

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	9
BEOBACHTUNGSERGEBNISSE DER MELDEPHASE 2000/2001	11
Datengrundlage	11
Die Situation in der Bundesrepublik	12
Erkrankungsfälle nach Altersgruppen	15
Arbeitsunfähigkeiten, Hospitalisierungen und Todesfälle durch ARE	17
Isolierungen von Influenzaviren	19
VERGLEICH MIT DEN VERGANGENEN JAHREN	21
UND DER NÄCHSTE WINTER?	23
ERGEBNISSE AUS DEN BUNDESLÄNDERN	25
Praxisindex der Regionen	30
IN EIGENER SACHE	31
INTERNET-ADRESSEN ZUR INFLUENZA	32
LITERATUR	32

EINLEITUNG

Das Beobachtungssystem der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) mit bundesweit etwa 550 beteiligten Arztpraxen beobachtet seit dem Winter 1992/93 regelmäßig die Influenzaaktivität. Den wesentlichen Bestandteil des Systems stellen die unentgeltlich mitarbeitenden Meldepraxen dar, in denen akute respiratorischen Erkrankungen (ARE), also alle akuten Atemwegsinfektionen, in fünf Altersgruppen erfasst werden. Diese Parameter sind ein zuverlässiger Indikator für die Ausbreitung der Influenza. Eine begleitende virologische Surveillance der verschiedenen Influenza-Typen, -Subtypen und -Varianten ist unerlässlich und erfolgt in Zusammenarbeit mit verschiedenen Landesuntersuchungsämtern, Landeshygieneinstituten, weiteren Laboren und den Nationalen Referenzzentren für Influenza in Hannover und Berlin. Die Daten weisen eine gute Übereinstimmung mit der Todesursachenstatistik und anderen Referenzdaten auf. Das Beobachtungssystem erlaubt, erste lokale Influenza-Aktivitäten zu erkennen und so ein bis zwei Wochen vor einer deutlichen Erhöhung der Morbidität und mehrere Wochen vor dem Gipfelpunkt auf eine steigende Influenza-Aktivität aufmerksam zu machen. Ungewöhnlich hohe Morbiditäten in bestimmten Altersgruppen, z. B. bei den besonders gefährdeten über 60-Jährigen, können früh erkannt werden und auf die Belastung des Gesundheitssystems durch vermehrte Hospitalisierungen kann rechtzeitig aufmerksam gemacht werden. Die Daten belegen die Gefährdung der Risikogruppen und helfen die Akzeptanz der Prophylaxe zu verbessern und die Diagnose und Therapie der Influenza unterstützen. Seit Beginn der Arbeit der AGI im Winter 1992/93 hat sich die Zahl der verimpften Dosen von etwa 2,5 Mio. auf mehr als 15 Mio. Dosen erhöht. Die Impfkampagne kann mit diesem Frühwarnsystem auch relativ sicher bis zu dem Beginn der Influenza-Aktivität ausgedehnt werden. Somit leistet das Beobachtungssystem einen wertvollen Beitrag zur Bekämpfung der Influenza.

BEOBSACHTUNGSERGEBNISSE DER MELDEPHASE 2000/01

Datengrundlage

Im Verlauf der letzten Meldephase, die sich vom 30. September 2000 bis 13. April 2001 erstreckte, sind bei der AGI insgesamt etwa 3,44 Mio. Patientenkontakte registriert worden. Dabei wurden von 525 Praxen auswertbare Meldungen übermittelt, 371.000 ARE und 146.000 Fälle von Arbeitsunfähigkeit bzw. kurzzeitiger häuslicher Pflegebedürftigkeit registriert. Außerdem wurden im Rahmen des AGI-Meldesystems 861 Krankenhauseinweisungen und 36 Todesfälle wegen ARE registriert. Damit sind etwa 0,5 bis 1% der Bevölkerung abgedeckt, was eine ausreichende Grundlage für statistische Berechnungen bietet und Vergleiche mit der vorangegangenen Meldephase erlaubt.

Im Verlauf der Meldephase 2000/01 wurde bereits nach einer Woche ein stabiles Plateau von mehr als 100.000 Patientenkontakten je Woche erreicht, das bis zur 14. KW stabil blieb. Nur über Weihnachten kam es zu einem feiertagsbedingten Rückgang der Meldungen.

Das Spektrum der pro Praxis gemeldeten Patientenkontakte – also der Praxisgrößen – reichte von weniger als 100 Kontakten pro Woche in kleineren Arztpraxen bis zu über 1.000 Kontakten in großen Gemeinschaftspraxen. Der Durchschnitt lag bei 307 Patientenkontakten pro Woche und Praxis.

Jede Woche werden über 100.000 Patientenkontakte ausgewertet

Die virologischen Nachweise der Influenza erfolgten wie in den vorangegangenen Jahren gemeinsam mit dem Nationalen Referenzzentrum für Influenza (Berlin und Hannover), verschiedenen Landesuntersuchungsämtern und Hygieneinstituten sowie weiteren virologischen Labors. Von

den etwa 130 mit Abstrichmaterial ausgestatteten AGI-Praxen wurden insgesamt 2 bis 200 Abstriche pro Woche untersucht.

Telefonische Nachfragen in Praxen mit besonders deutlichen Steigerungen der ARE sowie bei verschiedenen Labors unterstützen die Interpretation der Meldedaten.

Die Situation in der Bundesrepublik

Insgesamt war die Influenza-Welle sehr kompakt, mit starkem Anstieg der Morbidität, spitzem Gipfel und raschem Rückgang der Erkrankungen. Es waren fast gleichzeitig alle Regionen erfasst und der auslösende Subtyp A/H1N1 entsprach der erwarteten Variante. Wie bei dem jetzt zirkulierenden A/H1N1-Subtyp häufig beobachtet, war das Erkrankungsgeschehen auch in diesem Winter stark auf die jüngeren Altersgruppen konzentriert. Zum Gipfel der Welle wurden bei Kindern und Jugendlichen sehr hohe Erkrankungszahlen erreicht. Die Erkrankungen waren eher leicht und meist unkompliziert. Höhere Altersgruppen wurden weniger betroffen und die über 60-Jährigen kaum von der Erkrankungswelle erfasst. Die Influenza-Aktivität schien im Osten etwas höher als im Westen.

Es können für den Zeitraum von der 52. KW 2000 bis zur 7. KW 2001 etwa 2 – 2,5 Mio. zusätzliche Erstkontakte aufgrund von ARE für die gesamte Bundesrepublik abgeschätzt werden.

Im Einzelnen:

Zu Beginn der Beobachtungsperiode blieb die Morbidität auf dem für die Jahreszeit üblichen Niveau (Abb.1). Erste sporadische Influenza-A/H1N1- und -B-Isolate konnten ab der 47. KW bzw. 49. KW nachgewiesen werden. In den folgenden Wochen blieben die Indikatoren für die ARE-Morbidität in einem normalen Bereich. In der 50. bis 52. KW konn-

te eine steigende Tendenz des Praxisindex [siehe Literatur] beobachtet werden, die in vielen Bundesländern deutlich wurde.

Erkrankungswelle trifft hauptsächlich Kinder

Die Erkrankungswelle betraf fast ausschließlich Kinder und Schulkinder. Die Erkrankungen wurden überwiegend als unkomplizierte Infekte der oberen Luftwege mit mäßiger Allgemeinsymptomatik beschrieben. Die Nachweise von Influenza A/H1N1 nahmen insbesondere im Osten (Berlin) zu, und die Positivrate stieg auf über 20% an (Abb. 5). Aufgrund der Daten des Berichtssystems für respiratorische Erkrankungen am RKI und der Beobachtungen mehrerer Labore kann auch eine etwas verstärkte Zirkulation von Adenoviren in diesem Zeitraum vermutet werden. Die vermehrten Influenza-Nachweise in der betroffenen Altersgruppe, das Auftreten von überwiegend leicht verlaufenden Erkrankungen in den jüngeren Altersgruppen – wie für Influenza A/H1N1 typisch – und der deutliche Morbiditätsanstieg in diesen Altersgruppen wiesen auf ein erstes Aufschaukeln der Influenza-Aktivität hin. In der 52. KW stieg auch der Anteil der ARE/100 Praxiskontakte über die Erwartungswerte an.

In den folgenden Wochen gingen die registrierten Erkrankungszahlen aufgrund der Feiertage und Schulferien zurück. Der Rückgang war aber nicht so stark ausgeprägt wie sonst üblich, und die Indikatoren für die ARE-Morbidität blieben geringfügig erhöht.

Die Schulferien konnten den Aufbau der Influenza-Welle insbesondere in den Altersgruppen der Schulkinder verzögern. In der 2. KW stiegen daher die registrierten Erkrankungszahlen nur langsam an. Im Zusammenhang mit den Influenza-Isolierungen konnte eine sporadische bis lokale Influenza-Aktivität mit Schwerpunkt in den östlichen Regionen angenommen werden.

In der 3. KW 2001 erfolgte in fast allen Regionen ein erneuter sprunghafter Anstieg der Morbidität und der Isolierungen von Influenza A/H1N1.

Dies signalisierte eindeutig den Beginn der Influenza-Welle in fast allen Regionen. Insgesamt wurde der Höhepunkt der Welle bereits in der 4./5. KW erreicht. Die Erkrankungszahlen bei den Schulkindern waren ungewöhnlich hoch.

Die Erkrankungen verliefen überwiegend blande mit verhältnismäßig wenig Komplikationen. Dennoch sind Einzelfälle mit schweren Verläufen beobachtet worden.

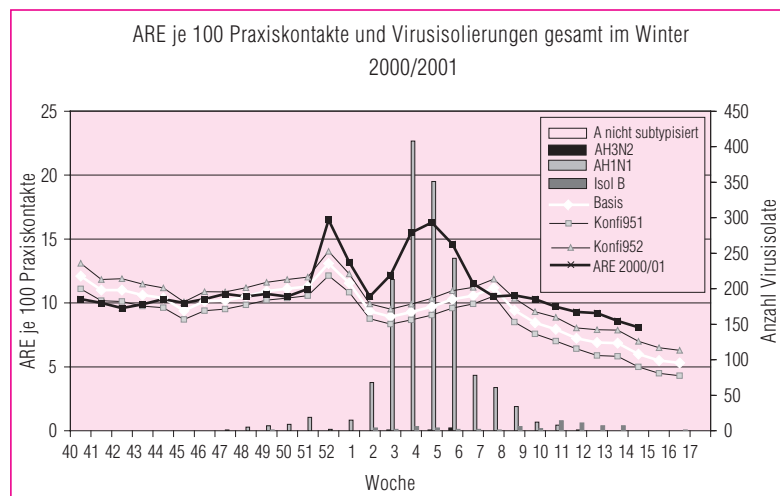


Abbildung 1

Danach ging die Influenza-Aktivität bis zur 8. KW deutlich zurück. Sporadische bis lokale Aktivität erstreckte sich bis zur 14./15. KW. Neben Influenza A/H1N1 wurde ab der 4. KW auch sporadisch Influenza B isoliert, und eine sporadische bis lokale Aktivität der Influenza B kann bis in den Zeitraum April/Mai angenommen werden. Im März, April blieb die ARE-Morbidität bei Kindern und Jugendlichen geringfügig erhöht. Neben sporadischen Influenza-Nachweisen deutete sich in diesem Zeitraum auch eine Aktivität von RSV, Enteroviren und anderen Erregern an.

Erkrankungsfälle nach Altersgruppen

In diesem Winter kann vor der eigentlichen Influenza-Welle etwa in der 3. KW des neuen Jahres ein erster »Anlauf« der Influenza vor dem Jahreswechsel (51., 52. KW) vermutet werden. Dabei waren überwiegend Kinder und Jugendliche betroffen.

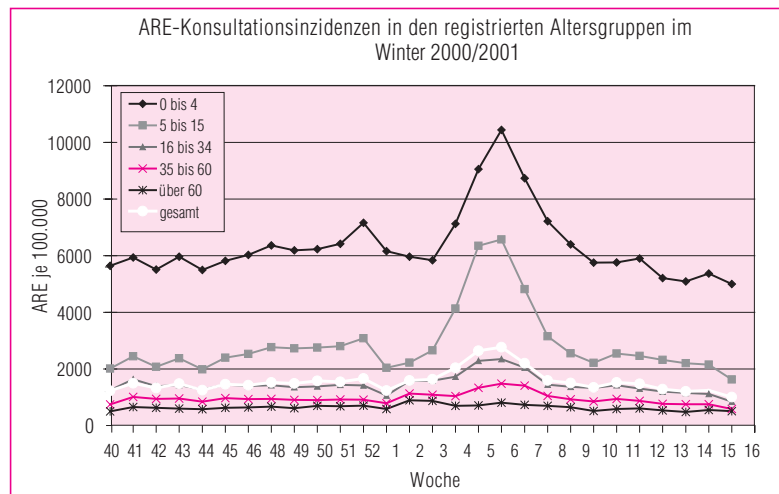


Abbildung 2

Bei den Erwachsenen (ab 16 Jahre) kann ein erster Anstieg anhand der ARE je Praxis in der 1. KW vermutet werden.

Über die Feiertage (reduzierte Öffnungszeiten) und im Zuge der Schulferien gingen die registrierten Erkrankungszahlen je Praxis insbesondere bei den Schulkindern zurück. Der Rückgang war aber nicht so stark wie üblich, so dass auch über den Jahreswechsel eine etwas erhöhte Morbidität angenommen werden kann.

Dabei muss in Betracht gezogen werden, dass Kinder in den Ferien möglicherweise weniger häufig den Arzt aufsuchen und die Erkrankung eventuell eher zu Hause »ausschwitzen«. Dennoch weist die Kurve auf eine ferienbedingte Verzögerung der Morbiditätswelle hin. Bei den Kindern und Jugendlichen steigt die Morbidität in der 3. KW erneut sprunghaft an.

Bei den höheren Altersgruppen (ab 35 Jahre) folgt auch der zweite Anstieg den jüngeren Altersgruppen und ist erst ab der 4. KW ausgeprägt.

Der Höhepunkt der Morbidität wird bereits in der 4. und 5. KW erreicht. Dabei werden bei Kindern – insbesondere Schulkindern – ungewöhnlich hohe Morbiditäten erreicht, wie sie in den letzten 9 Jahren nicht beobachtet wurden (Abb. 3).

Die Erwachsenen waren nur in geringem Maße von der Erkrankungswelle betroffen und die älteren Menschen über 60 Jahre kaum.

Nach der 5. KW nimmt die ARE-Morbidität in allen Altersgruppen rasch ab und erreicht etwa ab der 8. KW normale Werte. Insbesondere in den jüngeren Altersgruppen bleibt die Morbidität weiterhin leicht erhöht. Dies kann mit der bis in den März fortdauernden sporadischen bis loka-

len Aktivität von Influenza A/H1N1 und B sowie mit der mäßigen Aktivität von RSV, Enteroviren und anderen Erregern in Zusammenhang stehen.

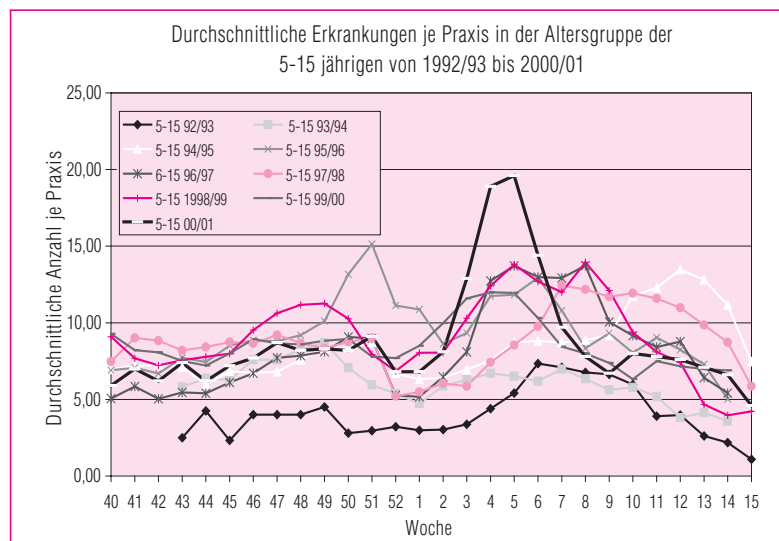


Abbildung 3

Arbeitsunfähigkeiten, Hospitalisierungen und Todesfälle durch ARE

In dem Zeitraum der verstärkten Influenza-Aktivität von der 52. bis 7. KW können für die gesamte Bundesrepublik etwa 1,5 Mio. Arbeitsunfähigkeiten sowie Erkrankungen die häuslicher Pflege bedurften über das normale Maß hinaus abgeschätzt werden.

Während der Influenza-Welle waren die im Sentinel registrierten Hospitalisierungen aufgrund von Atemwegsinfekten bei den Kleinkindern (0-4 Jahre) etwas erhöht und bei den älteren Menschen (> 60

Jahre) nur geringfügig gesteigert (Abb. 4). Es können in beiden Altersgruppen während der Influenza-Welle etwa 5.000 Hospitalisierungen über das normale Maß hinaus geschätzt werden.

Influenza verursacht ca. 1,5 Millionen Arbeitsunfähigkeiten

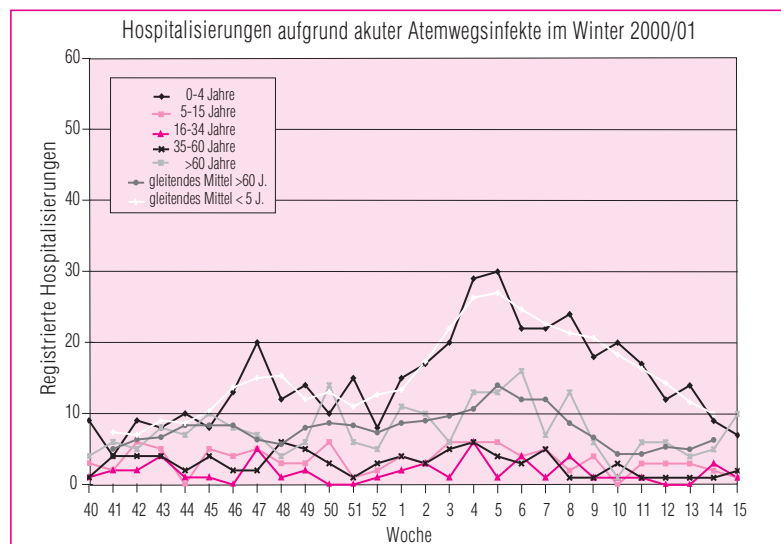


Abbildung 4

Eine Erhöhung der Gesamtmortalität in den Monaten Januar und Februar ist kaum zu befürchten, da die besonders gefährdeten älteren Menschen kaum von der Erkrankungswelle erfasst waren und die Erkrankungen im Allgemeinen blande verliefen. Die Ergebnisse der Todesursachenstatistik liegen für diesen Zeitraum noch nicht vor.

Isolierungen von Grippeviren und Impfstoffzusammensetzung

Im vergangenen Winter waren im Impfstoff folgende Varianten enthalten:

- Influenza A/H3N2/Moscow/10/99 oder ähnliche Varianten
- Influenza A/H1N1/New Caledonia/20/99 oder ähnliche Varianten
- B/Yamanashi/166/98 (der auch B/Beijing/184/93 oder ähnliche Varianten gut abdeckt).

In Deutschland zeigten einzelne Isolierungen von Influenza A/H1N1 und B ab der 47. KW eine erste sporadische Influenza-Aktivität an. Die Varianten der A/H1N1 entsprachen einheitlich der im Impfstoff enthaltenen Variante A/H1N1/New Caledonia/20/99. Bei Influenza B entsprachen die Isolate anfangs noch vermehrt der B/Beijing/184/93 oder der verwandten Variante B/Yamanashi/166/98. Es setzte sich aber zunehmend die neue Variante B/Sichuan/379/99 durch.

Die sporadischen Kulturen der Influenza A/H3N2 waren A/H3N2/Moscow/10/99 und A/H3N2/Panama/2007/99 ähnlich.

Der prozentuale Anteil positiver Nachweise an den eingeschickten Proben (Positivrate) stimmt gut mit dem Morbiditätsverlauf überein. In Abb. 4 sind die Positivraten des Nationalen Referenzzentrums mit Sitz in Berlin und Hannover dargestellt. Berlin geht mit 2.788 untersuchten Proben, die überwiegend aus dem Osten der Republik stammen ein, und Hannover mit 1.495 untersuchten Proben, die überwiegend aus dem Westen der Republik stammen.

Es wird ein erster Anstieg der Influenza-Aktivität Ende Dezember insbesondere im Osten ersichtlich. Nach einem Rückgang über den Jahreswechsel erfolgt ein erneuter Anstieg in der 2. und insbesondere der 3. KW. In der 3. bis 6. KW ist eine starke Influenza-Verbreitung erkennbar. Bis zur 8./9. KW geht die Positivrate ebenso wie die Morbidität rasch

zurück. In der 12. bis 15. KW deutet sich nochmals ein Anstieg an, der überwiegend durch Influenza B verursacht wurde. Die hohen Positivraten in diesem Zeitraum sind wegen der geringen Menge untersuchter Proben, bzw. besser selektierter Proben nur bedingt aussagefähig.

Bei der Betrachtung der Positivraten ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der untersuchten Proben in den einzelnen Wochen nicht gleich bleibt (über 60 Proben in den Wochen 48 bis 13, in der 4. und 5. KW sogar über 500 Proben). Auch die Qualität der Abstriche und Selektion der Patienten vermag sich im Laufe der Saison zu verändern und die Positivrate zu beeinflussen.

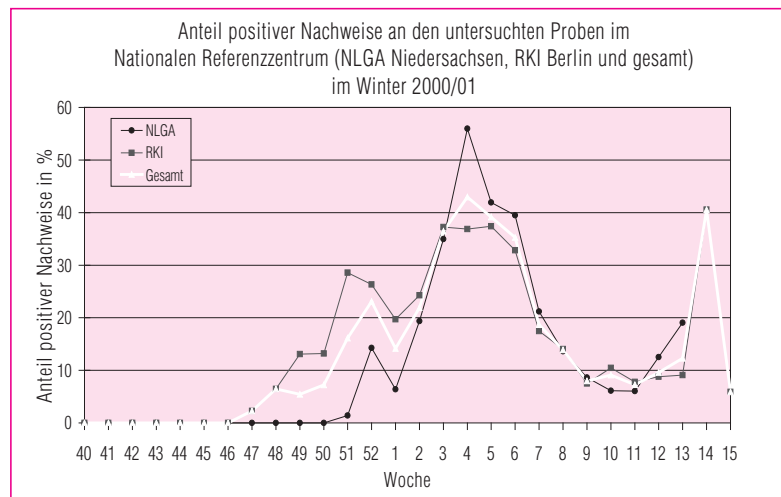


Abbildung 5

In dieser Saison dominierte eindeutig der Subtyp A/H1N1 mit 1.535 Isolaten (95,2%). Von der 49. bis zur 21. KW wurden 76 Influenza-B-Viren isoliert, was etwa 4,5% aller Isolate ausmachte. Influenza A/H3N2 wurden nur aus 6 Einsendungen von der 3. bis 6. KW isoliert, was etwa 0,3% der gesamten Isolate ausmacht.

Die recht hohen Positivraten von über 40% stimmen gut mit der hohen Morbidität in den jüngeren Altersgruppen überein. Auch die Virusisolate (insbesondere A/H1N1) stammen überwiegend von Kindern und Jugendlichen, und die Verteilung entspricht den Beobachtungen der Morbidität.

Altersgruppe	0-4	5-14	15-34	35-60	>60
Anteil Isolate	13%	45%	25%	16%	1%

Tabelle 1

Verteilung der Influenza-Kulturen auf die verschiedenen Altersgruppen (RKI Berlin)

Für die Saison 2001/2002 sind für die Nordhalbkugel die Varianten A/H3N2/Moscow/10/99 oder ähnlich (z. B. A/H3N2/Panama/2007/99), A/H1N1/New Caledonia/20/99 und B/Sichuan/379/99 oder ähnliche (z. B. B/Johannesburg/5/99 und B/Victoria/504/2000) empfohlen.

Vergleich mit den vergangenen Jahren

Die diesjährige Influenza-Welle kann insgesamt als gewöhnliche Influenza-Welle, wie sie in vielen Jahren zu beobachten ist, eingestuft werden. Ungewöhnlich war aufgrund der A/H1N1-Aktivität die Altersverteilung. Während die Erkrankungszahlen bei Kindern und Jugendlichen sehr hohe Werte erreichten waren die Erkrankungszahlen bei den Erwachsenen nur moderat und bei den älteren Menschen kaum erhöht. Die Erkrankungen waren im Allgemeinen milde.

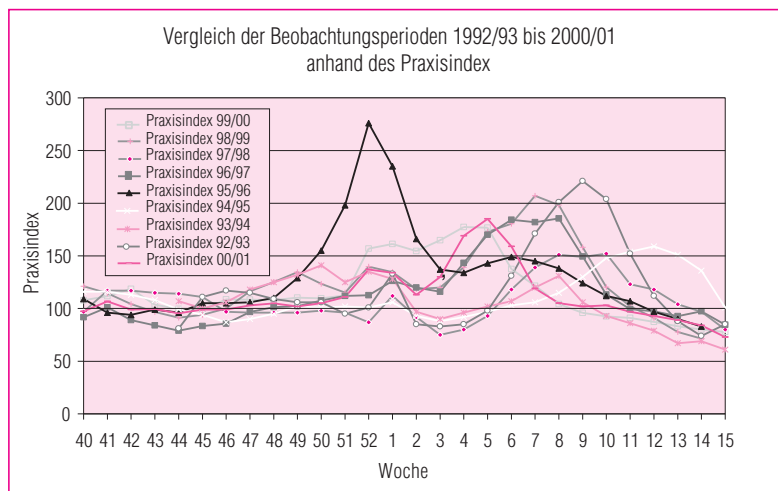


Abbildung 6

In Tabelle 2 ist eine Übersicht der Aktivitäten der einzelnen Influenza-Typen und Subtypen in den letzten Jahren aufgeführt. Influenza A/H1N1 tritt in Intervallen von einigen Jahren verstärkt auf, war zuletzt 1995/96 etwas stärker verbreitet und hat zuletzt 1988/89 das Influenzageschehen dominiert.

Die eigentliche Influenza-Welle ab der 3. KW war recht kompakt mit starkem Anstieg der Erkrankungszahlen bei Kindern und Jugendlichen bis zur 4. KW und deutlichem Rückgang etwa ab der 5. KW. Es waren alle Regionen betroffen, wobei ein Schwergewicht im Osten der Republik vermutet werden kann. Im Norden (Schleswig-Holstein/Hamburg) war ebenso wie in Holland und Dänemark die Influenza-Aktivität eher gering.

Jahr	A/H3N2 / Anteil%	A/H1N1 / Anteil%	B / Anteil%
88/89	19	76	4
89/90	82	0	18
90/91	0	15	85
91/92	69	31	0
92/93	16	0	84
93/94	100	0	0
94/95	19	2	79
95/96	55	42	3
96/97	39	6	55
97/98	96	7	1
98/99	67	0	33
99/00	98,8	1	0,2
00/01	0,3	95,2	4,5

Tabelle 2

Verteilung der Influenza-Virusisolate auf die Subtypen A/H1N1, A/H3N2 und Influenza B ab 1988/89. (Dominierender Influenza-Typ, Subtyp mit mehr als 50% der gesamten Isolate farbig hinterlegt und Ko-zirkulierender Typ, Subtyp mit mehr als 35% der gesamten Isolate grau hinterlegt).

UND DER NÄCHSTE WINTER?

Prognosen sind aufgrund der vielen unbekanntenen und möglicherweise auch vom Zufall abhängigen Faktoren nicht möglich. Dennoch erlauben wir uns einige Spekulationen unter Berücksichtigung der wenigen häufig beobachteten Aktivitäts-Muster und plausiblen Zusammenhänge.

Influenza A/H3N2:

Die Wahrscheinlichkeit, dass im nächsten Winter A/H3N2/Moscow/19/99-Varianten zirkulieren, ist eher gering. Dagegen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die A/H3N2 mit etwas abweichenden Varianten

auftritt. Das Geschehen auf der Südhalbkugel ist daher für uns ebenfalls interessant. Wie gut sich die A/H3N2 im kommenden Winter etablieren kann ist nicht vorherzusehen. Die geringe Aktivität im letzten Winter macht eine Verbreitung dieses Subtyps wahrscheinlich.

Influenza B:

Die Influenza-B hat im vergangenen Winter keine nennenswerte Rolle gespielt, und auch in dem Vorwinter war die Aktivität von Influenza B gering. Insofern hat sich die Wahrscheinlichkeit einer Influenza B-Aktivität im kommenden Winter weiter erhöht.

Influenza A/H1N1:

Die Influenza A/H1N1 hat im vergangenen Winter eine hohe Durchseuchung bei Kindern und Jugendlichen erreicht. Insofern erscheint ein erneutes verstärktes Auftreten im kommenden Winter unwahrscheinlich.

Auch im nächsten Winter müssen wir mit einer Influenza-Welle rechnen. Eine Vorhersage ist nicht möglich, und die Gefahr einer starken Influenza-Verbreitung im kommenden Jahr ist nicht unwahrscheinlich. Auch bei einer gewöhnlichen Influenza-Welle kann man von einigen Tausend Todesfällen, insbesondere bei den Risikogruppen ausgehen, die in Zusammenhang mit Influenza-Erkrankungen stehen. Daher ist aus unserer Sicht eine möglichst vollständige Durchimpfung der Risikogruppen bis Mitte Dezember unbedingt zu empfehlen.

ERGEBNISSE AUS DEN BUNDESLÄNDERN ARE-Beobachtungszeitraum 30.09.2000 bis 13.04.2001

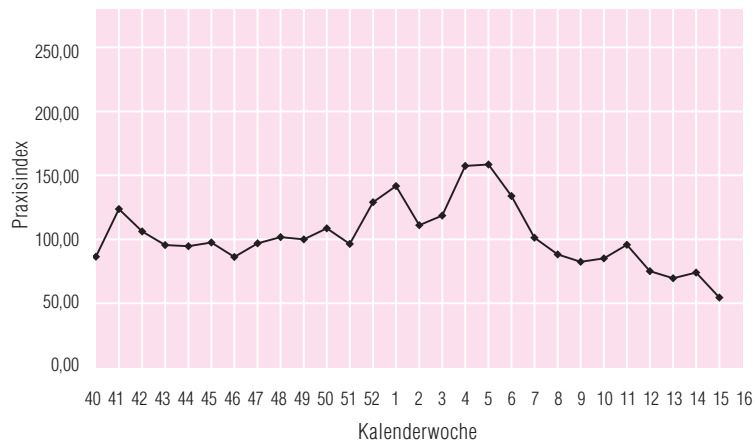
Der **Praxisindex** stellt die Abweichung der beobachteten ARE gegenüber einem für jede Praxis ermittelten »Normalniveau« dar. Unterschiede, die durch Praxisspezialisierung, Praxisgröße etc. verursacht sind, werden dadurch weitgehend ausgeglichen. 100% bedeutet keine auffällige Erhöhung der Erkrankungszahlen gegenüber dem Normalniveau (Erwartungswerte) und 200% entspricht einer Verdoppelung der ARE.

Bei den Kurven in dem Kapitel Ergebnisse aus den Bundesländern ist zu beachten, dass der erste Gipfel Weihnachten und den Jahreswechsel um Weihnachten etwas überzeichnet ist, da der Praxisindex in diesem Zeitraum auch ohne Veränderung der Morbidität etwas ansteigt.



SCHLESWIG-HOLSTEIN/HAMBURG

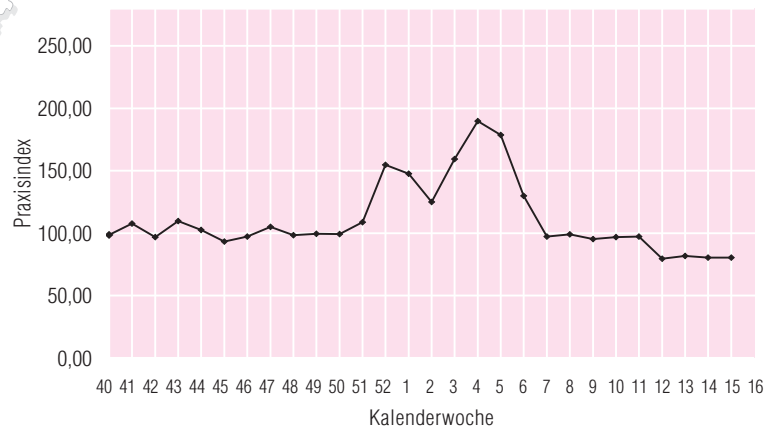
Verlauf des Praxisindex in Schleswig-Holstein und Hamburg 2000/2001





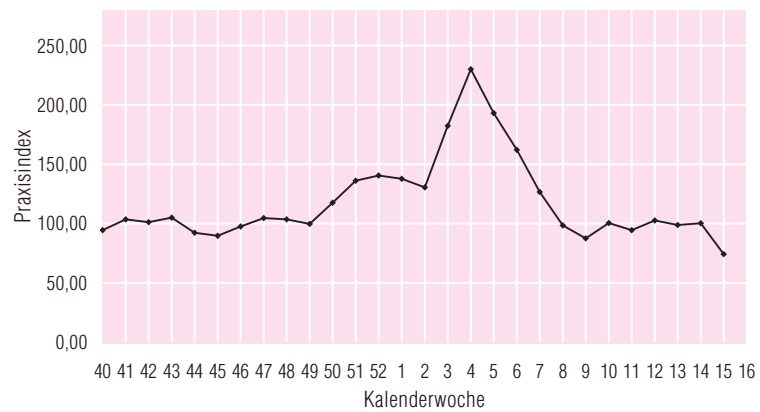
NIEDERSACHSEN/BREMEN

Verlauf des Praxisindex in Niedersachsen und Bremen 2000/2001



MECKLENBURG-VORPOMMERN/BRANDENBURG/BERLIN

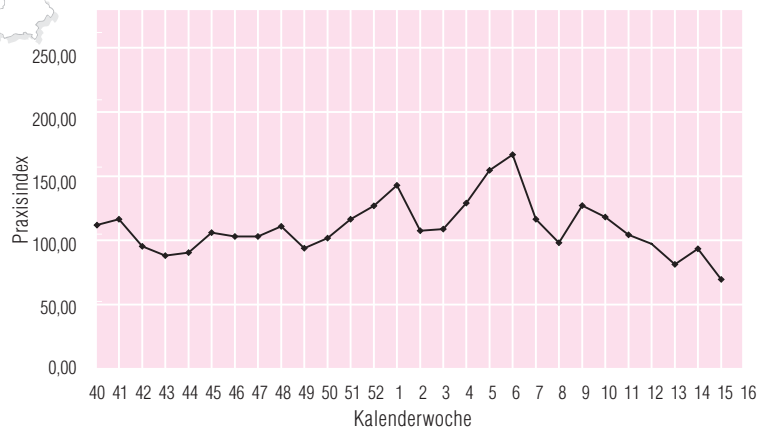
Verlauf des Praxisindex in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin 2000/2001





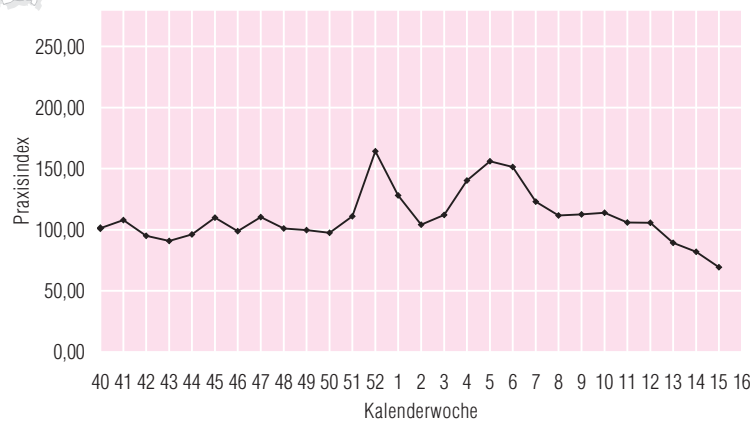
SAARLAND/RHEINLAND-PFALZ

Verlauf des Praxisindex in Saarland und Rheinland-Pfalz 2000/2001



NORDRHEIN-WESTFALEN

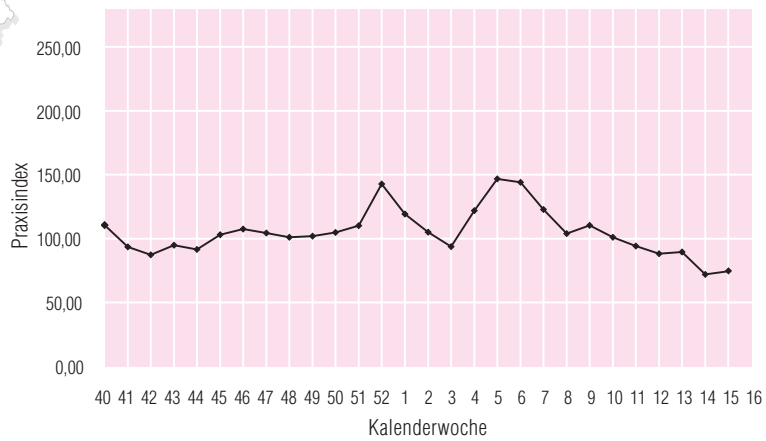
Verlauf des Praxisindex in Nordrhein-Westfalen 2000/2001





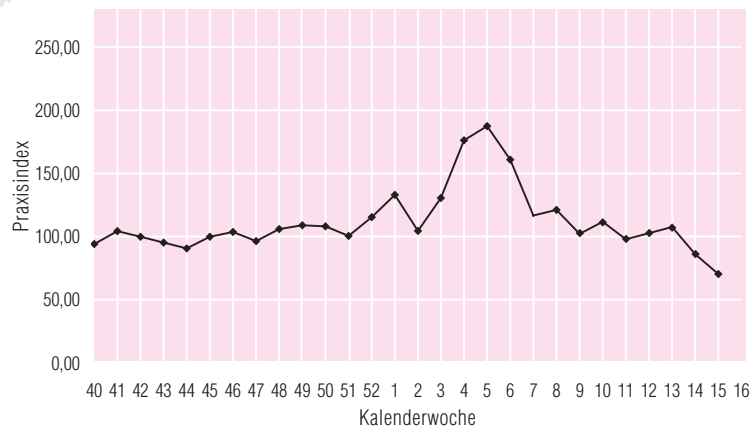
HESSEN

Verlauf des Praxisindex in Hessen 2000/2001



SACHSEN-ANHALT/THÜRINGEN

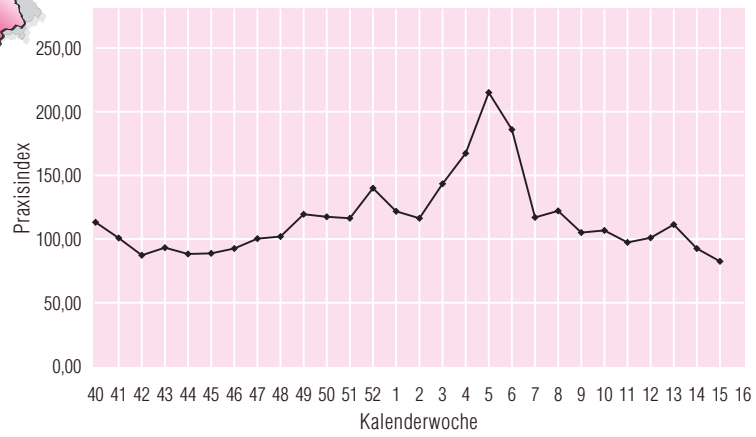
Verlauf des Praxisindex in Sachsen-Anhalt und Thüringen 2000/2001





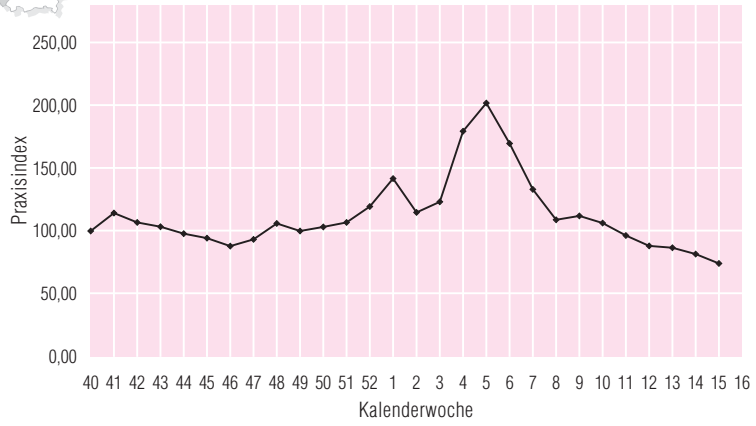
SACHSEN

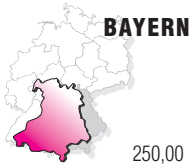
Verlauf des Praxisindex in Sachsen 2000/2001



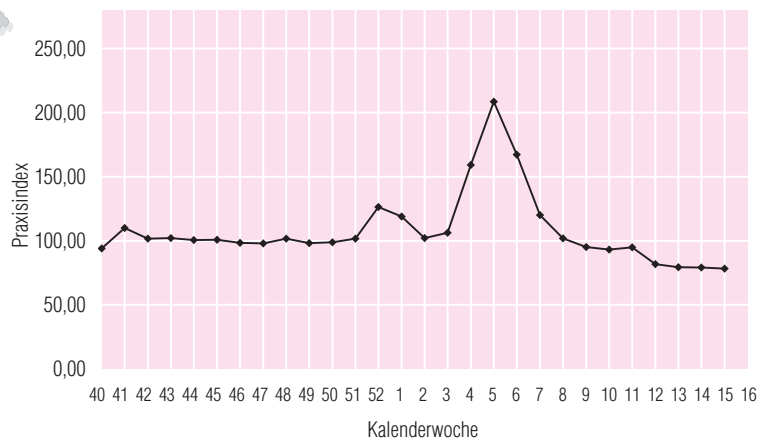
BADEN-WÜRTTEMBERG

Verlauf des Praxisindex in Baden-Württemberg 2000/2001



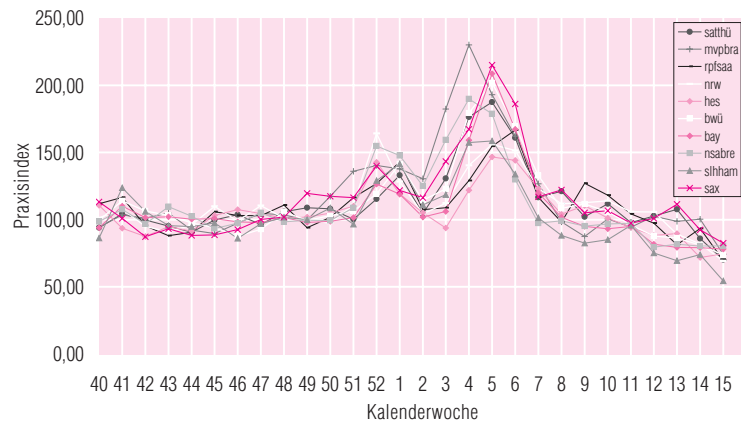


Verlauf des Praxisindex in Bayern 2000/2001



PRAXISINDEX

Praxisindex 2000/2001 in den einzelnen Regionen



IN EIGENER SACHE

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza ist nunmehr seit 1992 in Deutschland aktiv. Initiatoren und Sponsoren der AGI waren die Firmen Chiron Behring GmbH & Co, Pasteur Merieux MSD GmbH, SmithKline Beecham Pharma GmbH und Solvay Arzneimittel GmbH. Diese Unternehmen unterstützen seit Anbeginn die epidemiologische Erfassung der Influenza in Deutschland und die Informationsarbeit für Ärzte und Laien. In dieser Zeit wurde eine umfangreiche Datenbasis geschaffen, die eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Bewertung der epidemiologischen Influenza-Situation und für die Einleitung entsprechender Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung ist.

Mit dem Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes am 1. Januar 2001 sind sentinelgestützte Überwachungssysteme zu einer öffentlichen Aufgabe geworden. Daraus ergeben sich auch einige Änderungen bezüglich Struktur, Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die bisherige AGI, wobei das Sentinel, als Herzstück der AGI, auf jeden Fall erhalten bleibt. Die »neue« AGI ist eine gemeinsame Initiative des Robert Koch Instituts und der Industrie (z. Zt. Aventis Pasteur MSD GmbH, Chiron Behring GmbH & Co, NIDDApharm GmbH, SmithKline Beecham Pharma GmbH & Co. KG – ein Unternehmen der GlaxoSmithKline-Gruppe und Solvay Arzneimittel GmbH). Das Deutsche Grüne Kreuz und das Nationale Referenzzentrum für Influenza sind mit der Durchführung von Aufgaben aus dem Kooperationsvertrag betraut. Der Kooperationsvertrag ist mit Wirkung vom 1. Januar 2001 in Kraft getreten.

Mit der Auflösung der bisherigen AGI-Struktur endet auch die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirats. Experten aus Wissenschaft und Forschung, Praxis und Gesundheitspolitik haben in den vergangenen Jahren, zum Teil seit Beginn der AGI 1992, im Wissenschaftlichen Beirat mitgewirkt und ihre Kenntnisse und Erfahrungen sowohl beim Aufbau des Sentinels

zur Erfassung und Überwachung der Epidemiologie der ARE bzw. Influenza, aber auch bei der Bewertung der epidemiologischen Situation zur Verfügung gestellt als auch bei der Öffentlichkeitsarbeit zur Verbreitung des Wissens über die Influenza sowie deren Verhütung und Bekämpfung mitgewirkt. Dafür möchten wir im Namen der Initiatoren und Träger der ehemaligen AGI recht herzlich danken.

INTERNET-ADRESSEN ZUR INFLUENZA

http://www.rki.de/	(RKI Daten)
http://www.dgk.de/agi/	(AGI Daten)
http://www.eissorg.fr	(Europa [EISS])
http://www.b3e.jussieu.fr/flunet/	(Infos der WHO)
http://www.nimr.mrc.ac.uk/Library/flu/	(Literatur)

LITERATUR

- Szecsényi J., Uphoff H, Brede H.D.: Influenza surveillance: experience from establishing a sentinel surveillance system in Germany. *Jour. of Epid. and Community health* 1995;49:9-13
- Uphoff H.: A study of reasons for an increase in acute respiratory tract infections reported by influenza sentinel practices in Germany. *Jour. of Epid. and Community health* 1998; 1: 43-45
- Lange W., Rasch G., Uphoff H.: Surveillance of influenza in Germany: results of a sentinel and laboratory reporting system. *Options for the Control of Influenza III 1996*;Elsevier Science B.V.:65-70
- Uphoff H.: Der »Praxisindex« als eine Größe für regionale Betrachtungen der Influenza-Aktivität. *Infektionsepidemiol. Forschg.* 1998; 3/4:50-55
- Uphoff H., Heckler R., Schweiger B.: Betrachtungen zur Durchseuchung und beobachteter Aktivität bei Influenza B. *Bundesgesundheitsbl.* 1998;11:469-473
- Uphoff H., Heckler R., Schweiger B.: Klinische Diagnose der Influenza und Therapie. *Bundesgesundheitsbl.* 1999;10:763-767.
- Uphoff H., Stilianakis N.: Ein Ansatz zur bevölkerungsbezogenen Auswertung der deutschen Influenza-Sentinelldaten. *Bundesgesundheitsbl.* 2000; 43:796-801