

Neue Influenza A (H1N1) – Stand der Vorbereitungen

Ein Interview mit der Influenzapandemie-Beauftragten der Bundesärztekammer

Dr. med. Annegret Schoeller ist Influenzapandemie-Beauftragte der Bundesärztekammer (BÄK), in dieser Eigenschaft leitet sie das Koordinierungsgremium der BÄK, dem die Pandemiebeauftragten der LÄK angehören. Das Koordinierungsgremium der BÄK baut die Pandemieplanung der Ärzteschaft auf und berät Bund, Länder und Kommunen bei der Erstellung und Umsetzung von Pandemieplänen. Das Interview mit ASU-Praxis führten wir am 15.05.2009, die Angaben zur Epidemiologie entsprechen dem an diesem Tag aktuellen Kenntnisstand. Das Interview führte für die ASU-Praxis-Redaktion, Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg

Zunächst eine persönliche Frage: In China wünscht man jemandem, den man ärgern oder beschäftigen will, „interessante„ Zeiten. Gehe ich recht in der Annahme, dass der zunächst als „Schweinevirus“ bezeichnete Virus nicht ohne Einfluss auf Ihre – wie man neudeutsch sagt „Work-Life-Balance“ war und Ihnen durchaus „interessante“ Zeiten beschert hat?

Dr. med. Annegret Schoeller:

Ich war tatsächlich seit Bekanntwerden des neuen Influenzavirus, das die WHO seit dem 30.04.2009 mit „Influenza A (H1N1)“ bezeichnet, sehr intensiv vereinbart durch Sitzungen und Konferenzen, die sich mit der Planung und Koordinierung der Maßnahmen für die medizinische Versorgung, des Notfallmanagements und der Entwicklung von Kommunikationsstrategien beschäftigten.

Hier spielt vor allem die Pandemiekommission beim Robert Koch-Institut (RKI) eine wichtige Rolle, die das RKI in fachlichen und epidemiologischen Fragen berät und entsprechend dem nationalen Pandemieplan mit Eintritt in die Warnstufe 4, die am 27.04.2009 von der WHO ausgerufen wurde, ihre Arbeit aufgenommen hat.

Zu den Mitgliedern der Pandemiekommission gehören neben Vertretern der Gesundheitsämter, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer auch weitere Experten

aus diversen medizinischen Fachgesellschaften, Vertreter der Länder und der oberen Gesundheitsbehörden.

Die Arbeit geschah dabei in ständiger Alarmbereitschaft und war zunächst davon bestimmt, die bisher bestehenden Prozesse und Empfehlungen auf die neue Situation anzupassen, zu aktualisieren und für die Anwender praxisnahe Handlungsempfehlungen und -hilfen zur Verfügung zu stellen: wie, wo, wie oft nimmt man einen Abstrich, wie meldet man, welche Formulare werden dazu benötigt, wie verlinken und harmonisieren wir unsere Empfehlungen. Hier wurde sehr viel Wert gelegt auf eine konsistente und komplementäre Kommunikation sowohl zwischen den Ressorts und beteiligten Organisationen als auch gegenüber der Öffentlichkeit.

Dabei hat in einem abgestimmten Verfahren das RKI die Sprachführung bei der Risiko- und Krisenkommunikation übernommen (www.rki.de).

Wie sieht die aktuelle Bilanz aus: Hat sich das Krisenmanagement bewährt? Hat dies schon Auswirkungen auf die praktische Arbeit?

Dr. med. Annegret Schoeller:

Ganz ohne Zweifel hat sich das bisherige Krisenmanagement bewährt. Die anfänglich große Sorge hat sich zum Glück – man muss einschränkend sagen – vorerst nicht bestätigt: Einer rasanten Übertragung standen insgesamt – bisher – blande

Verläufe gegenüber, die sehr dem Verlauf einer saisonalen Influenza entsprachen.

Das jetzige Krisenmanagement bot eine ganz große Chance zum Übungshandeln und zur Vorbereitung auf den Pandemiefall. Es hat dazu beigetragen, Zeit zu gewinnen und Schwachstellen zu identifizieren. Insbesondere die Risikokommunikation hat zu einem besonnenen Umgang beigetragen und einer Panikmache vorgebeugt.

Hervorzuheben ist beispielsweise die Eilverordnung des BMG zur Meldepflicht bei Verdacht, Erkrankung und Tod. Zwischen dem ersten Entwurf (28.04.) und in Kraft treten (02.05.) sind nur wenige Tage vergangen. Hier waren wir – ebenso wie die anderen beteiligten Organisationen – gefordert, innerhalb weniger Stunden – tatsächlich wenige Stunden innerhalb eines Tages – eine ebenso rasche wie belastbare Stellungnahme abzugeben.

Ich halte dies für ein vorbildhaftes Beispiel für Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, das nur bei einem von allen Akteuren gleichmäßig bereitgestellten hohen Maßes an Verantwortung und Professionalität geleistet werden kann.

Die Folgen für die Praxis sind nicht unbedeutend:

Bisher war nur der Labornachweis meldepflichtig, eine namentliche Meldung bei Verdacht oder Erkrankung unvereinbar mit der dem Arzt auferlegten Schweigepflicht. Die auf Verdacht, Erkrankung und Tod erweiterte namentliche Meldepflicht erlaubt eine viel frühzeitigere und umfassendere Identifikation. Sie trägt zur Verbesserung des Frühwarnsystems nicht unerheblich bei und hebt eine bis dahin bestehende Unvereinbarkeit von Meldung und Schweigepflicht auf.

Ein weiteres unmittelbar vorzeigbares Ergebnis der Beratungen stellt die Bereitstellung von 90 Millionen Euro durch den Bund für die Bevorratung von Arzneimitteln gegen Influenza (Neuraminidasehemmer) für 10 % der Bevölkerung dar. Da-

mit einhergehend erfolgt (endlich) eine einheitliche Aufstockung der Länderbevorratungen auf 20 % der Bevölkerung. Insbesondere die nördlichen Bundesländer waren bisher nur unzureichend der Empfehlung des RKI gefolgt, das eine Mindestbevorratung von 20 % zu therapeutischen Zwecken für erforderlich hält.

Die Bewertung ist gegenläufig zu den Darstellungen, die vor allem in Focus und Spiegel erschienen und unter Bezug auf nicht veröffentlichte Auswertungen zur LÜKEX-Übung von einer unzureichenden Krisenplanung ausgehen. Handelt es sich hierbei um Ergebnisse einer investigativen Recherche oder eher doch auf spektakuläre Botschaften ausgerichteten Journalismus?

Dr. med. Annegret Schoeller:

Bund und Länder haben im November 2007 eine Influenzapandemie virtuell geübt, Stromversorger, Banken, die Lebensmittelindustrie, Flughäfen und auch die Apotheker und BÄK und KBV übten mit. Durchgeführt wurde diese Übung von dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe und dem Robert Koch-Institut. Ziel der LÜKEX-Übung war es, tatsächlich einen Überblick über den Vorbereitungsstand und mögliche Schwachstellen zu gewinnen. Mit Hilfe von LÜKEX konnten Schnittstellenprobleme sehr gut identifiziert und bereits Maßnahmen zu ihrer Verbesserung ergriffen werden. Wie die Redakteure von Focus und Spiegel zu ihren Schlussfolgerungen kommen, ist mir schleierhaft: Den Beteiligten schlechte Noten bei der Erledigung ihrer Hausaufgaben nachzusagen, ist aus meiner Sicht, insbesondere aufgrund meines fundierten Einblickes in das Geschehen als Mitübende, nicht nachvollziehbar.

In den ersten Wochen gab es durchaus gegenläufige Informationen im Hinblick auf Therapie und Prävention, u. a. wurde zunächst vermutet, dass adjuvantierter H1N1 Grippe-Impfstoff eine Immunität gegenüber dem neuen Virus versprach.

Wie ist der aktuelle Stand des gesicherten Wissens?

Dr. med. Annegret Schoeller:

Bisher bestehen bei der neuen Grippe „Influenza A (H1N1)“ keine belastbaren Daten zur Kreuzprotektivität bei saisonaler Impfung oder der Wirkung von Oseltamivir. Zum Verlauf der Erkrankung bei mit saisonalen Impfstoff geimpften Fällen liegen zu wenige Daten vor. Infektiosität und Morbidität ähneln der saisonalen Influenza, wobei die neue Grippe auf eine immunologisch naive Bevölkerung ohne Schutzimpfung trifft. Eine Prognose zur Entwicklung im Sommer und für den nächsten Winter ist schwierig. Innerhalb von Tagen hat sich das Virus weltweit verbreitet, international derzeit in 35 Ländern, 6500 bestätigte Fälle mit 65 Todesfällen (Stand 15.05.2009). In Deutschland sind 14 bestätigte Fälle, keine Todesfälle gemeldet.

Eine hervorragende Übersicht bietet auch die Veröffentlichung „Neue Grippe – Die Primärversorger sind gefragt“ des Fachgebietes für respiratorisch übertragbare Erkrankungen am RKI, die im DÄB Heft 19 vom 08.05.2009 erschienen ist und über das Archiv des DÄB zum Download ebenfalls zur Verfügung steht.

Wo kann ich mich „tagesaktuell“ über den Stand unterrichten?

Dr. med. Annegret Schoeller:

Eine vorzügliche tagesaktuelle Auskunft gibt die Pressemitteilung des RKI, aber auch eine Vielzahl an weiteren Adressen (siehe Kasten und ASU-Praxis 11/2008). Hierzu gehören beispielsweise auch die Informationen der WHO, der CDC und der ECDC.

Wie steht es um das Risikomanagement in den Betrieben? Eine Befragung des Marktforschungsinstitutes Forsa von betrieblichen Entscheidungsträgern, die im Januar 2008 im Auftrag des Instituts für Management und Wirtschaftsforschung und des FAZ-Instituts durchgeführt wurde, zeigte eine durchaus beträchtliche Diskrepanz zwischen Awareness und Preparedness, zwischen offenkundigem Problembewusstsein und dem Stand der Vorbereitung.

Dr. med. Annegret Schoeller:

Es besteht weiterhin eine deutliche Diskrepanz zwischen Groß- und Kleinbetrieben.

Insbesondere aktiennotierte Unternehmen sind aufgrund ihrer Eigentümerstruktur und ihrer besonderen Rechtsform sehr frühzeitig, wenn nicht Kraft eigener Überlegungen, so ihrer Analysten auf die Notwendigkeit eines Risikomanagements gestoßen worden. Gleichwohl dürften auch hier qualitative Unterschiede im Stand der Vorbereitung bestehen.

Die aktuelle Diskussion hat das Problem auf jeden Fall wieder mehr ins öffentliche Bewusstsein gerückt, eine Tatsache, an die man als Betriebsarzt auch in der innerbetrieblichen Diskussion anknüpfen kann und sollte. Das Management sollte immer mit Betriebsärzten die Vorbereitungen auf eine Pandemie planen und umsetzen, um diese besonders effektiv zu gestalten. Nach § 3 (1) Arbeitsschutzgesetz ist der Arbeitgeber verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter der Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Im Hinblick auf eine Infektionsgefährdung lässt sich ableiten, dass der Arbeitgeber bei Exposition der Beschäftigten, die Verpflichtung zu prophylaktisch wirksamen Maßnahmen hat und sich der Unterstützung durch betriebsärztlichen Sachverstand bedient. Das gilt z. B. bei der Veranlassung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen, der Auswahl und Bereitstellung von PSA und Hygienemitteln, der Erstellung von Hygiene- und Notfallplänen als auch ggf. bei der Gabe der medikamentösen (Postexpositionen) Prophylaxe.

Dem Betriebsarzt kommt eine wichtige Rolle bei der Verankerung vom Problembewusstsein zu. Hierbei sollte er Hilfestellung für pragmatische Lösungen geben, die die Besonderheiten des Betriebes berücksichtigt.

Hierzu gehört ausdrücklich das regelmäßige Impfangebot gegen die saisonale Grippe an die Beschäftigten. Nach dem Beschluss der BÄK vom 28.03.2008 wurden die fachbezogenen Grenzen der Impfkompentenz aufgehoben, fortan ist

mit dem Erwerb der Approbation eine allgemeine Impfkompetenz vorhanden. Betriebsärzten kommt eine sehr wichtige Funktion bei der Stärkung vom Impfbewusstsein und Akzeptanz von Impfungen zu.

Die BGW hat zusammen mit der BÄK und der KBV einen Ratgeber zum Risikomanagement im Falle einer Influenzapandemie herausgegeben, der sich vorrangig an ambulante und niedergelassene Einrichtungen der medizinischen Versorgung richtet. Der Ratgeber beinhaltet viele nützliche Checklisten und kann von der Homepage der BGW wie auch der BÄK als Download oder auch als Printmedium bezogen werden. Diese Empfehlungen gelten natürlich auch für Betriebsarztpraxen. Die Broschüre hinterlässt einen sehr gut strukturierten und praxisbezogenen Eindruck. Gibt es darüber hinausgehende Materialien, die der Betriebsarzt vorhalten sollte?

Dr. med. Annegret Schoeller:

Wir sind ein wenig stolz auf die Broschüre, die wir mittlerweile zusammen mit einer Ergänzung zum Hygieneplan ausliefern und die uns auch Anerkennung und Zuspruch von Seiten der Experten des RKI eingebracht hat.

Die Broschüre ist auch einschlägig für die eigene Betriebsarztpraxis. Sie stellt aber auch eine vorzügliche, ubiquitär einsetzbare Beratungshilfe und betriebsärztliche Handreichung gegenüber betrieblichen Entscheidungsträgern dar. Darüber hinaus gehören in den Beratungskoffer des Betriebsarztes selbstverständlich auch:

- Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, für Arztpraxen, Flyer für Patienten, etc. der Bundesärztekammer, die auf der Homepage der Bundesärztekammer eingestellt und abrufbar sind (www.bundesaerztekammer.de).
- Der Beschluss 609 des ABAS (Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe): "Arbeitsschutz beim Auftreten von nicht impfpräventabler Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes" sowie

- die TRBA 250 (Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe): „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“. Beide abrufbar über die Webseite der BAuA.
- Umfangreiche und auf die betrieblichen Fragestellungen ausgerichteten Arbeitshilfen und Checklisten finden sich auf den Internetseiten des VDBW (www.vdbw.de), des European Center for Disease Prevention and control (www.ecdc.eu/health_topics/Pandemic_Influenza.html) sowie des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg, das zusammen mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe ein Handbuch für die betriebliche Pandemieplanung zur Verfügung stellt (www.gesundheitsamt-bw.de) und damit sehr sorgfältig aufbereitete und umfangreiche Materialien zur Verfügung stellt.

Zu den Szenarien des nationalen Pandemieplanes gehört auch die Rekrutierung zusätzlichen medizinischen Personals für die ambulante Krankenversorgung. Es kann sicher nicht verkannt werden, dass die Kern-Kompetenzen und der Trainingsstand von Arbeitsmedizinern, sofern sie nicht gerade die Klinik verlassen haben oder einem großen werksärztlichen Dienst mit kurativen Standbein angehören, eher im präventiven Bereich liegen. Viele haben seit Jahrzehnten Abstinenz zur Akutversorgung. Worauf sollten wir Betriebsärzte vorbereitet sein, im Hinblick auf Akutversorgung, Priorisierung von Maßnahmen, was ist mit unserem Beruf und unserer Rolle vereinbar, wo würden Grenzen überschritten?

Dr. med. Annegret Schoeller:

Eine Beteiligung an der Akutversorgung erkrankter Beschäftigter ist dann in Erwägung zu ziehen, wenn dies auch möglich ist. Dies wird sicherlich nicht in kleinen oder mittelständischen Betrieben möglich sein, in großen Konzernen mag das anders sein. Was auf jeden Fall nicht in Frage kommt ist eine Priorisierung von Risikogruppen durch die Betriebsärzte.

Das ist allein Aufgabe der Länder im Sinne der Daseinsfürsorge sowie bei der Prophylaxe im Betrieb der Arbeitgeber.

Bei der Postexpositionsprophylaxe sollte allein der medizinische Aspekt im Vordergrund stehen und nicht bestimmten Gruppen bevorzugt Arzneimittel bei Exposition gegeben werden, sondern gleichberechtigt nach ärztlicher Indikation an alle Gruppen ausgegeben werden.

Die Priorisierung von Risikogruppen im Hinblick auf Langzeitprophylaxe muss ebenfalls der Arbeitgeber treffen. Denn hier geht es nicht um medizinische Aspekte, sondern um die Aufrechterhaltung der Funktionen eines Betriebes. Der Beschäftigte wird gehalten, NAHs als Langzeitprophylaxe einzunehmen mit Inkaufnahme von Nebenwirkungen. Hier muss eine ausführliche Aufklärung des Beschäftigten durch den Betriebsarzt erfolgen.

Eine gute Orientierung bieten in diesem Zusammenhang die Mitteilungen der Bundesärztekammer vom 29.11.2005 (Saisonale Influenza, Vogelgrippe und potenzielle Influenzapandemie – Empfehlungen zum Einsatz insbesondere von antiviralen Arzneimitteln und Impfungen), veröffentlicht im DÄB Heft 49 vom 09.12.2005 sowie vom 14.11.2007 (Empfehlungen zum Einsatz antiviraler Arzneimittel für die Postexpositions- und Langzeitprophylaxe während einer Influenzapandemie) veröffentlicht im DÄB Heft 51-52 vom 24.12.2007. Beide Artikel stehen als Download im Archiv des Deutschen Ärzteblatts zur Verfügung (www.aerzteblatt.de).

Obwohl aktuell eher die Zeichen auf „Entwarnung“ stehen. Welche Überraschungen hält das neue Grippevirus Influenza A (H1N1) noch für uns bereit?

Dr. med. Annegret Schoeller:

Es kann sein, dass dieses sehr variable Virus analog zum Erreger der Spanischen Grippe im Winter d.h. in der zweiten Welle virulenter und damit gefährlicher wird.

Die jetzigen Erfahrungen geben Anlass zur Hoffnung, dass zwischenzeitlich viel Erfahrung erworben wurde und der Ernstfall uns nicht unvorbereitet trifft. □