

nen. Ein poliomyelitisähnliches Krankheitsbild kann auch durch andere Viren hervorgerufen werden. Eine Impfpoliomyelitis ist extrem selten (weniger als 1 zu 1 000 000). Gegebenenfalls sollte der Amtsarzt benachrichtigt werden (siehe Merkblatt „Hinweise zur Impfschäden-Aufklärung nach Poliomyelitis-Schluckimpfung“, das bei den Gesundheitsämtern und der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung und anderer Viruskrankheiten e. V. erhältlich ist).

Da die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung „öffentlich empfohlen“ ist, hat derjenige, der durch die Schutzimpfung einen über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden Gesundheitsschaden erleidet, nach dem Bundes-Seuchengesetz Anspruch auf Versorgungsleistungen. Dies gilt auch für die extrem selten beobachteten Fälle einer Kontaktinfektion nach einer Poliomyelitisimpfung.

Impfbescheinigung

Schluckimpfungen sind vom Impf- arzt in ein amtliches Impfbuch einzutragen, das jeder Impfling bei seiner ersten Impfung von der zuständigen Behörde unentgeltlich erhält (§ 16 Bundes-Seuchengesetz). In Impfbescheinigungen soll der Tag der Impfung sowie die Art, Herkunft und Chargen-Nr. des Impfstoffs angegeben werden.

Anschrift des Verfassers:
Deutsche Vereinigung
zur Bekämpfung
der Kinderlähmung
und anderer
Viruskrankheiten e. V.
Bismarckstraße 7
Postfach 27 07
4000 Düsseldorf

Impfkalender für Kinder und Jugendliche

Zusammenfassung der Empfehlungen
der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes*)

Hans Joachim Weise

Der Impfkalender der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes ist das Ergebnis einer Weiterentwicklung des Impfwesens und einer Anpassung an die gegenwärtige epidemiologische Situation. Die Aufhebung der Pockenerstimpfpflicht hat im öffentlichen Gesundheitswesen Kapazitäten frei gemacht, die für andere Lebendimpfungen gegen Krankheiten genutzt werden können, deren Stellenwert relativ gestiegen ist (zum Beispiel Röteln, Masern, Mumps). Die Indikation für Tuberkulose- und Keuchhustenschutzimpfungen wurde auf bestimmte Risikogruppen eingeeignet; Erkrankungsrisiken und Imfrisiken sind sorgsam gegeneinander abgewogen worden.

Das veränderte Panorama der Infektionskrankheiten in der Bundesrepublik Deutschland machte es möglich, einige Impfindikationen einzuschränken, andererseits haben neue Impfstoffe zusätzliche Impfmöglichkeiten eröffnet. Dies hat zu einer Reihe von Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes (STIKO) geführt, die zum Teil als Merkblätter im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT oder als Gutachten im Bundesgesundheitsblatt und anderen Publikationsreihen des Bundesgesundheitsamtes veröffentlicht wurden (siehe unten). Da jetzt mit der Empfehlung der Mumpsimpfung ein vorläufiger Abschluß dieses Reformprogrammes erreicht ist, wurden die bisherigen Ergebnisse in einem Impfkalender zusammengestellt (Tabelle 1), in dessen beiden Abschnitten die Impfungen einmal (A) nach dem Lebensalter, in dem sie verabfolgt werden sollen, und zum anderen (B) nach den Krank-

heiten, gegen die sie schützen, aufgliedert sind. Der Arzt kann deshalb von zwei Richtungen her schnell ermitteln, welche Impfungen in welchem Lebensalter und bei welchen Personengruppen indiziert sind. In Ergänzung zum Impfkalender hat das Bundesgesundheitsamt die Tabelle über Zeitabstände zwischen Schutzimpfungen überarbeitet (Tabelle 2 mit Erläuterungen).

Die Abschaffung der Pocken-schutzerstimpfung, die ebenfalls

● Textfortsetzung auf Seite 3370

*) Der Kommission gehören derzeit an: Dr. Drausnick (München), Prof. Dr. Ehrengut (Hamburg), Prof. Dr. Dr. Haas (Freiburg/Kempten), Prof. Dr. Habs (Bonn), Prof. Dr. Henneberg (Berlin), Prof. Dr. Koch (Berlin), Prof. Dr. Kuwert (Essen), Prof. Dr. Petzelt (Hannover), Prof. Dr. Pöhn (Berlin), Prof. Dr. Raettig (Berlin), Dr. Schumacher (Bonn), Prof. Dr. Spiess (München), Prof. Dr. Stickl (München), Paul-Ehrlich-Institut (ex officio), Prof. Dr. Weise (Berlin, Vorsitz und Geschäftsführung).

Tabelle 1: Impfkalender (Mai 1976) für Kinder und Jugendliche

A: nach dem Lebensalter geordnet

1	2	3
Lebensalter	Impfungen gegen	Personenkreis
1. Lebenswoche	Tuberkulose	Neugeborene bei erhöhter Tuberkuloseansteckungsgefahr
ab 3. Lebensmonat	Diphtherie-Tetanus 2× im Abstand von 4–8 Wochen <i>oder</i> Diphtherie-Pertussis-Tetanus 3× im Abstand von 4–6 Wochen (Beginn nicht nach vollendetem 1. Lebensjahr)	Säuglinge und Kleinkinder Säuglinge in Gemeinschaftseinrichtungen oder ungünstigen sozialen Verhältnissen oder bei denen der Keuchhusten eine besondere Gefährdung bedeutet
	Poliomyelitis 2× trivalente Schluckimpfung im Abstand von mindestens 6–8 Wochen, ggf. in Kombination mit der 1. und 2. DT-Impfung <i>oder</i> mit der 1. und 3. DPT-Impfung <i>oder</i> Teilnahme an Impfkationen der Gesundheitsämter im folgenden Winter (November/Januar)	Säuglinge und Kleinkinder
2. Lebensjahr	Masern (Lebendimpfstoff) 1 Jahr Abstand zu ggf. vorher verabreichtem Masernspaltimpfstoff Mumps ggf. Masern-Mumps-Kombination Poliomyelitis 3. trivalente Schluckimpfung Diphtherie-Tetanus (Auffrischung) <i>oder</i> Diphtherie-Pertussis-Tetanus (Auffrischung)	Kleinkinder und Kinder
6./7. Lebensjahr	Nachhol-Impfungen (bisher versäumte Impfungen außer gegen Pertussis) Diphtherie (Auffrischung)	alle Kinder
10. Lebensjahr	Poliomyelitis (Auffrischung) Tetanus (Auffrischung)	alle Kinder
12. Lebensjahr	Pocken (gesetzliche Wiederimpfung)	bereits früher gegen Pocken erfolgreich geimpfte Kinder
11.–14. Lebensjahr	Röteln	Mädchen vor der Geschlechtsreife

● Fortsetzung auf Seite 3367

Tabelle 1: Impfkalender (Mai 1976) für Kinder und Jugendliche

● Fortsetzung von Seite 3366

B: nach Impfungen geordnet

1	2	3
Impfungen gegen	Lebensalter Anwendung	Personenkreis
Tuberkulose	1. Lebenswoche jedes Lebensalter	Neugeborene bei erhöhter Tuberkuloseansteckungsgefahr tuberkuloseansteckungsgefährdete tuberkulinnegative Personen
Diphtherie-Tetanus	ab 3. Lebensmonat: 2× im Abstand von 4–8 Wochen 2. Lebensjahr (Auffrischung)	Säuglinge und Kleinkinder
<i>oder</i> Diphtherie-Pertussis-Tetanus	ab 3. Lebensmonat: 3× im Abstand von 4–6 Wochen (Beginn nicht nach vollendetem 1. Lebensjahr) 2. Lebensjahr (Auffrischung)	Säuglinge in Gemeinschaftseinrichtungen, unter ungünstigen sozialen Verhältnissen oder bei denen der Keuchhusten eine besondere Gefährdung darstellt
Diphtherie	6./7. Lebensjahr (Auffrischung)	alle Kinder
Tetanus	10. Lebensjahr (Auffrischung)	alle Kinder
Poliomyelitis	ab 3. Lebensmonat: 2× trivalent im Abstand von mindestens 6–8 Wochen, ggf. in Kombination mit der 1. und 2. DT-Impfung <i>oder</i> mit der 1. und 3. DPT-Impfung <i>oder</i> Teilnahme an Impfkampagnen der Gesundheitsämter im folgenden Winter (November/Januar)	Säuglinge und Kleinkinder
	ab Beginn des 2. Lebensjahres: 3. Impfschluck trivalent 10. Lebensjahr: 1× trivalent (Auffrischung)	Kleinkinder und Kinder
Masern	mit Lebendimpfstoff ab Beginn des 2. Lebensjahres (1 Jahr Abstand zu ggf. vorher verabreichtem Masernspaltimpfstoff)	Kleinkinder und Kinder
Mumps	ab Beginn des 2. Lebensjahres (ggf. Masern-Mumps-Kombination)	Kleinkinder und Kinder
Pocken	12. Lebensjahr (gesetzliche Wiederimpfung) in jedem Lebensalter (freiwillige Erstimpfung mit zusätzlicher immunbiologischer Behandlung)	bereits früher gegen Pocken erfolgreich geimpfte Kinder wenn Pockenimpfnachweis im internationalen Reiseverkehr benötigt wird
Röteln	11.–14. Lebensjahr	Mädchen vor der Geschlechtsreife

Tabelle 2: Zeitabstände zwischen Schutzimpfungen

Nach Schutzimpfungen gegen	Mindestabstand zu Schutzimpfungen gegen		
	Pocken (Erstimpfung)	Pocken (Wiederimpfung), Gelbfieber, Polio (oral), Masern, Röteln, Mumps, BCG ²⁾	Cholera, Typhus-Paratyphus, Pertussis, Influenza, Diphtherie, Tetanus ²⁾
Pockenerstimpfung ¹⁾		1 Monat	1 Monat
Pockenwiederimpfung ¹⁾		1 Woche	kein
Gelbfieber	1 Monat	2 Wochen	kein
Polio (oral) Masern ²⁾ Röteln ²⁾ Mumps ²⁾ BCG ¹⁾	1 Monat	1 Monat	kein
Cholera ²⁾ Typhus-Paratyphus ²⁾ Influenza Pertussis ²⁾ Diphtherie ²⁾ Tetanus ²⁾	1 Monat	kein	kein

¹⁾ sofern eine Reaktion vollständig abgeklungen ist und keine Komplikationen aufgetreten sind.

²⁾ und entsprechende Kombinationsimpfstoffe.

Erläuterungen

① Zwischen Schutzimpfungen mit Impfstoffen aus vermehrungsfähigen abgeschwächten Krankheitserregern (Pocken, Poliomyelitis, Gelbfieber, Masern, Röteln, Mumps, BCG und entsprechenden Kombinationsimpfstoffen) wird ein Mindestabstand von einem Monat empfohlen, unter der Voraussetzung, daß die Impfreaktion vollständig abgeklungen ist und Komplikationen nicht aufgetreten sind.

② Bei Schutzimpfungen mit Impfstoffen aus inaktivierten Krankheitserregern (Cholera, Typhus, Paratyphus, Pertussis, Influenza), mit Toxoiden (Diphtherie, Tetanus) oder mit entsprechenden Kombinationsimpfstoffen sind Zeitabstände zu anderen Impfungen, auch solchen mit vermehrungsfähigen abgeschwächten Krankheitserregern, nicht erforderlich.

③ Ausnahmen:

a) Eine gleichzeitige Verabfolgung von Impfstoff aus vermehrungsfähigen und Impfstoff aus inaktivierten Krankheitserregern der gleichen Art soll bei Erstimpfungen vermieden werden.

b) Eine Pockenschutzerstimpfung (grundsätzlich mit immunbiologischer Zusatzbehandlung) soll mindestens einen Monat vor oder nach einer anderen Schutzimpfung, gleichgültig ob mit vermehrungsfähigen oder inaktivierten Krankheitserregern, durchgeführt werden.

c) Nach einer Pockenschutzwiederimpfung sollen Impfungen mit vermehrungsfähigen abgeschwächten Krankheitserregern frühestens nach einer Woche durchgeführt werden, nachdem die Impfreaktion vollständig abgeklungen ist und wenn keine Komplikationen aufgetreten sind.

d) Nach einer Gelbfieberschutzimpfung kann bereits nach zwei Wochen eine andere Schutzimpfung mit vermehrungsfähigen abgeschwächten Krankheitserregern vorgenommen werden.

e) Nach einer Tollwutschutzimpfung mit vom Tier (bzw. Entenembryonen) genommenen Impfstoffen sollen mit Ausnahme der Tetanusprophylaxe bis sechs Wochen nach der letzten Injektion keine anderen Schutzimpfungen vorgenommen werden. Aus vitaler Indikation müssen Tetanus- und Tollwutschutzimpfungen grundsätzlich sofort durchgeführt werden, ohne Rücksicht auf evtl. vorausgegangene Schutzimpfungen.

● Textfortsetzung von Seite 3365

auf ein Gutachten der STIKO (von 1973) zurückgeht, hat Kapazitäten frei gemacht, die jetzt für andere Impfungen, etwa gegen Poliomyelitis, Röteln, Masern und Mumps, genutzt werden können. Dabei handelt es sich um überwiegend bei Kindern auftretende Krankheiten, die beachtliche Raten schwerwiegender Komplikationen aufweisen und nicht durch eine kausale Therapie zu bekämpfen sind. Dagegen konnten Impfungen gegen bakterielle Infektionskrankheiten immer mehr auf bestimmte Risikogruppen reduziert werden. So spiegelt der vorliegende Impfkalender das Spektrum der Infektionskrankheiten in unserem Lande und ihre Rangordnung wider. Da vorhandene Impfstoffe verbessert und Nutzen und Risiken einer Impfung ständig neu beurteilt werden müssen, muß auch dieser Impfkalender weiterentwickelt werden. Er repräsentiert den gegenwärtigen Wissens- und Erfahrungsstand; es ist geplant, ihn in etwa zweijährigen Intervallen innerhalb der STIKO zur Diskussion zu stellen. Jetzt ist zu hoffen, daß möglichst viele Ärzte in freier Praxis und im öffentlichen Gesundheitsdienst sich an ihn anlehnen, um eine weitgehende Einheitlichkeit im Impfwesen in der Bundesrepublik zu erzielen.

Literatur

Voraussetzungen zur Aufhebung des Impfgesetzes von 1874, Abhandlungen aus dem BGA, Heft 11 (1974) — Empfehlungen zur Masernschutzimpfung Bundesgesundheitsblatt 17 (1974) 291 — Merkblatt Nr. 31, Masernschutzimpfung, Ratschläge an Ärzte, Ausgabe Februar 1975, Dt. Ärztebl. 73 (1976) 129—130 — Empfehlungen zur Keuchhustenschutzimpfung, Bundesgesundheitsblatt 18 (1975) 157 — Merkblatt Nr. 32, Keuchhustenschutzimpfung, Ratschläge an Ärzte, Dt. Ärztebl. 73 (1976) 2319—2320 — Impfkalender, Bundesgesundheitsblatt 19 (1976) 270—271 — Empfehlungen zur Mumpsschutzimpfung, Bundesgesundheitsblatt 19 (1976) in Druck

Anschrift des Verfassers:
Leitender Direktor und Professor
Dr. med. Hans-Joachim Weise
Bundesgesundheitsamt
Postfach
1000 Berlin 33

Diagnostik

In der Rezidivprophylaxe der euthyreoten Struma hat sich als wirksamstes Prinzip die Suppression der erhöhten endogenen TSH-Spiegel durch Schilddrüsenhormone erwiesen. Im Krankengut der Medizinischen Universitätsklinik Marburg/Lahn wurde an über 500 Fällen in den letzten acht Jahren bei konsequenter Schilddrüsenhormongabe kein Rezidiv gesehen. Die Therapie muß so durchgeführt werden, daß die endogene thyreotrope Funktion ruhiggestellt wird. Zur „Austitrierung“ einer optimalen Schilddrüsenhormonsuppressionsdosis ist der periphere T₃-Serumspiegel, der TSH-Spiegel und die Normalisierung des TSH-Anstiegs nach TSH-Stimulation verwandt worden.

(Gerdies, H.: Internist 17 [1976] 270—275)

Vesikozervikale Fisteln nach Sectio caesarea isthmica transversa transperitonealis manifestieren sich klinisch nicht nur durch Harninkontinenz bei normaler Regelblutung. Gelegentlich tritt auch eine zyklische Hämaturie auf mit fehlender Regelblutung aus der Vagina bei offenem Zervikalkanal und fehlender Harninkontinenz. In diesem Fall liegt die Fistel oberhalb des funktionellen Sphinkters. Bei Harninkontinenz und normaler Menstruation liegt die Fistel kaudal vom etwa sechs Millimeter langen Isthmus uteri, also distal vom funktionellen Sphinkter. Jede festgestellte Vesikozervikalfistel, gleichgültig ob mit Harninkontinenz oder nicht, sollte operativ versorgt werden, wobei nur der operative Fistelverschluß in Frage kommt.

(Wandschneider, G.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 36 [1976] 517—519)

Eine längere Überlebensrate bei Bronchialkarzinom wird durch präoperative zytostatische Behandlung der mediastinalen Lymphknotenmetastasen möglich. Vor den Operationen wird eine kar-

zinostatische Substanz in die mediastinalen Lymphknoten, die Pleurahöhle oder die Aorta thoracica interna mittels Dauerperfusion instilliert. 74 Patienten wurden zwei Wochen vor der Operation täglich das Zytostatikum verabreicht. Histologische Kontrollen wiesen nach, daß degenerative Veränderungen der Krebszellen in den metastatischen Lymphknoten in verhältnismäßig kurzer Zeit stattfanden. Die Methode zeigte sich auch für die kontralateralen mediastinalen Lymphknotenmetastasen effektiv. he

(Inoguchi, T., Yamasaki, I., Yazuka, K., Kita, T., Kuwano, K., Takeda J.: Münch. med. Wschr. 118 [1976] 967—970)

ECHO

Zu: „Endoskopische Fremdkörperentfernung aus dem oberen Verdauungstrakt“ von Prof. Dr. med. Meinhard Classen, Privatdozent Dr. med. Bernd Manegold, Prof. Dr. med. Rudolf Ottenjann, Privatdozent Dr. med. Wolfgang Rösch in Heft 30/1976, Seite 1967 ff.

Fremdkörperentfernung

„Ein großer Teil von versehentlich oder absichtlich verschluckten Fremdkörpern — Münzen, Rasierklingen, Löffel oder sogar Fieberthermometer — kann mit neu entwickelten Spezialgeräten vom Arzt entfernt werden. Die sogenannte ‚endoskopische Extraktion‘ macht in den meisten Fällen einen chirurgischen Eingriff überflüssig. In der neuesten Ausgabe des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTS in Köln berichten vier deutsche Klinikärzte über fast 200 derartige Fälle, in denen mit der neuen Methode auch Kugelschreiber und Nägel aus Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm ‚geangelt‘ wurden ...“ (Ruhr-Nachrichten und andere Tageszeitungen)