

Individuelle Impfentscheidung

(Stand: 09/2008)

**Markus Breitenberger
Heilpraktiker • Homöopathie
Klenzestraße 60, 80469 München
Tel.: 089/202 44 844, Fax: 089/202 44 845**

www.praxis-breitenberger.de

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	S. 3
II.	Neue Empfehlungen der STIKO	S. 4
III.	Ausblick	S. 8
IV.	Ein möglicher alternativer Impfplan	S. 9
1.	Keuchhusten	S.11
2.	Diphtherie	S.12
3.	Tetanus	S.13
4.	Hepatitis B	S.15
5.	Hib	S.16
6.	Poliomyelitis	S.17
7a	Masern	S.20
7b	Mumps	S.22
7c	Röteln	S.23
8.	Meningokokken	S.24
9.	Pneumokokken	S.27
10.	Windpocken	S.29
11.	Humane Papillomaviren	S.31
12.	Frühsommer-Meningoenzephalitis	S.34
V.	Impfstoffe	S.43
VI.	Unterschied zwischen natürlicher Infektion und Impfinfektion	S.45
VII.	Was Sie beachten sollten, falls Sie impfen	S.47
VIII	Zusammenfassung	S.51
	Literaturangaben	S.53

I. Einleitung

Die aktuellen Impfempfehlungen der STIKO (ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut, Berlin) betreffen Krankheiten, die bei uns im Moment keine volksgesundheitliche Notsituation darstellen. Aus diesem Grund besteht derzeit keine Impfpflicht. Sie können sich daher in aller Ruhe informieren, abwägen und entscheiden.

In meiner Praxis plädiere ich für ein „differenziertes Impfen“, d.h. Impfungen werden nur durchgeführt nach eingehender Untersuchung der individuellen Notwendigkeit, Verträglichkeit und zum geeigneten Zeitpunkt.

Krankheiten entstehen nicht nur durch den äußeren Faktor „Erreger“ auf den die Impftheorie abzielt. Wir werden das Phänomen Krankheit nicht verstehen und nicht bestmöglich damit umgehen können, wenn wir die Ursachen dafür nur in der Außenwelt suchen.

Ziel der Kinderheilkunde und Infektionsprophylaxe sollte sein den inneren Bedingungsfaktor für Krankheit, nennen wir es „Lebenskraft“, durch kindgerechte Medizin, Lebensführung, Pädagogik etc. zu stärken. Wir stehen hiermit gesellschaftspolitisch und medizinisch vor einer neuen Gestaltungsaufgabe, die nicht nur durch zeitsparende und kostengünstige Pauschallösungen (Impfungen, Breitbandantibiotika etc.) zu lösen ist. Selbstverständlich gibt es aber auch Situationen, in denen diese Maßnahmen gerechtfertigt sind.

Die beste Prophylaxe besteht im Erkennen, Fördern oder ggf. Umstimmen der individuellen Reaktionsmechanismen Ihres Kindes. Ermutigende Beratung und sachverständige Behandlung, unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten Ihres Kindes, sind hier gefragt. Die klassische Homöopathie leistet dabei seit zweihundert Jahren hervorragende Dienste.

Die Herausforderung besteht in selbstverantwortlichem Handeln, oder Pseudo-Sicherheit durch einen offiziellen Impfplan.

II. Neue Empfehlungen der STIKO

Ab 07/2001 wurden folgende Änderungen von der STIKO empfohlen¹⁴:

- Erweiterung der Altersgruppe für Auffrischimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio auf 9-17-jährige (statt 11-18).
- Zusätzliche Überprüfung und gegebenenfalls Vervollständigung des Impfstatus in folgenden Altersgruppen: 15-23 Mon./4-5 J./9-17J. (zusätzlich zu 6 U-Untersuchungen im 1. Lebensjahr).
- Einführung eines 6-fach-Kombinationsimpfstoffes: Diphtherie+Tetanus+Keuchhusten+Polio+Haemophilus influenza b+Hepatitis B.
- Vorverlegung der 2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung ins 2. Lebensjahr (statt 5.-6.). Damit soll die Nachimpfung schon 4 Wochen nach der Erstimpfung erfolgen.
- Postexpositionelle Masern-Mumps-Röteln-Impfung (binnen drei Tage bei Kindern mit Kontakt zu einer dieser Krankheiten, wenn diese ungeimpft oder erst einmal geimpft sind)
- Pneumokokken-Impfung als „Indikationsimpfung“ (d.h. nicht für alle Kinder öffentlich empfohlen)
- Meningokokken-Impfung als „Indikationsimpfung“.

Ab 06/2004 werden in der aktuellsten Empfehlung der STIKO zu Standardimpfungen folgende Neuerungen empfohlen¹⁵

- Varizellen (Windpocken)-Impfung:
zwischen dem 11.-14. Lebensmonat simultan mit der ersten Masern/Mumps/Röteln-Impfung, oder frühestens 4 Wochen nach dieser als zehnte öffentlich empfohlene Standardimpfung für Kinder;

für alle 9 bis 17-jährigen Jugendlichen, die noch keine Windpocken hatten
- auch chronisch kranke Personen sollen Standardimpfungen erhalten, sofern keine spezifischen Kontraindikationen vorliegen
- unabhängig von im Impfkalender empfohlenen Terminen sollen bei jeder Arztkonsultation Impflücken geschlossen, d.h. fehlende Impfungen nachgeholt werden
- die zweite Auffrischungsimpfung ab dem 4. Lebensmonat kann entfallen bei Hib, IPV, HB, wenn der Kombinationsimpfstoff keine Keuchhustenkomponente enthält, oder die Impfungen einzeln verabreicht werden, d.h. es sind statt der drei dann nur zwei Auffrischungen nötig

(hierbei wird deutlich, dass durch Verwendung von Kombinationsimpfstoffen die Wirkung der einzelnen Impfungen herabgesetzt wird und somit öfter nachgeimpft werden muss)
- bei der Kombinationsimpfung Tetanus + Diphtherie kann zur Auffrischung ein reduzierter Diphtherietoxoid-Gehalt verwendet werden, wenn ab dem 5. bzw. 6. Lebensjahr geimpft wird

- Keuchhusten-Impfung:
vor Geburt eines Geschwisterkindes soll geprüft werden, ob in der Familie ausreichender Immunschutz vorliegt (Immunschutz = Impfung oder Erkrankung in letzten 10 Jahren);

auch präkonzeptionell (sonst in ersten Tagen nach Geburt des Kindes) bei Frauen mit Kinderwunsch;

für Kontaktpersonen spätestens 4 Wochen vor Geburt des Kindes
- Hib-Impfung:
für alle Haushaltsmitglieder (ausser für Schwangere) ab einem Alter von 1 Monat, wenn sich dort ein ungeimpftes Kind im Alter bis zu 4 Jahren befindet
- Influenza-Impfung für Kinder und Erwachsene mit chronischen Atemwegserkrankungen
- Frühgeborene sollen ungeachtet von Reifealter und aktuellem Gewicht geimpft werden

Ab 07/2006 wurden von der STIKO folgende Neuerungen öffentlich empfohlen:

- Pneumokokken-Impfung ab dem vollendeten 2. Lebensmonat
- Meningokokken-Impfung ab dem vollendeten 12. Lebensmonat

Ab 07/2007 empfiehlt die STIKO folgende Neuerung:

- Impfung aller Mädchen zwischen 12 bis 17 Jahren gegen humane Papillomaviren
- Impfung aller Senioren gegen Influenza und Pneumokokken

III. Ausblick

In Zukunft werden wir immer wieder mit neuen Impfempfehlungen konfrontiert werden.

Die Änderungen werden, wie auch schon in der Vergangenheit, folgendes Ziel haben:

- Zunehmend werden Impfstoffe als Kombinationsimpfstoffe angeboten, was die Akzeptanz von Impfungen durch weniger Arzttermine und Injektionen erhöhen soll
- Zeitliche Vorverlegung von Nachimpfungen
- Mehr Kontrolluntersuchungen zur Überprüfung des Impfstatus
- Einführung neuer Impfstoffe:
gentechnisch hergestellte
essbare, durch gentechnisch veränderte Früchte
Inhalations-Impfstoffe

Dies hat zur Folge, dass immer mehr Kinder immer früher gegen immer mehr Krankheiten geimpft werden können.

Ebenfalls soll dadurch der zeitliche und organisatorische Aufwand gering gehalten und damit die Bereitschaft zur Durchführung von Impfungen erhöht werden.

Die heute noch als „öffentlich empfohlen“ bezeichnete Impfempfehlung der STIKO wird mit immer mehr spürbarem Druck durchgesetzt, nicht zuletzt von einigen Kinderärzten und der Pharmaindustrie, die z.B. zunehmend restriktiv nur noch Kombinationsimpfstoffe anbieten und damit die Entscheidungsfreiheit der Eltern für nur einige wenige ausgewählte Einzel-Impfungen blockieren.

IV. Ein möglicher alternativer Impfplan

Die STIKO empfiehlt in ihrem aktuellen Impfkalender (07/2007) allen Eltern, ihre Kinder gegen insgesamt 13 Krankheiten impfen zu lassen (7 ab dem 3. Lebensmonat, weitere 5 ab dem 12. Lebensmonat, 1 ab dem 12. Lebensjahr):

4x Diphtherie – Tetanus – Pertussis

3-4x HiB

3-4x Hepatitis B

3-4x Polio

2x Masern – Mumps – Röteln

1-2x Windpocken

4x Pneumokokken

1x Meningokokken

3x Humane Papillomaviren

In diesen ersten Monaten der kindlichen Entwicklung sind die ausreifenden Organsysteme besonders störanfällig durch äußere Beeinflussung. Das Immunsystem, ein sehr komplexes System zur Erschaffung und Erhaltung unserer Individualstruktur, soll „trainiert“ werden, kann sich dadurch aber auch erschöpfen, wenn zu früh, zu viel, auf einmal gefordert wird (Stichwort: Anergie → Allergie; Autoimmunerkrankungen, Krebs etc.).

Beschleunigung von Entwicklungsprozessen ist ein Kennzeichen unserer modernen Welt geworden - ob es ein Qualitätszeichen ist, steht noch zur Debatte, die mit mehr Offenheit, Verständnis und Toleranz gegenüber abweichenden Meinungen und mehr interdisziplinären Sachverstand geführt werden sollte. Hinsichtlich dieser ungeheuren Anzahl von körper-und lebensfremder Substanzen, die bei Impfungen in einer so kurzen Zeit in den sich entwickelnden kindlichen Organismus eindringen können, sehe ich eine Notwendigkeit im Einzelnen auf die zu impfenden Krankheiten einzugehen, bzw. einen geeigneten Zeitpunkt für die Impfung anzugeben, falls diese gewünscht und für nötig befunden wird.

Die Empfehlungen können im Rahmen einer allgemeinen Informationsschrift nur ungefähre Richtwerte darstellen und ersetzen in keinem Fall eine ausführliche individuelle Beratung.

1. Pertussis (Keuchhusten)

Keuchhusten zeigt die schlimmsten Verlaufsformen und die meisten Komplikationen im ersten Säuglingshalbjahr.

Die letalen (tödlichen) Verläufe fallen hauptsächlich auf diese früheste Entwicklungsperiode des Säuglings, danach steht meist nur der krampfartige Husten im Vordergrund.

Die aktive Immunisierung zeigt die volle Wirksamkeit jedoch erst nach der 3. Wiederholungsimpfung, d.h. frühestens ab dem 5. Lebensmonat.

Die Impfung kann also in der Zeit, in der Keuchhusten am Gefährlichsten ist, keinen erforderlichen Schutz bieten.

Die Keuchhustenimpfung wird daher nur ausnahmsweise empfohlen, z.B. wenn Kinder früh (ab dem 6. Lebensmonat oder früher) in eine Kinderkrippe gegeben werden oder wenn z.B. ein Geschwister erwartet wird und das Kind noch keinen Keuchhusten hatte.

Zu bedenken ist hierbei jedoch, daß bei geimpften Kindern die Gefahr darin liegt, daß sie nach Kontakt den Erreger „Bordetella Pertussis“ abhusten können, d.h. ansteckungsfähig sind, ohne aber selbst Symptome zu zeigen. .

2. Diphtherie

Die durch „Corynebacterium diphtheriae“ hervorgerufene Erkrankung ist in Deutschland nicht mehr von epidemiologischer Relevanz.

Mit 1 importierten Erkrankungsfall 1998 und insgesamt 57 Erkrankungen seit 1970 ist sie bei uns bedeutungslos geworden. [Obwohl bei einer Impfstatuserhebung 1996-1997 von 18.123 18-20 jährigen Männern aus allen Regionen und Bevölkerungsschichten die zu „allgemeingültigen Aussagen berechtigt“ nur 18,2% einen Impfschutz aufwiesen. Die Impfraten bei den 21-40jährigen ist noch geringer.]¹

1998 sind 99% der in Europa gemeldeten Diphtheriefälle in der GUS aufgetreten (2.067), der Rest sind sporadische, teilweise importierte Einzelfälle in Westeuropa ².

Daher empfehle ich die Impfung als sog. „Indikationsimpfung“, d.h. z.B. bei einer Reise in Gebiete mit epidemischer oder endemischer Häufung der Erkrankung (aktuell: Osteuropa, zentralasiatische GUS-Staaten).

Ein besonderes Komplikationsrisiko besteht bei Diphtherie für Erwachsene, nicht im Kindesalter³.

Wenn die Impfung später, d.h. ab dem 5. Lebensjahr geplant wird, kann mit einem geringeren Diphtherietoxoid-Gehalt geimpft werden.

Den vollen Schutz zeigt die Impfung nach der 3. Gabe, also frühestens ab dem 5. Lebensmonat, jedoch würde ich auch hier zu einer Impfung nicht vor dem dritten Lebensjahr raten und gegebenenfalls die wesentlich sinnvollere Expositionsprophylaxe vorziehen, d.h. wenn möglich in keine Region reisen, in der Diphtherie epidemisch oder endemisch vorkommt.

3

3. Tetanus

Der Wundstarrkrampf ist, wenn einmal im Vollbild ausgebrochen, eine sehr schwere Erkrankung.

1996 erkrankten 17 Personen, 1997 11 Personen an Tetanus (ohne Altersangabe).⁴

Die Hälfte der in Deutschland im Vollbild Erkrankten sterben- in Indien liegt die Letalität bei 20%, trotz (oder wegen?) der fehlenden Impfung.

Das Alter der Erkrankten liegt fast immer über 50 Jahre, d.h. Tetanus ist keine Krankheit, die vorzugsweise Kinder betrifft, sondern Menschen mit geschwächten Immunstatus (bei z.B. chronischen Begleiterkrankungen).

Der Erreger „Clostridium tetani“ ist „ubiquitär“, d.h. er kommt überall vor, gehäuft jedoch in Gartenerde, Straßenstaub, rostigen Metallgegenständen und Holzsplittern.

Vermehren und damit gefährlich werden kann er aber nur unter absolutem Luftabschluß.

Dies ist ein wichtiger Hinweis auf prophylaktische Maßnahmen, die die Chance mit einer infektionsverdächtigen Wunde an Tetanus zu erkranken (nicht blutend, einige mm tief, evtl. sich wieder verschließend, verschmutzt bzw. mit Fremdkörper) erheblich senken können.

- Wunde unter fließendem Wasser gründlich reinigen
- Wunde bluten lassen bzw. nicht blutende Wunden solange drücken, bis etwas Blut austritt (Sauerstoffkontakt!)
- Wunde nicht übermäßig steril halten
- Kleinere Wunden nicht verbinden

⁴

- Gegebenenfalls homöopathische Behandlung zur Unterstützung der Wundheilung und des Infektionsschutzes.

Sollten Sie überzeugt sein, daß eine Impfung gegen Tetanus wirksam schützen kann, lassen Sie ihr Kind in einem Alter impfen, ab dem es wirklich Gefahr läuft, sich tetanusverdächtige Wunden zuzuziehen. Dies ist ab dem 3. Lebensmonat (Impfempfehlung der STIKO) meist nicht der Fall, sondern individuell zu entscheiden. Für Kinder, die auf dem Land aufwachsen, ist der Termin erfahrungsgemäß früher zu wählen. Hier jedoch auch erst ab dem Alter, in dem Kinder z.B. schon mal kurz unbeaufsichtigt im Garten spielen und im Sommer viel barfuß laufen, sprich ab dem 2. – 3. Lebensjahr.

[Noch ein Wort zur empfohlenen Nachimpfung im Verletzungsfall bei noch ungenügendem Impfschutz: Wenn Sie mit einer Verletzung ins Krankenhaus oder zum Arzt kommen, sind diese von der STIKO angehalten, den Impfschutz zu überprüfen und nachzuholen. In diesem Fall wird eine Simultanimpfung (hier: Kombination von aktiver und passiver Immunisierung) verabreicht. Die Aktivimpfung mit Tetanustoxoid („Tetanol“) führt aber zu einem quantitativen Anstieg des Erregers im Blut in einer Situation, in der sich der Organismus evtl. schon mit einer sehr gefährlichen Infektion auseinandersetzen muß. Die STIKO geht in ihrer Empfehlung sogar so weit in einer solchen Situation die Gelegenheit zu nutzen und gleich noch eine Diphtherie-Toxoidimpfung beizufügen.⁵

Ein solcher Eingriff mit Aktivimpfstoffen kann schnell zu einer Überforderung des Organismus und des Immunsystems führen und ist höchst bedenklich. Daher rate ich, die Aktivimpfung im Verletzungsfall mit „Tetanol“ abzulehnen. Lassen Sie sich in einer solchen Situation nur mit dem antitoxischen Serum, z.B. „Tetagam“, einer Passivimpfung mit Immunglobulinen, impfen!].

5

4. Hepatitis-B

1995 hat sie STIKO die HB-Impfung ab dem 3. Lebensmonat öffentlich empfohlen.

Hepatitis-B (auch Serumhepatitis) ist eine der Erkrankungen (wie Hepatitis C, Aids u.v.a.) gegen die man sich durch richtiges Verhalten gut schützen kann, da Geschlechtsverkehr und direkter Blutkontakt zu 95% die häufigsten Übertragungswege in Deutschland darstellen.

Der Impfschutz beträgt 10 Jahre, abhängig vom erzielten Antikörper-Titer (der leider nie bestimmt wird).

Unverständlich erscheint bei genanntem Übertragungsweg nur, warum schon Säuglinge gegen diese Erkrankung „geschützt“ werden sollen.

(Ausnahme: Hepatitis-B-Prophylaxe bei Neugeborenen von HBs Ag-positiven Müttern; der Test dazu wird routinemäßig nach der 32. Schwangerschaftswoche durchgeführt).

Aus diesem Grunde wird die Impfung nur für Jugendliche ab der Pubertät empfohlen, wenn eindeutiges Risikoverhalten, wie z.B. i.-v.-Drogenabusus und Promiskuität bzw. ungeschützter Geschlechtsverkehr Anlaß dazu geben.

Aber auch hier nur nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung, da im Zusammenhang mit der HB-Impfung zahlreiche Nebenwirkungen beobachtet wurden.

5. HiB

„Haemophilus-Influenzae-Typ B“ ist ein Erreger, der eine bakterielle Meningitis (=Gehirnhautentzündung) hervorrufen kann.

Im frühen Säuglingsalter wird dieser Erreger am häufigsten für Meningitis verantwortlich gemacht.

Die Impfung wurde von der STIKO im März 1997 als Empfehlung ins Impfprogramm aufgenommen.

Die empfohlene Grundimmunisierung im 3. Lebensmonat mit Wiederholungsimpfung im 5. und 12. Lebensmonat kann nur ausnahmsweise für Kleinkinder gelten, die früh (ab dem 6. Lebensmonat oder noch früher) in Kinderkrippen oder andere Sammeleinrichtungen gegeben werden

Ab dem 1. Lebensjahr ist eine einzelne Impfung ausreichend, d.h. die Belastung für das Kleinkind wesentlich geringer.

Dies zeigt auch die Nachteile des empfohlenen Impfzeitpunkts ab dem 3. Lebensmonat auf, da das Immunsystem hier noch nicht immunkompetent ist und damit häufiger nachgeimpft werden muss.

Ab dem 5. Lebensjahr wird die Impfung nur noch in sehr seltenen Ausnahmefällen empfohlen.

Die Erkenntnisse über die Nebenwirkungen der HiB Impfstoffe sind noch ungenügend.

Die Schutzwirkung ist gut.

6. Poliomyelitis

Kinderlähmung bedeutet nicht, dass alle infizierten Personen Lähmungserscheinungen erleiden. Bei einer Infektion mit Polio zeigen 90 – 95% der Fälle einen inapparenten Verlauf (keine oder nur katharalische Symptome).

1% aller Polio-Infizierten entwickeln Lähmungen, die bei der Hälfte dieser Gruppe binnen eines Jahres zur völligen Rückbildung gelangen. Daraus geht hervor, dass bei 200 infizierten Personen 1 Krankheitsfall mit bleibenden Lähmungen auftritt.

Damit ist die Anzahl derer, die evt. bleibende Schäden durch Polio erleiden unverhältnismässig gering im Vergleich zu der riesigen Zahl von Kindern, die geimpft werden sollen und dadurch auch erkranken können (z.B. an Polio), wie die Praxis der letzten 40 Jahre deutlich zeigte.

1996 wurden 1, 1997 kein Fall von Polio gemeldet,⁶ (obwohl bei dieser Erkrankung sogar schon der Verdachtsfall gemeldet werden muß.)

[Bei einer Impfstatuserhebung (Literaturangabe ¹) wiesen nur 34,1% der 18-20jährigen und 14,8% der 21-40jährigen einen Impfschutz gegen Poliomyelitis auf].

Es stehen zwei Impfsereen zur Verfügung. Früher wurde IPV (nach Salk) verwendet, d.h. eine Injektion mit abgetöteten Erregern. 1955 kam es in Amerika zum sogenannten "Cutter-Vorfall", als doch noch lebende Erreger im Impfstoff eine Epidemie mit 250 Polio-Erkrankten, zahlreichen Dauerlähmungen und 10 Todesfällen hervorriefen.

⁶

1

Daraufhin wurde OPV (nach Sabin) die Schluckimpfung, das sogenannte „Zuckerl“, als Massenprophylaxe empfohlen und bis 1998 bei uns eingesetzt. Dieses „Zuckerl“ ist aber ein Lebendimpfstoff und die geimpften Kinder schieden für die Dauer von mindestens 6-8 Wochen Polio-Viren aus.

Die STIKO empfahl deshalb: „Die Pflege des geimpften Säuglings (waschen, Windeln wechseln etc.) sollte für die Dauer von 6-8 Wochen auf poliogeimpfte Personen beschränkt bleiben“ oder mit „Schutzhandschuhen!“ durchgeführt werden.

Das Risiko durch die Lebendviren wurde immer als „vernachlässigbar“ bezeichnet.

Ab 1998 wurde die Häufung von sog. VAPP (= vakzineassoziierte paralytische Poliomyelitis), bzw. der berechtigte Verdacht, daß das Risiko durch Schluckimpfung an Polio zu erkranken grösser sei als die aktuelle Infektionsgefahr offiziell bestätigt-nachdem auch damals jahrzehntelang von der Ungefährlichkeit und Unbedenklichkeit moderner Impfstoffe gesprochen wurde-und wieder die IPV Impfung ähnlich der nach Salk! (s.o.) empfohlen⁷.

Wer sein Kind gegen Polio impfen lassen möchte, sollte dies ab dem 3. Lebensjahr vorsehen.

In diesem Alter ist das Zentralnervensystem (Hauptangriffspunkt der Polio-Viren) in Grundzügen ausgereift und nicht mehr so störanfällig.

Außerdem können ab dieser Zeit meningeale Reizzeichen (Nackensteifigkeit, Kopfschmerzen etc.) vom Kind klarer geäußert werden und frühzeitigen Hinweis auf einen evtl. Impfschaden geben.

7. Masern, Mumps, Röteln

Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln wird von der STIKO als Kombinationsimpfung ab dem 12. Lebensmonat empfohlen.

Diese drei Erkrankungen gelten als "klassische" Kinderkrankheiten und aufmerksame Eltern können nach Durchmachen dieser natürlichen Lebensprozesse bei ihren Kindern meist eine positive psychische wie physische Entwicklung feststellen. Impfung ist hier nicht gleichbedeutend mit durchgemachter Krankheit (auch wenn zu große Gewichtung der Antikörper-Titer diese Hypothese nahelegen). Weder wird lebenslange Immunität erzielt, noch werden Reifeffekte beobachtet.

Grund für die Impfung sind die möglichen Krankheitskomplikationen und das Risiko die Kinderkrankheiten im Erwachsenenalter zu bekommen, wo sie erheblich riskanter sind.

Diese Komplikationen „fallen nicht vom Himmel“ und sind häufig Folge eines nicht verstandenen Krankheitsprozesses und damit unterdrückender Behandlung (z.B. der Hautausschläge) mit Antibiotika etc. . Desweiteren sind gerade die Impfungen die Ursache dafür, dass heute Masern, Mumps und Röteln im Säuglings- und Erwachsenenalter auftreten.

Hinsichtlich dieser zwei Kriterien erscheint es sinnvoll die Kinderkrankheiten zu differenzieren, um die eventuelle Notwendigkeit und den richtigen Zeitpunkt der Impfung bestimmen zu können.

a. Masern

Masern sind bei normalem Verlauf eine harmlose Erkrankung (1991-1996 pro Jahr 3-7 Erkrankungen mit tödlichem Verlauf, ohne Altersangabe).⁸

Jedoch wurde im Rahmen des europäischen WHO-Programms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ 1984 unter anderem beschlossen Polio, Diphtherie, angeborene Röteln, Neugeborenen-Tetanus und Masern bis zum Jahr 2000 in Europa zu eliminieren. Diese Zielvorstellung erwies sich als absolut nicht realistisch (ausser für Polio und Neugeborenen-Tetanus). Um nun aber eine angestrebte Durchimpfungsrate von 95% bei Masern in der Bevölkerung bis 2005 zu erreichen (2002 wurde bei Schuleingangsuntersuchungen im gesamten Deutschland nur bei 29.5% der Kinder ein vollständiger Impfschutz gegen Masern nachgewiesen)¹⁶, wurde seitens der WHO der Druck über öffentliche Organe auf die Kinderärzte verstärkt, die diesen teilweise durch Schreckensmeldung über die Gefährlichkeit der Masernerkrankung an die Eltern weitergaben. Die Kosten, die dieses mehr politische Unternehmen der „Krankheits-Elimination“ verschlingen, wären besser investiert in Forschung und staatliche Subventionierung für Impfstoffe gegen Malaria, Dengue-Fieber, Borreliose etc., Krankheiten, an denen tatsächlich weltweit weitaus mehr Kinder und Erwachsene leiden und sterben, als an Masern. Forschung und Verbreitung an Impfstoffen ist aber nur in dem Mass für die Industrie interessant, wie es dann auch zahlungskräftige Abnehmer dafür gibt.

Ein weiteres Argument für die Massenimpfung ist die Enzephalitis (= Entzündung des Gehirns), die neben der Lungenentzündung als gravierendste Komplikation der Masern gilt.

Die Häufigkeit der auftretenden Masern-Enzephalitisfälle hat sich aber durch die Impfkampagne nicht positiv verändert. Bei

1

der Prophylaxe von z.B. Masern-Enzephalitis sollte man daher die Impfung nicht überbewerten.

Hilfreicher und erfolgversprechender wäre Bezugnahme auf medizinische Schriften älteren Datums, in denen man noch von „Zurückschlagen“ der Krankheit z.B. bei Masernenzephalitis sprach. Vermieden wurde ein solches „Zurückschlagen“ indem das „Herauskommen“ der Hauterscheinung gefördert wurde z.B. durch trockene Reibungen und lokale Hautreizungen wie Wickel etc. Die kausale Wechselwirkung von Hautausschlag und innerer Schädigung „edlerer Organe“ wird von der modernen Medizin nur noch als zeitliche Abfolge registriert. Damit wird die progressive Metamorphose z.B. bei Masernkomplikaionen [Haut (kein Exanthem) => Lunge, (Pneumonie) => Gehirn (Enzephalitis)] nicht erkannt, obwohl die Keimblattlehre der Embryologie die gleichen Erkenntnisse liefert (Stichwort: Ektodermaler Ursprung von Haut und Nervensystem). Die Angst vor der Masernenzephalitis wird verständlich, wenn man zwar Krankheiten molekularbiologisch genauestens identifizieren kann, auf der anderen Seite aber die größeren Zusammenhänge von pathologischen Kausalitäten dabei aus dem Blickfeld und in Vergessenheit geraten.

Zur Gefahr die Masern im Erwachsenenalter zu bekommen, muß gesagt werden, daß die Immunisierung durch einmaliges Überstehen der natürlichen Krankheit nahezu hundertprozentig ist. Wiederholte Masernerkrankungen sind dabei extrem selten. Nach Masernimpfungen sind „Zweiterkrankungen“ im Erwachsenenalter viel häufiger geworden.

Die Impfung gegen Masern kann aus genannten Gründen im Kindesalter nicht empfohlen werden, könnte jedoch nach gezielter Risiko-Nutzen-Abwägung im Adoleszentenalter nochmals diskutiert werden, wenn bis dahin die Masern nicht durchgemacht wurden.

Mehr zum Thema Masern unter:

www.praxis-breitenberger.de/aktuelles

b. Mumps

Als Mumps wird eine infektiöse, schmerzhafte Schwellung der Ohrspeicheldrüse bezeichnet.

Die Erkrankung ohne Komplikationen ist harmlos und verläuft bei 60% der Infizierten inapparent (=ohne jegliche Symptome).

Grund der Massenimpfung sind auch hier Komplikationen, von denen die Orchitis (Entzündung des Hodens) bei Buben am gefährlichsten ist.

25% der Buben die Mumps im Adoleszentenalter, bzw. nach der Pubertät bekommen, entwickeln eine Orchitis als Mumpskomplikation. Bei 10% dieser Fälle besteht die Gefahr einer Sterilität bei vorausgesetztem bilateralem Hodenbefall.

Das Erkrankungsmaximum liegt aber zwischen dem 3. und 8. Lebensjahr, d.h. 90% der Kinder bekommen den Mumps in diesem Lebensabschnitt. In diesem Alter ist die Gefahr der Orchitis so gut wie nicht gegeben.

Die Empfehlung der Impfung kann also nur in Ausnahmefällen und dann nur für Buben im 12.–14. Lebensjahr gelten, wenn sie bis dahin den Mumps noch nicht durchgemacht haben.

c. Röteln

Die Röteln (German measles) sind bei Kindern und Erwachsenen eine gutartige Erkrankung.

Komplikationen sind sehr selten.

Bekommt aber eine Frau in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft die Röteln, besteht das Risiko zu 25-30%, daß das Kind mit Mißbildungen an Auge, Herz, oder Innenohr zur Welt kommt.

1996 und 1997 wurden je 1 Fall von Rötelnembryopathie gemeldet.⁹ (Zu melden sind alle Fälle bei Erkrankung und Tod).

Der einzige Grund für die Röteln-Impfung besteht also im Schutz des im Mutterleib heranwachsenden Kindes. Um dies zu unterstützen sollte alles nur Mögliche getan werden. Es erscheint jedoch völlig unsinnig jedes Kind (ohne geschlechtliche Unterscheidung hinsichtlich der Gebärfähigkeit) im ersten Lebensjahr impfen zu lassen. In diesem zarten Lebensalter sollten alle Unwägbarkeiten, die immer mit Impfungen verbunden sind, vermieden werden.

Die Impfempfehlung kann sich also nur auf Mädchen zwischen dem 12.–14. Lebensjahr beziehen, falls die "natürlichen" Röteln noch nicht durchgemacht wurden, bzw. falls im Zweifelsfall der Antikörpertest seronegativ ist.

Unbedingt ist im Falle der Impfung je zwei Monatszyklen davor und danach eine Schwangerschaft auszuschließen, da es sich um eine aktive Immunisierung mit Lebendimpfstoff handelt.

8. Meningokokken¹⁷

Im Jahr 2006 empfiehlt die STIKO erstmals eine generelle Impfung gegen Meningokokken im 2. Lebensjahr.

Meningokokken-Infektionen verlaufen häufig asymptomatisch, d.h. der Erreger bleibt auf den Nasen-Rachen-Raum begrenzt. Bei 10-40% der Bevölkerung sind dort Meningokokken ohne Anhalt für klinische Symptome nachweisbar. Für eine Infektion ist ein enger Kontakt mit Übertragung von Sekreten aus dem Nasen-Rachen-Raum erforderlich. Die Symptome treten i.d.R., nach einer Inkubationszeit von 3-4 Tagen, plötzlich als Kopfschmerz, Fieber, Erbrechen, Hautausschlag, Nackensteifigkeit etc. auf.

Pro Jahr werden in Deutschland insgesamt ca. 702 invasive Meningokokken-Erkrankungen gemeldet. Etwa 40% der Erkrankungen treten im Alter bis zu 5 Jahren auf.

Meningokokken-Erkrankungen verlaufen in der Hälfte der Fälle als eitrige Gehirnhautentzündung (Meningitis). Die Sterblichkeit daran im Kindesalter beträgt ca. 1-3%. Bei einem Viertel der Fälle entsteht eine Blutvergiftung (Sepsis), die bei ca. 5-10%, als septischer Schock („Waterhouse-Friederichsen-Syndrom“) auftritt. Die Sterblichkeit daran beträgt bis 50%.

Insgesamt liegt die Sterblichkeit bei allen Meningokokken-Erkrankungen bei ca 10%, ebenso wie die Anzahl an Fällen mit Behinderung, Taubheit etc. als Folgeschäden.

Es gibt 12 verschiedene Typen von Meningokokken. Die Serotypen A und B sind hauptsächlich verantwortlich für den Ausbruch größerer Epidemien. In Industrieländern findet man Meningokokken-Erkrankungen nur noch als Einzelerkrankungen oder in Form von kleineren Ausbrüchen.

Die oben genannten Zahlen zur Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit beziehen sich auf Meningokokken-Erkrankungen

aller zwölf Serotypen. Wichtig bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer allgemeinen Impfeempfehlung ist die Tatsache, dass die Impfung nur wirksam ist bei einem einzigen Typ, dem Serotyp C, der ca. 25% aller Meningokokken-Infektionen verursacht. Damit ergibt sich die folgende Situation:

- die Impfung kann bestenfalls vor geschätzten 211 Meningokokken-C-Erkrankungen pro Jahr in Deutschland schützen
- eingeführt wurde die Impfung, um besonders gefährdete Kleinkinder zu schützen. Das sind ca. 84 Kinder unter 5 Jahren, die pro Jahr in Deutschland erkranken und ca. 8 Kinder, die an einer Meningokokken-C-Erkrankung sterben. Die Wahrscheinlichkeit an einer Meningitis zu erkranken betrifft ca. 42 Kleinkinder, woran ca. 1 Kind unter 5 Jahren stirbt

Der Impfstoff ist in Deutschland seit 2001 zugelassen und wurde bisher nur für Risikogruppen empfohlen. Diese Strategie hat weder zu einer Verringerung von Neuerkrankungen noch von Komplikationen geführt.

Die Behandlung von Meningokokken-Erkrankungen mit Antibiotika ist bisher wirksam gewesen. Durch undifferenzierte Anwendung der Antibiotika lässt sich aber auch bei den Meningokokken eine zunehmende Resistenzentwicklung beobachten (2005: 10% auf Penicillin). Das mag ein Grund für eine öffentliche Impfeempfehlung sein.

Daneben sind Meningokokken neben Pneumokokken und Haemophilus influenzae Typ b, die häufigsten Erreger invasiver bakterieller Erkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Auch ist der Mensch der einzige Wirt des Erregers und so könnte man ihn theoretisch, bei einer vollständigen Immunisierung der Bevölkerung über mehrere Jahrzehnte, eliminieren. Dass dies, selbst mit viel Aufwand und unter immensem Druck, sich

sehr schwierig gestalten kann, zeigt uns aktuell das Beispiel der Masern.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Meningokokken-C-Impfung empfohlen werden kann, wenn Säuglinge und Kleinkinder sehr früh in Sammeleinrichtungen gegeben werden müssen und dadurch viel sehr engen Kontakt zu anderen Kindern bekommen. Die Impfempfehlung für einen ganzen Geburtenjahrgang ist fraglich, da einerseits nur verhältnismäßig wenig Kinder davon profitieren und andererseits noch zu wenig Langzeiterfahrungen über Nebenwirkungen des Impfstoffs vorliegen.

9. **Pneumokokken**¹⁷

Im Jahr 2006 empfiehlt die STIKO erstmals eine generelle Impfung gegen Pneumokokken für alle Kinder ab dem vollendeten 2. Lebensmonat.

Pneumokokken sind in allen Altersgruppen die weltweit häufigsten bakteriellen Erreger lokaler Infektionen (v.a. Entzündung von Mittelohr, Nasennebenhöhlen, Lunge) und zusammen mit Meningokokken die häufigsten Erreger einer eitrigen Gehirnhautentzündung (Meningitis).

Vor allem die Blutvergiftung (Sepsis) und die Gehirnhautentzündung können durch die Impfung beeinflusst werden. Die Effektivität bei lokalen Pneumokokken-Infektionen ist deutlich geringer.

Der Impfstoff ist in Europa seit 2001 zugelassen und wurde bisher nur für Risikogruppen empfohlen. Diese Strategie hat wie bei den Meningokokken weder zu einer Verringerung von Neuerkrankungen noch von Komplikationen geführt.

Erfahrungswerte über Verträglichkeit und Kompatibilität mit anderen Impfstoffen müssen noch über mehrere Jahre gesammelt werden, um wirklich verlässliche Aussagen darüber geben zu können.

Das einzig bekannte Reservoir von Pneumokokken ist der besiedelte Nasen-Rachen-Raum des Menschen.

Eine zunehmende Resistenzentwicklung gegen Antibiotika vermindert auch bei den Pneumokokken die Behandlungsoptionen zunehmend. Dies dürfte auch ein Grund für eine allgemeine Impfempfehlung sein.

Die STIKO erwartet bei einer Durchimpfung von 80% sowie einer Impfstoffwirksamkeit von 97% einen Rückgang aller invasiven Pneumokokken-Erkrankungen in den ersten 2 Lebensjahren um 53%. Bei dieser Einschätzung wird nur der Erreger als krankheitsauslösender Faktor, nicht jedoch der infizierte Mensch mit seiner ganz individuellen Reaktionsfähigkeit, berücksichtigt.

Es sind derzeit 90 unterschiedliche Serotypen von Pneumokokken bekannt. Der Impfstoff ist nur wirksam gegen Erreger-Varianten, die in ihm enthalten sind. In Deutschland deckt der Impfstoff ca. 70% der für das Kleinkind bedeutsamen Varianten ab. Insgesamt erkranken in Deutschland an einer invasiven Pneumokokken-Erkrankung jährlich geschätzte 970 Kinder unter 5 Jahren (430 Fälle werden pro Jahr gemeldet-davon 160 Meningitiden). 680 Erkrankungen werden vermutlich durch die im Impfstoff enthaltenen Serotypen verursacht. Davon sterben jährlich 19 Kinder unter 5 Jahren und 38 Kinder erleiden bleibende Sekundärschäden.

Eine alternative Impfempfehlung könnte, nach Prüfung der individuellen Besonderheiten des Impflings, ähnlich ausfallen wie bei Meningokokken-Erkrankungen.

10. Windpocken

Windpocken entstehen durch Erstkontakt mit dem Varizellen-Zoster-Virus und treten durch mässiges Fieber und juckenden Hautausschlag bei geringer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes in Erscheinung. Die Prognose wird als günstig beschrieben mit narbenfreier Abheilung.

Immunschutz nach der Windpocken-Erkrankung besteht für ca. 40 Jahre. Eine Reaktivierung des im Körper verbleibenden Virus ruft bei alten Menschen und solchen mit Immunschwäche einen Zoster (Gürtelrose) hervor.

Komplikationen mit Beteiligung innerer Organe bei Kindern werden meist nur bei Immunschwäche beobachtet, d.h. wenn Vorerkrankungen bestehen. Weiterhin besteht die Möglichkeit der Zerebellitis (Entzündung des Kleinhirns) (Risiko 1:4.000) und seltener der Enzephalitis (Gehirnentzündung) (Risiko 1:40.000).

Komplikationen entstehen bei Infektion einer werdenden Mutter in der Frühschwangerschaft (8.-21. SSW), wobei es bei 1% der Infizierten zu Fehlbildungen kommen kann.

Bei Erkrankung der Mutter um den Geburtszeitpunkt (5 Tage vor bis 2 Tage nach der Geburt) werden schwere Verläufe bei den Neugeborenen mit bis zu 30% Todesfällen beobachtet, wenn keine Behandlung einsetzt.

Therapie der Wahl stellt in diesem Fall die passive Immunisierung dar, die den Ausbruch verhindern oder deutlich abschwächen kann.

Bisher hat die STIKO die Windpocken-Impfung für seronegative Kinder mit bestimmten Grund-Krankheiten, wie Immunschwächen (Tumor etc), Neurodermitis und Kinder zwischen dem 12.-15. Lebensjahr, die die Windpocken noch nicht durchgemacht haben, empfohlen.

Seit Juli 2004 wird die Impfung für alle Kinder im Alter von 11 bis 14 Monaten zusammen mit der 1. Masern-Mumps-Röteln-Impfung, oder frühestens 4 Wochen nach dieser empfohlen. Eine Auffrischung ist nicht nötig.

Desweiteren wird die Impfung empfohlen für alle 9 bis 17-jährigen Jugendlichen ohne Windpocken in der Vergangenheit.

Auch gilt die Empfehlung für Frauen mit Kinderwunsch, bei denen keine Antikörper nachweisbar sind.

Hinsichtlich der Kürze und Milde des Verlaufs der Windpocken-Erkrankung im Kindesalter und der Möglichkeit der Behandlung durch passive Immunisierung nach Ausbruch der Erkrankung scheint eine Prophylaxe durch Impfung für alle Kinder nicht sinnvoll. Durchaus überlegenswert ist die Impfeempfehlung für Frauen mit Kinderwunsch, die keinen Immunschutz haben.

11. Humane Papillomaviren (HPV)¹⁸

Die STIKO empfiehlt seit 2007 zur Reduktion der Krankheitslast durch den Gebärmutterhalskrebs, alle Mädchen zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr gegen diese Viren impfen zu lassen. Die Impfung mit drei Dosen sollte vor dem ersten Geschlechtsverkehr abgeschlossen sein. Eine öffentliche Impfempfehlung für alle Jungen zwischen dem 9. und 15. Lebensjahr, die asymptomatisch infiziert sein können, wird derzeit diskutiert.

In Deutschland erkranken jährlich ca. 6.500 Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Im Jahr 2004 sind 1.660 Frauen an dieser Krankheit gestorben. Die Erkrankung tritt gehäuft zwischen dem 35. und 39. und vor allem zwischen dem 60. und 64. Lebensjahr auf. Humane Papillomaviren konnten in mehr als 90% der bösartigen Tumore des Gebärmutterhalses nachgewiesen werden. Diese Krankheitserreger können durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern übertragen werden.

Es gibt viele verschiedene Untergruppen dieses Virus. Sieben davon werden zu der sogenannten „High-Risk-Gruppe“ (Typ 16, 31, 18, 33, 35, 52, 73) gezählt. Ob sie auch verursachend an der Entstehung der Tumore beteiligt sind, ist nicht belegt. Im Laufe ihres Lebens infizieren sich ca. 70% der sexuell aktiven Frauen mit HPV. Nicht alle erkranken aber an Gebärmutterhalskrebs. Andere Faktoren für die Krankheitsentstehung bleiben daher von der Impfung unberücksichtigt. Bei der Mehrheit der infizierten Frauen (90%) ist auch ohne Behandlung nach ein bis zwei Jahren kein Virus mehr nachweisbar.

Der Impfstoff ‚Gardasil‘ ist seit September 2006 zugelassen. Die genaue Dauer der Immunität nach Verabreichung aller Impfdosen ist derzeit noch nicht bekannt.

Der Impfstoff schützt nur vor zwei der sieben Virus-Typen aus der „High-Risk-Gruppe“: HPV 16 ist in 50%, HPV 18 nur in 10% der bösartigen Tumore des Gebärmutterhalses nachweisbar. Damit sind geimpfte Personen nicht gegen Infektionen des Virus aus anderen Untergruppen geschützt.

Die STIKO schätzt, lebenslange Nachimpfungen vorausgesetzt, dass ca. 140 Mädchen geimpft werden müssen, um einen Fall von Gebärmutterhalskrebs zu verhindern. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen müssen daher unverändert in Anspruch genommen werden.

Erkennt man Gebärmutterhalskrebs im Frühstadium, kann er zu annähernd 100% geheilt werden. Meist verursacht dieser Tumor aber erst im fortgeschrittenen Stadium Symptome wie Schmerzen, Schmierblutungen bei Geschlechtsverkehr und blutigen Ausfluss.

Fazit:

Eine weitere Impfung im Kindes- bzw. Jugendalter wird öffentlich empfohlen. Damit werden mittlerweile Impfungen gegen 14 Krankheiten für diese Altersgruppe nahe gelegt.

Komplikationen durch die Impfung können bei dem erst im letzten Jahr zugelassenen HPV-Impfstoff nicht ausreichend beurteilt werden. Es fehlen Langzeitstudien, wie das Immunsystem damit zurechtkommt. Eine dramatische Zunahme an schweren Krankheiten des Immunsystems wie Allergien, Krebs- und Autoimmunkrankheiten gibt Anlass zu zurückhaltenderem Umgang mit sog. ‚Präventivmaßnahmen‘. Impfungen sollten nur durchgeführt werden bei Krankheiten, gegen die es keine wirksamen Vorsorgemöglichkeiten gibt und die man nicht ursächlich behandeln kann. Vor sexuell übertragbaren Viren wie dem HPV, kann man sich am wirksamsten durch Kondome schützen. Die Impfung gegen nur zwei Unterarten dieses Virus mit unbekannter Schutzdauer, d.h. einem sehr begrenzten Impferfolg, könnte eine verhängnisvolle Sicherheit suggerieren.

Die Wichtigkeit von geschütztem Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern durch Kondome wird im Fall von HPV nicht ausreichend betont. Bei Nachlässigkeit in diesem Punkt könnten sich dann auch andere sexuell übertragbare Krankheiten, wie z.B. Aids und Hepatitis B weiter verbreiten.

12. Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) durch Zecken übertragen¹⁹

Die Impfung gegen FSME wird derzeit nicht im offiziellen Impfkalender empfohlen. Dennoch sehe ich eine Notwendigkeit an dieser Stelle über die FSME und eine Impfung dagegen aufzuklären, da 2007 fast ganz Süddeutschland zum Risikogebiet erklärt wurde und viele Menschen dadurch verunsichert sind.

Die Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut in Berlin empfiehlt die FSME-Impfung für alle Personen, die sich in FSME-Risikogebieten aufhalten und verhaltensbedingt durch Berufsausübung oder Freizeitaktivitäten zeckenexponiert sind. Folgende Fragen werden in der Praxis häufig gestellt:

- Steigt die Zahl der Erkrankungen wirklich an?
- Wie kann ich mich mit dem FSME-Virus infizieren?
- Wie gefährlich ist diese Erkrankung für mich?
- Wie erkenne ich frühzeitig eine Infektion?
- Muss ich mich impfen lassen?

Allgemein

Zecken können eine Vielzahl von Infektionskrankheiten auf den Menschen übertragen. In Deutschland sind dies vor allem die Lyme-Borreliose, die landesweit vorkommt, und die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), die hauptsächlich in Süd- und Ostdeutschland übertragen wird.

Die Lyme-Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Infektionskrankheit in Europa und tritt wesentlich häufiger auf als die FSME. 5-35% der Zecken können mit *Borrelia burgdorferi*, dem Erreger der Borreliose befallen sein. Die Wahrscheinlichkeit einer manifesten Erkrankung liegt zwischen 0.3–1.4% und steigt mit der Dauer des Saugaktes. Die Krankheit ist derzeit in den meisten Fällen noch erfolgreich mit Antibiotika zu behandeln. Gegen die Lyme-Borreliose gibt es keine Impfung –

das mag auch der Grund sein, dass sie in der Öffentlichkeit weniger erwähnt wird

Übertragung

Die Krankheit ist nicht von Mensch zu Mensch übertragbar.

Die Übertragung der FSME auf den Menschen erfolgt in Europa im Wesentlichen durch die mit einem Virus infizierte Zecke, den ‚Holzbock‘ (lat.: *Ixodes ricinus*; *Ixodes persulcatus*).

Sehr selten findet eine Übertragung durch Rohmilch(-produkte) v.a. in Osteuropa statt.

In den FSME-Endemiegebieten Deutschlands sind 0.1-5% der Zecken mit dem Virus infiziert. Durch einen Zeckenstich gelangen die Viren sofort aus den Speicheldrüsen der Zecke in die Blutbahn des Menschen und können die Krankheit auslösen. Die Wahrscheinlichkeit nach einem Zeckenstich zu erkranken liegt zwischen ca. 1:10.000 (Zeckendurchseuchung ca. 0.1%) und 1:300 (Zeckendurchseuchung ca. 3.5%).

In sogenannten Naturherden zirkulieren die Erreger zwischen den Zecken und ihren Wirten (Nagetiere wie v.a. Mäuse, Rehe, Rotwild, Vögel). Typische Lebensräume für Zecken sind loses Laub, hohes Gras, lichte Wälder, insbesondere Laubwälder und Gebüsch, in denen sie von Blättern und Zweigen von ihren Wirten abgestreift werden. Die FSME übertragenden Zecken sind bei der Wirtssuche passiv und lassen sich nur beim direkten Kontakt abstreifen.

Anm.: die nach Deutschland importierte Auwaldzecke, lat.: *dermacentor reticulatus*, eine sogenannte ‚Laufzecke‘, zeigt ein aktives Beuteverhalten und bewegt sich dabei in einem Umkreis von einem Meter auf den Wirt zu. Die Übertragung von FSME und Borreliose durch diese Zeckenart spielen aber eine untergeordnete Rolle

Damit sich der Erreger über die Zecken verbreiten kann, ist eine Mindesttemperatur von 8°C erforderlich (i.d.R. März bis November). Warme Winter und feuchte Sommer begünstigen die Zeckenpopulation. In Höhen über 1000 m halten sich keine Zecken auf.

Krankheitsbild

Nicht jeder Stich einer infizierten Zecke führt zu einer Infektion. Bei der FSME wird von einem hohen Teil (ca. 70%) subklinischer Infektionen ausgegangen, d.h. nach erfolgter Infektion treten nur bei ca. 30% der Infizierten Krankheitserscheinungen auf. Dabei wird ersichtlich, dass nicht nur der Erreger das Ausmaß der Krankheit bestimmt, sondern die Widerstandsressourcen des Menschen, und deren Unterstützung und Förderung, von entscheidender Bedeutung im Krankheitsgeschehen sind. Diese Tatsache findet in der heutigen Medizin noch zu wenig Beachtung.

Der Krankheitsverlauf ist biphasisch (zweigipflig). 30% der Infizierten sind nur von Stadium 1 betroffen und 10% der Infizierten von Stadium 1+2 (v.a. ältere Personen):

Stadium 1 (30%): Nach einer Inkubationszeit von 1-2 Wochen (selten bis 4 Wochen) kommt es zu grippeähnlichen Symptomen (mäßiges Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel).

Stadium 2 (10%): Nach einem fieberfreien Intervall von einer, selten bis zu drei Wochen, entwickelt sich das Bild der klassischen FSME: plötzlicher hoher Fieberanstieg, Erbrechen, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bewusstseinsstörungen, Krämpfe.

Bei einem Drittel der im 2. Stadium erkrankten Personen kommt es im Anschluss an die akute Infektion zu monatelangen Konzentrationsstörungen, emotionaler Labilität, Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Lähmungen (seltenes Symptom bei älteren Menschen, die zusätzlich eine Muskelentzündung entwickelt hatten).

Bei 1% der Betroffenen mit Beteiligung des zentralen Nervensystems (Stadium 2) führt die Krankheit zum Tod.

Risikoeinschätzung

Über eines sind sich die Experten im Moment sicher: niemand kann bislang verlässlich sagen, ob in diesem Jahr eine größere Gefahr von Zecken ausgehen wird. Seit der 2001 eingeführten Meldepflicht wurden in sechs Jahren bundesweit 1685 Erkrankungsfälle gemeldet. Die Krankheitssymptome reichten dabei von allgemeinen Unwohlsein bis zu Fällen mit der gefährlichen Gehirn- oder Hirnhautentzündung. Bleibende neurologische Schäden sind bei Kindern eine „Rarität“, stellt das Paul-Ehrlich-Institut fest. In der deutschsprachigen Literatur findet sich nur ein Bericht einer neurologischen Dauerschädigung bei einem ungeimpften Kind. Bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr verläuft die Krankheit fast immer ‚bland‘, d.h. mild und ohne dauerhafte Schädigung.

Die meisten Erkrankten sind zwischen 40 und 70 Jahre alt. Schwere Krankheitsfälle werden beinahe ausnahmslos bei Erwachsenen beobachtet. Klinische Erfahrungswerte zeigen, dass es auch hier, selbst in schweren Fällen, häufig zur Heilung kommen kann.

Schwer zu verstehen ist jedoch, warum gerade Kinder häufiger geimpft sind (lt. einer 2005 durchgeführten Studie) als ältere Menschen, die weitaus stärker gefährdet sind. Nicht selten wird durch überprotektives Verhalten mehr Schaden für die Zukunft angerichtet als uns heute bewusst ist.

Laut Aussage der Ärzte der STIKO (Ständige Impfkommission) ist das „Erkrankungsrisiko nach einem Zeckenstich im Individualfall sehr niedrig“.

Woher kommt also die allgemein zunehmende Verunsicherung und Angst? In den fünf Jahren, die seit der Meldepflicht vergangen sind, war ein Anstieg der gemeldeten Erkrankungszahlen zu erkennen. Wurden von 2001-2004 im Mittel 262 Erkrankungen gemeldet, waren es 2005 schon 432 und 2006 bereits 547 Meldungen.

Aber haben sich in diesem Zeitraum wirklich mehr Menschen mit dem FSME-Virus infiziert, oder stiegen die Erkrankungszahlen, weil ein erhöhtes Bewusstsein bei Ärzten und Laien zu ei-

nem motivierteren Meldeverhalten geführt hat? Die genauen Gründe für einen Anstieg der Erkrankungszahlen sind nicht bekannt. Vermutlich spielen mehrere Faktoren eine Rolle: Zunehmende Freizeitaktivitäten in Freien, sich verändernde klimatische Bedingungen und Veränderungen der Wirtspopulation (in den Jahren 2004-2005 wurde ein Anstieg der Nagerpopulation in Bayern beobachtet), werden die Erkrankungszahlen sicherlich steigen lassen.

Die aktuelle Karte der FSME-Risikogebiete trägt nicht dazu bei, die Verwirrung über die vermeintliche Zeckengefahr aufzulösen. Es wurden 2007 auf einen Schlag bundesweit 33 Land- und Stadt-Kreise mehr zum Risikogebiet erklärt (129 Kreise insg.) als 2006. Dies suggeriert vorerst eine größere Gefahr. Die Zunahme der Risikogebiete beruht aber allein auf einem neuen Definitionsansatz des Robert-Koch-Instituts. Entschied früher die absolute Zahl der Erkrankungsfälle darüber, ob eine Region zum Risikogebiet erklärt wurde, ist nun die Zahl der Erkrankungen auf die Einwohnerzahl einer Region bezogen worden. Seit diesem Jahr gilt eine Region als Risikogebiet, wenn in einem Kreis oder der Kreisregion (bestehend aus dem betreffenden Kreis sowie allen angrenzenden Kreisen) binnen fünf Jahren 1 Erkrankungsfall pro 100.000 Einwohner gemeldet wurde. So kommt es, dass 51 Kreise zum sogenannten Risikogebiet erklärt wurden, obwohl nur in den angrenzenden Kreisen die Grenze von einem Erkrankungsfall pro 100.000 Einwohner erreicht wurde.

Diese Risikoeinschätzung wird selbst von der Ständigen Impfkommission als sehr vorsichtig bewertet.

Tatsache ist aber, dass ein Anstieg des Risikos, wenn möglicherweise auch als statistisches Artefakt, die Nachfrage an Impfstoffen erhöht. Im Mai dieses Jahres wurden die ersten Liefer Schwierigkeiten der Impfstoffhersteller bekannt.

Impfung

Nach Ausbruch der Krankheit ist die FSME nur symptomatisch zu behandeln. Aus diesem Grund soll eine aktive Immunisierung mit inaktivierten FSME-Viren einen vorsorglichen Schutz bieten.

Eine passive Immunisierung, die nach einem Zeckenstich das Infektionsrisiko mindern soll, ist seit 2003 nicht mehr erhältlich, weil viele Nebenwirkungen und schwere Krankheitsverläufe im Anschluss daran beobachtet wurden.

Für einen ausreichenden prophylaktischen Impfschutz sind drei Impfdosen nötig. Die Schutzdauer wird mit drei bis fünf Jahren angegeben, aber für eine Bestätigung dieser Wirkung fehlen noch verlässliche Erfahrungswerte. Ein zeitlich begrenzter Impfschutz (z.B. für Urlauber in Endemiegebieten) erfordert mindestens zwei Gaben des Impfstoffs. Die von der Ständigen Impfkommission empfohlene Impfung ist ab dem 1. Lebensjahr zugelassen.

Geimpft werden darf nur in zeitlichem Abstand von mindestens zwei Wochen zu einer akuten Erkrankung (Erkältung etc.). Günstiger Zeitpunkt für eine FSME-Impfung sind die Monate Dezember und Januar, um bis zur beginnenden Zeckensaison im Frühjahr einen ausreichenden Schutz sicherzustellen. Häufige, sofort auftretende Nebenwirkung der Impfung sind Magen-Darm-Beschwerden, Entzündungsreaktionen an der Einstichstelle, grippeartige Beschwerden (Fieber, Gliederschmerzen etc.), Muskel- und Gelenksbeschwerden. Seltener treten Nervenentzündungen auf, die unterschiedlich schwer verlaufen können. Wie bei allen aktiven Impfungen sind mittel- und langfristige Impfreaktionen bzw. Impfschäden häufig sehr schwer in ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung zu bringen, nicht zuletzt, weil es an unabhängigen Kontrollgremien dafür fehlt. Zulassungs- und Überwachungsbehörde für Impfstoffe sind in einer Institution zusammengelegt. Auch wird die Forschung an Impfstoffen immer noch ausschließlich im industriellen, nicht im universitären Bereich durchgeführt und ist damit eng an wirtschaftliche Interessen gekoppelt.

Eine objektive Beurteilung von Langzeitwirkungen der Impfungen auf die Gesundheit der Bevölkerung ist davon nicht zu erwarten.

Viele Menschen sind der aktiven Impfung gegenüber misstrauisch. Schon einmal wurde ein Impfstoff („Ticovac“) gegen die FSME als wirksamster und sehr gut verträglicher Schutz empfohlen. Über 1500 Meldungen von Ärzten über schwerwiegende Nebenwirkungen der Impfung v.a. bei Kindern (rascher Temperaturanstieg über 40°C, Fieberkrämpfe etc.) lagen dem Paul-Ehrlich-Institut mindestens ein Jahr vor, bevor der unzureichend geprüfte Impfstoff 2001 viel zu spät vom Markt genommen wurde. Wieder einmal wurde deutlich, dass das Risikomanagement der Impfstoffhersteller und der überwachenden Bundesinstitute langsam und unkritisch ist und das Prinzip des vorbeugenden Verbraucherschutzes ignoriert. Der heute verwendete Impfstoff soll deutlich verträglicher sein. Aber auch hier werden gerade bei Kindern häufig fieberhafte Reaktionen beobachtet, besonders im Alter von ein bis drei Jahren und nach der ersten Impfung.

Der Wirksamkeitsanspruch der Impfung basiert nicht auf kontrollierten Studien mit klinischen Parametern, in denen Komplikationen bei Geimpften und Erkrankungen Nichtgeimpfter erfasst werden. Einzig wird die Wirksamkeit der Impfung bemessen anhand eines ansteigenden Antikörpertiters.

Prävention

Ein wichtiger Grundsatz der Prävention der FSME (und auch der Borreliose) ist, Zeckenstiche nach Möglichkeit zu vermeiden (Expositionsprophylaxe).

Folgende Maßnahmen können dabei helfen:

- Möglichst wenig Wanderungen durch Unterholz, Strauchwerk und hohes Gras;
auf festen Wegen bleiben
- Helle Kleidung (um Zecken darauf zu erkennen), die möglichst viel Körperoberfläche bedeckt; Kopfbedeckung

- Nach Aufenthalt im Freien in zeckengefährdeten Gebieten den nackten Körper nach Zecken absuchen. Vor allem bevorzugte Saugstellen der Zecken (Bereiche mit dünner Haut) untersuchen: Kopfhaut, hinter den Ohren, Hals, Achselhöhlen, Genitalbereich, zwischen den Beinen, Kniekehlen
- Repellents zum Auftragen auf Kleidung und Haut (z.B. ‚Mosquito‘, ‚Autan‘ etc.) bieten nur einen zeitlich begrenzten Schutz für einige Stunden
- Zeckenhalsband für Haustiere

Bei Zeckenbefall soll die Zecke umgehend entfernt werden. Dabei greifen Sie die Zecke möglichst körpernah, ohne sie zu drücken, mit einer Zeckenpinzette oder mit den Fingerspitzen und ziehen sie heraus.

' Keinesfalls irgendwelche Substanzen davor auf die Zecke aufbringen. Auch ein Drehen beim Herausziehen ist nicht nötig'

Vorkommen

Die FSME kommt in Deutschland vor allem in Süd- und Ostdeutschland vor. Im Folgenden werden die 2006 gemeldeten Fälle nach Infektionsort gegliedert:

52.6%	(269 Fälle)	Baden-Württemberg
35.6%	(182 Fälle)	Bayern
10.8%	(55 Fälle)	Hessen
0.6%	(3 Fälle)	Rheinland-Pfalz
0.6%	(3 Fälle)	Brandenburg
0.6%	(3 Fälle)	Sachsen
0.4%	(2 Fälle)	Thüringen
0.2%	(1 Fall)	Mecklenburg-Vorpommern

Weiterhin kommen den FSME-Virus übertragende Zecken in Asien und vielen europäischen Ländern vor. Von marginaler Bedeutung sind Frankreich, Italien, Griechenland.

Fazit:

Insgesamt 90% aller FSME-Infizierten entwickeln keine bzw. schlimmstenfalls grippale Symptome. Ausgehend von 547 mit dem FSME-Virus infizierten Personen im vergangenen Jahr, empfiehlt die Ständige Impfkommission für ca. 30 Millionen Menschen (v.a. in Süd- und Ostdeutschland) eine FSME-Impfung, um ca. 55 Menschen (mit meist vorgeschwächtem Immunsystem) vor schwereren Krankheitsverläufen zu schützen und dabei einen Todesfall in zwei Jahren zu vermeiden.

Möge ein jeder sich selbst Gedanken zu dieser Verhältnismäßigkeit machen.

Um der derzeit bestehenden Wahrscheinlichkeit, an einer FSME-Infektion schwer zu erkranken, angemessen zu begegnen, könnte eine alternative Impfempfehlung folgendermaßen aussehen:

- Impfung für Personen über 50 Jahre mit chronischen Erkrankungen, d.h. schon vorgeschwächtem Immunsystem, die sich dauerhaft in Risikogebieten aufhalten und dort häufig zeckenexponiert sind.
- Impfung auch für jüngere und gesunde Personen in Risikogebieten, wenn die Zahl der FSME-Infektionen in den nächsten Jahren stark ansteigen sollte, oder zunehmend komplikationsreiche Krankheitsverläufe beobachtet würden.

Insgesamt sollte die Expositionsprophylaxe als vorrangige Prävention betrachtet werden. Eine Impfung gegen die FSME könnte zu der Täuschung führen, man hätte damit umfassenden Schutz und Sicherheit vor den, durch Zecken übertragenen, Infektionskrankheiten. Wenn dadurch ein nachlässigeres Verhalten im Umgang mit Zecken gefördert wird, werden die Erkrankungszahlen, der jetzt schon viel häufiger auftretenden Lyme-Borreliose, weiter zunehmen.

V. Die Impfstoffe

Es gibt zwei Arten von Impfungen, die aktive und die passive Immunisierung.

Bei den prophylaktischen Impfungen kommen nur die aktiven Impfstoffe zum Einsatz.

Es werden sog. Antigene in den Organismus injiziert und die erwartete Antikörperreaktion des menschlichen Immunsystems soll für die Schutzwirkung sorgen. Bei den Antigenen unterscheidet man bei der aktiven Impfung drei Formen:

- TOXOIDE (= abgeschwächte Toxine) z.B. bei Diphtherie, Tetanus
- TOTIMPFSTOFF aus Erregern die inaktiviert und vermehrungsunfähig gemacht wurden, z.B. bei Hepatitis B, IPV (Polio), Keuchhusten
- LEBENDIMPFSTOFF aus Erregern, die virulenzabgeschwächt wurden, aber noch vermehrungsfähig sind, z.B. bei Masern, Röteln, Mumps, OPV (Polio) .

[Anmerkung: Bei passiven Impfungen werden schon vorgefertigte Antikörper, gewonnen aus menschlichem oder tierischem Serum, in den Organismus eingebracht Dies kommt zur Anwendung bei Erkrankungsverdacht oder bereits ausgebrochener Erkrankung.]

Die Injektion von Toxoiden und veränderten Lebendimpfstoffen in den vielschichtigen menschlichen Organismus ist immer ein Vorgang mit vielen Unbekannten. Hier ist zu bedenken, daß alle Impfstoffe (auch gentechnische Produkte) in lebenden Organismen gezüchtet werden.

Hier eine Auswahl an Diskussionspunkten, die zum Thema Impfung offene Fragen hinterlassen und damit die "Sicherheit der Impfstoffe" noch von einer anderen Seite beleuchten.

- verunreinigte / nicht ausreichend gereinigte Impfstoffe¹⁰
- viral kontaminierte Zellkulturen (zur Impfstoffzüchtung) als wesentliches Problem der Bioindustrie
- Gentransfer
- Kreuzreaktivität zwischen Impfstoffen und körpereigenen Strukturen (molekulare Mimikri) als Pathomechanismus von Autoimmunerkrankungen, Allergien etc.¹¹
- ungenügende Erregerabschwächung¹²
- Rück- und Neumutation virulenzabgeschwächter Impfstoffe zu pathogenen Substanzen

Zudem enthalten die Impfstoffe zahlreiche Zusätze hochallergenen Charakters (hier eine Auswahl):

- Neomycin, Streptomycin; Antibiotikum um Überreaktionen des Immunsystems zu dämpfen.
- Thiomersal; Konservans im Totimpfstoff; quecksilberhaltig und damit neurotoxisch.
- Formaldehydreste; Desinfektionsmittel zum Abtöten der Impfkeime.

und viele andere sogenannte „Additiva“, die dem Impfstoff beigemischt sind.

vi. Unterschied zwischen natürlichen Infektionen und Impfindektionen.

a. Infektionsweg

bei einer natürlichen Infektion kann das Immunsystem in seiner Ganzheit reagieren, da der Erreger verschiedenste „hintereinandergeschaltete“ Barrieren passieren muß (z.B. Waldeyerscher Rachenring => Peyer'sche Plaques im Darm, u.v.m.).

Bei der Impfindektion werden diese natürlichen Schranken umgangen durch z.B. direkte intramuskuläre Injektion, eine Eintrittspforte, die für den Erreger völlig ungewöhnlich ist und damit auch dem Organismus eine adäquate Reaktion erschwert.

b. Infektionszeitpunkt

Bei natürlichen Infektionen wird eine Empfänglichkeit des Organismus für bestimmte Erreger beobachtet. Dadurch entstehen sogenannte „Erkrankungsmaxima“, Altersschwerpunkte bei bestimmten Krankheiten (z.B. bei Röteln 3.-10. Lebensjahr; Scharlach 3.-10. Lebensjahr; Windpocken 2.-6. Lebensjahr) in denen die Kinderkrankheiten den harmlosesten Verlauf zeigen.

Die Infektionskrankheiten selbst sind in ihrem endemischen Auftreten auch zyklusabhängig.

Die Impfindektion wird durch den von der STIKO festgelegten Impfzeitpunkt festgesetzt (alle Säuglinge im 3. Lebensmonat sollen sich mit 6 Krankheiten gleichzeitig auseinandersetzen).

c. Erreger

Ein Kunstprodukt bei den Impfinfektionen mit vielen Zusatzstoffen, die dessen Wirkung verändern (veränderte Antigenität, Virulenz etc.)

VII. Was Sie beachten sollten, falls Sie impfen lassen

Bei einer Impfung ist der menschliche Organismus sehr gefordert. Sie sollten folgendes unbedingt einhalten um ihn nicht zu überfordern:

Impfungen nur bei guter Gesundheit

Nie bei akuter oder bei einem Schub einer chronischen Erkrankung

Nicht während der Zahnungsperiode

Nicht in schwierigen psychischen Entwicklungsphasen

Frühestens 2 Wochen nach der Genesung impfen lassen. Sagen Sie vorausgeplante Impftermine ab, denn: „Es gibt keine unzulässig großen Abstände zwischen Impfungen. Jede Impfung gilt.“ (STIKO)

- Andere Reize unmittelbar vor und nach der Impfung so gering wie möglich halten, z.B.:

keine anstrengenden Besuche etc.

keine ausgedehnten Sonnenbäder

keine übermäßigen sportlichen Aktivitäten

- Gründliche Anamnese vor der Erstimpfung

Dies ist sehr wichtig, um das geistige und körperliche Befinden vor und nach der Impfung zu dokumentieren und Veränderungen als solche wahrnehmen zu können. Außerdem ist es wichtig, um eigene, oder in der Familie aufgetreten Unverträglichkeiten und Erkrankungen festzustellen.

Fordern Sie die Packungsbeilage des Impfstoffs an und bewahren Sie diese auf.

Notieren Sie den Namen des Herstellers, die Seriennummer der Impfpulve und kontrollieren Sie diese auf potentielle Allergene (Thiomersal; etc.).

Keine Unterdrückung von Fieber

bzw. leichter Temperaturerhöhung durch Fieberzäpfchen etc. nach der Impfung. Konsultieren Sie in diesem Falle Ihre medizinische Vertrauensperson.

- Keine Mehrfach-/Kombinationsimpfungen

wenn Sie insgesamt gegen nicht mehr als 2-3 Krankheiten impfen lassen.

Wenn Sie gegen mehr als 3 Krankheiten insgesamt eine Impfung planen, sollten Kombinationsimpfungen in Erwägung gezogen werden, um eine Kumulation der Impfstoff-Additiva (v.a. bei Totimpfstoffen) geringer zu halten.

leider werden zunehmend immer weniger Einzel-Impfstoffe angeboten

- Nicht vor dem 3. Lebensjahr impfen.

[Ausnahme: Pertussis; HiB unter besonderer Indikationsstellung wie die frühe Unterbringung in Kinderkrippen.]

Dies gilt besonders für Kinder aus allergiebelasteten Familien um sie vor Impfstoffallergenen zu schützen. (Bei Nahrungsmittelallergenen wie Milch-, Hühner-, Fisch-, Sojaproteinen hat sich die Meidung bei allergischer Diathese schon durchgesetzt; zu wenig Ernst genommen wird noch das artfremde Eiweiß der Impfstoffe.)

Desweiteren ist bei einem Säugling das Zentralnervensystem (Gehirn und Rückenmark) noch nicht ausgereift, jedoch hochempfindlich auf mögliche schädliche Beeinflussung. Das unreife Gehirn kann bei Schädigung nicht angemessen reagieren (Impfenzephalopathien).

Ab dem 3. Lebensjahr kann das Kind normalerweise laufen und sprechen und ein möglicher Impfschaden könnte somit schneller und eindeutiger registriert werden.

Kontraindikationen für Impfungen

- akute Erkrankungen, Schub einer chronischen Erkrankung
- Allergieschub
- Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffs (Neomycin, Quecksilber, Formaldehyd, Hühnereiweiß . .)
- Arzneimittelreaktionen in zeitlichem Zusammenhang mit einer Impfung sind bis zur Klärung der Ursache eine Kontraindikation gegen eine nochmalige Impfung mit dem gleichen Impfstoff
- angeborene oder erworbene Immunschwächen (v.a. Kontraindikation für Lebendimpfstoff)
- Schwangerschaft

VIII. Zusammenfassung

Impfen bedeutet auf der einen Seite weit mehr als nur "ein kleiner Pieks" und auf der anderen Seite muß nicht jeder Impfling die Gefahr eines Impfschadens fürchten.

Es gibt, wie so oft im Leben eben auch hier bestimmt mehr als eine Wahrheit.

Nach meiner Ansicht sollten sich aber Impfungen mehr auf den Bereich der Indikationsimpfungen beschränken (z.B. postexpositionell bei Neugeborenen HBs Ag-positiver Mütter gegen Hepatitis B) da der Anwendungsbereich als prophylaktische Schutzimpfung im Säuglingsalter zu fragwürdig geworden ist und die dahinterstehende Intention die damit auftretenden Risiken nicht rechtfertigt.

Es ist der Wunsch und das Ziel der WHO verschiedene Erreger "auszurotten". Deutschland folgt dieser Idee indem es z.B. die Elimination der Masern (bis 2010) durch Impfung zum Ziel nationaler Gesundheitspolitik gemacht hat.

Damit wird die Impftheorie mehr von politischen, als von medizinischen Argumenten getragen.

Wir leben in einer Zeit in der Polaritäten (z.B. Gesundheit und Krankheit) nicht mehr als notwendiger Antrieb lebendigen Wachstums verstanden werden.

Das, was uns nicht gefällt, wird in einem wahnsinnigen Hochmut als „Böse“ und bekämpfungswürdig bezeichnet.

Dieser Kampf gegen das „Böse“ von Aussen kann mit bisher angewendeten Mitteln nicht gewonnen werden, weder in Politik, noch in der Medizin.

Dieses Vorhaben muß scheitern, da das Auftreten von Infektionskrankheiten und deren Krankheitsentstehung nicht allein durch vorhandene oder fehlende Antikörper-Titer zu erklären ist, sondern eigenen komplexeren Gesetzmäßigkeiten unterliegt, die wir heute nur zum Teil überblicken können, da sie sich dem Erkenntnisbereich naturwissenschaftlicher Forschung entziehen. Das Eliminationskonzept wird aber um so hartnäckiger vertreten, je mehr es zu scheitern droht, bis hin zu der Überlegung inwieweit das „Nichtbefolgen“ der Massenimpfung in Zukunft reine Privatsache bleiben kann.¹³

Diese Art von Gewalt behindert eine naturgemäße, kreative Menschheitsentwicklung.

Es ist eine Illusion und einseitige Sichtweise beim Versuch der Krankheitsverhütung nur eine Antigen-Antikörper-Theorie und damit die Impfung als einzigen Schutz zu propagieren.

Das Krankheitsgeschehen muß insgesamt wieder in sinnvollem Zusammenhang mit menschlicher Entwicklung gesehen werden.

Diese Entwicklung muß unterstützt werden durch gezielte therapeutische Maßnahmen neben kind- und menscheitsgerechter Lebens- und Ernährungsweise, um die Abwehr- und Lebenskraft sinnvoll zu unterstützen.

Es gibt nicht „den“ Menschen, nicht „die“ Krankheit und damit nicht „das“ Therapiekonzept. Eine Betrachtung der individuellen Lebenssituation ist einer kollektiven pauschalisierten Massenmedikation immer vorzuziehen.

¹Literaturangaben

- 1 Epidemiologisches Bulletin 40/98, Seiten 282 ff
- 2 2 Epidemiologisches Bulletin 04/99, Seite 21
- 3 3 Epidemiologisches Bulletin 01/99, Seite 3
- 4 4 Epidemiologisches Bulletin III/98, Seite 3
- 5 5 Epidemiologisches Bulletin 15/98, Seite 110
- 6 6 Epidemiologisches Bulletin III/98, Seite 3
- 7 7 Epidemiologisches Bulletin 02/00, S. 12
- 8 8 Epidemiologisches Bulletin 25/98, Seiten 179 ff
- 9 9 Epidemiologisches Bulletin III/98, Seite 4
- 10 10 Kimman T., Risks connected with the use of convention and genetically engineered vaccines, Veterinary Quarterly, 08/92, Vol. 14 (3), pages 110-118
- 11 11 Brandis H., Medizinische Mikrobiologie 1994, Seite 268
- 12 12 Brown F., Review of accidents caused by incomplete inactivation of viruses, Dev. Biol. Stand, 1993, 81 (1); 103-107
- 13 13 Epidemiologisches Bulletin 25/98, Seite 180
- 14 14 Epidemiologisches Bulletin 28/01; 29/01, Seite 219 ff
- 7 15 7 Epidemiologisches Bulletin 30/04
- 16 16 Epidemiologisches Bulletin 18/03, Seite 139
- 17 17 Epidemiologisches Bulletin 31/06 und 32/06
- 18 18 Epidemiologisches Bulletin 12/07 und 30/07
- 19 19 Epidemiologisches Bulletin 14,15,17/07