

# Saisonale Influenza inmitten einer Pandemie



*Univ.-Prof. Dr. Ursula Kunze*

Auch wenn zur Zeit die erste Influenzapandemie dieses Jahrhunderts durch unser Land und die ganze Welt rollt, dürfen wir nicht auf die saisonale Influenza vergessen. Wie wird sich die gleichzeitige Zirkulation von saisonalen Influenzastämmen und dem pandemischen Stamm H1N1v 2009 auswirken? Tatsächlich macht es die völlige Unberechenbarkeit der Influenzaviren praktisch unmöglich, eine verlässliche Prognose für den Verlauf der kommenden Saison, aber auch der Pandemie, anzustellen.

Ein realistisches Szenario ist das der weitgehenden Verdrängung der saisonalen Virenstämme durch H1N1v, so geschehen beispielsweise in Australien während der vergangenen Saison. Das bedrohlichste Szenario ist, dass es zu einer Vermischung der Erbinformationen von H1N1v und einem saisonalen Stamm kommt und dadurch ein neuer hochpathogener Virusstamm entstehen könnte. Eine hohe Impfbeteiligung an beiden Influenzaimpfungen, saisonal und pandemisch, würde dieser Gefahr entgegenwirken.

## Ignoranz und Unwissenheit

Das Ziel, akzeptable oder gar hohe Durchimpfungsraten in unserem Land zu erreichen, erscheint höchst unrealistisch, wenn man sich die beispiellose Ignoranz gegenüber der Prävention und Kontrolle der Influenza ansieht. Sowohl die allgemeine Bevölkerung, aber auch Teile des Gesundheitspersonals und der Ärzteschaft unterschätzen diese gefährliche Viruserkrankung und die Wichtigkeit der Impfung. Diese Ablehnung der saisonalen, aber auch der derzeit laufenden pandemischen Impfkationen, ist in keiner Weise medizinisch wissenschaftlich begründet.

Zirka 400.000 Menschen erkranken in Österreich während einer durchschnittlichen Influenzasaison, die jährliche Übersterblichkeit liegt bei mindestens 1.000 Personen. Weltweit endet die Erkrankung nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich für 500.000–1,300.000 Menschen tödlich. Die höchste Inzidenz findet man bei Kindern und Jugendlichen, die Mortali-

tät ist bei Personen über 65 Jahren bzw. mit chronischen Erkrankungen am höchsten.

Während des epidemischen Auftretens von Influenzafällen häufen sich Spitalsaufenthalte aus zerebrovaskulären und kardiovaskulären Gründen. Die Influenza zwingt mitunter auch junge und gesunde Erwachsene für ein bis zwei Wochen in den Krankenstand – wenn keine Komplikationen hinzukommen. Darauf folgt die für Influenza typische Erholungszeit von zwei bis drei Wochen, während der man sich schwach fühlt und nur eingeschränkt leistungsfähig ist. Damit ist Influenza nicht nur eine der häufigsten, sondern auch eine der folgenschwersten Infektionskrankheiten.

## Sehr gute Empfehlungen, mangelhafte Umsetzung

Österreich gehört zu den Ländern mit den besten Empfehlungen weltweit; zum Beispiel wird die Impfung für ältere Personen bereits ab 50 Jahren empfohlen (Tab.1). Die entsprechende Umsetzung dieser Empfehlungen allerdings scheitert seit Jahren kläglich: Die aktuellen Durchimpfungsraten der saisonalen Impfung bei Erwachsenen liegen knapp über 10%, in der Altersgruppe ab 60 Jahren bei ca. 30%. Damit nimmt Österreich im europäischen Vergleich einen der letzten Plätze ein und verfehlt haushoch die von der WHO empfohlene Durchimpfungsrate von 75% bei den älteren Personen (Ziel bis 2010).

Hohe Durchimpfungsraten in dieser Altersgruppe finden sich in den vielen europäischen Ländern, z.B. Spanien (71%), Großbritannien (70%), Frank-

Tabelle 1

### Influenzaimpfung laut Österreichischem Impfplan 2010 Die Impfung ist jedem, der sich schützen will, zu empfehlen

#### Besonders empfohlen ist die Impfung für

- Kinder (ab 7. Lebensmonat), Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter Gefährdung infolge eines Grundleidens (chronische Lungen-, Herz-, Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der Nieren, Stoffwechselerkrankungen und Immundefekte (angeboren oder erworben).
- Ebenso ist die Impfung für Personen > 50 Jahren empfohlen.
- Betreuungspersonen (z.B. in Spitälern, Altersheimen und im Haushalt) von Risikogruppen (kranke Kinder, Altersheim) sollen ebenfalls geimpft werden.
- Personal mit häufigen Publikumskontakten.
- Reiseimpfung: Bei Reisen in Epidemiegebiete für alle Reisenden.

Ärzte und Pflegepersonal haben zudem eine moralische Verpflichtung sich impfen zu lassen, um nicht zur Ansteckungsgefahr für ihre Patienten zu werden.

reich (68%) oder Italien (66%). Die Durchimpfungsraten bei medizinischen Personal im Gesundheitswesen sind zwar in ganz Europa bescheiden, Österreich liegt allerdings auch hier mit nur 17% am unteren Ende.

**Verpflichtung zur „evidence based medicine“**

ÄrztInnen sind zur Fortbildung und Anwendung des Standes des Wissens („State of the Art“) bzw. zur „evidence based medicine“ verpflichtet. Das trifft natürlich auch auf die Influenzaprävention zu. Diese beinhaltet neben Empfehlung und Durchführung der jährlichen saisonalen Impfung selbstverständlich auch die Verschreibung der richtigen Therapie im Krankheitsfall. Der Einsatz der Neuraminidasehemmer – die modernste antivirale Therapie der Influenza – bleibt weit hinter den Möglichkeiten: Nur 3% der Erkrankten wurden in der vergangenen Saison damit behandelt.

Es ist ein weiteres interessantes „Influenzaphänomen“: Österreichs Ärzteschaft verschreibt die seit einigen Jahren zur Verfügung stehende Therapie für eine Influenzaerkrankung nicht. Dieses Verhalten ist genau wie bei der Impfung medizinisch-wissenschaftlich nicht begründet: Studien haben die Wirksamkeit der Neuraminidasehemmer klar belegt (Tab. 2).

**Befragung von ÄrztInnen zum Thema Influenza bestätigt die Defizite**

Eine epidemiologische Erhebung des Institutes für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien bei knapp 240 Allgemeinmedizinerinnen und Pädiatern in ganz Österreich zur Fragestellung „Influenza in der Praxis während der Influenza-Saison 2008/09“ unterstreicht die traurige Situation der Influenzaprävention bzw. -therapie: Die Patienten in der Praxis mit Verdacht auf eine Influenza waren durchschnittlich 35 Jahre alt, davon war der Großteil nicht gegen Influenza geimpft (94%! ). Bei 81% wurde vom Arzt tatsächlich eine Influenza diagnostiziert. Fast alle Patienten erhielten in der Folge eine Therapie, wobei lediglich in der Hälfte der Fälle ein Neuraminidasehemmer eingesetzt wurde. 15% der Patienten bekamen zusätzlich eine antibiotische Therapie. Die Möglichkeit einer prophylaktischen Gabe der Neuraminidasehemmer wurde

**Neuraminidasehemmer (NH) – die Fakten**

- NH sind gegen Influenzaviren der Typen A und B wirksam.
- Die Wirkung basiert auf der Blockade der viralen Neuraminidase, die für die Freisetzung und Ausbreitung neu gebildeter Viren im Respirationstrakt zuständig ist.
- Die Therapie muss möglichst rasch eingeleitet werden, jedenfalls innerhalb von 48 Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome.
- Je früher die Therapie begonnen wird, umso effizienter kann sie durch Unterdrückung der Virusreplikation wirken.
- Die beiden zugelassenen Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir bewirken bei rechtzeitiger Einnahme eine Verkürzung der Erkrankungsdauer, eine Reduzierung von Schweregrad und Fiebertdauer, zudem können der Antibiotikaverbrauch sowie die Häufigkeit von Hospitalisierungen und Komplikationen deutlich gesenkt werden.
- Spontane Mutationen im Genom des Influenzavirus können zu einer reduzierten Empfindlichkeit gegenüber Oseltamivir oder Zanamivir führen.
- Nach derzeitigem Wissensstand ist das Auftreten resistenter Stämme nicht die Folge des therapeutischen Einsatzes, sondern das Ergebnis der spontanen genetischen Variabilität des Virus. Durch die weltweite Überwachung werden auftretende Resistenzen genau beobachtet und entsprechend bekannt gegeben.

insgesamt nur 17 Mal genutzt (Partner, Eltern, Großeltern, Geschwister).

Diese Zahlen zeigen deutlich die Defizite, die in Teilen des Gesundheitssystems zu beobachten sind. Hier besteht offensichtlich weiterer Aufklärungsbedarf in der Ärzteschaft.

**Vorbild „Hausarzt“**

Empfehlungen des vertrauten „Hausarztes“ (oder jedes anderen Arztes des Vertrauens) sind für die meisten Menschen sehr wichtig und meist entscheidend, ob sie eine (Präventiv-) Maßnahme durchführen oder eben nicht. Daher kommt der Vorbildfunktion des Arztes eine überaus wichtige Rolle zu, indem die Impfung angeraten und durchgeführt wird.

Hier gibt es große Unterschiede in unserem Land: Auf der einen Seite diejenigen Ärzte, die in großem Umfang die Impfung empfehlen und damit auch hohe Durchimpfungsraten ihrer Patienten erreichen, auf der anderen Seite diejenigen Kollegen, die schlichtweg gar nichts tun oder sogar aktiv von der Impfung abraten. Persönliche Meinungen oder Einstellungen sind Privatsache und dürfen in der ärztlichen Tätigkeit keine Rolle spielen. Die Realität sieht, wie wir alle wissen, anders aus.

Die Uneinigkeit und die ständig widersprüchlichen Aussagen aus der Ärzteschaft müssen die Bevölkerung verunsichern und sind mit Sicherheit ein Hauptgrund für die niedrigen Impfraten. Folgendes darf man in diesem Zusammenhang nicht vergessen: Ärzte und

Pflegepersonal haben eine moralische Verpflichtung sich impfen zu lassen, um nicht zur Ansteckungsgefahr für ihre Patienten zu werden!

**Die Impfung: sinnvolle Präventionsmaßnahme für alle!**

Besonders für Menschen ab 50 Jahren kann eine Influenzainfektion zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung werden. Aber auch jüngere Erwachsene und Kinder können schwer erkranken, insbesondere wenn eine Grunderkrankung vorliegt.

Empfehlungen, nur Risikogruppen zu impfen, stammen aus Zeiten der Impfstoffknappheit. Heute gilt: Ältere und Personen mit erhöhter Gefährdung müssen, alle anderen sollen geimpft werden. Dazu gehören vor allem auch Kinder und berufstätige Erwachsene. Gerade Kinder werden sehr häufig aufgrund eines schweren Influenzaverlaufs stationär aufgenommen und sind außerdem die „Motoren“ der Influenzaverbreitung.

**Pandemie**

Heute hat die Welt erstmals die Möglichkeit, eine Pandemie von Beginn an zu beobachten und somit größere Chancen als je zuvor, darauf rechtzeitig und mit den richtigen Mitteln zu reagieren.

Genau dies geschieht zur Zeit im Falle des neuen H1N1v-Influenzavirus. Ganz im Gegensatz zu den Defiziten bei der saisonalen Influenzакontrolle und -prävention ist unser Land sehr gut gerüstet. Österreich war eines der ersten Länder,

das einen umfassenden Pandemieplan erstellt und konkrete Vorsorge- und Bevorratungspläne auf Regierungsebene in die Tat umgesetzt hat.

Allerdings muss man auch hier, wie bei der saisonalen Impfung, die Ignoranz des Systems zur Kenntnis nehmen: Österreich verfügt – ganz im Gegensatz zu den meisten Ländern weltweit – über einen sehr guten Impfstoff und das in ausreichenden Mengen – und das Angebot wird nur von einer Minderheit angenommen! Man kann nur hoffen, dass wir nicht alle eines Tages diese Überheblichkeit teuer werden bezahlen müssen!

Niemand weiß oder kann vorhersagen, wie sich die Situation in den kommenden Monaten weiter entwickeln wird. Von einer Entwarnung kann mit Sicherheit nicht gesprochen werden. Denn eine Tatsache dürfen wir nie vergessen: Influenzaviren sind und bleiben in ihrer Wandlungsfähigkeit völlig unberechenbar!

*Univ.-Prof. Dr. Ursula Kunze  
Institut für Sozialmedizin  
Zentrum für Public Health  
Medizinische Universität Wien  
Rooseveltpatz 3, A-1090 Wien  
[ursula.kunze@meduniwien.ac.at](mailto:ursula.kunze@meduniwien.ac.at)*