Grippepandemie: Welche Rolle kommt den Hausärztinnen und Hausärzten zu?[1]

Giorgio Zanetti[a], Stéphane Hugonnet[b], Nicolas Troillet[c], Philippe Staeger[d], Philippe Sudre[e], Eric Masserey[f]

a Service de Médecine préventive hospitalière et Service des Maladies infectieuses, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne,
b Service de Prévention et contrôle de l'infection, Hôpitaux Universitaires de Genève,
c Centre de Maladies infectieuses et épidémiologie, Institut central des hôpitaux valaisans, Sion,
d Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne,
e Département de l'Economie et de la santé, Direction générale de la santé, Genève,
f Service de la Santé publique, Lausanne

Das Auftreten einer Grippepandemie scheint auf Dauer unausweichlich.
Bei der Vogelgrippe, ausgelöst durch das Influenza-A-Virus H5N1, besteht im Moment das grösste Risiko, sich in eine Pandemie auszuweiten. Aufgrund dieser Gefahr sind zurzeit umfangreiche planerische Anstrengungen zur Vorbereitung auf eine solche Situation im Gang.
Bei einer Grippepandemie ist die Mitarbeit der Hausärztinnen und Hausärzte entscheidend, sowohl wegen des vermuteten Ausmasses des Ereignisses als auch wegen der Fachkompetenz dieser Ärztinnen und Ärzte.
Dieser Artikel verfolgt zwei Ziele: Zum einen zeigt er die Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzte in der Pandemiesituation auf, zum anderen stellt er ihre Rolle bei den zwei im Vordergrund stehenden Optionen für die Organisation ihres Einsatzes dar, sei es bei der Einbindung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in ein System von speziellen Grippezentren oder bei der Nutzung der bestehenden Arztpraxen unter entsprechenden Anpassungen.

Einleitung

«Die Frage ist nicht, ob eine Grippepandemie auftritt, sondern wann sie auftritt.» [1]
Jedes Jahr belastet schon die saisonale Grippeepidemie die Praxen der Hausärztinnen und Hausärzte erheblich. Beim Auftreten einer Grippepandemie würde sich diese Belastung vervielfachen, da dann die Inzidenzrate zehnmal grösser sein könnte, und das bei einem deutlich höheren Schweregrad. Es ist schwer vorstellbar, wie ein solches Grossereignis ohne eine entsprechende vorbereitende Planung bewältigt werden könnte. Entsprechende Planungsarbeiten sind deshalb sowohl auf Bundes- als auch auf kantonaler Ebene in vollem Gang [2].
Der Einbezug der Hausärztinnen und Hausärzte in diese Vorbereitungsarbeit ist sehr wichtig. Das Ziel dieses Artikels ist es, zur Bedrohung durch eine Pandemie Bilanz zu ziehen und davon ausgehend die Massnahmen aufzuzeigen, wie die Hausärzte in die Pandemiebewältigung einbezogen werden könnten.

Das Ausmass der Bedrohung durch die Grippepandemie

Soweit man zurückdenken kann, kam es in jedem Jahrhundert zu drei bis vier Grippepandemien [3] Dies geschieht durch den häufigen Austausch zwischen dem natürlichen Reservoir des Influenzavirus – das heisst den Wasservögeln – und anderen Tierarten. Die Übertragung zwischen diesen Arten wird durch zwei Eigenschaften des Influenzavirus ermöglicht: zum einen durch die ständigen Mutationen aufgrund häufiger Replikationsfehler, zum anderen durch die Fähigkeit des Virus, Untertypen zu rekombinieren [1]. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein neuer Untertyp des Influenzavirus an den Menschen adaptiert und eine Pandemie hervorruft, ist darum heute keineswegs kleiner als in der Vergangenheit.
Die Weltgesundheitsorganisation WHO [4] schlägt die Einteilung in sechs Pandemiephasen vor, welche die verschiedenen Etappen der Beziehung zwischen Mensch und Influenzavirus illustrieren (Tab. 1).

Tabelle 1
Phasen der Grippepandemie nach WHO [2].

Interpandemische Periode	1	Kein neuer Subtyp des Grippevirus beim Menschen
	2	Idem
		+ Neuer Subtyp des Grippevirus; zirkuliert beim Tier und stellt ein Risiko für den Menschen dar
Pandemische Warnperiode	3	Isolierte Fälle von Infektionen beim Menschen durch einen neuen Subtyp des Grippevirus; keine Übertragung von Mensch zu Mensch oder selten bei nahen Kontakten
	4	Kleine Infektionsherde mit begrenzter Infektion von Mensch zu Mensch, aber nur sehr lokale Ausbreitung
	5	Grössere Infektionsherde, aber Übertragung von Mensch zu Mensch immer noch lokal begrenzt
Pandemie	6	Ausgedehnte und anhaltende Übertragung in der allgemeinen Bevölkerung

1 Dieser Artikel ist zuerst in französischer Sprache in der «Revue Médicale Suisse» erschienen (Rev Med Suisse. 2007;3[106]:9104). Die Übersetzung erfolgt mit herzlichem Dank an die Autoren und die Redaktion der «Revue Médicale Suisse» (Übersetzung: L. Hänisch, Ueli Grüninger).

Seit 2003 befindet sich die Welt in der Pandemiephase 3 bezüglich des Influenza-A-Virus H5N1. Dass dieses Virus zum Auslöser für eine neue Pandemie wird, ist im Moment das wahrscheinlichste Szenario.
Die Verbreitung des H5N1-Virus in der Vogelpopulation hat eine eindrückliche Intensität und geographische Verbreitung erreicht und ist in den meisten der betroffenen Länder ausser Kontrolle geraten. Ständig in Entwicklung, überwindet das Virus häufig die Barrieren zwischen den Arten. In seiner jetzigen Form ist es allerdings (noch) nicht an den Menschen angepasst, denn es infiziert diesen nur ausnahmsweise, und es ist von Mensch zu Mensch nicht übertragbar. Allerdings sind die bis heute seltenen Infektionen des Menschen in mehr als der Hälfte der Fälle tödlich verlaufen (166 Todesfälle auf 272 Infektionsfälle in 11 Ländern, Erhebungsdatum: 6. Februar 2007) [5].
Das H5N1-Virus besitzt also das Potential, eine schwere Pandemie auszulösen. Je ausgedehnter und länger das Virus zirkuliert, desto wahrscheinlicher ist eine solche Entwicklung. Deshalb stellen sich folgende Fragen:

- Wird sich das H5N1-Virus an den Menschen anpassen?
- Wird es seine Virulenz im Verlauf dieser Anpassung ganz oder teilweise verlieren (das gefährlichste Szenario wäre wahrscheinlich das direkte Überspringen des Virus auf den Menschen ohne Rekombination, wie dies bei der «Spanischen Grippe» der Fall war)?
- Wird es hoch ansteckend sein?
- Wird es empfindlich bleiben gegenüber den Neuraminidasehemmern (Oseltamivir und Zanamivir[2])?
- Wird er den gegenwärtig zirkulierenden Formen ähnlich genug sein, so dass eine präpandemische Impfung erfolgversprechend wäre?

Zwar kennen wir die zugrundeliegenden biologischen Mechanismen immer besser, aber wir können ihr Auftreten doch nicht voraussagen. Keine der oben erwähnten Fragen kann deshalb im voraus beantwortet werden.

2 Oseltamivir (Tamiflu®), Zanamivir (Relenza®).

Tabelle 2
Auswirkungen einer Grippepandemie: die vom BAG den Planungsarbeiten zugrunde gelegten Parameter (Pandemiedauer 12 Wochen) [6].

	Parameter	In absoluten Zahlen für die Schweiz
Exponierte Gesamtbevölkerung		7 400 000
Inzidenzrate	25% der Bevölkerung	1 850 000
Hospitalisationsrate	2,5% der Fälle	46 250
Rate für Intensivbehandlungen	15% der Hospitalisationen	6938
Letalität	0,4% der Fälle	7400

Welche Auswirkung hätte eine Pandemie?

Angesichts der bestehenden Unsicherheiten empfehlen die Organe des öffentlichen Gesundheitswesens, sich bei der Planung an den Erfahrungen mit der schwersten bekannten Pandemie zu orientieren, nämlich der sogenannten «Spanischen Grippe» von 1918. Auf dieser Basis sind mehrere mögliche Szenarien entwickelt worden. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geht für seine Planungsarbeit vom Szenario aus, wie es in Tabelle 2 dargestellt ist [6]. Hierbei ist zu beachten, dass die verwendeten Parameter Planungsannahmen sind und diese Schätzungen daher nicht den Anspruch erheben vorauszusagen, was wirklich passieren wird.

Wie werden die Hausärztinnen und Hausärzte einbezogen sein?

Selbstverständlich werden die Hausärztinnen und Hausärzte auf verschiedenen Ebenen eine Rolle spielen.

Bei der Diagnostik der pandemischen Grippe

Man darf im Pandemiefall nicht zuwarten, bis eine schnell und im grossen Massstab funktionierende Labordiagnostik zur Verfügung steht. Es müssen deshalb klinische Kriterien definiert werden, welche die Identifikation der Grippeverdachtsfälle mit der grösstmöglichen Objektivität erlauben.
Die mikrobiologische Bestätigung pandemischer Grippefälle mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) wird zum Zweck der epidemiologischen Überwachung auf eine Stichprobe von Patientinnen und Patienten begrenzt sein.

Bei der Triage

Unter den grippeinfizierten Patientinnen und Patienten gilt es jene zu identifizieren, die zusätzliche Abklärungen oder eine Hospitalisation benötigen, sei es aufgrund der Infektion an sich oder wegen Begleitkrankheiten. Diese Triage muss möglichst einheitlich erfolgen, um eine zusätzliche Überlastung des Spitalsystems durch willkürliche Entscheidungen zu vermeiden. Kriterien für die praktische Durchführung der Triage werden den Praktikern zur Verfügung gestellt.

Bei der antiviralen und symptomatischen Behandlung

Im Moment ist die spezifische Behandlung mit Oseltamivir vorgesehen. Dieser Wirkstoff vermindert die Folgen der saisonalen Grippe, wenn er während der ersten 48 Stunden nach dem Auftreten der Symptome verabreicht wird. Allerdings nimmt der Nutzen im Verlauf dieser 48 Stunden linear ab [7]. Falls sich Oseltamivir als wirksam gegen die pandemische Grippe erweist, wird es nur logisch sein zu versuchen, dessen Wirksamkeit zu maximieren, indem es möglichst früh verabreicht wird, zum Beispiel innerhalb von zwölf Stunden nach dem Auftreten der Symptome. Die Hausärztin oder der Hausarzt wird die Behandlung in ihrer/seiner Praxis oder in einem Grippekonsultationszentrum beginnen, je nach dem gewählten Organisationsmodell (siehe unten).

Die Gefahr der Resistenzentwicklung wird möglicherweise die gleichzeitige Verabreichung eines anderen Antivirenmittels erfordern. Verfügbarkeit und Verteilungsmodalitäten für diese spezifischen Behandlungen zu gewährleisten, stellt eine wichtige Aufgabe in der Pandemievorbereitung dar.

Bei der Information

Die erste Konsultation gibt die Gelegenheit, die ambulanten Patientinnen und Patienten eingehend zu beraten. Dazu gehören auch Empfehlungen bezüglich Hygiene und Distanz im Sozialkontakt («social distancing») und soweit noch notwendig das Abgeben von Masken, um die Zahl der Personen zu verringern, die sich anstecken könnten.
Ausserdem können die Ärztinnen und Ärzte insbesondere Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko für Grippekomplikationen die offiziellen Empfehlungen für die Schutz- und Verhaltensmassnahmen weitergeben für den Fall, dass Symptome auftreten.

Bei Behandlung und Follow-up der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten

Falls ein Follow-up nötig sein wird, müssen grundsätzlich die Hausärztinnen und Hausärzte diesen gewährleisten, und zwar auch bei den Patientinnen und Patienten zu Hause. Eine solche Versorgung könnte besonders im Pandemiefall dringend werden, inklusive Akutbehandlungen wie eine intravenöse Antibiotikatherapie und eine Sauerstofftherapie. Die Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte für Behandlung und Follow-up dieser Patientinnen und Patienten werden entscheidend sein, um eine Überlastung der Spitalkapazitäten zu verhindern.

Bei der epidemiologischen Überwachung

Die aus den beobachteten Fällen gewonnenen Daten werden wichtig sein, um die Diagnose- und Prognosekriterien zu verfeinern und um die Pandemiekrise angemessen, flexibel und problemorientiert zu bewältigen.

Bei der Impfung

Es ist denkbar, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in die Durchführung einer präpandemischen Massenimpfkampagne einbezogen werden, ebenso in eine Impfkampagne gegen die pandemische Grippe, sofern gegen das Pandemievirus im Verlauf der Ereignisse ein Impfstoff verfügbar werden wird. Die Organisation und Logistik einer präpandemischen Impfung sind zurzeit Gegenstand von Planungsarbeiten in allen Kantonen.

Wie soll die Grundversorgung im Pandemiefall organisiert werden?

Je nach Schwere der Krise und lokalen Eigenheiten des Gesundheitssystems ergeben sich verschiedene Lösungsmöglichkeiten. So kann in einem medizinisch dicht versorgten Gebiet auf engem Raum die Aufgabe bei gleichen Zielvorgaben und Prinzipien unter Umständen anders gelöst werden als in einer weitläufigen und weniger dicht versorgten Region. Ebenso kann eine ausgesprochen schwere Krise ein spezielles Dispositiv rechtfertigen, damit Patientenfluss und Behandlungsabläufe enger überwacht und die übrige medizinische Versorgung aufrechterhalten werden können.
Zwei organisatorische Optionen stehen im Vordergrund: auf der einen Seite die Schaffung spezialisierter Zentren für die Betreuung von GrippepatientInnen (Grippezentren oder «fever clinics») und auf der anderen Seite die Nutzung der bestehenden Gesundheitseinrichtungen inklusive der Arztpraxen, die entsprechend angepasst werden. Die Vor- und Nachteile dieser beiden Optionen werden einander in Tabelle 3 gegenübergestellt. Es sind auch Zwischen- oder Mischformen der beiden Optionen denkbar, abhängig von der Entwicklung der Pandemie.

Option 1: spezialisierte Einrichtungen für die Betreuung (Behandlung) von GrippepatientInnen (Grippezentren, «fever clinics»)

Weshalb Grippezentren?
Dieser Lösungsansatz basiert auf dreierlei Argumenten:
1. Epidemiologische Argumente: Grippe-

Tabelle 3
Vergleich der Vor- und Nachteile der Betreuung durch spezialisierte Grippezentren bzw. durch bestehende Hausarztpraxen.

	Spezialisierte Einrichtungen (Grippezentren)	Bestehende Einrichtungen auf Basis der Hausarztpraxen
Trennung grippeinfizierter von anderen PatientInnen	+	–
Koordinierter Betrieb	+ +	±
Koordination mit dem Spitalsektor	+	±
Anpassungsfähigkeit bei einem Grossanfall	+	±
Standardisierung der medizinischen Betreuung	+ +	+
Verteilung der Oseltamivirvorräte	+ +	+
Geschwindigkeit der Verteilung von Oseltamivir an PatientInnen	+ (+)	+
Epidemiologische Überwachung	+	±
Der Bevölkerung vertraute Funktionsweise	+	+ +
Leichtigkeit der Umsetzung	–	+
Bewährte Betriebsweise	–	+
Kontinuität	–	+
Rechtlicher und versicherungstechnischer Status	–	+
Planbarkeit	– –	–
Erhaltung der Behandlungskapazitäten für die nicht betroffene Bevölkerung	+	±

zentren sollen verhindern, dass die Wartezimmer der Arztpraxen ebenso wie die Apotheken mit Patientinnen und Patienten überfüllt sind, die aus anderen als aus grippebedingten Gründen gekommen sind und dann Gefahr laufen könnten, sich anzustecken.

2. Therapeutische Argumente: Der Versorgung der Verteilorte von Oseltamivir – und erst recht eine allfällige Umverteilung der Vorräte bei entsprechenden regionalen Entwicklungen im Verlauf der Pandemie – verlangen eine komplexe Logistik und eine sehr gute Koordination. Eine beschränkte Anzahl von Grippezentren würde sowohl diese Versorgung als auch die Vorratsbewirtschaftung sehr erleichtern. Im weiteren könnten permanent geöffnete Grippezentren viel dazu beitragen, dass Betroffene möglichst rasch nach dem Auftreten von Symptomen Zugang zu Konsultation und Medikamenten hätten.
3. Organisatorische Argumente: Die Grippezentren können entsprechend der vorhandenen Budgets eingerichtet und mit einem koordinierten Führungssystem ausgerüstet werden, das mit den bestehenden Abläufen im Spitalbereich und mit den spitalexternen Gegebenheiten gut zusammenspielt.

Wie werden die Grippezentren funktionieren?

Die Grippezentren werden auf eine einfache und wirksame Führung für einen grossen Patientenandrang ausgerichtet sein. Ein Teil der Aufgaben könnte an Pflege- und Hilfspersonal delegiert werden. Es ist nicht vorgesehen, die Grippezentren mit einem Labor oder einer radiologischen Abteilung auszustatten.

Die logistischen Aspekte werden im Vordergrund stehen, vor allem hinsichtlich Zugänglichkeit, Aufnahme, Organisation einer Wartezone, Transportmittel und Anamneseerhebung. ApothekerInnen und/oder ApothekenhelferInnen sind für die Führung der Medikamentenlager und -verabreichung vorgesehen. Insbesondere Schulhäuser, da diese für den Unterricht während der Pandemiephase wahrscheinlich ohnehin geschlossen werden, sind für die Einrichtung der Grippezentren vorgesehen.

Das Betreiben der Grippezentren ist nur in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten denkbar. Diese würden in den Grippezentren gemäss einem Rotationsplan arbeiten, jeweils für einen bis mehrere Tage. Details sind mit den Ärztegesellschaften zu vereinbaren, damit der normale Ablauf in den Arztpraxen nicht zu sehr aus dem Gleichgewicht gerät, wenn diese vorübergehend nicht besetzt sind.

Das übrige Personal in den Zentren könnte aus Praxisassistentinnen der jeweils anwesenden Ärztinnen und Ärzte zusammengestellt werden, aus zusätzlichem Pflegepersonal sowie aus direkt in der Krisensituation mobilisiertem Personal; zu letzterem könnten beispielsweise Personal des Zivilschutzes oder der Schulen (dessen normale Tätigkeit unterbrochen wäre) sowie freiwillige Helferinnen und Helfer aus verschiedenen Organisationen zählen.

Nachteile der Grippezentren

Zwar stellen die Grippezentren im Fall einer schweren Grippepandemie eine logisch naheliegende Lösung dar, aber diese geht dennoch mit zahlreichen Schwierigkeiten und Unsicherheiten einher. Es handelt sich um Ad-hoc-Strukturen, die aus vielen verschiedenen Teilen zusammengesetzt sind, und deren Funktionieren nur sehr beschränkt vorbereitet und eingeübt werden kann. Die Umsetzung wird um so schwieriger sein, als sie unter Krisenbedingungen erfolgen muss. Deshalb ist eine sorgfältige Planung notwendig. Diese ist aber durch die Unsicherheiten über die wirkliche Natur der Ereignisse, mit denen diese Zentren konfrontiert sein werden, erschwert. Weiter werden die Zentren zu einem grossen Teil von Personal im Rotationssystem betrieben werden, was ihre Wirksamkeit und Effizienz beeinträchtigen kann. Ausserdem wird keine freie Arztwahl möglich sein, was bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten von Ärztinnen und Ärzten behandelt werden, die deren medizinische Vorgeschichte nicht kennen. Und schliesslich müssen die Rahmenbedingungen für die Beschäftigung der einbezogenen Hausärztinnen und Hausärzte erst noch geklärt werden (z. B. Rechtsstatus, Haftpflicht).

Option 2: Nutzung der bestehenden medizinischen Versorgungseinrichtungen auf der Basis der Hausarztpraxen

Bei dieser Option wird die bestehende medizinische Versorgung auf der Basis der Hausarztpraxen beibehalten, aber angepasst und im Notfall punktuell verstärkt. Nur jene Ärztinnen und Ärzte, die auch in normalen Zeiten GrippepatientInnen behandeln (InternistInnen, AllgemeinpraktikerInnen, PädiaterInnen), werden Patientinnen und Patienten mit pandemischer Grippe betreuen. Sie werden diesen womöglich die erste antivirale Dosis verabreichen. Apotheken werden die Behandlung unterstützen.

Die Argumente für und gegen Grippezentren verhalten sich spiegelbildlich zu den Vor- und Nachteilen der Abstützung auf die Arztpraxen und Apotheken bei einer Grippepandemie (Tab. 3): Die Strukturen und Abläufe in Praxen und Apotheken sind erprobt, eingerichtet und funktionsbereit, was die Betriebssicherheit und Akzeptanz im Krisenfall gewährleistet. Die Patientinnen und Patienten, die an Komorbiditäten leiden, sind in den Praxen bereits bekannt und können folglich besser behandelt werden (allerdings kann es angesichts dieser privilegierten Stellung schwieriger werden, gewissen Erwartungen der Patientinnen und Patienten zu widerstehen, etwa der Forderung nach antiviralen Medikamenten ausserhalb der festgelegten Kriterien).

Selbstverständlich bestehen Unsicherheiten darüber, ob die Kapazität der bestehenden Praxen genügt, um eine Krise des erwarteten Ausmasses zu bewältigen, wenn diese schon in normalen Zeiten ausgelastet sind. Dennoch ist der Einbezug der Arztpraxen um so eher in Betracht zu ziehen, als die Dichte der medizinischen Versorgung – genauso wie jene der Apotheken – im allgemeinen hoch ist. Abhängig von der Ausdehnung der Pandemie könnten zur Entlastung der Praxen zusätzliches Personal rekrutiert und/oder spezialisierte Grippezentren organisiert werden. Ein solches Entlastungssystem

kann progressiv eingeführt werden, ja die normalen Einrichtungen sogar ersetzen, falls die Pandemiekrise eine Nachfrage aus der Bevölkerung mit sich brächte, die nicht mehr in den Arztpraxen bewältigt werden könnte.
Die Beteiligung der praktizierenden HausärztInnen wird in deren Praxen eine Reorganisation der Tätigkeiten und Abläufe nötig machen, unter anderem, um das Übertragungsrisiko in den Wartezimmern zu begrenzen. In Frage kommt insbesondere die zeitliche und räumliche Trennung der Grippe- von den übrigen PatientInnen, zum Beispiel durch gesonderte Sprechstundenzeiten, separate Wartezimmer und ein vermehrtes Ausweichen auf telefonische Konsultationen oder Hausbesuche.

Tabelle 4.
Praktische Konsequenzen.

Eine Grippepandemie erfordert akute Anpassungen im Gesundheitssystem.
Die Beteiligung der hausärztlichen GrundversorgerInnen ist essentiell für die Bewältigung einer Pandemie.
Die HausärztInnen sollten sich darauf einstellen, für die Beteiligung an den Planungs- und Vorbereitungsarbeiten angefragt zu werden.
Während der Pandemie wird ihre aktive Beteiligung notwendig, sei es im Rahmen ihrer Praxisarbeit, sei es in eigens eingerichteten spezialisierten Grippezentren.

Wie schützen sich die im Gesundheitswesen Tätigen?

In der pandemischen Situation ist man der Grippe im Alltag per definitionem mehrfach ausgesetzt. Die Arbeit mit GrippepatientInnen wird ein noch grösseres Expositionsrisiko darstellen. Deshalb werden für die medizinischen Berufe präventive Massnahmen geplant, die über jene für die Allgemeinbevölkerung hinausgehen.
Der Bund hat acht Millionen Dosen eines Präpandemieimpfstoffes gekauft. Trotz der Unsicherheit bezüglich seiner Wirksamkeit gegen den zukünftigen, heute noch unbekannten pandemischen Stamm könnte diese präpandemische Vakzination eine erste wichtige Waffe zum Schutz des medizinischen Personals wie auch der ganzen Bevölkerung darstellen.
Ein Teil der Oseltamivirreserve des Bundes ist für die Prophylaxe beim medizinischen Personal, das im Kontakt mit der Pandemiegrippe stehen wird, vorgesehen. Die Verteilung muss in jedem Kanton entsprechend dem gewählten Organisationsmodell geplant werden.
Um eine Übertragung zu vermeiden, wird empfohlen, zumindest vor oder nach jedem Kontakt mit einer Patientin oder einem Patienten die Hände unbedingt mit einer wässrigen Alkohollösung zu desinfizieren. Zusätzlich können in Abhängigkeit von den auszuführenden Verrichtungen auch nichtsterile Handschuhe getragen werden.
Die Verhütung einer Tröpfchenübertragung erfordert auch das Tragen einer chirurgischen Gesichtsmaske bei Nahkontakten. In den offiziellen Empfehlungen wird zudem für Prozeduren, bei denen Aerosole erzeugt werden können (z.B. bei einer respiratorischen Reanimation oder bei der Verabreichung von Medikamenten mit Zerstäubern), das Tragen von ultrafiltrierenden Masken nach der FFP2- oder FFP3-Norm vorgeschlagen.

Schlussfolgerungen

Ein tatkräftiges Engagement der hausärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger ist für die Bewältigung einer Grippepandemie essentiell, sowohl wegen des zu erwartenden Ausmasses der Aufgaben als auch wegen der fachlichen Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte. Die vorliegende Darstellung zeigt, dass dazu mehrere organisatorische Optionen bestehen, die irgendwo zwischen dem Einbezug der Praktikerinnen und Praktiker in spezialisierte Grippezentren für den Pandemiefall und der Nutzung der bestehenden medizinischen Versorgungseinrichtungen auf der Basis der Hausarztpraxen liegen können.
Die WHO und das BAG lassen beide Optionen offen; jeder Kanton wird deshalb seine Wahl treffen können, abhängig von der Charakteristik seiner Bevölkerung, den geographisch-topographischen Gegebenheiten und der Funktionsweise seines Gesundheitssystems. Die Vielfalt der möglichen Pandemiepläne ist ein Abbild unseres Föderalismus und – paradoxerweise – im Pandemiefall wahrscheinlich eine Stärke.
Da die Ungewissheiten heute noch so gross sind, kann man ohne Dogmatismus unterschiedliche Pandemiedispositive akzeptieren, denn deren Wirksamkeit wird in erster Linie vom Stand der Vorbereitungen und von Grad des Engagements der Beteiligten abhängen.
Die aktuellen Planungsarbeiten, die in der Mehrheit der Kantone laufen, betreffen die hausärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger sehr direkt. Letztere verdienen darum auch eine vertiefte Information und einen umfassenden Einbezug in die Vorbereitungen seitens der verantwortlichen Behörden. Andererseits sollten sich die HausärztInnen nicht von den einem solchen Unterfangen innewohnenden Ungewissheiten abhalten lassen. Vielmehr ist das Engagement der hausärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger ein Schlüsselelement bei der Bewältigung der immensen medizinischen und gesellschaftlichen Herausforderung, zu der eine solche Grippepandemie jederzeit werden kann.

Zur Erinnerung
Am Freitag, 9. November 2007, findet der Nationale Grippeimpftag der Hausärztinnen und Hausärzte statt.

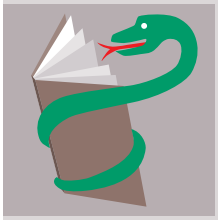
Literatur

1* Webster RG, Govorkova EA. H5N1 influenza – continuing evolution and spread. N Engl J Med. 2006; 355:2174–7.
2** Bundesamt für Gesundheit (BAG). Influenza-Pandemieplan 2006. Bern: BAG; 2006. Available from: www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058.

*** Unbedingt lesen **Zur Lektüre empfohlen.**

3 World Health Organization (WHO). Avian influenza: assessing the pandemic threat. Geneva: WHO; 2005. Available from: www.who.int/csr/disease/influenza/H5N1-9reduit.pdf.
4 World Health Organization (WHO). WHO global influenza preparedness plan. The role WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Geneva: WHO; 2005. Available from: www.who.int/csr/resources/publications/influenza/GIP_2005_5Eweb.pdf.
5 World Health Organization (WHO). Confirmed human cases of avian Influenza A (H5N1). Available from: www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/index.html.
6 Bundesamt für Gesundheit (BAG). Planungsinstrument zur Vorbereitung auf eine Pandemie 2006. Bern: BAG; 2006. Available from: www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=de.
7 Aoki FY, Macleod MD, Paggiaro P, et al. Early administration of oral oseltamivir increases the benefits of influenza treatment. J Antimicrob Chemother. 2003;51:123–9.

Prof. Dr. med. Giorgio Zanetti
Service de médecine préventive hospitalière
et Service des maladies infectieuses
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne
giorgio.zanetti@chuv.ch



PALLIATIVMEDIZIN – BASISKURS 2007 FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Das Thema Palliativmedizin wird immer häufiger in den Medien diskutiert. Seit dem Jahr 2000 wird der Basiskurs Palliativmedizin für niedergelassene ÄrztInnen und SpitalärztInnen angeboten, seit 2006 unter Federführung des Palliativzentrums am Kantonsspital St. Gallen. Der Kurs basiert auf dem reichen Erfahrungsschatz der Teilnehmenden und wird als praxisrelevant, sehr interaktiv und geeignet für all diejenigen beurteilt, die in der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden Unterstützung und «Tips und Tricks» suchen. Die Aufgliederung in zwei Module à zwei Tage hat sich auch im Zeichen der Vertiefung als sinnvoll erwiesen und erfüllt damit gleichzeitig die Ansprüche der europäischen Palliativgesellschaft EAPC.

Themen: Diagnostik und Assessment, Differentialdiagnose und therapeutisches Vorgehen bei Schmerzen (Schwerpunkt Opioide), Atemnot, Nausea, Erbrechen, Verwirrung, Notfälle usw.; Lösungsstrategien betreffend Flüssigkeitssubstitution und Ernährung, insbesondere in der Sterbephase; Erfassen und Behandeln der wichtigsten psychischen Symptome; Wege der Integration der Angehörigen in den Behandlungs- und Betreuungsplan; Prognose und Entscheidungsfindung; Koordination in einem multiprofessionellen Team – Stichwort Palliativnetze; Hilfen für den Umgang mit Sterben und Tod, praktisches Vorgehen bei der Sterbebegleitung; strukturell-organisatorische Aspekte von Palliative Care unter Einbezug internationaler und nationaler Aspekte.

Leitungsteam: Dr. med. Steffen Eychmüller und Dr. med. Daniel Büche, Fachärzte für Innere Medizin FMH; Dr. med. Ines Eberl, Fachärztin für Palliativmedizin/Anästhesie FMH; Elke Burg, Pflegefachfrau, Palliativstation, Spital Flawil

Daten: Modul 1: 17. und 18. August 2007; Modul 2: 7. und 8. September 2007

Nur eine Teilnahme an *beiden* Modulen ist sinnvoll. Beginn jeweils Freitag, 14.00 Uhr, Ende jeweils Samstag, 17.00 Uhr.

Tagungsort: Schloss Ueberstorf, Flamatt (BE) (www.schlossueberstorf.ch)

Kosten: Beide Module: Fr. 500.– (exkl. Übernachtung/Verpflegung)

Credits/Anerkennung: 23 Credits durch die SGIM; empfohlen durch die SGAM; anerkannt durch die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (www.palliative.ch). Bei der APPM und der Schweizerischen Gesellschaft für Geriatrie wurde die Creditvergabe beantragt. Der Kurs wird durch die European School of Oncology (ESO-d) empfohlen.

Anmeldung und Information: Palliativzentrum am Kantonsspital St. Gallen (www.palliativ-sg.ch), Frau Madeleine Dinkel (madeleine.dinkel@kssg.ch), Tel. 071 494 35 50.