

der diese Impfung durchführt, im Falle einer Impfschädigung für den angerichteten Hirnschaden aufkommen muß.

Wegen der bekannten zentralnervösen Störungen wie Krampfanfälle mit EEG-Veränderungen und Hirnschäden in Folge der Pertussis-Schutzimpfung (Häufigkeit im Bundesgebiet rund eine Erkrankung auf 25.000 Geimpfte; die ungünstigste Annahme liegt bei einem Krampfanfall pro 2.200 Geimpfte) wird die Impfung nur noch selektiv verabreicht. Leichte Impfreaktionen wie lokale Rötungen und Schwellungen, Schmerzen, Fieber, Benommenheit und Anorexie sind mit 80% eine häufige Impffolge, haben jedoch eine gute Prognose.

Nur besonders durch Keuchhusten gefährdete Kinder sollten geimpft werden: In Säuglingsheimen und Kinderkrippen, Kinder aus kinderreichen Familien, Patienten mit Erkrankungen der Atemwege und des Herzens etc. Neben Kindern mit akuten Erkrankungen dürfen keine Kinder geimpft werden, die früher an Krämpfen gelitten haben, die prä- oder perinatale Schäden aufweisen oder ZNS-Erkrankungen (Meningitis, Enzephalopathien etc.) überstanden haben. Jedes Kind sollte vor der Impfung genau untersucht werden. Auch sind die Angehörigen auf das mögliche Impfrisiko hinzuweisen (–Red.).

## RISIKEN DER MASERN-MUMPS-IMPfung

In Ihrem Artikel zum Stellenwert der Masern-Mumps-Impfung (a-t 12 [1989], 109) fehlen einige wichtige Informationen zur Risiko-Abwägung: Die schwerste Masern-Komplikation ist die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE), die Jahre nach Masern auftreten kann und bis jetzt immer tödlich verläuft. Diese SSPE kann aber auch als Impf-Komplikation auftreten.

1. Wie häufig tritt eine SSPE nach dem deutschen und dem schweizer Impfstoff auf? (Welche Anwendungsfrequenzen werden bei TRIVIRATEN überblickt?)

2. Trifft die Aussage zu, daß weltweit die SSPE durch die Impfung um den Faktor 10 insgesamt zurückgegangen ist, wenn man die Impf-SSPE mitberücksichtigt? Wird durch die neue Impfempfehlung (Auffrischung von MMR bei allen Kindern von 12 - 14 Jahren, die nicht erkrankten) dieser Faktor um die Hälfte vermindert?

3. Wie verhält es sich mit der Aufklärungspflicht hinsichtlich der „Impf-SSPE“?

Die von mir erwähnten Aussagen über die SSPE stehen im Gegensatz zu dem von Ihnen geschilderten „protektiven Effekt“.

Dr. med. G. ARNOLD  
D-4010 Hilden

1. Da z. Zt. in aller Welt entweder die Schwarz-Vakzine oder Moraten-Vakzine verwendet wird, erscheint es nicht notwendig, hier besonders hinsichtlich deutscher und schweizer Masernimpfstoffe zu differenzieren. Die Statistik (vgl. Abbildung) aus den USA dokumentiert, daß der steile Abfall der SSPE mit dem Rückgang der dortigen Masern- und Masern-Enzephalitisfälle einherging. Wäre die Masernschutzimpfung ein Faktor für die Auslösung der SSPE, so müßte nach ihrem massiven dortigen Einsatz das Gegenteil, nämlich ein Anstieg der SSPE-Fälle, zu erwarten sein.

**Abb.: Zahl der Meldungen von Masernerkrankungen, Enzephalitiden und subakuter sklerosierender Panenzephalitiden (SSPE) in den USA von 1962 - 1980**

2. Nach einer Statistik der Weltgesundheitsorganisation (Bundesgesundhbl. 27 [1984], 130) beträgt die Häufigkeit einer SSPE 0,5 - 2,0 auf 100.000 Masernerkrankungen, während die Masernimpfkomplikationsrate bei 0,05 - 0,1 pro 100.000 Geimpfte liegt. Diese Gegenüberstellung der geschätzten Komplikationen nach Masern bzw. nach Masernschutzimpfung deutet ein zwanzigfach geringeres Risiko der SSPE nach der Impfung an.

3. Da eine kausale Verknüpfung zwischen Impfung und SSPE unwahrscheinlich ist, entfällt nach Ansicht eines von uns befragten Experten die Aufklärungspflicht der Angehörigen des Impflings (–Red.).

## Netzwerk-Forum

### ZUM STANDORT VON ACE-HEMMERN

... In der letzten Zeit haben wir bei schwersten therapierefraktären Hypertonien auch mit Erfolg die ACE-Hemmer Enalapril (PRES, XANEF u.a.) und Captopril (LOPIRIN, TENSOBON) verwendet. Als einzige Nebenwirkungen, die wir gesehen haben, registrierten wir eine Magen-Darm-Unverträglichkeit und zweimal therapierefraktären Husten. Insgesamt haben wir das Gefühl, daß diese ACE-Hemmer auch bei schwerer Herzinsuffizienz segensreich sind. Aufgrund Ihres alarm-telegramm sind wir jetzt verunsichert und möchten Ihnen folgende Fragen stellen:

1. Sind bei der heutigen Dosierung der ACE-Hemmer immer noch die Warnhinweise gerechtfertigt?

2. Sind in der letzten Zeit mehrere Nebenwirkungen unter der o.g. Dosierung aufgetreten?

3. Kann man, so wie auch im Deutschen Ärzteblatt zitiert („Die Begleitkrankheit bestimmt das Hochdruckmedikament“), die ACE-Hemmer bei Stoffwechselstörung z.B. Diabetes, Hyperlipidämie und Hypertonie besser einsetzen als andere Antihypertonika? ...Haben Sie Einwendungen gegen die Aufnahme von ACE-Hemmern in die erste Stufe des Hochdruckschemas?

4. Welche ACE-Hemmer sind vorzuziehen?

Dr. med. U. HEIDELBERGER  
Dr. med. R. SCHMITT  
D-7524 Östringen-Odenheim

1. Auch bei den heute verwendeten niedrigeren ACE-Hemmer-Dosen sind die Warnhinweise gerechtfertigt (zuletzt in a-t 1 [1990], 8). ACE-Hemmer führen neben Gyrasehemmern immer noch die Liste der Meldungen über unerwünschte Wirkungen an. Durch die reduzierte Dosierung sind Schäden des Knochenmarks und Nierenversagen seltener geworden. Andererseits haben bislang übersehene immunallergische Störwirkungen (Fieber, Hepatitis, Neuropathie und Angioödem) zugenommen.

2. Auch bei der heute empfohlenen niedrigeren Dosierung werden diese Störwirkungen beobachtet.

3. Entgegen den neueren Empfehlungen der Hochdruckliga sind ACE-Hemmer u.E. immer noch als Reservetherapeutika zu betrachten (vgl. a-t 9 [1989], 81), wenn die Behandlung mit Diuretika, Betablockern und/oder Kalziumantagonisten ohne Erfolg geblieben ist. Das Profil der unerwünschten Wirkungen von Diuretika, Betablockern und/oder Kalziumantagonisten erscheint deutlich günstiger als das der ACE-Hemmer.

Im Gegensatz zur Hypertoniebehandlung scheint die frühe Verwendung von ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz therapeutisch begründbar. Die durch ACE-Hemmer mögliche Absenkung der Nachlast ohne negative Effekte auf die Vorlast bedeutet eine eindeutige Bereicherung der Therapie für Patienten mit Herzinsuffizienz im Stadium IV NYHA.

4. Unter den ACE-Hemmern scheint Captopril günstiger als Enalapril oder Lisinopril zu sein, da seine Wirkdauer kürzer und damit besser titrierbar ist. Das übliche Risiko der überschießenden Wirkung mit bedenklicher Absenkung des Blutdrucks unter das Versorgungserfordernis etwa bei arteriosklerotischen Gefäßveränderungen läßt sich dadurch offensichtlich besser vermeiden. Wie in