

NEUE GRIPPE

Die Primärversorger sind gefragt

Das Robert-Koch-Institut in Berlin gibt konkrete Empfehlungen zur Prävention sowie zum Vorgehen bei Verdachtsfällen von Infektionen mit dem Influenzavirus A/H1N1.

Bis zum 4. Mai wurden in Deutschland acht Fälle von Influenza A/H1N1 (Neue Influenza) bestätigt, wobei die Mehrzahl mit einer Reise nach Mexiko in Verbindung steht; bei zwei Fällen erfolgte die Übertragung in Deutschland. In Abklärung befinden sich bis zum Stichtag zehn Verdachtsfälle. Zu den zentralen Fragen der Neuen Influenza gehören die Ausbreitungsgeschwindigkeit, die Hauptübertragungswege und die Infektiosität der Erkrankung. Ziel der nationalen und internationalen Untersuchungen ist es, die Inkubationszeit, die Generationszeit, die Dauer der Virusausscheidung und klinische Daten zur Schwere sowie besonders betroffene Risikogruppen zu ermitteln.

Bisher können alle diese Daten nur von der saisonal zirkulierenden humanen Influenza extrapoliert werden. Protokolle für diese Studien wurden im Rahmen der Pandemieplanung am Robert-Koch-Institut (RKI) entwickelt und in den letzten beiden saisonalen Influenzawellen erprobt. Die Ergebnisse stellen die Grundlage für konkrete Empfehlungen zur Prävention, zum Vorgehen bei Verdachtsfällen sowie zur Behandlung der Erkrankung und deren Komplikationen dar.

Meldepflichtverordnung: Um die Sensitivität zur Erkennung von Fällen durch Neue Influenza A/H1N1 flächendeckend in Deutschland zu erhöhen, wurde eine Meldepflichtverordnung für den Krankheitsverdacht, die Erkrankung und den Tod an Influenza A/H1N1 am 3. Mai in Kraft gesetzt. Informationen zum Meldeweg stehen auf den Internetseiten des RKI zur Verfügung (www.rki.de)

Syndromische Surveillance: Die etablierte syndromische Surveillance akuter respiratorischer Erkrankun-

gen dient der Abschätzung der Krankheitslast auf Bevölkerungsebene und wird seit 2001 durch die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) am RKI federführend durchgeführt. Diese erfolgt seit 2007 ganzjährig, um auch in den Sommermonaten die Hintergrundaktivität akuter Atemwegserkrankungen zu ermitteln. Angesichts der aktuellen Situation wurden die etwa 800 Sentinellärzte der AGI direkt aufgerufen, ihre Mitarbeit zu intensivieren. Denn je mehr Sentinellärzte als „Wachposten“ an der Surveillance teilnehmen, desto besser sind auch regionale Aussagen über eine auf Bevölkerungsebene erkennbare zusätzliche Krankheitslast und damit regionale Schwerpunkte für Gegenmaßnahmen möglich.

Elektronische Surveillance in Arztpraxen: Ergänzend wird durch das RKI, gemeinsam mit dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG), ein neues System zur computergestützten Erfassung von Krankheitsfällen, basierend auf der Diagnosecodierung, entwickelt (Köpke et al., Dtsch Ärztebl 2009; 106(5): A176). Die Vorteile dieses Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEEDARE) bestehen insbesondere in der geringen Belastung für den teilnehmenden Arzt, da keine zusätzliche Dokumentation erforderlich ist, sondern diese automatisch über das Arztinformationssystem erfasst wird. Datenschutz- und sicherheit sind hierbei in vollem Umfang gewährleistet und bestätigt. Die Daten werden über eine Schnittstelle ausgelesen, verschlüsselt, per E-Mail durch die Arztpraxis übermittelt und automatisch in die Datenbank am RKI eingelesen, sodass eine sehr robuste und zeitnahe Verfügbarkeit aktueller Daten gewährleistet ist.

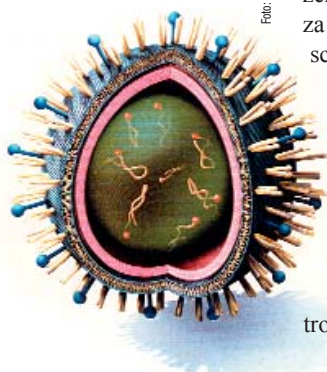
Im Rahmen des gemeinsamen Projekts von RKI und HLPUG wurde die Schnittstelle in fünf Arztinformationssystemen (Albis, Medistar, Turbomed, Compumed M1 und David X) implementiert und steht damit etwa für 40 bis 45 Prozent aller Arztpraxen bundesweit zur Verfügung. Aufgrund der aktuellen Situation soll eine rasche Ausdehnung der Datenbasis innerhalb der nächsten Monate erfolgen, weshalb an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich um die Unterstützung der bisher nicht beteiligten Ärzte gebeten wird (Anmeldung und Informationen bundesweit über seed.are@rki.de und für Hessen über seed.are@hlpug.hessen.de). Die entwickelte Schnittstelle wird darüber hinaus veröffentlicht, sodass auch andere Hersteller diese in ihr System integrieren können (Informationen über seed.are@rki.de).

Schwere der Erkrankung: Widersprüchliche Daten liegen bisher zur Schwere des Krankheitsverlaufs aus Mexiko und den USA sowie den weiteren betroffenen Ländern vor. Während der WHO aus Mexiko mit 25 Todesfällen unter 590 bestätigten Fällen eine Letalität von 4,2 Prozent gemeldet wurde, wobei die schweren Verlaufsformen und Todesfälle in den Altersgruppen zwischen 20 und 50 Jahren auftraten, liegen bisher aus den übrigen Ländern nur Informationen über weniger schwere Erkrankungen und einen Todesfall in den USA bei einem Säugling vor (Letalität 1/226 = 0,4 Prozent).

Verlauf der Influenzafälle in Deutschland: Bisher zeigen die bestätigten Fälle in Deutschland ebenfalls eher einen Verlauf, der der saisonalen Influenza entspricht.

Fall- und Kontaktmanagement: Der behandelnde Arzt muss zunächst basierend auf den Symptomen und einer möglichen Reise-

Foto: iStockphoto.com



Influenza A/H1N1:

Weltweit belief sich die Zahl der labor-diagnostisch bestätigten Fälle bis Redaktionsschluss am 4. Mai auf 985 aus 20 Ländern (WHO-Statistik).

anamnese oder bekannten Kontakten zu Erkrankungen im Umfeld (Familien- und Kontaktanamnese) den klinischen Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung an Neuer Influenza A/H1N1 stellen. Unter den bekannten Symptomen stehen bisher Zeichen einer akuten, meist fieberhaften respiratorischen Erkrankung im Vordergrund.

Primärdiagnostik: Voraussetzung der diagnostischen Abklärung ist die rasche Verfügbarkeit von adäquatem Probenmaterial. Unter Einhaltung der Arbeitsschutzmaßnahmen (!) sollten mit je einem Tupfer aus

- dem Rachen (rechts und links der Uvula abstreichen)

- getrennt aus jedem Nasenloch insgesamt drei Abstriche genommen werden. Stehen keine Tupfer für die Virusdiagnostik zur Verfügung, dann sollen die Abstriche mit trockenen sterilen Tupfern erfolgen (keine Abstrichröhrchen für die Bakteriendiagnostik verwenden) und in getrennte Röhrchen mit 1,5 ml NaCl überführt, der Stiel nicht zu kurz abgebrochen oder abgeschnitten und das Röhrchen fest verschlossen werden (Schraubverschluss). Virusdiagnostik-Tupfer werden erst später im Labor in 1,5 ml Medium/Puffer resuspendiert.

Für einen Influenza-(Antigen)-Schnelltest sollte einer der beiden Nasenabstriche eingesetzt werden. Hier wird empfohlen, den Abstrich direkt in den Schnelltest einzusetzen, um das ganze Material des Abstrichs für den Schnelltest zur Verfügung zu haben (Vorgehen laut Hersteller). Wenn dieser positiv auf Influenza A ist, so ist dies auf dem Meldeformular an das Gesundheitsamt zu vermerken (Meldung nach § 7 und Übermittlung nach § 12 Infektionsschutzgesetz). Ist der Abstrich positiv auf Influenza B, so ist der Fall lediglich beim Gesundheitsamt als (saisonale) Influenzaerkrankung zu melden. Darüber hinaus wären in diesem Fall keine weiteren Maßnahmen durchzuführen.

Bei Influenza-A-positivem oder -negativem Schnelltest sollen die Rachen- und die zweite Nasenabstrichprobe an ein Labor geschickt werden, das in der Lage ist, eine Diagnostik auf das neue Grippevi-

rus A/H1N1 durchzuführen. Bei dem Versand ist auf die Einhaltung der Verpackungsrichtlinien für diagnostische Materialien der Risikogruppe 2 (Influenza) zu achten (weitere Informationen unter www.rki.de sowie auf den Internetseiten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin www.baua.de > Biologische Arbeitsstoffe).

Arbeitsschutz: Wie bei anderen respiratorisch übertragbaren Erkrankungen sind Barrieremaßnahmen (Atemschutzmasken und Schutzbrille) bei direktem Kontakt und Untersuchung als Arbeitsschutzmaßnahmen wichtig. Hier kann auf entsprechende Technische Richtlinien biologischer Arbeitsschutz (TRBA) des Ausschusses für Biologischen Arbeitsschutz (ABAS) verwiesen werden:

- TRBA 250 (Abschnitt 4.2.8: „Bereitstellung eines Mund-Nasenschutz-Produktes (MNS), das mindestens die wesentlichen Kriterien einer FFPI-Maske“ (Filterdurchlass, Gesamtleckage und Atemwiderstand nach DIN EN 149 erfüllt) und

- TRBA 609 („Arbeitsschutz beim Auftreten von nicht impfpräventabler Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes“) (www.baua.de; link über www.rki.de).

Antivirale Therapie: In Analogie zur saisonalen Influenza kann erwartet werden, dass die antivirale Therapie mit Neuraminidasehemmern den Verlauf der Erkrankung und die Häufigkeit von Komplikationen reduziert. Allerdings sollte die Therapie möglichst innerhalb der ersten 36 bis 48 Stunden begonnen werden, da die Wirksamkeit bei einem späteren Beginn eingeschränkt beziehungsweise unsicher ist. Die Virusausscheidung des Erkrankten wird ebenfalls reduziert.

Allerdings kommt es bei einem Teil der Behandelten weiter zur Virusausscheidung, sodass Isolationsmaßnahmen erst nach mehrfachem (dreimal im Abstand von je zwölf Stunden) negativem Testergebnis mittels Polymerasekettenreaktion aus adäquatem Material frühzeitig beendet werden können.

Derzeit geht man davon aus, dass eine Frühtherapie mit antiviralen

Arzneimitteln bei engen Kontaktpersonen (Kategorie 1, „Maßnahmen bei Kontaktpersonen“, www.rki.de) die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung um circa 70 bis 90 Prozent reduzieren kann. Auch diese Daten stammen aus Untersuchungen von saisonalen Influenzaerkrankungen und müssen für Influenza A/H1N1 noch bestätigt werden. Hieraus ergibt sich, dass bei engen Kontaktpersonen auch unter Frühtherapie Quarantänemaßnahmen und ein aktives Monitoring auf Krankheitssymptome durch das Gesundheitsamt gerechtfertigt sind. Trotz Frühtherapie wurde in einzelnen Fällen die Ausscheidung von Influenzaviren nachgewiesen. Diese Maßnahmen dienen der Unterbrechung von Infektionsketten. ■

*PD Dr. med. Walter Haas
Leiter des Fachgebiets für Respiratorisch übertragbare Erkrankungen am RKI*

Koautoren: Dr. rer. nat. Karla Köpke, Dr. rer. nat. Brunhilde Schweiger, Dr. med. vet. Silke Buda, Dr. med. Udo Buchholz, PD Dr. med. vet. Timm Harder, PD Dr. med. Gerard Krause



Eine umfassendere Darstellung der RKI-Empfehlungen finden Sie unter: www.aerzteblatt.de/09918

INTERNETANGEBOT DES RKI

Für die Ärztschaft sind unter www.rki.de unter anderem folgende Informationen über das Neue Influenzavirus (A/H1N1) zusammengestellt worden:

Meldungen

- Falldefinition für Neue Influenza (A/H1N1) beim Menschen
- Verordnung über die Meldepflicht von Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweinegrippe“) hervorgerufen wird; Empfehlung des RKI
- Meldeformular Neue Influenza (Influenza A/H1N1)

Diagnostik

- TaqMan real-time PCR zur Detektion von porcinen Influenza-A/H1N1-Viren
- Erhebungsbogen Neue Grippe (Influenza A/H1N1)

Maßnahmen

- Neue Grippe (Influenza A/H1N1): Medizinisches Management bei Verdachtsfällen
- Empfehlung des RKI zum Vorgehen bei Verdachtsfall auf Neue Grippe (Influenza A/H1N1)
- Infektionsschutz für Krankentransport sowie in der ambulanten und stationären Patientenbehandlung