

Die Influenza-Pandemie erreicht Hessen, und das Ausmaß bleibt unerkannt?

Steffen Geis^{1,2}, Anja M. Hauri¹, Helmut Uphoff¹

Auch bei Ihnen mag sich bei der derzeitigen medialen und fachlichen Diskussion um die Pandemie durch die neue Influenza A/H1N1v („Schweinegrippe“) das Gefühl eingestellt haben: Einzelfallmeldungen befriedigen unser Bedürfnis nach Zahlen, aber wie man sich die tatsächliche Situation vorstellen muss, bleibt unklar. Eine Meldepflicht leistet zwar – insbesondere in der Anfangsphase einer Pandemie – einen wichtigen Beitrag zur Einschätzung der Lage, hat aber bei Zunahme der Fallzahlen dieser Erkrankung mit unspezifischem klinischem Bild deutliche Begrenzungen. Laborkapazitäten sind nur begrenzt vorhanden, Kosten für Laboruntersuchungen müssen berücksichtigt werden und leichte klinische Verläufe rechtfertigen weitere diagnostische Maßnahmen oftmals nicht. Deswegen wird weltweit zunehmend auch auf andere Datenquellen zurückgegriffen, die den Trend der Neuinfektionen gut abbilden können und somit rasche adäquate Strategieanpassungen (z.B. durch Anpassung der Impfeempfehlungen oder der Verwendung von Neuraminidasehemmern) erst ermöglichen.

Diese Datenerhebung erfolgt zumeist durch etablierte Sentinelsysteme der syndromischen Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen, die sich auf klinische Daten aus Krankenhäusern und Arztpraxen stützen. Aber auch eher unkonventionelle Methoden befinden sich in Erprobung: z.B. die Anzahl bestimmter Suchanfragen bei Google (Eysenbach, 2006; Ginsberg et al., 2009) oder die Anzahl von telefonischen Anfragen bei Beratungshotlines (Cooper et al., 2004) im Zeitverlauf. Vielleicht wären auch die Verkaufszahlen von Taschentüchern oder „Hausmitteln aus Omas Hausapotheke“ als Verlaufparameter denkbar?

In Deutschland wird die saisonale Influenzaaktivität seit 1992 durch die Arbeitsgemeinschaft Influenza AGI überwacht (<http://influenza.rki.de>). Dieser Verbund von ca. 700 ehrenamtlichen Sentinelpraxen, koordiniert vom Deutschen Grünen Kreuz in Marburg und dem Robert Koch-Institut in Berlin, zeichnet wöchentliche Daten zu „akuten respiratorischen Erkrankungen“ (ARE) auf und nimmt bei einer Stichprobe dieser Patienten Rachenabstriche zur virologischen Diagnostik am Nationalen Referenzzentrum für Influenza. Aus dem Verhältnis der ARE-Patienten zur Gesamtzahl der behandelten Patienten sowie den Ergebnissen der virologischen Diagnostik lassen sich gute Rückschlüsse auf die Intensität der Grippewelle ziehen (Uphoff et al., 2004). Ein weiteres Standbein der Influenza-Surveillance in Deutschland ist die seit 2001 bestehende gesetzliche Meldepflicht des direkten Virusnachweises der saisonalen Influenza gemäß Infektionsschutzgesetz.

Zur Ergänzung und Stärkung der Arbeit der AGI haben wir gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut ein elektronisches Erfassungssystem für akute respiratorische Erkrankungen (basierend auf Ihrer ICD-10-Kodierung für die KV-Abrechnung)

entwickelt, das gleichzeitig den Arbeitsaufwand der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auf ein Minimum reduziert und dennoch robuste Daten zur Krankheitslast liefert.

Ohne Ihre tägliche Arbeit zu beeinträchtigen, kann dieses Erfassungssystem wichtige Eckdaten aus Ihrer Arztdokumentationssoftware anonymisiert aufzeichnen, indem es eine „elektronische Strichliste“ führt, wann immer Sie einen Patienten mit einem akuten Atemwegsinfekt (mit entsprechenden ICD-Codes) behandeln. Diese Patientendaten können in weniger als fünf Minuten einmal wöchentlich per E-Mail via Robert Koch-Institut an das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen zur Auswertung verschickt werden. Die Ergebnisse der Auswertungen werden Ihnen wiederum zeitnah zur Verfügung gestellt.

Nur gemeinsam in einer starken Partnerschaft können der Öffentliche Gesundheitsdienst und primär versorgende Ärztinnen und Ärzte diese wichtigen Daten während der bevorstehenden Pandemie erheben, um zum Wohle der Bevölkerung geeignete Maßnahmen ergreifen zu können. Wir möch-

¹ Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG), Dillenburg

² Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE) am Robert Koch-Institut in Berlin

ten Sie – v.a. Allgemeinmediziner, Pädiater und hausärztlich-tätige Internisten – daher bitten, an dieser syndromischen Surveillance der Influenza teilzunehmen. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf, falls Sie Fragen zu diesem Projekt oder der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) haben sollten. Gerne senden wir Ihnen weiteres Informationsmaterial zu.

Literatur

Cooper DL, Smith G, Baker M, Chinemana F, Verlander N, Gerard E, et al. National symptom surveillance using calls to a te-

lephone health advice service-United Kingdom, December 2001-February 2003. *MMWR Morb.Mortal.Wkly.Rep.* 2004;53 (Suppl):179-83.

Eysenbach G. Infodemiology: tracking flu-related searches on the web for syndromic surveillance. *AMIA Annu Symp Proc.* 2006: 244-8.

Ginsberg J, Mohebbi MH, Patel RS, Brammer L, Smolinski MS, Brilliant L. Detecting influenza epidemics using search engine query data. *Nature.* 2009 Feb 19;457(7232): 1012-4.

Uphoff H, Buchholz U, Lang A, Haas W,

Stilianakis N. Zur Schätzung der Konsultationsinzidenz akuter respiratorischer Erkrankungen aus Praxisdaten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2004 Mar;47(3):279-87.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Steffen Geis
Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Abteilung I – Gesundheitsschutz
Wolframstraße 33, 35683 Dillenburg
www.hlpug.de
E-Mail: seed.are@hlpug.hessen.de