



Professor Barbara Gärtner ist Virologin am Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg

Gastkommentar

Das HPV-Manifest der Impfkritiker: Da staunt der Laie, und der Fachmann wundert sich!

Seit ihrer Zulassung ist die HPV-Impfung auf große Resonanz gestoßen. Die Deutsche Krebsgesellschaft geht davon aus, dass besonders die empfohlene Zielgruppe der zwölf- bis 17-jährigen Mädchen gut auf die Impfung anspricht. Rund 39 Prozent der Zwölf- bis 14-Jährigen haben bereits die Primärprävention gegen Zervixkarzinome in Anspruch genommen, bei den 15- bis 17-Jährigen sind es sogar 59 Prozent.

Doch eine Stellungnahme (die unter dem Begriff „Manifest“ bekannt wurde) hat in den vergangenen Wochen Mediziner und Wissenschaftler in Aufruhr versetzt. 13 Autoren um den Arzt und Gesundheitsökonom Ansgar Gerhardus haben im November 2008 eine Stellungnahme veröffentlicht, in der sie eine Neubewertung der HPV-Impfung forderten. Die 13 Autoren gehen so weit, die Impfpflichtung der Ständigen Impfkommission (STIKO) infrage zu stellen, und fordern diese „dringend“ zu überprüfen. Die Position wurde dabei von einer überregionalen Tageszeitung publiziert, ohne dabei die angesprochene STIKO zu Wort kommen zu lassen – was zusätzlich Kritik aus den eigenen journalistischen Reihen nach sich gezogen hat.

Es bleibt anzumerken, dass der Zeitpunkt der Veröffentlichung des „Manifestes“ denkbar unglücklich gewählt wurde. In dem Manifest wird nur auf Daten Bezug genommen, die Mitte 2007 bereits vorlagen. Später erschienene Daten zur

Wirksamkeit haben die Autoren nicht eingearbeitet. Dass das Manifest dann aber ausgerechnet im November 2008 publiziert werden musste, nachdem bekannt wurde, dass Professor Dr. zur Hausen der Nobelpreis für seine Arbeiten zu HPV verliehen wird und bevor die Verleihung Anfang Dezember tatsächlich stattfand, ist höchst bedauernswert. Dieses Vorgehen schadet dem ehrenvollen Anliegen der Autoren, einen wissenschaftlichen Diskurs zu bereichern, und hinterlässt einen faden Beigeschmack.

Auf die wichtigsten Punkte des „Manifestes“ und die Forderungen der Autoren möchte ich in der Folge eingehen: Im Wesentlichen werden die Wirksamkeit der Impfung und das Entscheidungsverhalten der STIKO angesprochen. Zudem stellen die Autoren zwei Forderungen: Die Wirksamkeit nicht zu positiv darzustellen und die Impfpflichtung dringend zu überprüfen. Hier die Kritik im Einzelnen:

Die Wirksamkeit der Impfung ist nicht ausreichend nachgewiesen, um eine Impfpflichtung zu rechtfertigen.

▼ *Es liegen bisher keine Daten zum Schutz vor Zervixkarzinomen vor, nur zu den Vorstufen.*

! Es ist richtig, dass wir die Wirksamkeit der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs nicht kennen. Diese Daten werden wir auch erst in vielen (20 bis 30) Jahren erheben können. Es liegen allerdings umfassende und überzeugende Studien zur Prävention von Krebsvorstufen und Neuinfektionen mit bestimmten HPV-Typen vor.

Würde man Daten zur Verhinderung von Karzinomen abwarten wollen, würde man vielen Frauen einen Schutz vor Zervixkarzinom vorenthalten. Hochrechnungen zeigen, dass etwa 150.000 Frauen in diesem Zeitraum am Zervixkarzinom durch den HPV-Typ 16 oder 18 erkranken würden. Daher ist es in höchstem Maße unethisch zu fordern, eine solche Studie abzuwarten.

Was meiner Ansicht nach noch schwerer wiegt, sind zwei weitere ethische Argumente: Keine Ethikkommission der Welt würde eine Studie mit dem klinischen Endpunkt Zervixkarzinom genehmigen, da Vorstufen des Karzinoms therapeutisch angegangen werden müssen. Es ist unverantwortbar aus Gründen der Wissenschaft, Patientinnen unversorgt zu lassen. Zudem müssen Studien regelmäßig abgebrochen werden, wenn ein Studienarm sich als überlegen erweist. Dann müssen die Patienten im jeweils anderen Arm auch in den Genuss der Therapie kommen. Für die Impfung trifft dies zu. Daher müssen die Frauen in der Placebogruppe auch geimpft werden. Auch dies ist eine gängige Praxis und regelmäßige Forderung von ethischer Seite. Daher ist eine Studie mit Endpunkt Zervixkarzinom unmöglich.

Im Prinzip wird hier ein wichtiges Problem von allen klinischen Studien angesprochen. Was ist der korrekte klinische Endpunkt einer Studie, welche Surrogatmarker sind zulässig? Optimal wäre immer, die Erkrankung als klinischen Endpunkt zu definieren, die letztendlich verhindert wer-

den soll. Tatsächlich ist man aber bei vielen Erkrankungen auf Surrogatmarker angewiesen, weil es unethisch oder praktisch nicht möglich ist, den Endpunkt „Erkrankung“ abzuwarten. Ein allgemein akzeptiertes Beispiel ist die Aids-Erkrankung. Therapien gegen HIV haben zum Ziel, den Tod durch Aids zu verhindern. Die ersten Studien Ende der 1990er-Jahre hatten auch diesen Endpunkt. Heute ist durch die gute Therapierbarkeit eine Studie mit dem Endpunkt „Tod durch Aids“ nicht mehr möglich. Daher ist man auf Surrogatmarker angewiesen – wie beispielsweise die Anzahl der Helferzellen oder die HI-Viruslast. Vergleicht man dieses mit den CIN-Läsionen als Surrogatmarker für das Zervixkarzinom, so sind die Surrogatmarker „HI-Viruslast“ oder „Anzahl der Helferzellen“ sicher deutlich weiter vom Endpunkt „Tod durch Aids“ entfernt als die CIN2+ Läsionen vom Zervixkarzinom.

▼ *Es liegen für die jungen Mädchen (zwölf bis 14 Jahre) nicht einmal Daten zu den Vorstufen vor.*

! Diese Aussage ist korrekt. Es gibt keine Daten zur Wirksamkeit auf CIN-Läsionen bei jungen Mädchen, weil diese Studien zu lange dauern würden. Die Zeiträume bis zur Infektion und zur Entwicklung von CIN-Läsionen dauern bei Zwölfjährigen deutlich länger als bei älteren Frauen, weil in dieser Altersgruppe Geschlechtsverkehr nicht in der Häufigkeit vorkommt wie bei den Älteren. Wiederum ist es ethisch nicht zu vertreten, diese Studien abzuwarten, bevor die Impfung empfohlen wird. Es gibt aber Daten zu Antikörpertitern, die erwartungsgemäß bei den jungen Mädchen noch höher waren als bei den 16- bis 26-Jährigen. Antikörper sind ein Surrogatmarker, da aber Antikörper nach heutigem Wissen für den Schutz vor HPV-Infektion verantwortlich sind, ist es ein vernünftiger Surrogatmarker. Durch die hohen Antikörpertiter ist ein ausreichender Schutz auch bei jungen Mädchen höchst wahrscheinlich.

Da die Impfung nur Neuinfektionen verhindern kann, entfaltet sie den größten Effekt, wenn sie vor dem ersten Geschlechtsverkehr appliziert wird. Nach einer Umfrage der BZA hatten Mädchen mit 15 Jahren bereits zu 23 Prozent Geschlechtsverkehr.

▼ *Die Daten zum Schutz vor Krebsvorstufen sind deutlich niedriger als die etwa 70 Prozent, die nach Hochrechnungen erwartet wurden.*

Die häufigsten HPV-Typen im Zervixkarzinom und dessen Vorstufen

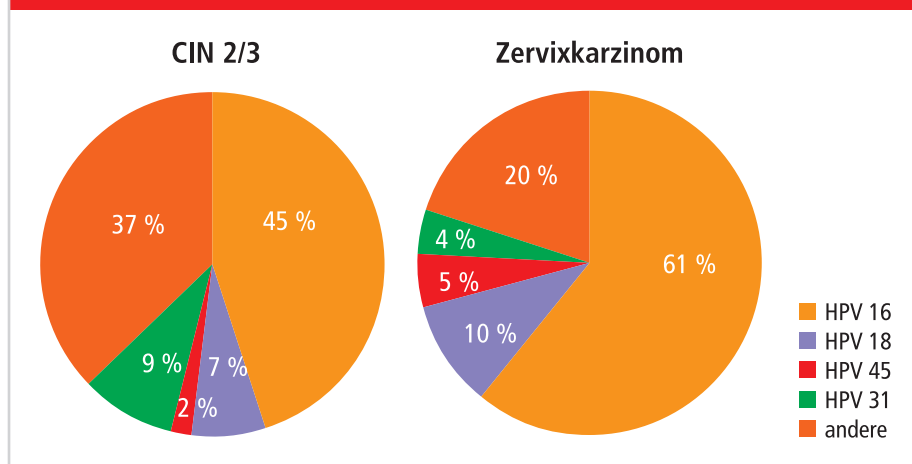


Abb. 1: HPV 16,18,45 sind nicht nur häufige onkogene HPV-Typen, sie scheinen auch ein aggressiveres Potenzial zu haben. Vergleicht man deren Häufigkeit in den HSILs und Plattenepithelkarzinomen nimmt der Anteil der Läsionen mit den HPV-Typen 16,18, 45 zu.

Grafik verändert nach www.who.int/hpvcentre/statistics und De Sanjose et al, Beijing 2007

Die häufigsten HPV-Typen in Plattenepithel- und Adenokarzinomen

Plattenepithelkarzinom (70 %)		Adenokarzinom (16 %)	
HPV-Typ	Prozent (%)	HPV-Typ	Prozent (%)
16	67	16	71,4
18	11,6	18	14,3
33	7,4	45	14,3
45	6,3		

Abb. 2: Adenokarzinome sind in der Regel schwieriger zu entdecken, sie werden dann häufig im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. HPV 16,18,45 sind für >90% aller Adenokarzinome verantwortlich.

Quelle: Petry et al., Heidelberg 2008

Studie HPV 007 (Phase 2) Wirksamkeit von Cervarix bei 15- bis 25-jährigen Frauen über 6,4 Jahre

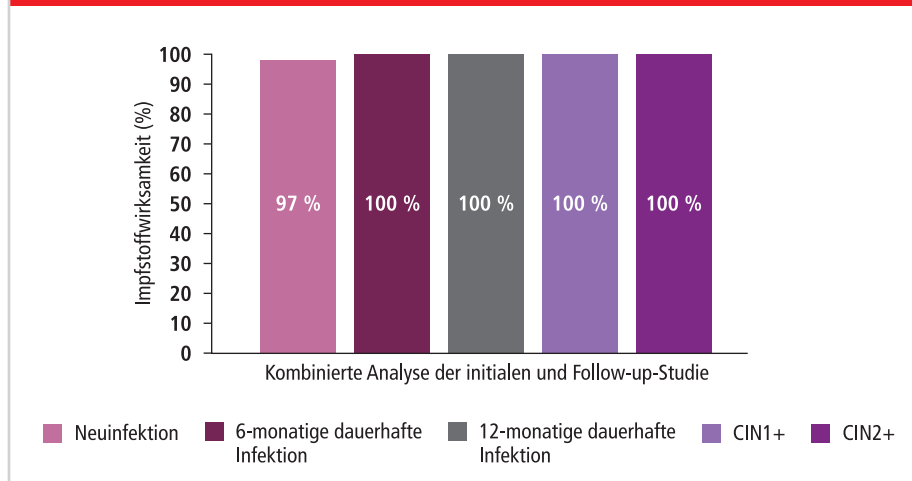


Abb 3: Die HPV-Impfung bietet bisher einen 100-prozentigen Schutz vor HPV-16- und HPV-18 bedingten persistierenden Infektionen und präkanzerösen Läsionen.

Quelle: Haper et al. in Gynecologic Oncology 109 (2008) 158-159.

! Die immer wieder erwähnte Schutzrate von 70 Prozent ist eine Hochrechnung. Die Infektion mit Papillomaviren ist für 99,7 Prozent aller Zervixkarzinome eine conditio sine qua non.

Geht man davon aus, dass etwa 70 Prozent durch die im Impfstoff enthaltenen Typen 16 und 18 verursacht werden und

dass die Impfung Neuinfektionen und nachfolgende CIN-Läsionen im Bereich von >95 Prozent verhindern kann, sollten knapp 70 Prozent aller Erkrankungen zu verhindern sein. In etwa 20 bis 30 Jahren werden wir wissen, ob die 70 Prozent stimmen oder ob die Zahl höher oder niedriger ausfällt. Beides ist möglich:

Wichtige Fragen

Soll ich eine Patientin impfen, die bereits HPV-16- oder -18 infiziert ist?

Ja, eine Patientin mit HPV kann durch die Impfung geschützt werden (1.) gegen den jeweils anderen HPV-Typ und 2.), wenn sie aufgrund des natürlichen Verlaufes oder der Therapie den aktuellen HPV-Typ wieder verliert. Dann ist sie gegen Neuinfektionen voll geschützt.

Muss ich vor Impfung bei Frauen, die schon Geschlechtsverkehr hatten, einen HPV-Test machen?

Nein, das ist nicht erforderlich. Auch wenn die Frau bereits infiziert wäre, könnte sie gefahrlos geimpft werden und profitiert davon (s. Frage 1).

Verliert eine bereits infizierte Frau die HPV-DNA schneller, wenn ich sie impfe?

Nein, die Impfung hat überhaupt keinen Einfluss auf bereits etablierte Infektionen. Sie wirkt nur gegen Neuinfektionen.

Wann muss ich eine Patientin nachimpfen?

Ob und wann, wissen wir im Augenblick noch nicht. Das werden wir durch die laufenden Studien rechtzeitig mitgeteilt bekommen.

Meine Patientin hat zwei HPV-Impfungen erhalten und wurde direkt nach der zweiten Impfung schwanger. Besteht eine Gefahr für das Kind? Und wann kann ich die dritte Impfung verabreichen?

Eine HPV-Impfung sollte in der Schwangerschaft unterbleiben. Wenn doch eine Empfängnis kurz nach der Impfung stattfand oder in der Schwangerschaft geimpft wurde, so sind bis heute keine Gefahren für Mutter und Kind feststellbar gewesen. Die 3. Impfung kann nach der Schwangerschaft verabreicht werden. Die Impfstände sind Mindestabstände, keine Höchstabstände, deswegen ist es unproblematisch, die 3. Impfung auf einen Zeitpunkt nach der Geburt zu verschieben.

Lohnt sich die Impfung überhaupt noch für eine 50-jährige Patientin?

Individuell lohnt sich die Impfung immer, wenn der Nutzen den Schaden (z.B. durch Nebenwirkungen) überwiegt. Das ist bei der HPV-Impfung der Fall. Je älter die Frauen werden, desto geringer wird der statistische Nutzen (individuell sieht das anders aus). Da aber der Schaden durch Nebenwirkungen minimal ist, lohnt sich auch die Impfung für ältere Frauen. Dies ist eine medizinische Betrachtung, keine ökonomische.

1. Es ist durchaus möglich, dass die Zahl im langfristigen Verlauf noch höher ausfällt, z.B. durch Kreuzprotektion gegen andere onkogene HPV-Typen. Es gibt bei den eng verwandten Typen 16 und 31 eine Kreuzprotektion, das heißt, die Impfstoffe Gardasil und Cervarix bieten hier einen zusätzlichen Schutz. Nach bisherigen Studiendaten zeigen beide Impfstoffe hier einen zusätzlichen Schutz vor Neuinfektion von etwa 55 bis 60 Prozent. Bei den ebenfalls verwandten Typen 18 und 45 bietet Cervarix ebenfalls einen zusätzlichen Schutz vor Neuinfektionen, der bei ca. 78 Prozent liegt. Gardasil zeigt keinen Schutz gegen Typ 45. HPV 45 und HPV 18 scheinen insbesondere beim Adenokarzinom, einer Zervixkarzinomvariante, gehäuft vorzukommen.

2. Es ist auch möglich, dass die Zahl etwas geringer ausfällt, wenn sich die Epidemiologie der HPV-Typen verändern würde, also wenn andere Typen, gegen die keine Immunität durch die Impfung besteht, zahlenmäßig häufiger werden würden. Dies ist bisher nur eine theoretische Möglichkeit und wird von Experten als sehr unwahrscheinlich angesehen.

In den Studien finden sich die unterschiedlichsten Zahlen, je nachdem, welche Auswertung gemacht wird und wie lange die Studie läuft. Mit diesen Zahlen lässt sich sehr leicht Stimmung machen, da die Tricks mit der Statistik oft nicht von allen durchschaut werden. Es gibt zwei Arten, Studien auszuwerten:

1. In der „Per-protocol“-Analyse werden nur die Frauen eingeschlossen, die al-

le drei Impfungen korrekt erhalten haben und die sowohl zu Beginn der Impfung HPV-DNA-negativ waren wie auch noch einen Monat nach Ende des Impfzyklus (erst dann ist die Wirkung der Impfung vollständig vorhanden). Diese Analyse betrachtet also die eigentliche Wirkung der Impfung.

2. In der „Intention-to-treat“-Analyse werden hingegen alle Frauen eingeschlossen, die mindestens eine Impfung bekommen haben, also auch Frauen, die gar keinen ganzen Impfzyklus bekommen haben. Außerdem werden auch Frauen eingeschlossen, die bereits vor Beginn der Impfung HPV-positiv waren oder es während des Impfzyklus wurden. Diese Auswertung spiegelt die Realität in einer gynäkologischen Praxis wider, in der Frauen bereits infiziert sein können oder auch die Impfung nicht korrekt absolvieren. Sie unterschätzt die Wirkung der Impfung.

Je nachdem, welche Auswertung man macht und welche HPV-Typen in die Analyse eingeschlossen werden, kann man so Zahlen zwischen 17 Prozent („Intention-to-treat“-Analyse mit Einschluss auch der HPV-Typen, die im Impfstoff gar nicht enthalten sind) und 98 Prozent („Per-protocol“-Analyse bei Betrachtung der CIN-Läsionen, die durch HPV 16 und 18 verursacht werden) erhalten.

Ein wichtiger Punkt soll hier noch angesprochen werden, weil er oft zu Missverständnissen führt: Eine HPV-Impfung schützt vor Neuinfektion. Dies ist an sich völlig trivial und gilt für alle Impfungen. Trotzdem tut man sich bei HPV damit

Cervarix: Neutralisierende Antikörper über 6,4 Jahre

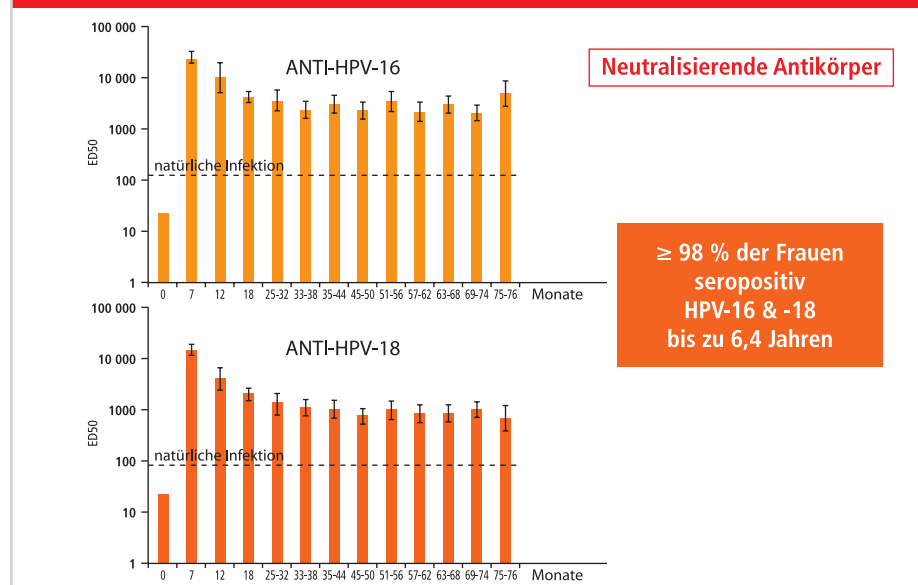


Abb 4: Neutralisierende Antikörper durch Cervarix

Quelle: Wheeler et al. High and sustained HPV 16 and 18 antibody levels through 6.4 years in women vaccinated with Cervarix™ (GSK HPV-16/18 ASO4 vaccine) Presented at ESPID 2008.

viel schwerer als zum Beispiel bei Influenza, oder Hepatitis B. Niemand käme auf den absurden Gedanken, dass eine heutige Impfung gegen Influenza, eine bereits durchlebte Erkrankung an Influenza vor drei Jahren wieder rückgängig machen könnte. Auch eine chronische Hepatitis B heilt nicht durch eine später verabreichte Impfung ab. So etwas gibt es bei keinem bisher auf dem Markt befindlichen Impfstoff. Das ist bei HPV nicht anders, aber man tut sich damit viel schwerer, weil eine Infektion in der Vergangenheit erst viele Jahre später Läsionen machen kann. Deswegen ist es möglich, dass eine Frau, die bereits HPV-16-infiziert ist, sich impfen lässt (und ab dann vor Neuinfektionen geschützt ist), aber zeitlich nach der Impfung trotzdem noch eine CIN-Läsion mit einem HPV-Impfstoff-Typ bekommt. In diesen Fällen hat die Impfung jedoch nicht versagt! Sie konnte einfach nicht mehr wirken, weil sie zu spät verabreicht wurde.

Man muss sich klarmachen, dass eine prophylaktische Impfung immer nur vor Neuinfektionen schützt, nicht aber vor bereits vorhandenen. Dann wird leicht erkennbar, dass die Zahl von 17 Prozent einen Schutz beziffert, der auch Frauen berücksichtigt, die bereits infiziert waren, und somit die Wirkung der Impfung deutlich unterschätzt.

Gerade weil eine Impfung nur vor Neuinfektionen schützt, versucht man, die Mädchen vor dem ersten Geschlechtsverkehr zu schützen – genauso wie bei der Kinderimpfung gegen Hepatitis B.

Ein weiteres, häufig wiederholtes Missverständnis ist die Aussage, dass die Impfung bei einer bereits infizierten Frau nicht mehr wirke. Diese Aussage ist zu pauschal und nur teilweise richtig.

1. Die Frauen sind meistens nicht gleichzeitig mit Typ 16 und Typ 18 infiziert. Ist eine Frau nur mit einem Typ infiziert, bekommt sie sehr wohl Schutz gegen den jeweils anderen Typ.

2. Wenn eine bereits infizierte Frau die Infektion wieder verliert, sei es durch den natürlichen Verlauf (innerhalb von drei Jahren liegt die Chance bei 85 Prozent) oder durch einen therapeutischen Eingriff, hat sie danach einen Schutz vor Neuinfektion durch die Impfung (nicht aber durch die natürliche Infektion). Es ist nicht sinnvoll, mit der Impfung zu warten,

bis keine HPV-16- oder HPV-18-DNA mehr nachweisbar ist. Da der Impfzyklus bis zum Vollschutz sieben Monate in Anspruch nimmt, müsste man der Frau für sieben Monate Geschlechtsverkehr verbieten, wenn man nicht das Risiko eingehen möchte, dass sie sich während einer unvollständigen Impfung infiziert (Kondome schützen nicht ausreichend vor HPV-Infektionen). Dies ist unrealistisch. Wäre die Frau hingegen bereits durchgeimpft, hätte sie höchstwahrscheinlich einen vollen Schutz gegen Neuinfektion.

3. Für etwa zehn bis 15 Prozent der Frauen, die chronisch infiziert sind und die HPV-DNA nicht spontan oder durch Therapie verlieren, wäre ein Anteil der Impfung tatsächlich nicht nützlich. Ein Schaden durch die Impfung ist allerdings auch nicht zu befürchten. Da wir aber heute nicht wissen können, welche Frauen die HPV-DNA wieder verlieren, ist die Impfung auch für bereits infizierte Frauen zu empfehlen! Ein HPV-Test sollte unterbleiben.

▼ *Eine Anfrage zu Daten, die sich nicht in Publikationen fanden, wurde von Sanofi-Pasteur MSD abgelehnt.*

! Eine solche Reaktion auf eine Anfrage von Wissenschaftlern ist sicherlich enttäuschend und nicht adäquat. Im Sinne eines wissenschaftlichen Diskurses sollten Daten zur Verfügung gestellt werden oder zumindest im Einzelfall begründet werden, warum die eine oder andere Zahl nicht berechnet werden kann.

▼ *Die STIKO beschreibt offenbar aufgrund eigener Hochrechnungen, eine „lebenslange Impfeffektivität“ von 92,5 Prozent.*

! Die STIKO hat eine Hochrechnung angestellt und dieser Hochrechnung die An-

nahme einer lebenslangen Immunität sowie eines 92,5-Prozent-Schutzes unterlegt. Es ist richtig, dass man über die Dauer des Impfschutzes im Augenblick keine Aussagen machen kann. Ein Schutz über fünf Jahre bei Gardasil bzw. 6, 4 Jahre bei Cervarix konnte in einer kleineren Kohorte gezeigt werden. Auf Daten zum Langzeitschutz darüber hinaus müssen wir noch warten. Ob eine lebenslange Immunität resultiert, ist derzeit unklar. Eine Schutzrate von 92,5 Prozent ist allerdings aufgrund der bisher publizierten Studiendaten glaubhaft (bei Frauen, die initial HPV-negativ waren und bei Analyse der Daten für die Impfstofftypen 16 und 18). Im Text der STIKO ist allerdings nicht erklärt, dass sich die Zahl von 92,5 Prozent nur auf die Impfstofftypen bezieht und nicht auf alle HPV-Typen.

▼ *Die STIKO hat entschieden, ohne dass entscheidende Studiendaten publiziert wurden.*

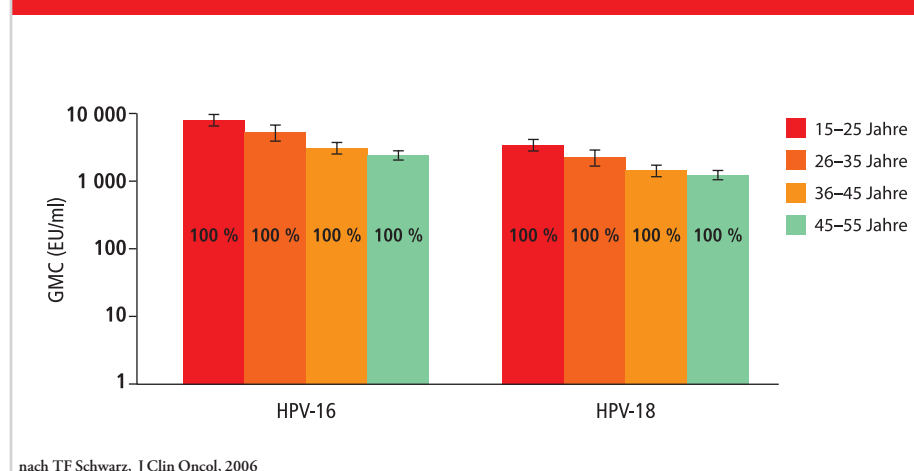
! Diese Aussage unterstellt, dass die STIKO vorschnell die Impfung empfohlen hat. Entgegen den Äußerungen der Autoren lagen der STIKO aber die noch unveröffentlichten Daten durchaus vor (siehe Stellungnahme der STIKO).

Die Forderungen der 13

▼ *Die STIKO soll die Impfung umgehend und dringend überprüfen.*

! Die STIKO-Impfempfehlungen werden konstant überprüft und entsprechend den neuesten Daten angepasst sowie mindestens jährlich im „Epidemiologischen Bulletin“ publiziert. Zudem werden die Begründungen bei Änderungen der Impfempfehlung immer im nachfolgenden Heft dargestellt. Ein Anlass; aufgrund der Darstellung im „Manifest“ die Impfempfehlung zu überprüfen, ist nicht er-

Immunogenität von Cervarix bei Frauen von 15–55 Jahren



kennbar. Es werden keine neuen Daten gezeigt oder Aspekte diskutiert, die der STIKO nicht bekannt gewesen wären.

Ich tue mich sehr schwer mit der Frage, ab welcher Schutzrate eine Impfung zu empfehlen wäre. Vielleicht ist dies an einem anderen Beispiel leichter zu erklären. Es erkrankten jährlich mehr Menschen an Zervixkarzinomen (ca. 6.500), als im Straßenverkehr sterben (ca. 5.800 Frauen und Männer). Gäbe es eine Impfung oder ein technisches Gerät, etwa einen Abstandsmesser, gegen Unfall und Tod im Straßenverkehr, bei welcher Schutzrate würde man sie als sinnvoll empfinden? Bei 17 Prozent, bei 70 Prozent, bei 98 Prozent?

▼ *Wir fordern, dass die Unsicherheiten in der Datenlage thematisiert werden. Behauptungen, die Impfung reduziere Gebärmutterhalskrebs um 70 Prozent oder gar 98 Prozent, müssen unterbleiben.*

! Eine sachliche Aufklärung ist sicher sinnvoll. Die Autoren bleiben den Beweis schuldig, dass Ärzte allgemein unsachlich aufklären würden. Eine Annahme einer Schutzwirkung von ca. 70 Prozent ist sicher gerechtfertigt, wenn sich die Zahl auf CIN-Läsionen durch Neuinfektionen bezieht (s.o.). Eine Schutzwirkung von 98 Prozent darf nur geäußert werden, wenn sich die Zahl auf Neuinfektionen mit den Impfstofftypen bezieht. Es ist sinnvoll anzumerken, dass wir die Zahl nicht genau kennen, sondern dass es sich um Modellrechnungen handelt. Wir werden die genaue Zahl erst in vielen Jahren ermitteln können. Die heutigen Studiendaten können den wahren Wert wegen zu kurzer Laufzeiten auch nicht widerspiegeln.

Schlussbemerkungen

Die Intention der Autoren aufzuklären und eine Diskussion anzuregen, ist sicher nicht zu beanstanden. Allerdings ist auch von Wissenschaftlern zu fordern, dass sie die Konsequenzen ihres Handelns abschätzen können und dafür Verantwortung übernehmen. Das Schriftstück hat sicherlich auch durch die unkritische

Kommunikation in der Presse mehr Verunsicherung geschaffen als Aufklärung. Von Wissenschaftlern wird die Wirkung ihres Handelns oft unterschätzt. Es ist ein Unterschied, ob man als Wissenschaftler sich zur Prophylaxe von Krebserkrankungen äußert oder eine alternative Sicht zu Goethes Faust äußert. Damit müssen die Autoren auch die Verantwortung tragen für Mädchen, die verunsichert durch den Artikel, keine Impfung in Anspruch nehmen und in der Folge an einem vermeidbaren Zervixkarzinom erkranken. Eine Verantwortung, um die ich sie nicht beneide. Eine ausgewogene Stellungnahme, die ethische Aspekte mit einbezogen hätte und die Datenlage in Gänze und nicht nur in selektiven Ausschnitten dargestellt hätte, hätte einer wissenschaftlichen, sachlichen Diskussion sicher gutgetan. Hier lässt sich mit Bert Brecht sagen: „Das Gegenteil von gut ist nicht böse, sondern gut gemeint.“

Autorin: Prof. Dr. med. Barbara Gärtner
Virologische Diagnostik, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg
E-Mail: vibgae@uniklinikum-saarland.de

Quellen:

- 1) Ferlay J et al. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. GLOBOSCAN 2002. Kontrolle der Daten September 2005
- 2) Klug S et al. Zervixkarzinom, HPV-Infektion und Screening. Dtsch. Ärztebl. 2003;100:A132-137, Heft 3
- 3) Harper D et al. Sustained immunogenicity and high efficacy against HPV-16/18 related cervical neoplasia: long-term follow up through 6.4 years in women vaccinated with Cervarix 2008 (GSK HPV 16/18 AS04 candidate vaccine)
- 4) Harper DM, Franco EL, et al., for the GlaxoSmithKline HPV Vaccine Study Group. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomized controlled trial. Lancet 2004; 364: 1757-1765
- 5) Mitteilung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am RKI: Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung, Epidemiologisches Bulletin Nr. 12, 23. März 2007
- 6) Paavonen J et al. Efficacy of a human papillomavirus (HPV)-16 /18 L1 virus-like particle (VLP) AS04 vaccine: a phase III randomized, controlled trial in young women. Lancet 2007; 369: 2161-2170
- 7) Stellungnahme der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut. Online unter: http://www.rki.de/cln_100/nn_199596/DE/Content/Infekt/Impfen/Leserbrief_STIKO__HPV,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Leserbrief_STIKO_HPVPdf
- 8) Stellungnahme: Wissenschaftler/innen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen. Online unter: http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads/Stellungnahme_Wirksamkeit_HPVPdf
- 9) The Future II Study Group. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent High-Grade Cervical Lesions. NEJM May 10, 2007. 356: 1915-1927