

## EDITORIAL

# Die Neue Influenza A (H1N1/09)

Ein ärztlich-wissenschaftlicher Zwischenruf

Georg Peters

Editorial zu den Beiträgen von Winzer et al.: „Erste klinische Erfahrungen mit der Neuen Influenza A (H1N1/09)“ sowie von Mikolajczyk et al.: „Influenza – Einsichten aus mathematischer Modellierung“ auf den folgenden Seiten

Die letzten epidemiologischen Wochenberichte des Robert-Koch-Instituts zeigen, dass die Pandemie mit dem Neuen Influenza-A-Virus sich jetzt auch in Deutschland zunehmend ausbreitet. Die Zahl der Neuerkrankungen steigt bundesweit pro Woche um mehr als das Doppelte, in einigen Bundesländern sogar noch stärker. Dies ergibt sich sowohl aus den obligatorischen Meldedaten als auch aus den Daten, die im Sentinel der Arbeitsgruppe Influenza erhoben werden. Folgende Fakten sind hier besonders bemerkenswert: Erstens: Die Influenza-Aktivität beginnt früher als man es von der saisonalen Grippe her gewohnt ist. Zweitens: Die laborbestätigten Fälle sind nahezu ausschließlich mit nA/H1N1 infiziert und nicht mit saisonalen Influenza-Stämmen. Drittens: Die Akquirierung ist jetzt weit überwiegend autochthon.

Zusätzlich kommt es vermehrt zu hospitalisierungspflichtigen und schweren Verläufen mit tödlichen Ausgängen. Diese Entwicklung deutet den Beginn einer qualitativen Wende des Epidemieverlaufs auch in Deutschland an, so wie es in anderen Ländern, zum Beispiel USA, Großbritannien und Frankreich, schon deutlich früher der Fall war.

Mit dem Artikel von Winzer et al. werden erstmals die retrospektiv evaluierten Daten einer großen klinischen Kohorte von nA/H1N1-Infizierten in Deutschland vom Anbeginn der Pandemie dargestellt. Die Autoren schildern beispielhaft Beginn und Verlauf der ersten, nicht saisonalen Monate der Epidemie, die zunächst von Einträgen durch Reisende aus Süd- und Nordamerika und dann von Ferienrückkehrern aus Spanien geprägt war. Sie beschreiben auch Einsatz und Erfolg der konsequenten Kontaktmanagement-Maßnahmen, zu denen in der Anfangsphase speziell in Düsseldorf die stationäre Aufnahme unter Quarantänebedingungen gehörte. Neben epidemiologischen, konnten auch umfassende Daten zu Manifestation, Symptomatik, Laborparametern, Verlauf und Therapie erhoben werden. Viele Infizierte blieben symptomlos, bei den Erkrankten war der Verlauf überwiegend leicht. Schwere intensivpflichtige Verläufe wurden nicht beobachtet.

Ein deutlich anderes Bild zeigt eine Publikation von Kumar et al. (1), die die Ergebnisse einer Multicenter-Observationsstudie zu einer kanadischen Kohorte im gleichen Zeitraum zusammenfasst. Betroffen waren zuerst junge, weibliche und native (Indianer, Eskimos) Patienten ohne schwerwiegende Grunderkrankungen. Lungenerkrankungen und Rauchen in der Anamnese, Bluthochdruck, Diabetes und Adipositas waren vorherrschende Komorbiditäten. Etwa ein Drittel der 168 kritisch-kranken und intensivpflichtigen Patienten benötigte spezielle Beat-

mungsregime bis hin zur extrakorporalen Membranoxygenierung, 49 (17,3 %) starben. Von 50 Kindern starben vier (8 %). Bei einer substanzialen Zahl von Patienten kam es zusätzlich zu bakteriellen Komplikationen, meist durch *S. aureus* beziehungsweise *S. pneumoniae*. Im Vergleich zur saisonalen Grippe fielen gastrointestinale Symptome, Dyspnoe und purulentes Sputum auf.

Die kanadischen Autoren weisen zudem besonders auf die ärztlich-logistischen und sozialetischen Implikationen hin: Bereits während der außersaisonalen Situation waren die notwendigen intensivmedizinischen Kapazitäten allein mit nA/H1N1-Patienten voll ausgelastet. Eine jetzt saisonal deutlich stärker zu erwartende Ausbruchswelle würde oder wird auch unser Gesundheitssystem im (limitierten) High-Tech-Intensivbereich in bislang nicht gekannter Weise herausfordern. Bisher ist es in Deutschland gelungen, durch verschiedene (hygienische) Maßnahmen die Epidemiewelle „flach“ zu halten. Ziel dieser Bemühungen war, bis zur Verfügbarkeit einer Impfung zu kommen – dem einzigen präventiv möglichen Instrument, eine Epidemie/Pandemie entscheidend einzudämmen.

Einen Versuch, die Grundlage für Berechnungen von Epidemieverläufen zu erklären, unternehmen Mikolajczyk et al. in ihrem Artikel zur Modellierung von Infektionserkrankungen in diesem Heft. Der Beitrag enthält keine konkrete Vorhersage für die aktuelle Neue Influenza A (H1N1/09), doch gelten die grundsätzlichen Prinzipien natürlich auch für Influenza-A-Epidemien.

#### Interessenkonflikt

Der Autor ist im Advisory-Board der Firmen Merck, MSD, Pfizer, GlaxoSmithKline und Wyeth tätig.

Der Autor ist Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des Robert-Koch-Instituts. Der vorliegende Text ist keine offizielle Erklärung des RKI.

#### LITERATUR

1. Kumar A, et al.: Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *JAMA* 2009; 302: 1872–9.

#### Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Georg Peters  
Institut für Medizinische Mikrobiologie  
Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
Domagstraße 10, 48149 Münster

Swine Flu (H1N1/09)—An Interim Assessment

Zitierweise: *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(47): 769  
DOI: 10.3238/arztebl.2009.0769

 The English version of this article is available online:  
[www.aerzteblatt-international.de](http://www.aerzteblatt-international.de)

Institut für  
Medizinische  
Mikrobiologie,  
Westfälische  
Wilhelms-Universität  
Münster:  
Prof. Dr. med. Peters