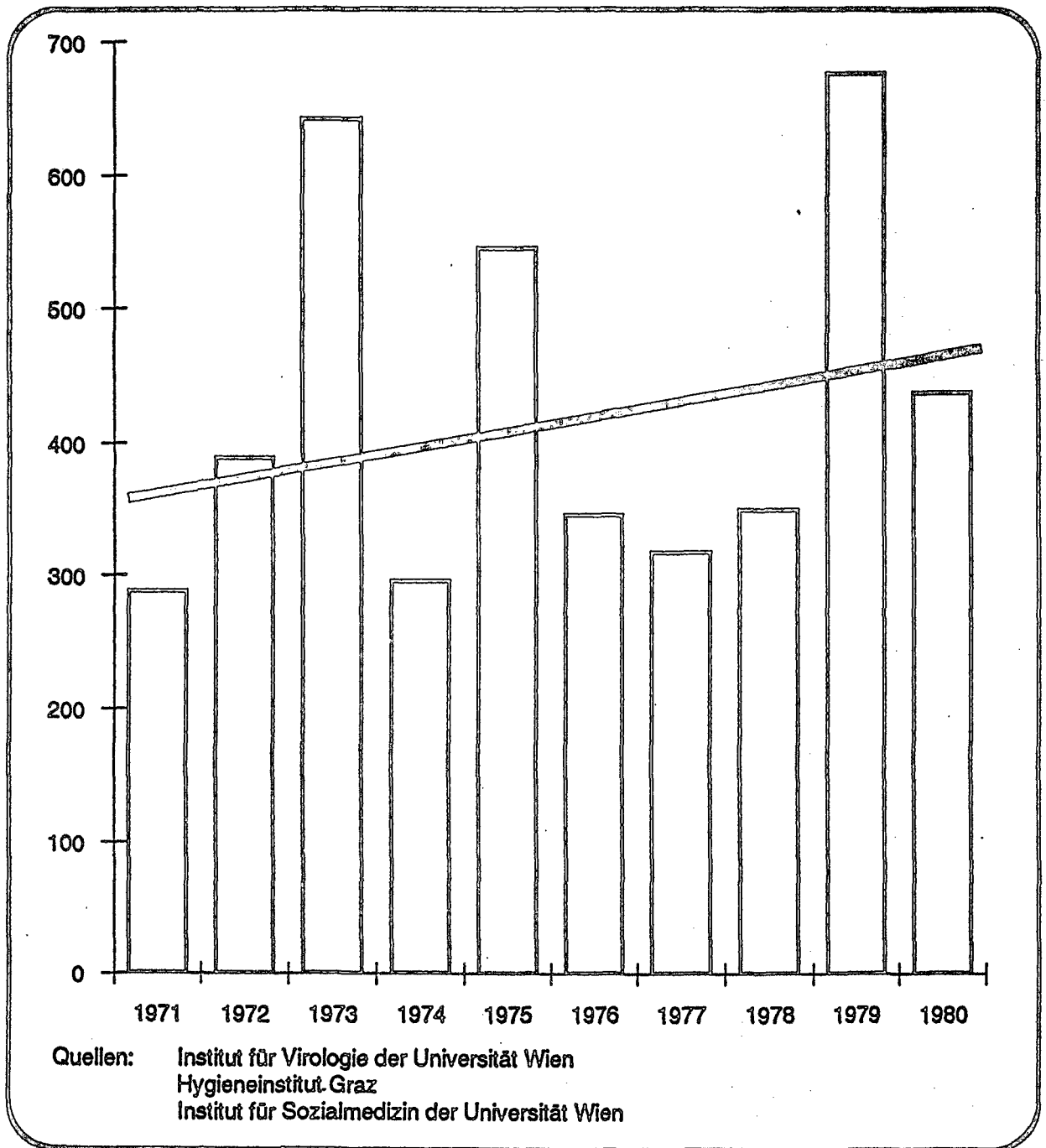
RS= Reiseimpfungen in Sonderfällen.

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  Exposition (Verletzung)  Falls keine Verletzung vorliegt, gilt ein Abstand von 10 Jahren	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. für Auffrischimpfungen als ausreichend.
I	Tollwut	präexpositionell 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 Leukaemie) 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



## Öffentliche Impfeempfehlungen – Deutschland II – 1.2.3.1

II – 1.2.3.1  
Öffentliche Impfeempfehlungen – DeutschlandImpfeempfehlungen der Ständigen Impfkommision des Bundesgesundheitsamtes (STIKO) –  
Stand: Juli 1991 \*)

## Impfkalendar für Kinder und Jugendliche

A: Nach dem Lebensalter geordnet

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

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



## II – 1.2.3.1 Öffentliche Impfpfehlungen – 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 fieberhafte 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  Auffrischimpfung	6. – 8. Lebensjahr (Auffrischimpfung, für Diphtherie mit d-Impfstoff für Erwachsene), zweckmäßigerweise als Kombinationsimpfung mit Td-Impfstoff 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  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  Auffrischimpfung	ab 3. Lebensmonat: 2 × trivalente Schluckimpfung 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) ab Beginn des 2. Lebensjahres: 3. trivalente Schluckimpfung 10. Lebensjahr: 1 × trivalente Schluckimpfung (Wiederimpfung)	alle Säuglinge und Kleinkinder  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 <sup>1</sup>	} Hib-Impfschema abhängig vom gewählten Impfstoff
4 Monate	DTP Polio Hib <sup>1</sup>	
6 Monate	DTP Polio Hib <sup>1</sup>	
15 Monate	Hib <sup>1</sup>	
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 <sup>2</sup> , Polio M+M+R (Nachholimpfung)	alle Mädchen und Knaben, falls nicht bereits früher die kombinierte M+M+R-Impfung verabreicht wurde
Erwachsene	dT <sup>2</sup> Röteln / M+M+R <sup>4</sup> .. Polio <sup>5</sup>	alle 10 Jahre <sup>3</sup> alle 10 Jahre bei Reisen in ein Endemiegebiet (3.-Welt-Länder)

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Wegen verstärkten Nebenwirkungen erfolgt die Diphtherie-Impfung bei über 7jährigen mit einer geringeren Toxiddosis.

<sup>3</sup> Bei tetanusverdächtigen Verletzungen: Auffrischimpfung ab dem 5. Jahr nach der letzten Dosis.

<sup>4</sup> 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 Frauenspitälern, Kinderkliniken usw.).

<sup>5</sup> 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).