

NEUE INFLUENZA

Aktuelle Situation und Strategie

Eindämmung und Verlangsamung der Ausbreitung waren anfangs das Ziel der Strategie gegen die Neue Grippe. Bei deutlich steigenden Fallzahlen aber steht jetzt der Schutz von Risikogruppen im Vordergrund.

Die Zahl der Erkrankungen an der Neuen Influenza A/H1N1 hat in den letzten Wochen in Deutschland wie in anderen Ländern Europas erheblich zugenommen (siehe Grafik). Bis zum 6. August 2009 sind hier 9 213 Fälle gemeldet worden. Die Meldungen erfolgen laut Meldeverordnung vom 30. April von den Ärzten an die Gesundheitsämter und entsprechend § 7 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz ebenfalls durch die Labore. Im Folgenden werden die Fälle beschrieben, die bis zum 29. Juli den Gesundheitsämtern gemeldet und elektronisch an das Robert-Koch-Institut (RKI) übermittelt wurden (N = 5 324).

Erkrankungsbeginn des ersten Falls war der 20. April. Es handelt sich hierbei um eine Person, die nach Mexiko gereist war und auch noch dort erkrankte. Bis Ende Mai gab es nur einzelne Fälle, meist assoziiert mit Reisen, zum Teil aber auch Sekundärinfektionen, die auf

Reiserückkehrer zurückzuführen waren. Im Juni lag die Zahl der Neuerkrankungen bei etwa zehn bis 50 pro Tag, die Zahl der täglich übermittelten Fälle steigt jedoch seit Mitte Juli deutlich an.

Altersdurchschnitt der Erkrankten beträgt 23 Jahre

54 Prozent der Erkrankten sind männlich. Der Altersdurchschnitt liegt bei 22,8 Jahren (Spanne: 0 bis 89 Jahre). Die meisten Erkrankten (77 Prozent) sind zehn bis 29 Jahre alt. Vier Prozent der Fälle sind jünger als zehn Jahre, 18 Prozent sind 30 bis 59 Jahre alt; weniger als ein Prozent der gemeldeten Fälle sind 60 Jahre und älter.

Von 5 291 (99 Prozent) Fällen, bei denen ein wahrscheinliches Infektionsland angegeben war, hatten 22 Prozent die Infektion in Deutschland erworben. In den ersten Wochen der Pandemie wurde bei reiseassoziierten Erkrankungen vor al-

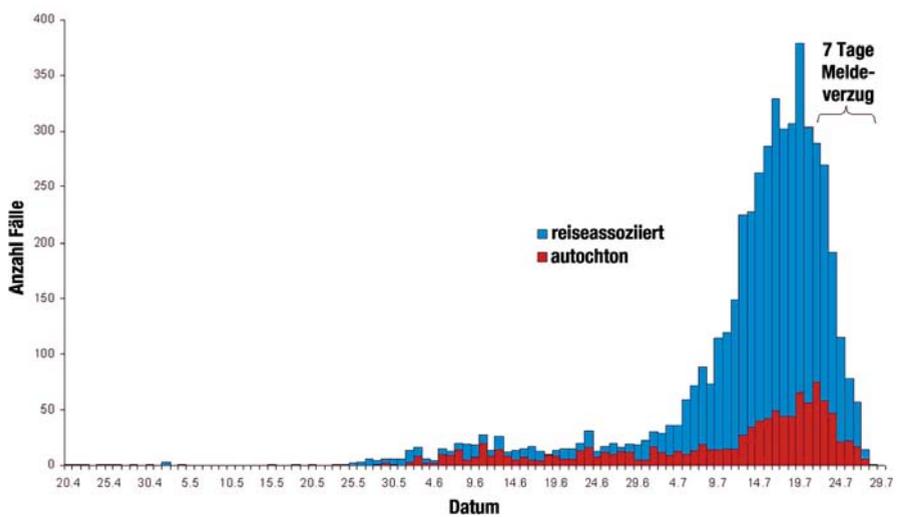
lem Nordamerika als Hauptziel erwähnt. Seit Anfang Juli wird der Anteil der Infektionen, die im europäischen Ausland erworben wurden, deutlich größer. In diesem Zeitraum wurde bei 84 Prozent der reiseassoziierten Infektionen Spanien als Reiseland angegeben, gefolgt von Großbritannien (fünf Prozent) sowie Nordamerika und Bulgarien (je zwei Prozent). Der hohe Anteil an importierten Fällen aus Spanien spricht zwar für ein relevantes Infektionsgeschehen in Spanien, spiegelt aber auch das Reiseverhalten der Deutschen wider; so flogen laut Statistischem Bundesamt zwischen Juni und August 2008 jeden Monat circa 1,1 Millionen Personen aus Deutschland nach Spanien, zusätzlich gibt es auch viele Busreisende.

In den Meldewochen 27 bis 30 ist eine Zunahme der Inzidenzen (Erkrankungen pro 100 000 Einwohner) zu erkennen, die in den nördlichen und westlichen Bundesländern begonnen hat und sich über die letzten Wochen im Osten und Süden fortsetzte. Dies kann ebenfalls durch die Reisenden und vor allem den unterschiedlichen Ferienbeginn in den Bundesländern mitbedingt sein.

Interessant ist der Anteil der Personen, die wegen der Erkrankung stationär aufgenommen werden: Die Angaben zur Hospitalisierung können einerseits auf den Schweregrad der Erkrankung hinweisen, zum anderen gibt dies auch einen Eindruck über die zusätzliche Belastung der Krankenhäuser durch die Neue Influenza wieder. Einschränkung muss angenommen werden, dass ein Teil der Fälle zur differenzialdiagnostischen Abklärung und Isolationsmaßnahmen stationär aufgenommen wurde. Dies dürfte

GRAFIK

Gemeldete Fälle Neuer Influenza A/H1N1 nach Erkrankungsdatum und Infektionsort, Deutschland 2009, N = 4 976



vor allem für die Fälle zutreffen, die in den ersten Wochen nach Auftreten der Erkrankung in Deutschland hospitalisiert wurden. Insgesamt wurde für 578 Personen (elf Prozent) eine Aufnahme ins Krankenhaus berichtet. In den Kalenderwochen 29 bis 31 lag der Hospitalisierungsanteil bei 8,5 bis 10,5 Prozent. Der Altersdurchschnitt der Hospitalisierten in diesen Wochen lag bei 22 Jahren und entsprach damit dem der Nichthospitalisierten.

Risikofaktoren wie zum Beispiel Atemwegs-, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Schwangerschaft haben einen starken Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Bei 2 212 Fällen (42 Prozent) gab es Informationen zu Risikofaktoren. Bei 77 Fällen lagen Risiken vor (3,5 Prozent). Hier standen chronische Atemwegserkrankungen im Vordergrund, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Schwangerschaften. Von diesen 77 Personen waren 22 hospitalisiert (29 Prozent). Der Anteil ist damit bei dieser Gruppe fast um das Dreifache erhöht im Vergleich zu allen Fällen.

Der Verlauf der Fallzahlen in Deutschland im frühen Stadium der Pandemie spricht für die Wirksamkeit der anfänglich verfolgten Strategie: Eindämmung und Verlangsamung der Ausbreitung durch das frühe Erkennen von Fällen und die Unterbrechung der Infektionsketten durch strikte Infektionsschutzmaßnahmen bei Erkrankten und Kontaktpersonen.

Anpassung der Strategie bei steigender Fallzahl

Mit der deutlichen Zunahme insbesondere der reiseassoziierten Fälle Ende Juni bedeutete dieses Vorgehen eine zunehmende Belastung der Ressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Basierend auf einer besseren Kenntnis des neuen Erregers, des klinischen Verlaufs und der besonders gefährdeten Gruppen erfolgte daher nach ausführlicher Diskussion zwischen Bund und Ländern eine Strategieanpassung. Die Zielsetzung besteht nun darin, die bisher bekannten gefährdeten Gruppen, die höhere Risiken für Komplikationen bei Infektionen mit

VULNERABLE GRUPPEN

Bei Infektion mit Neuer Influenza sind folgende Personen gefährdet, Komplikationen zu entwickeln:

- Schwangere
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, wie zum Beispiel:
 - chronische Erkrankung der Atemwege (inklusive Asthma und COPD)
 - chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen
 - Diabetes und andere Stoffwechselerkrankungen
 - multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben
 - angeborene oder erworbene Immundefekte
 - starke Adipositas

der Neuen Influenza haben, möglichst vor Infektionen zu schützen.

Die Arztmeldepflicht ist hierbei ein wichtiges Hilfsmittel. Es ist von besonderer Bedeutung, dass die Ärztinnen und Ärzte bei der Anamnese auch nach möglichen Kontakten der Erkrankten zu besonders gefährdeten Gruppen fragen und diese ans Gesundheitsamt melden. Um die besonders gefährdeten Gruppen in Deutschland besser beschreiben zu können, wurde in der Surveillance eine systematische Erhebung von Risikofaktoren etabliert, auf der die oben genannten ersten Zahlen für Deutschland beruhen.

Die Strategie zur Verhinderung von Infektionen in der Allgemeinbevölkerung setzt in erster Linie auf eine aktive Information zur Vermeidung von Übertragungsrisiken und allgemeinen Hygienemaßnahmen.

Aktuelle Zahlen aus dem Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza zeigen derzeit aber auch, dass die Mehrzahl der aktuell auftretenden akuten respiratorischen Erkrankungen weiterhin nicht durch Influenza verursacht wird (Positivenrate in der 29. bis 31. Meldewoche = acht bis 15 Prozent). Bei den positiven Proben handelte es sich fast ausschließlich um Fälle Neuer Influenza, vereinzelt aber auch um Infektionen mit saisonal zirkulierenden Influenzaviren.

Da unter den Patienten mit akuten respiratorischen Erkrankungen

die Rate der mit A/H1N1-Infizierten also noch niedrig ist, sollten in der Regel therapeutische Maßnahmen erst nach einer labordiagnostischen Bestätigung erfolgen.

In den Saisons 2007/08 und 2008/09 waren nahezu 100 Prozent der zirkulierenden saisonalen Influenza-A/H1-Viren resistent gegen den Neuraminidaseinhibitor Oseltamivir. Bei der Neuen Influenza wurden in Deutschland bisher keine Resistenzen nachgewiesen; weltweit sind es bisher Einzelfälle. Das Risiko einer Resistenzentstehung bei der Neuen Influenza steigt allerdings mit einem ungezielten Einsatz und dem Anteil der Selbstmedikation. Bei der Therapie stehen Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf im Zentrum der Strategieanpassung. Bei ihnen sollte frühzeitig eine Therapie begonnen werden, gegebenenfalls auch auch vor der labor-diagnostischen Bestätigung.

Medizinisches Personal gehört beruflich bedingt zu der Gruppe von Personen, die sowohl einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist, sich zu infizieren, als auch gleichzeitig Kontakt zu gefährdeten Gruppen hat. Daher ist der Expositionsschutz besonders wichtig, und es sind die Empfehlungen des Arbeitsschutzes bereits jetzt konsequent bei jedem Fall einer akuten respiratorischen Erkrankung einzuhalten. Dies dient nicht nur dem eigenen Schutz und dem von Familienangehörigen, sondern im Besonderen dem Schutz der betreuten Patienten.

Um auch in Zukunft schnell und erfolgreich gegen die Ausbreitung und Auswirkungen der Pandemie vorgehen zu können, ist der öffentliche Gesundheitsdienst explizit auf die Ärztinnen und Ärzte angewiesen, die in der Primärversorgung Patienten versorgen. Hier stehen vor allem die Diagnostik, die frühzeitige Therapie von gefährdeten Gruppen und die Meldung im Vordergrund. ■

*Arbeitsgruppe Neue Influenza,
Abteilung für Infektionsepidemiologie,
Robert-Koch-Institut, Berlin**

* federführend: Dr. Andreas Gilsdorf (GilsdorfA@rki.de), Marleen Dettmann, PD Dr. Gabriele Poggensee, PD Dr. Walter Haas