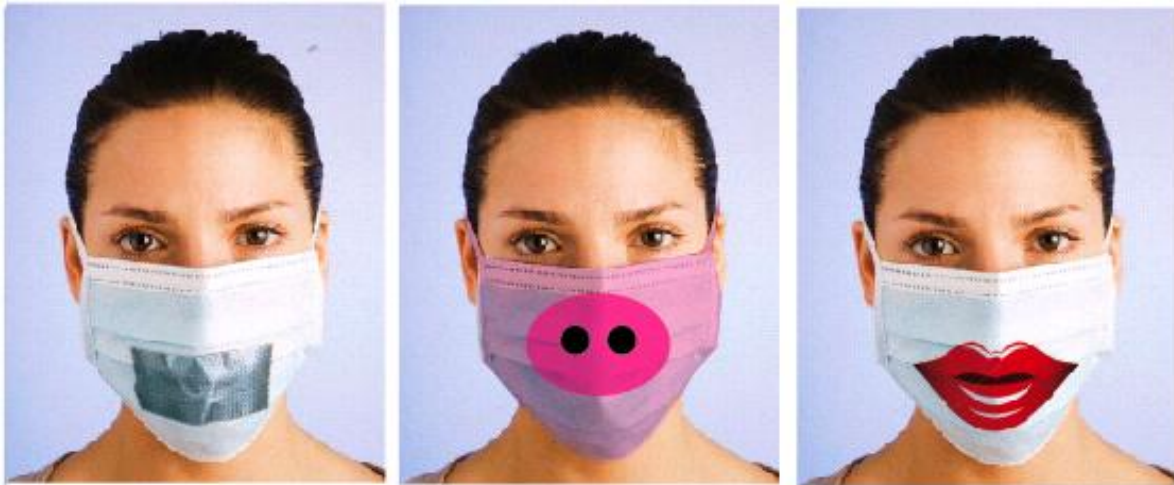


## Influenza I: Pragmatik statt Panik (Stand: 24.11.2009)



Modifiziert nach: [http://www.smartshoppingblog.de/1907\\_schweinegrippemundschutz-als-neuer-modetrend/](http://www.smartshoppingblog.de/1907_schweinegrippemundschutz-als-neuer-modetrend/)

### Influenza A/H1N1, „Neue“ Influenza oder „Schweinegrippe“ – die Erkrankung:

Das A/ H1N1-Virus ist ungewöhnlich ansteckend und verbreitet sich schnell, insbesondere bei feuchter und kalter Witterung.

Grippeviren gehören zu den wandlungsfähigsten Krankheitserregern überhaupt. Die Entwicklung gänzlich neuer Typen ist zwar selten, aber eventuell gefährlich. Mediziner befürchten, dass ein Influenza-Virus auf diese Weise eine verheerende Pandemie auslösen könnte. Diese Vision ist eines der wichtigsten Argumente für die Massenimpfungen in zahlreichen Ländern, obwohl niemand weiß, ob eine Impfung dann überhaupt schützt, bzw. ob eine durchgemachte Infektion nicht besser schützt.

Nur etwa 10 bis 20% der Bevölkerung erkranken – ungewöhnlich wenige für eine „Pandemie“. Üblicher Verlauf bei etwa 80% der Erkrankten: Nach einer Inkubationszeit von ein bis sieben Tagen setzt das Krankheitsgefühl (typischerweise plötzlich) ein. Zu den häufigsten Symptomen zählen Fieber und Husten, die Glieder und Muskeln können schmerzen, Atembeschwerden und Schnupfen können dazukommen. Anders als bei der üblichen „saisonalen“ Influenza leidet bei der Schweinegrippe etwa jeder Siebte an Erbrechen oder Durchfall. Bei etwa 20% der Erkrankten treten gar keine Symptome auf.

Die Infektion verläuft bei über 99,9% der Erkrankten harmlos und ohne Notwendigkeit stationärer Behandlung. Vermutlich sind bis Ende Januar etwa 20 bis 30% der Bevölkerung durch Infektion und/oder Impfung zusätzlich immun, spätestens dann rechnet man mit einem Abflauen der Erkrankungswelle.

Bisher (24.11.2009) werden in Deutschland 41 Todesfälle mit einer H1N1-Infektion in Verbindung gebracht; nach Schätzungen aufgrund von Erfahrungen auf der Südhalbkugel werden es in diesem Winter in Deutschland dann möglicherweise „nur“ zwischen 164 und 1.230 sein. „Nur“ deswegen, weil schon an der normalen „saisonalen“ Influenza jedes Jahr allein in Deutschland Tausende sterben. In guten Jahren sind es üblicherweise weniger als 2.000, in schlechten Jahren - wie etwa 1995/96 - bis zu 30.000.

Todesfälle treten also sehr selten auf (geschätzt durchschnittlich 0,76 / 100.000 Einwohner) und betreffen etwa 2 bis 10 mal häufiger Schwangere (3. Trimenon) und Menschen mit Asthma/COPD, Diabetes oder Abwehrschwäche.

[http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/0908\\_Influenza\\_AH1N1](http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/0908_Influenza_AH1N1)

Betroffen sind dabei insbesondere 10 bis 30-jährige. Personen über 60 Jahren scheinen oft eine Teilimmunität durch frühere ähnliche Infekte zu besitzen; erkranken und ggf. anstecken können Sie dennoch –wie übrigens die Geimpften auch.

#### Diagnose:

Seit 13.11. gilt die neue, allgemeinere Falldefinition des RKI: jetzt sind nur noch mindestens 2 von 4 Symptomen für die Diagnose einer pandemischen Influenza (ICD-10: J09) erforderlich (Fieber > 38,0, Gliederschmerzen, Husten, plötzlicher Krankheitsbeginn).

#### Abstriche:

Abstriche für Schnelltests sind angesichts einer Sensitivität von etwa 25% sinnlos.

Ob Abstriche für eine PCR (im Speziallabor) erforderlich sind, entscheiden Sie als Ärztin oder Arzt. Empfohlen werden diese –angesichts der derzeitigen hohen „Durchseuchung“ - nur noch dann, wenn die Ergebnisse eine therapieentscheidende Bedeutung haben können. (Z.B. bei ungewöhnlichem oder schwerem Verlauf der Erkrankung oder bei Personen aus gefährdeten Gruppen wie z.B. Schwangere, Säuglinge bis 6 Monate). Wenn die Abstriche allein der Neugierde dienen, sind sie vom Labor privat in Rechnung zu stellen (etwa 3 x 120,-€ pro Person).

Eine Untersuchung von Blut/Serum auf Influenza ist ebenfalls sinnlos, weil derzeit außerhalb von Forschungslaboratorien kein validierter Test zur Verfügung steht.

#### Dokumentation:

Bitte unbedingt im ICD-10 als „J09“ = „pandemische Influenza“ verschlüsseln (Achtung, in einigen Praxis-EDVen steht das noch als „Vogelgrippe“ im Thesaurus), weil das wegen des Nachweises erhöhter Krankheitslast honorarrelevant ist!

Parallel dazu sollte in Hessen bei jedem Influenza-bedingten Beratungs-/Behandlungskontakt (also ggf. auch mehrfach im Quartal!) die Pseudo-Ziffer 88200 angesetzt werden, um damit die Zusatzarbeit dokumentieren. Die J09 und 88200 sollen der Argumentation der KVH bei den Kassen dienen, denn laut SGB ist zusätzliche Morbidität zusätzlich zu vergüten.

#### Meldepflicht:

Ab 13.11. entfällt die Meldepflicht von Verdachtsfällen durch die Ärzte und es besteht nur noch eine ärztliche Meldepflicht für Todesfälle in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer bestätigten Infektion mit neuer Influenza A/H1N1. (Die Labormeldungspflicht nach §7 IfSG bleibt!).

Die Surveillance liegt jetzt wieder bei den Influenza-Meldepraxen

#### Behandlung:

Im Vordergrund steht die symptomatische Linderung der Beschwerden, insbesondere durch Verwendung von Paracetamol oder Ibuprofen (cave ASS bei Kindern). Oseltamivir (Tamiflu®) bewirkt im Durchschnitt eine Krankheitsverkürzung um 0,5 bis 1 Tag, wenn mit der Einnahme innerhalb von 36 Stunden nach Symptombeginn angefangen wird. In Kohortenstudien fanden sich auch Hinweise auf weniger schwere Krankheitsverläufe, deswegen sollten bevorzugt Risikopatienten

(siehe bei Impfindikationen) Oseltamivir erhalten. Bei Kindern und Jugendlichen ist wegen häufiger ZNS-Nebenwirkungen Zurückhaltung geboten.

#### Hygiene und Krankschreibung (Empfehlungen des RKI vom 13.11):

Im Vordergrund stehen bei der aktuellen epidemiologischen Situation allgemeine Hygieneempfehlungen (Husten-Etikette und Händehygiene). „Erkrankte sollten mindestens bis einen Tag nach Abklingen des Fiebers zuhause bleiben. Erkrankte, die beruflichen Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben, sollten vorsorglich mindestens 7 Tage nach Symptombeginn zuhause bleiben....“

Über notwendige spezielle Maßnahmen in besonderen Fällen berät das zuständige Gesundheitsamt. Auf der Homepage des Robert Koch-Institutes sind u.a. Empfehlungen zum Umgang mit Erkrankten, zum Patiententransport und zur Diagnostik zu finden. ([www.rki.de/influenza](http://www.rki.de/influenza)).

Kommentar: Die RKI-Empfehlung macht angesichts der hohen Erkrankungszahlen ja auch Sinn: wenn überall ansteckende Leicht-Kranke, Nicht-mehr-Kranke und Noch-nicht-Kranke an den Bushaltestellen stehen, muss sich vornehmlich derjenige schützen, der sich nicht anstecken will. Angesichts des fast ausschließlich harmlosen Verlaufes ist es außerdem sinnvoll, den Schaden durch Fehlzeiten in Schule, Ausbildung und Arbeit gering zu halten.

#### Impfung:

Unter Experten herrschen unterschiedliche Ansichten darüber, ob die Impfung gegen die Schweinegrippe bei allen Menschen oder nur bei bestimmten Gruppen vorgenommen werden sollte. Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist nun wirklich nicht als Hort der zurückhaltenden wissenschaftlichen Vorgehensweise verschrienen. Aber selbst die STIKO empfiehlt derzeit nur für folgende Gruppen eine Impfung:

1. Gesundheits- und Pflegepersonal mit Kontakt zu Patienten oder infektiösem Material.
2. Alle Menschen ab einem Alter von sechs Monaten mit einer Reihe von gefährlichen Vorerkrankungen. (insbesondere Adipositas, Diabetes, Asthma, COPD, Immunschwäche,...)
3. Schwangere, vor allem ab dem vierten Schwangerschaftsmonat – wenn ein adjuvansfreier Impfstoff verfügbar ist.

Über die anderen Gruppen will die STIKO sich nur dann erneut äußern, falls "neue Erkenntnisse zur Epidemiologie oder zu den Impfstoffen dies erfordern".

Politiker haben inzwischen u.a. wegen mangelnder Impfbeteiligung eine Impfung aller Impfwilligen genehmigt – ob diese tatsächlich auch sinnvoll ist, sollen letztlich Arzt und Patient dann nach „individuellen Nutzen/Risiko-Erwägungen“ entscheiden.

#### Impfstoffe

In Deutschland steht seit 26. Oktober ausschließlich Pandemrix® zur Verfügung, von dem die zuständigen Bundesländer 50 Millionen Dosen gekauft haben. Wissenschaftlicher Standard bezüglich Wirksamkeit und Verträglichkeit ist bei Grippe-Impfstoffen ein Impfstoff aus Virusteilen („Spaltimpfstoff“) ohne Wirkverstärker – so wie die jährlich gegen die saisonale Grippe verabreichten Präparate.

Die z.B. in den USA, in China oder Australien verfügbaren Impfstoffe gegen die „Neue Grippe“ entsprechen diesem Standard, aber keines der drei in Europa zugelassenen Präparate:

- ▶ Pandemrix® - enthält Teile des Virus und zusätzlich Wirkverstärker [sog. Adjuvantien]\*
- ▶ Focetria® - enthält Teile des Virus und zusätzlich Wirkverstärker [sog. Adjuvantien]\* sowie
- ▶ Celvapan® - enthält keine Wirkverstärker, ist aber aus dem ganzen Virus hergestellt\*.

\* Wissenschaftliche Belege zeigen, dass weder Wirkverstärker noch das ganze Virus für die Wirksamkeit von Grippeimpfstoffen nötig sind, jedoch die Häufigkeit und Schwere von Nebenwirkungen deutlich erhöhen.

Die meist auf den Impfarm beschränkten Störwirkungen (z.B. Rötung/Schmerz an der Einstichstelle, aber auch Gliederschmerzen, erhöhte Temperaturen) treten bei diesem Impfstoff im Vergleich zum üblichen Grippeimpfstoff deutlich häufiger auf – und sind im Wesentlichen auf die „Verstärkerstoffe“ zurückzuführen. Etwa 90% der Geimpften müssen lokale Beschwerden (Rötung, Schwellung, Schmerzen) und allgemein „grippiges“ Gefühl in Kauf nehmen. (Ohne Impfung wären aber nur 10-20% der Geimpften an dem (meist leichten) Infekt erkrankt.) Auch mit Impfung ist übrigens eine Infektion möglich - keine Impfung kann einen 100%igen Schutz bieten.

Über langfristige und seltene Nebenwirkungen der Impfstoffe ist nichts bekannt; auch wissen wir nichts über die tatsächliche Schutzwirkung. Skepsis ist jedoch angebracht, weil Pandemrix® nur an einigen Tausend Personen (nicht bei Schwangeren und nur bei sehr wenigen Kindern) getestet wurde – im Verhältnis zu der geplanten Anwendung an vielen Millionen Menschen eine unzureichende Zahl, um seltene schwere Nebenwirkungen zu erkennen.

Mahnend sollte uns das Resultat eines Influenza- „Ausbruchs“ 1976 in New Jersey:

- 230 serologisch bestätigte Fälle von A/H1N1- Infektion
- 1 Todesfall durch A/H1N1- Infektion
- 40 Millionen Impfstoffdosen (nicht-adjuvantierte Ganzkeim-Vakzine)
- 532 Fälle und 32 Todesfälle an Guillain-Barré-Syndrom durch den Impfstoff

Übrigens:

Für den Schutz der oben genannten STIKO-Risikogruppen 1-3 würde die derzeit produzierte Impfstoffmenge an Pandemrix® in der üblichen Menge von 15µg Antigen je Dosis auch ohne Impfstoffverstärker ausreichen. Mit etwa einem Drittel der kurzfristigen Nebenwirkungen.

Der Impfstoff gegen „saisonale Influenza“ wird im nächsten Jahr voraussichtlich genau diese A/H1N1 Komponente enthalten – ohne Verstärkerstoffe. (Warum eigentlich nicht jetzt?)

Viele weitere Informationen siehe <http://www.degam.de/H1N1.html>

Dr. med. Uwe Popert  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Goethestr. 70  
34119 Kassel