



„...die spanische Grippe-Pandemie fand in einer verarmten Welt ohne öffentliches Gesundheitswesen, ohne fließendes Wasser und ohne Antibiotika zur Behandlung der Komplikationen statt. Sie tötete vor allem die Armen, was sich gut am Beispiel Indien zeigt, wo sie die unter schlimmen hygienischen Zuständen in Baracken lebenden und unterernährten Soldaten schwer traf, aber die gut genährten Offiziere in ihren britischen Häusern verschonte“.*

Dr. Juan Gervas, Landarzt, Gastprofessor, Abteilung für Internationale Gesundheit, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, Spanien

*** Zusatz-Faktor ASS-Toxizität. Publizierte Empfehlungen zur Dosierung: zwischen 8 – 32 g/d!! (Starko, Clin Infect Dis 2009)!**



Healthy Skepticism

Countering misleading drug promotion

Home | About us | Site info | Contact us | Links | Other

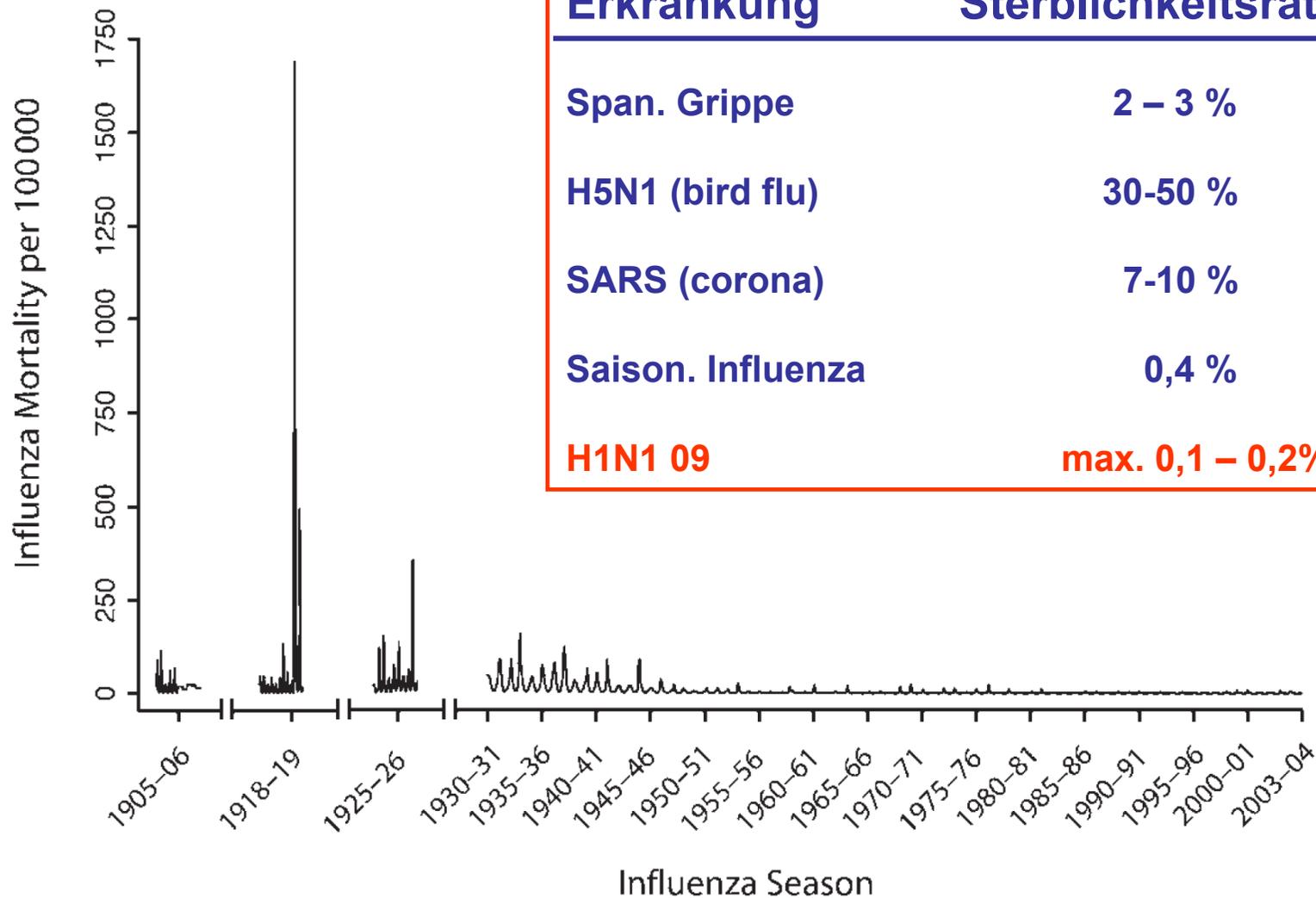
What's new | AdWatch | HS Int News | Library | Fora

Home - www.healthyskepticism.org



Trends in Recorded Influenza Mortality: United States, 1900–2004

Peter Doshi, AM



Erkrankung	Sterblichkeitsrate %
Span. Grippe	2 – 3 %
H5N1 (bird flu)	30-50 %
SARS (corona)	7-10 %
Saison. Influenza	0,4 %
H1N1 09	max. 0,1 – 0,2%

Ansteckungsrate R_0 = Basale Reproduktionskonstante

Zahl an *sekundären* Fällen, die *eine* infizierte Person in einer vollkommen empfänglichen Population ansteckt.

Abhängig von Dauer der Infektionsphase, Infektionswahrscheinlichkeit während eines einzelnen Kontaktes und Zahl kontaktierter, neuer empfänglicher Individuen pro Zeiteinheit

Saisonale Influenza	$R_0 = 1,3$	Chowell et al, <i>Epidemiol Infect</i> 2008
Neue Influenza (H1N1 09)	$R_0 = 1.75$ $R_0 = 1,5$ $R_0 = 1,4-1,6$	Balcan et al., <i>BMC Medicine</i> 2009 Flahault et al., <i>BMC Infect Dis</i> 2009 Fraser et al., <i>Science</i> 2009
Span. Grippe 1918	$R_0 = <4$ $R_0 = 2,6 - 3,6$	Mills et al., <i>Nature</i> 2004 Andreasen et al, <i>J Infect Dis</i> 2008



Situationseinschätzung zur Neuen Influenza

- In Deutschland (Datenstand: 5.10.2009) sind insgesamt 21.537 meist milde verlaufende Fälle der Neuen Grippe und ein Todesfall gemeldet worden.
- *Bei einer saisonalen Welle sterben in Deutschland jährlich im Durchschnitt zwischen 8.000 und 11.000 Menschen.*
- Bislang gab es in Europa 189 Todesfälle, weltweit 4.315 (6.10.09). Viele, aber nicht alle schweren Fälle sind bei *Menschen mit Grunderkrankungen* aufgetreten; auch Schwangere haben ein höheres Komplikationsrisiko (schmale Datenbasis).

Assessment of the 2009 Influenza A (H1N1) Pandemic on Selected Countries in the Southern Hemisphere: Argentina, Australia, Chile, New Zealand and Uruguay

U.S. Department of Health & Human Services
HHS.gov

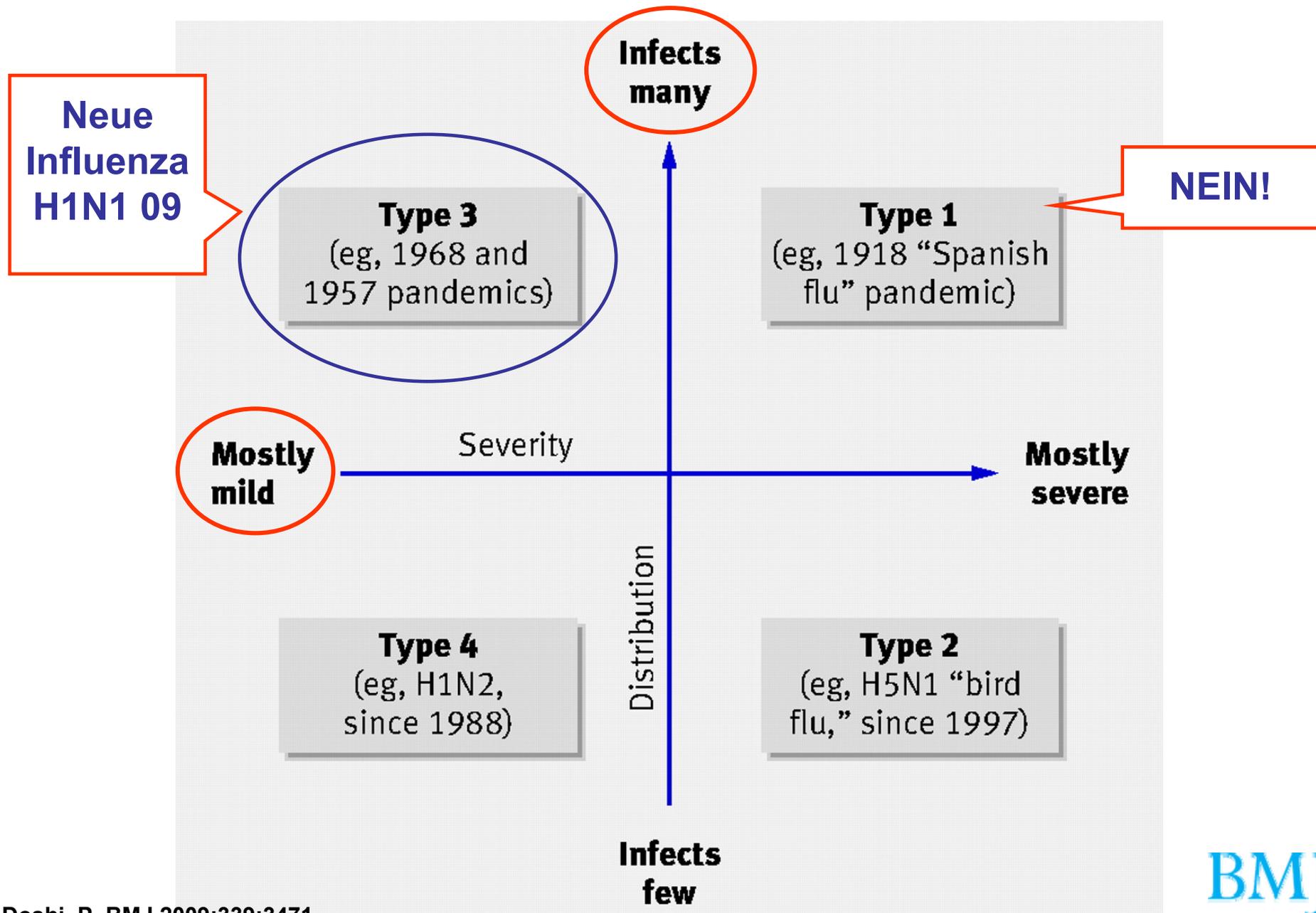
Die Situation in der südlichen Hemisphäre

- H1N1 09 Virusvarianten in der südlichen Hemisphäre unterscheiden sich nicht von denen in den USA und Europa
- Alle verfügbaren Daten zeigen, dass das Antigen von H1N1 09 stabil bleibt (d.h. keine Hinweise auf *Reassortment*)
- H1N1 09 Infektionen treten hauptsächlich bei Schulkindern und Erwachsenen *unter* 65 Jahren auf
- Die Sterblichkeit ist niedrig

Developed by the Department of Health and Human Services in collaboration with other U.S. Government (USG) Departments for the White House National Security Council

August 26, 2009

Neue Infektionskrankheiten: Klassifikationsvorschlag





Empfehlungen zur diagnostischen Testung

- Verzichten Sie auf Influenza-Schnelltests (keine hinreichend gute Aussagekraft)
- Führen Sie die vorgesehenen Abstriche aus Nase und Rachen bei Schwerkranken und Personen mit Risikofaktoren durch
- Führen Sie nur dann *keine* Abstriche mehr durch, wenn in Ihrer Region bereits eine ausgedehnte H1N1-Übertragung erfolgt und die Testung bei massivem Patientenandrang unmöglich ist.

Diese Empfehlungen können – je nach Entwicklung der Situation - im Laufe der nächsten Wochen und Monate geändert werden

Behandlung mit Oseltamivir/Tamiflu® sollten **nur erkrankte Patienten mit folgenden Risikofaktoren** erhalten

- Schwangerschaft (im zweiten oder dritten Trimenon)
- Krankhafte Adipositas (BMI >30)
- Lungenerkrankung (z.B. COPD, Asthma)
- Immunsuppression (z.B. HIV/AIDS, onkolog./hämatol. Erkrankungen, Transplantation, immunsuppressive Behandlung)
- Chronische Nierenerkrankung
- Diabetes mellitus, chronische Stoffwechselkrankheit
- Herzerkrankung (exkl. einfache Hypertonie)
- Chronische neurologische Erkrankung
- Chronische Leberkrankheit

Notfall

Ist ein Patient jeglichen Alters ***klinisch schwer erkrankt***,
erkennbar an

- ***Atemnot*** und/oder
- ***Hypoxämie*** und/oder
- ***hypovolämischem Schock*** und/oder
- ***Verwirrtheit***,

muss eine ***umgehende Krankenhauseinweisung*** mit
vorheriger telefonischer Ankündigung und möglichst nach
antiviraler Anbehandlung mit 1 Tbl. Tamiflu® erfolgen.

Prophylaxe

- Keine prophylaktischen Behandlungen von Kontaktpersonen, auch dann nicht, wenn diese Kontaktpersonen *Risikofaktoren (inkl. Schwangerschaft)* aufweisen.
- Keine Isolation und kein Arbeitsverbot für Kontaktpersonen. Ausnahmen sind bei denjenigen zu erwägen, die *beruflich* mit großen Menschengruppen oder Risiko-Personen zu tun haben (z.B. Kinder-gärtnerinnen, Krankenschwestern).
- Konsequente Händedesinfektion, Gesichtsmasken, Handschuhe und Schutzkittel sind moderat bis gut wirksam





Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review

Tom Jefferson, researcher,¹ Chris Del Mar, dean,² Liz Dooley, managing editor, Cochrane Acute Respiratory Infections Group,² Eliana Ferroni, researcher,¹ Lubna A Al-Ansary, Shaikh Abdullah S Bahamdan research chair,⁴ Ghada A Bawazeer, researcher,⁵ Mieke L van Driel, professor of general practice,^{2,3} Ruth Foxlee, information specialist,⁶ Alessandro Rivetti, information specialist⁷



ABSTRACT

Objective To review systematically the evidence of effectiveness of physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses.

Data sources Cochrane Library, Medline, OldMedline, Embase, and CINAHL, without restrictions on language or publication.

Data selection Studies of any intervention to prevent the transmission of respiratory viruses (isolation, quarantine, social distancing, barriers, personal protection, and hygiene). A search of study designs included randomised trials, cohort, case-control, crossover, before and after, and time series studies. After scanning of the titles, abstracts and full text articles as a first filter, a standardised form was used to assess the eligibility of the remainder. Risk of bias of randomised studies was assessed for generation of the allocation sequence, allocation concealment, blinding, and follow-up. Non-

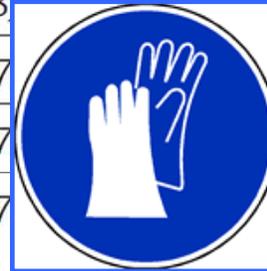
masks were superior to simple surgical masks was limited, but they caused skin irritation. The incremental effect of adding virucidals or antiseptics to normal handwashing to reduce respiratory disease remains uncertain. Global measures, such as screening at entry ports, were not properly evaluated. Evidence was limited for social distancing being effective, especially if related to risk of exposure—that is, the higher the risk the longer the distancing period.

Conclusion Routine long term implementation of some of the measures to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses might be difficult. However, many simple and low cost interventions reduce the transmission of epidemic respiratory viruses. More resources should be invested into studying which physical interventions are the most effective, flexible, and cost effective means of minimising the impact of acute respiratory tract infections.

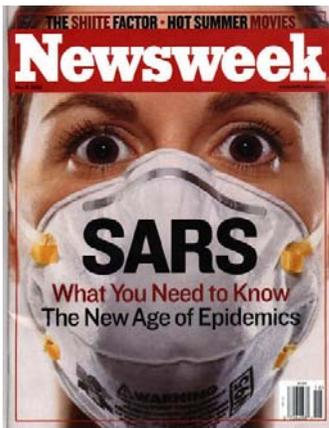


Table 2 | Pooled estimates of effect from case-control studies of public health interventions to interrupt the transmission of severe acute respiratory syndrome

Intervention	No of studies (references)	Odds ratio (95% CI)	Intervention effectiveness* (%)
Thorough disinfection	1 (32)	0.30 (0.23 to 0.39)	70
Frequent handwashing (>10 times daily)	6 (32-35, 37, 38)	0.45 (0.36 to 0.57)	55
Wearing mask	5 (32, 33-35)	0.32 (0.25 to 0.40)	68
Wearing N95 mask	2 (32, 38)	0.09 (0.02 to 0.39)	91
Wearing gloves	7 (32, 33-35, 37, 38)	0.22 (0.07 to 0.72)	57
Wearing gown	7 (32, 33-35, 37, 38)	0.11 (0.02 to 0.61)	77
Handwashing, mask combined	7 (32, 33-35, 37, 38)	0.09 (0.02 to 0.39)	91



Händedesinfektion, Gesichtsmasken, Handschuhe und Schutzkittel sind alle moderat bis gut wirksam



Facemasks and Hand Hygiene to Prevent Influenza Transmission in Households

A Cluster Randomized Trial

Benjamin J. Cowling, BSc, PhD; Kwok-Hung Chan, BSc, PhD; Vicky J. Fang, BSc, MPhil; Calvin K.Y. Cheng, BSc, MMedSci; Rita O.P. Fung, BNS; Winnie Wai, BNS; Joey Sin, BNS; Wing Hong Seto, MBBS; Raymond Yung, MBBS, MPH; Daniel W.S. Chu, MBBS; Billy C.F. Chiu, MBBS; Paco W.Y. Lee, MBBS; Ming Chi Chiu, MBBS; Hoi Che Lee, MBBS; Timothy M. Uyeki, MD, MPH; Peter M. Houck, MD; J.S. Malik Peiris, MBBS, DPhil; and Gabriel M. Leung, MD, MPH

Background: Few data are available about the effectiveness of nonpharmaceutical interventions for preventing influenza virus transmission.

Results: Sixty (8%) contacts in the 259 households had RT-PCR–confirmed influenza virus infection in the 7 days after intervention. Hand hygiene with or without facemasks seemed to reduce influenza transmission, but the differences compared with the control

Handhygiene plus Gesichtsmasken reduzierten in diesem RCT die Infektionsrate um 67%, falls die Maßnahmen innerhalb von 36 Stunden nach Symptombeginn implementiert wurden.

Patients: 407 people presenting to outpatient clinics with influenza-like illness who were positive for influenza A or B virus by rapid testing (index patients) and 794 household members (contacts) in 259 households.

Intervention: Lifestyle education (control) (134 households), hand hygiene (136 households), or surgical facemasks plus hand hygiene (137 households) for all household members.

Measurements: Influenza virus infection in contacts, as confirmed by reverse-transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) or diagnosed clinically after 7 days.

Conclusion: Hand hygiene and facemasks seemed to prevent household transmission of influenza virus when implemented within 36 hours of index patient symptom onset. These findings suggest that nonpharmaceutical interventions are important for mitigation of pandemic and inter-pandemic influenza.

Primary Funding Source: Centers for Disease Control and Prevention.

Ann Intern Med. 2009;151:437-446.

For author affiliations, see end of text.

This article was published at www.annals.org on 4 August 2009.

Surgical Mask vs N95 Respirator for Preventing Influenza Among Health Care Workers

A Randomized Trial

Mark Loeb, MD, MSc

Nancy Dafoe, RN

James Mahony, PhD

Michael John, MD

Context Data about the effectiveness of the surgical mask compared with the N95 respirator for protecting health care workers against influenza are sparse. Given the likelihood that N95 respirators will be in short supply during a pandemic and not available in many countries, knowing the effectiveness of the surgical mask is of public health importance.

Übliche chirurg. Gesichtsmasken sind ebenso wirksam wie spezielle „Influenza-Masken“ ...

Sylvia Chong, BSc

Ashley Webb, BS

Stephen D. Walter, PhD

INFLUENZA CAUSES ANNUAL EPIDEMICS of respiratory illness worldwide and is the most important cause of medically attended acute respiratory illness.^{1,2} Moreover, there is increasing concern about the recently declared influenza pandemic due to 2009 influenza A(H1N1) in humans.³⁻⁵

Transmission of influenza can occur by coughing or sneezing where infectious particles of variable size, ranging from approximately 0.1 to 100 μm,

Intervention Assignment to either a fit-tested N95 respirator or a surgical mask when providing care to patients with febrile respiratory illness during the 2008-2009 influenza season.

Main Outcome Measures The primary outcome was laboratory-confirmed influenza measured by polymerase chain reaction or a 4-fold rise in hemagglutinin titers. Effectiveness of the surgical mask was assessed as noninferiority of the surgical mask compared with the N95 respirator. The criterion for noninferiority was met if the lower limit of the 95% confidence interval (CI) for the reduction in incidence (N95 respirator minus surgical group) was greater than -9%.

Results Between September 23, 2008, and December 8, 2008, 478 nurses were assessed for eligibility and 446 nurses were enrolled and randomly assigned the intervention; 225 were allocated to receive surgical masks and 221 to N95 respirators. Influenza infection occurred in 50 nurses (23.6%) in the surgical mask group and in 48 (22.9%) in the N95 respirator group (absolute risk difference, -0.73%; 95% CI, -8.8% to 7.3%; $P = .86$), the lower confidence limit being inside the noninferiority limit of -9%.

Conclusion Among nurses in Ontario tertiary care hospitals, use of a surgical mask compared with an N95 respirator resulted in noninferior rates of laboratory-confirmed influenza.





EMERGING INFECTIOUS DISEASES

A Peer-Reviewed Journal Tracking and Analyzing Disease Trends

Vol.12, No.1, January 2006



JAMA[®]

The Journal of the American Medical Association

Guillain-Barré Syndrome in Recipients of A/New Jersey Influenza Vaccine

James S. Marks, MD, Thomas J. Halpin, MD, MPH

• In late 1976, when 32% of the eligible population of Ohio received the A/New Jersey influenza (swine flu) vaccine, systematic contact of neurologists was used to evaluate the possible association of Guillain-Barré syndrome (GBS) with receipt of the vaccine. The overall rate of GBS was significantly higher among vaccine recipients ($13.3/10^6$) than in nonrecipients ($2.6/10^6$). Peak time of onset was two to three weeks after receiving the vaccine, and cases among vaccinees were less likely to have a history of antecedent infection than were cases in unvaccinated persons. Even when the effect of one highly associated vaccine lot was removed, an elevated risk of GBS remained in vaccinees regardless of manufacturer or vaccine type (bivalent or monovalent). Systematic surveillance is needed for rare serious reactions from all vaccines.

(JAMA 243:2490-2494, 1980)

© MM Kochen 2009

Swine Influenza A Outbreak, Fort Dix, New Jersey, 1976

Joel C. Gaydos,* Franklin H. Top, Jr,† Richard A. Hodder,‡ and Philip K. Russell§¹

Reflections on the 1976 Swine Flu Vaccination Program

David J. Sencer* and J. Donald Millar†

Swine Flu H1N1 A/New Jersey/76

- 230 serolog. bestätigte Fälle
- 1 Todesfall
- 40 Millionen Impfstoffdosen
- 532 Fälle von GBS*
- 32 Todesfälle an GBS*

* GBS = Guillain-Barré-Syndrom

Partial protection of seasonal trivalent inactivated vaccine against novel pandemic influenza A/H1N1 2009: case-control study in Mexico City

ABSTRACT

Objective To evaluate the association of 2008-9 seasonal trivalent inactivated vaccine with cases of influenza A/H1N1 during the epidemic in Mexico.

Design Frequency matched case-control study.

Setting Specialty hospital in Mexico City, March to May 2009.

Participants 60 patients with laboratory confirmed influenza A/H1N1 and 180 controls with other diseases (not influenza-like illness or pneumonia) living in Mexico City or the State of Mexico and matched for age and socioeconomic status.

Main outcome measures Odds ratio and effectiveness of trivalent inactivated vaccine against influenza A/H1N1.

Results Cases were more likely than controls to be admitted to hospital, undergo invasive mechanical ventilation, and die. Controls were more likely than cases to have chronic conditions that conferred a higher risk of influenza related complications. In the multivariate model, influenza A/H1N1 was independently associated with trivalent inactivated vaccine (odds ratio 0.27, 95% confidence interval 0.11 to 0.66) and underlying conditions (0.15, 0.08 to 0.30). Vaccine effectiveness was 73% (95% confidence interval 34% to 89%). None of the eight vaccinated cases died.

Conclusions Preliminary evidence suggests some protection from the 2008-9 trivalent inactivated vaccine against pandemic influenza A/H1N1 2009, particularly severe forms of the disease, diagnosed in a specialty hospital during the influenza epidemic in Mexico City.

„Die Daten dieser Beobachtungsstudie lassen vermuten, dass der Impfstoff gegen die saisonale Influenza einen gewissen Schutz gegen die Neue Influenza H1N1 09 verleiht ... Keiner der mit der Neuen Influenza H1N1 09 infizierten und gegen die saisonale Influenza geimpften Patienten, starb.

Diese Resultate sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Sie indizieren keinesfalls, dass der saisonale Impfstoff die Schweinegrippe-Vakzine ersetzen kann...“

Infos zu Pandemie-Impfstoffen des Paul-Ehrlich-Instituts:
<http://tinyurl.com/yleunj4>

Impfstoffe gegen H1N1 09

Name	Hersteller	Antigen-Menge	Adjuvans	Handelsform	Haltb.	Zucht	Dosis Abstd.	Nicht für
Focetria®	Novartis	7,5 mcg Oberfl.-Ag	MF59C.1 (Squalen, Polysorbat, Sorbitan)	Fertigspritzen 0,5ml (1,10)	1 Jahr 4-8°	Hühner -Eier	Min. 3 Wo 2 x Min. 3 Wo	Kinder < 6 Mo
Pandemrix ®	GSK	3,75 mcg Spaltvakz.	AS03 (Squalen, DL- α-Tocopherol, Polysorbat 80)	2,5 ml Suspension (Antigen) = 10 Dosen mit 2,5 ml Emulsion (Adjuv.) = 10 Dosen <u>mischen und in 24 Std. verbrauchen</u> <i>Enthält Thiomersal!</i>	2 Jahre 4-8°	Hühner -Eier	2 x Min. 3 Wo	Kinder < 6 Mo
Celvapan® Noch keine Zulassung	Baxter	7.5 mcg Ganzvirus	keines	?	?	Vero cells		



Impfung

- Wo?
- Durch wen?
- Wer bezahlt?
- Wieviel?

H1N1-Virus

Deutsche lehnen Schweinegrippe-Impfung ab

dpa

Schutzimpfung: Behörden sehen bei der Schweinegrippe Mobilisierungsbedarf

Die Schweinegrippe greift um sich, doch die Mehrheit der Deutschen will sich laut einer repräsentativen SPIEGEL-Umfrage nicht impfen lassen. Die Massenimmunisierung ist auch wegen möglicher Nebenwirkungen umstritten.

Hamburg - Nur 13 Prozent der Deutschen möchten sich gegen den Influenza-Erreger H1N1 immunisieren zu lassen, 25 Prozent wollen die Impfung "wahrscheinlich". Dies ergab eine repräsentative SPIEGEL-Umfrage. Besonders impfmüde sind junge Menschen: Nur 28 Prozent aller 18- bis 29-Jährigen stehen der Impfung positiv gegenüber. Dabei stammen aus dieser Altersgruppe viele der bislang 15.600 offiziell registrierten Fälle in Deutschland.

FLU'S UNEXPECTED BONUS

As governments stockpile oseltamivir **Andrew Jack** assesses who has benefited from pandemic flu

Former US defence secretary Donald Rumsfeld was talking about weapons of mass destruction and the war in Iraq when he referred to "unknown unknowns" in 2002, but he could just as easily have been explaining why drug companies have been able to make money out of the global flu pandemic. Within a few months of his comments, a series of events began to fuel growing international concern about a new pandemic. The mixture of fear and ignorance over its timing, nature, and severity soon sparked an unexpected bonanza for the manufacturers.

Since the emergence of swine flu in Mexico this spring finally triggered the first pandemic in four decades, JP Morgan, the investment bank, estimates that governments have made fresh orders for antiviral drugs of \$3bn (£1.8bn; €2bn) and that recent or potential sales of vaccines are \$7bn.¹ All that despite signs that the virus is proving relatively mild, with potentially less impact than a standard seasonal flu outbreak.

One beneficiary has been Gilead, a fast growing US biotech business that initially developed the antiviral medicine oseltamivir (Tamiflu). In the three months to June this year alone it reported \$52m in royalties on its drug. Another who gained was Rumsfeld, Gilead's former chairman and continuing shareholder, who stressed that he disqualified himself from decisions that could have caused conflicts of interest.²

Roche, the Swiss giant that licensed, commercialised, and manufactured the drug from Gilead, has benefited most of all. In its most recent financial quarter, it generated SFr609m (£350m; €200m; \$590m) in sales on the drug. For the full calendar year, it expects that it will contribute SFr2bn to revenues.

Oseltamivir had already become an important product for the company, generating SFr1.6bn in 2005, long before the pandemic began. In fact, the drug became the world's first "virtual" blockbuster, earning ten digit revenues to treat a virus that did not yet exist.³

Such commercial success was far from inevitable. When the drug was launched to treat seasonal flu in 1999, it—and the slightly older, first in class sister drug zanamivir (Relenza)—flopped. Zanamivir was judged not cost effective by the UK's National Institute for Health and Clinical Excellence, ruling out its use in the National Health Service.

Japan was among the few large countries to prescribe oseltamivir on any scale. Elsewhere, seasonal flu was widely dismissed as little more harmful than the common cold, although it kills up to 500,000 people globally each year. But in 2003, the mood began to change. Severe acute respiratory syndrome (SARS) reminded people how fast and far lethal new viruses could spread with plane travel. Then the spread of H5N1, including to birds across Europe and human deaths in Turkey, switched attention to flu.

Being seen to act

Broader political factors were also at work. In the US, then President George Bush was keen to pledge resources after criticism of his administration over its botched handling of Hurricane Katrina. In France, President Jacques Chirac sought to ensure no repetition of the disproportionate deaths of elderly people during summer heat waves.

In the UK, which has amassed stockpiles of oseltamivir to cover a greater proportion of its total population than almost anywhere in the world, there

was the spectre of foot and mouth disease. Already in 2004, the government's exercise to assess security threats had identified flu as a greater risk than terrorism.

Furthermore, in the wake of the trillions of dollars paid out by governments during the global financial bailout in late 2008, even the hundreds of millions allocated by some richer countries on pandemic preparations suddenly seemed relatively modest.

Already in 2004, the government's exercise to assess security threats had identified flu as a greater risk than terrorism

Oseltamivir provided only a partial solution to a pandemic, offering a modest reduction in the length and severity of flu symptoms. But it was far more effective than the older class of antiviral drugs, now rendered largely obsolete by resistance. And it was far easier to take than zanamivir, which patients have to inhale.

And while the lengthy production of a flu vaccine could not even begin until the specific pandemic strain emerged, oseltamivir allowed politicians to show that they were doing something.

There was a chance for the first time to treat and even potentially prevent a flu pandemic. At the least, a containment strategy to slow the spread of the virus and reduce its intensity would ease pressure on overworked general practitioners and hospital intensive care units while buying time for vaccine production.

Roche has traditionally worked closely with public relations advisers to stoke media interest, adding to political pressure. As its public adviser Edelman wrote at the time of initial US launch of oseltamivir for seasonal flu in 1999, it worked with the company to create "a hybrid network of twelve local public relations agencies to take advantage of flu as a breaking news story and launch Tamiflu in the top 100 local media outlets in the area. . . . The PR and sales force included individuals who were interested in the media campaign to the Tamiflu stock consumer and public in an effort to educate

- Weltweite Gesamtausgaben für eingelagerte Neuraminidasehemmer (geschätzt): **ca. 3 Mrd US\$**
- Weltweite Gesamtausgaben für Impfstoffe gegen H1N109 (geschätzt): **ca. 7 Mrd US\$**
- Patenthalter *Gilead*: Tantiemen 4-6/2009: **52 Mill US\$**
- Vermarkter *Roche* Tamiflu-Umsatz 4-6/2009: **590 Mill US\$**
- Vermarkter *Roche*, erwarteter Umsatz mit Tamiflu (2009) **ca. 2 Mrd SFR**





Epidemiologisches Bulletin

Frei verfügbar unter
<http://tinyurl.com/ylqclhe>

12. Oktober 2009 / Nr. 41

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Inhaltsverzeichnis

STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1)	403
Präambel	403
Empfehlung	404
Begründung	405
Zusammenfassung	405
Empfehlung des PEI und des RKI zur Dosierung der Impfungen	425

Diese Woche 41/2009

Ständige Impfkommission (STIKO) am RKI

Empfehlung und Begründung zur Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1)

Empfehlung des PEI und des RKI zur Dosierung der Impfungen gegen die Neue Influenza A (H1N1)

Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut
Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1)

Impfung: Meine Empfehlung

- Nach meiner persönlichen Überzeugung würde ich mit adjuvantierten Vakzinen *nicht impfen* (auch nicht mich selbst)
- Falls nichtadjuvantierter Impfstoff verfügbar und Wirksamkeit sowie Sicherheit nachgewiesen wäre, würde ich impfen:
 - Schwangere ab 2. Trimenon
 - Eltern/Betreuer von Säuglingen < 6 Monaten,
 - Personen von 6 Mo – 24 Jahren
 - Risikopersonen bis 64 Jahren und Gesundheitspersonal
- Begrenzte Mengen Impfstoff in Praxis vorrätig halten (bevorzugt Focetria®, da ohne Thiomersal und erheblich einfacher zu handhaben)
- Als Aufklärung bieten sich GPSP-Text bzw. Artikel in der „Welt“ an – Haftungsrisiko vermeiden

Gute Pillen – Schlechte Pillen

Unabhängige Informationen zu Ihrer Gesundheit · Ohne Einfluss der Pharmaindustrie · Ohne Werbung

DER ARZNEIMITTELBRIEF
UNABHÄNGIGES INFORMATIONSBLETT

arznei-telegramm®

AVP Arzneiverordnung
in der Praxis



Pharma-Brief

Über uns

Leseprobe

Abonnement

Werbung-Aufgepasst!

Patientenbriefe

Service

Presse

Suche

GO

aktuelle Ausgabe

frühere Ausgaben (Inh.)

Schweinegrippe

Gepanschte Produkte

Antioxidanzien

Magensäureblocker

Bittergurke

Lippenherpes

Cholesterinsenker Ezeti mib

Analoginsuline

Antirauch-Tabletten

Akute Bronchitis

Schlankmacher

Impfen gegen Krebs?

Anti-Aging

Rheumamittel Arcoxia

Zeckenbiss - was tun?

Allergieimpfung...

Nanomaterialien

Erkältungskrankheiten

Archiv



Medikamente ohne
Zuzahlung (bitte Bild
klicken)



Frei verfügbar unter

<http://www.gutepillen-schlechtepillen.de>

Schweinegrippe

Zum Impfen gehen – oder nicht?

Alarmierende Berichte in der Presse, dass immer mehr Menschen an Schweinegrippe erkranken, wecken bei vielen den Eindruck, dass uns eine höchst gefährliche Pandemie bevorsteht. Das „Sommerloch“ der Medien sorgte für eine ausführliche Berichterstattung. Gleichzeitig bemühen sich die Behörden um den Eindruck, dass sie alles im Griff haben: Für hunderte von Millionen Euro ließen sie virenhemmende Mittel wie Tamiflu® einlagern und für 700 Millionen Euro eine Massenimpfung mit einem neuen Impfstoff gegen Schweinegrippe vorbereiten.

Mindestens 50 Millionen Dosen Impfstoff gegen Schweinegrippe – auch Mexikanische oder neue Grippe genannt – sollen in einigen Wochen zur Verfügung stehen. Sie sollen ausreichen, um 25 Millionen Menschen zu impfen. Dieser Impfstoff soll nämlich zweimal gespritzt werden, im Abstand von mindestens zwei Wochen. Der Impfstoff gegen Schweinegrippe ersetzt nicht die jährliche saisonale Grippeimpfung im Herbst, denn er wirkt nicht gegen die üblichen Grippeviren.

Es gibt keinen anderen Impfstoff der so häufig verwendet wird wie der für die jährliche saisonale Grippe-impfung. Leider hat man für die Herstellung der Schweinegrippe-Impf-stoffe schlecht erprobte Wege eingeschlagen. Der demnächst bei uns auf den Markt kommende Impfstoff geht auf eine Musterzulassung zurück, die die Europäische Arzneimittelbehörde EMA ursprünglich für die Vogelgrippe erteilt hatte. Jetzt werden lediglich die Vogelvirusantigene gegen Schweinevirusantigene ausgetauscht. Dies ist jedoch nicht das Problem, sondern dass der Impfstoff ein neues, ungebräuchliches Wirkverstärkergemisch enthält. Da es bislang nicht in handelsüblichen Grippeimpfstoffen erprobt ist, fehlen ausreichende Erfahrungen.

Angeblich um die Produktion zu beschleunigen, enthält der Schweinegrippe-Impfstoff relativ geringe Mengen der für die Wirkung erforderlichen Virus-Antigene. Ausgeglichen wird dieser Mangel durch Wirkverstärker, die von der Deutschen Zulassungsbehörde als „so etwas wie Bio-Wirkverstärker“ verharmlost werden. Sie verstärken die Effekte der Antigene – allerdings nicht nur die erwünschten, sondern auch die unerwünschten, etwa Schwellung und Schmerzen im Injektionsbereich, aber auch Kopfschmerzen, Fieber, Schüttelfrost und anderes mehr. Die Risiken seltener, aber möglicherweise bedrohlicher Folgen über-

schießender Reaktionen des Immunsystems wie aufsteigende Lähmungen lassen sich nicht abschätzen.¹⁻²

Üblicherweise werden mit neuen Arzneimitteln nach der Zulassung allmählich mehr und mehr Erfahrungen gemacht. Der neue, relativ schlecht erprobte Impfstoff gegen Schweinegrippe soll jedoch innerhalb kürzester Zeit 25 Millionen Menschen gespritzt werden. Deshalb ist die Impfkampagne auch als „Großversuch an der deutschen Bevölkerung“ bezeichnet worden. Kommt es bei dieser Massenimpfung zu unerwarteten Nebenwirkungen, könnten viele Menschen betroffen sein, bevor gegengesteuert werden kann.



Interessenkonflikt:

Ich bin Mitherausgeber
des at (profitiere aber
nicht vom Verkauf von
GPSP).

Soll ich mich gegen Schweinegrippe impfen?

28. September 2009, 13:27 Uhr

Ende Oktober ist der Impfstoff gegen H1N1 da: Aber ist es wirklich nötig, sich impfen zu lassen? Oder sind wir alle hysterisch? Die Regierung rät Risikogruppen zur Spritze. Manche Experten raten hingegen ab. Lesen Sie, was Ärzte, Pharmakologen und Mikrobiologen empfehlen – das Pro und Contra Schweinegrippeimpfung.



Frei verfügbar unter
<http://tinyurl.com/y95rm4c>