

Die zentralen Fakten auf einen Blick



NNV: number needed to vaccinate

Wie viele Menschen müssen geimpft werden, damit ein Infektions- oder Todesfall weniger auftritt?

laut den Daten einer Cochrane-Studie 13 bis 15 zur Verhinderung einer Infektion und 3 bis 4 zur Verhinderung der Übertragung auf Haushaltskontakte



CFR: Fallsterblichkeit

Wie viel Prozent der Erkrankten versterben im Durchschnitt?

0,01-0,038 %, Todesfälle durch Mumps sind laut RKI in den letzten Jahren nicht aufgetreten



Impfempfehlung

(seit wann wird die Impfung von der StIKO empfohlen?)

Seit 1976 Standardimpfung für Kinder – breiter angewendet ab 1980 in der BRD, Nutzung zweier Impfdosen der verfügbaren Masern-Mumps-Röteln-Impfstoffe (MMR)



Impfquote

Wie hoch ist der Anteil der Geimpften in der Bevölkerung?

laut Schuleingangsuntersuchungen 97 % für die 1. Impfdosis und 92,9 % für die 2. Impfdosis (in den letzten Jahren relativ konstant geblieben)



Jährliche Erkrankungen

Wie viele Infektionen gibt es in Deutschland pro Jahr?

Vor Einführung der Impfung: > 200 / 100.000 Einwohner, nach Einführung der Impfung < 1 / 100.000 Einwohner; absolut innerhalb des letzten Jahrzehnts 248 (2021) bis 987 (2014) Fälle



Herdenimmunität

Gibt es einen Schutz vor weiterer Verbreitung, wenn genügend Menschen geimpft sind?

auch in Ländern mit hoher Impfquote konnten keine relevanten Herdeneffekte festgestellt werden – Untersuchungen von Mumps-Ausbrüchen haben gezeigt, dass die Zahl der anfälligen Jugendlichen und Erwachsenen zunehmend ansteigt (Forscher fordern deshalb sogar neue Impfstoffe)

Erkrankung

Erreger

Das Mumps-Virus ist ein behülltes, einzelsträngiges RNA-Virus aus der Familie der Paramyxoviridae. Es gibt 12 WHO-anerkannte Genotypen (A–N). Der in Deutschland verwendete Impfstamm Jeryl Lynn gehört zu Genotyp A; in Ausbrüchen dominieren jedoch meist andere Genotypen. Der Mensch ist das einzige bekannte Reservoir.

Infektionsmodus

Tröpfcheninfektion (Sprechen, Husten) sowie Schmierinfektionen über direkten Kontakt oder kontaminierte Gegenstände. Die sekundäre Befallsrate im Haushalt liegt bei ca. 65 %.

Inkubationszeit

In der Regel 16–18 Tage (Spanne 12–25 Tage)

Infektiosität

Beginnt meist 2 Tage vor Symptombeginn und endet ca. 5 Tage nach Beginn der Parotitis. Asymptomatische Übertragungen sind möglich, jedoch wahrscheinlich seltener als bei symptomatischen Fällen. Es entsteht kein dauerhafter Trägerzustand.

Erkrankungsverlauf

Prodromalphase (bis zu 1 Woche): unspezifische Symptome wie Kopfschmerzen, Unwohlsein, Muskelschmerzen und Fieber. Danach Akutphase mit viraler Parotitis: Schwellung der Ohrspeicheldrüsen (anfangs meist einseitig, in ca. 90 % der Fälle beidseitig), Abstehen des Ohr läppchens, Schmerzen, Fieber und reduzierter Allgemeinzustand. Bei Kindern (vor der Impfung) verliefen 20–40 % der Infektionen asymptomatisch oder sehr mild; die typische Parotitis war häufig; bei jungen Erwachsenen (seit der Impfung) durch Altersverschiebung oft andere Verläufe. Sehr selten kommt es zu Komplikationen wie Orchitis, Meningitis, Enzephalitis, Myokarditis, Nephritis, Pankreatitis, Arthritis und Polyneuropathie. Die natürliche Infektion führt zu einer sehr stabilen, lebenslangen Immunität.

Impfung

Es gibt keine Einzelimpfstoffe in Deutschland, sondern nur Kombinationsimpfstoffe, die mindestens auch eine Komponente gegen Masern und Röteln (MMR) aufweisen. Die Mumps-Komponente (Jeryl-Lynn-Stamm) ist vergleichsweise schlecht wirksam: ca. 70–80 % relative Wirksamkeit nach einer Dosis, nach zwei Dosen nicht wesentlich höher (Cochrane-Review: 72 %

bzw. 86 %). Ursachen sind relevantes primäres Impfversagen (nicht alle Geimpften werden geschützt), sekundäres Impfversagen (nachlassende Immunität über die Jahre) sowie Divergenz zwischen Impfstamm (Genotyp A) und zirkulierenden Wildviren. Antikörpermessungen sind kein geeignetes Ersatzmaß zur Feststellung der Immunität. Geimpfte erleben seltener natürliche Auffrischungen, was die Bevölkerungsimmunität schwächt. Die Impfung senkt zwar die Gesamtzahl der Fälle, bietet aber keine zuverlässige Herdenimmunität – Ausbrüche treten auch bei Impfquoten >90 % auf, häufig und zunehmend bei Geimpften. Forscher fordern bereits neue Mumps-Impfstoffe.

Die STIKO-Empfehlungen

Als Standardimpfung für alle Kinder empfohlen. Die STIKO empfiehlt allen Kindern eine Mumps-Impfung mittels zwei Impfdosen der verfügbaren MMR-Impfstoffe im Alter von 11 und 15 Monaten. Die Impfungen können bis zum Alter von 18 Jahren nachgeholt werden. Aufgrund des Masernschutzgesetzes kommt es de facto (und vom Bundesverfassungsgericht gebilligt) zu einer Impfpflicht gegen Mumps für Kinder. Für nach 1970 geborene Personen in medizinischen Einrichtungen, bei Tätigkeiten mit Kontakt zu potentiell infektiösem Material, in Einrichtungen der Pflege, in Gemeinschaftseinrichtungen sowie in Fach-, Berufs- und Hochschulen wird eine zweimalige MMR-Impfung empfohlen.

Kritik an der STIKO-Empfehlung

Mumps war vor der Impfung bei Kindern eine außerordentlich harmlose Infektion mit exzellenter Prognose. Die STIKO-Empfehlung ist auch deshalb als Ganzes kritisch zu betrachten: Hohes primäres und sekundäres Impfversagen, abweichende zirkulierende Genotypen und fehlende Herdenimmunität verhindern Ausbrüche nicht und verschieben das Erkrankungsalter in das komplikationsträchtigere Jugend- und junge Erwachsenenalter – mit ähnlichen oder höheren Komplikationsraten bei Geimpften. Die STIKO-Empfehlung hat somit zu einer Schwächung der Bevölkerungsimmunität geführt. Die natürliche Immunität ist wahrscheinlich deutlich besser und langanhaltender. Die Impfung sollte daher individuell nach Nutzen-Risiko abgewogen werden. Der Zwang zu MMR-Kombinationsimpfstoffen ohne Einzelimpfstoffe ist im Sinne der informierten Einwilligung nicht hinnehmbar.

Ausführliche Informationen zu Krankheit und Impfung mit Quellenangaben:

<https://äfi.de/mumps>