



Influenza-Wochenbericht

Buda S, Schweiger B, Buchholz U, Tolksdorf K, Prahm K, Gau P, Preuß U, Haas W
und die AGI-Studiengruppe¹

Kalenderwoche 6 (04.02. bis 10.02.2017)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 6. Kalenderwoche (KW) 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit leicht gesunken. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 6. KW 2017 in 237 (70 %) von 337 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Von diesen 237 Proben mit Virusnachweis waren 182 Proben (77 %) positiv für Influenzaviren, 38 (16 %) positiv für Respiratorische Synzytial (RS)-Viren, 13 positiv für Rhinoviren und jeweils sechs waren positiv für Adeno- bzw. humane Metapneumoviren.

Für die 6. Meldewoche 2017 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 17.350 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt (Datenstand 14.02.2017).

Die Grippewelle in Deutschland hält bei hoher Influenza-Aktivität weiter an, was sich in einer hohen Influenza-Positivenrate (54 %), einer stark erhöhten ARE-Aktivität und einem weiteren Anstieg der wöchentlichen Influenzameldungen gemäß IfSG widerspiegelt. Der Höhepunkt der Grippewelle scheint erreicht zu sein. Es ist weiterhin eine deutliche Zirkulation von RS-Viren zu verzeichnen, die insbesondere in der Altersgruppe der 0- bis 1-Jährigen zu Arztbesuchen führt.

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 6. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit leicht gesunken (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt sowie in acht der zwölf AGI-Regionen im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität.

Tab. 1: Praxisindex* (bis 115 entspricht der ARE-Hintergrund-Aktivität) in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 1. KW 2017 bis zur 6. KW 2017.

AGI-(Groß-)Region	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW
Süden	163	150	151	188	201	192
Baden-Württemberg	168	152	156	195	211	199
Bayern	158	148	147	181	191	186
Mitte (West)	176	160	160	204	230	206
Hessen	144	154	137	172	193	226
Nordrhein-Westfalen	158	145	145	166	182	172
Rheinland-Pfalz, Saarland	226	182	197	275	313	220
Norden (West)	130	117	117	138	160	172
Niedersachsen, Bremen	148	121	117	148	161	176
Schleswig-Holstein, Hamburg	113	112	117	127	160	169
Osten	157	144	159	178	206	215
Brandenburg, Berlin	176	155	174	167	226	171
Mecklenburg-Vorpommern	147	129	147	162	168	248
Sachsen	181	151	149	196	196	208
Sachsen-Anhalt	141	128	139	156	219	250
Thüringen	139	155	185	210	221	200
Gesamt	161	146	150	179	200	194

Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass nachträglich eingehende Meldungen die Werte in den Folgewochen noch verändern können.

¹ Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <https://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

* Praxisindex bis 115: Hintergrund-Aktivität; 116 bis 135: geringfügig erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 136 bis 155: moderat erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 156 bis 180: deutlich erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex > 180: stark erhöhte ARE-Aktivität

An der ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2016/17 bisher 535 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 6. KW in der Saison 2016/17 lagen 369 Meldungen vor (Datenstand 14.02.2017). Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

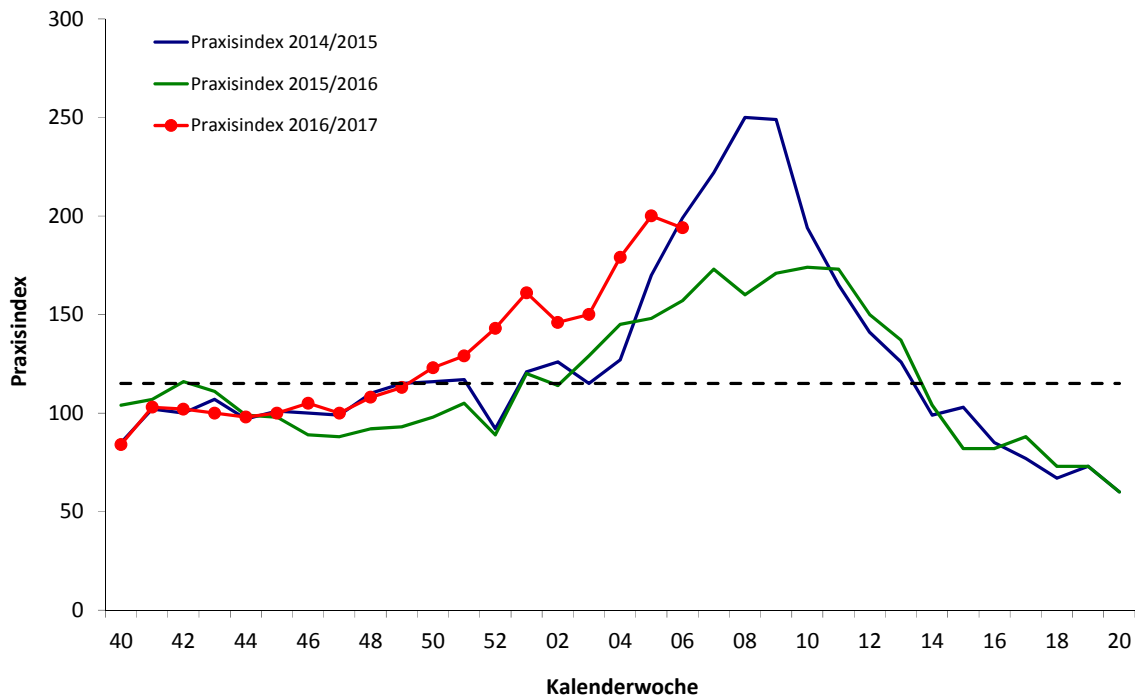


Abb. 1: Praxisindex bis zur 6. KW 2017 im Vergleich zu den Saisons 2014/15 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxisindexwert von 115, gestrichelte Linie).

Die Werte der Konsultationsinzidenz sind im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gesunken (Abb. 2). Der deutlichste Rückgang war mit 21 % in der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) zu verzeichnen.

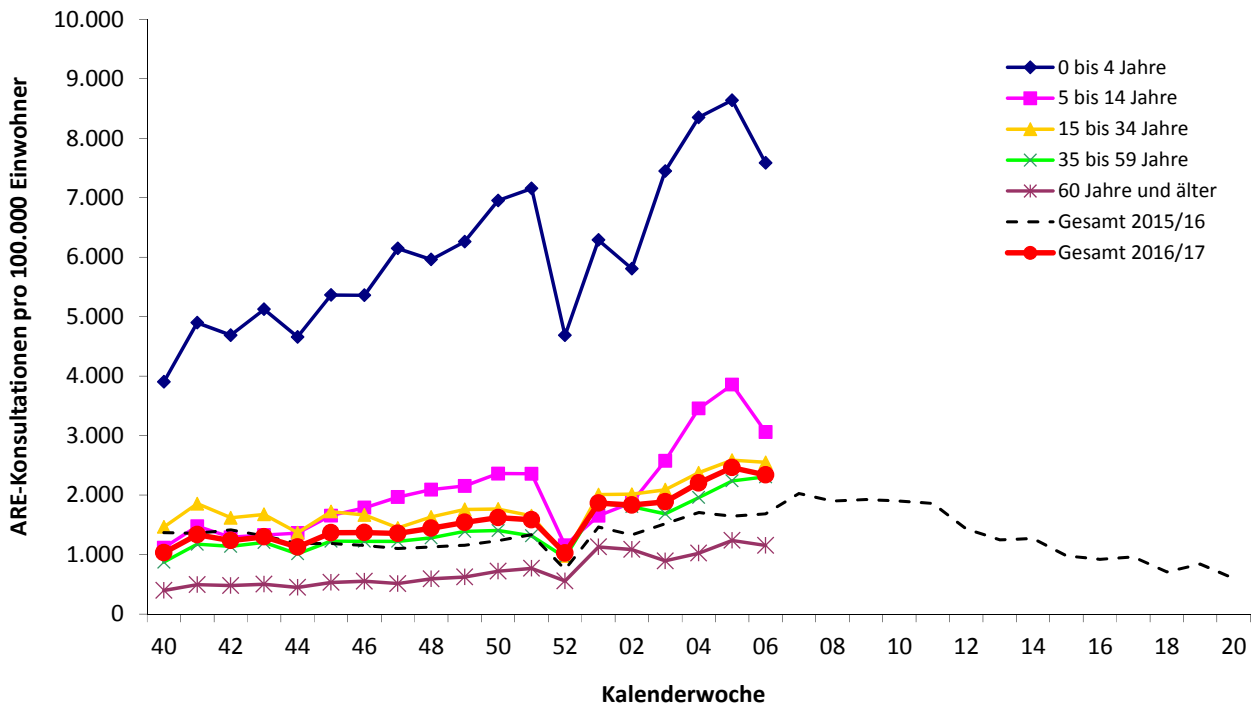


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2016 bis zur 6. KW 2017 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2015/16 ist ebenfalls dargestellt.

Die Diagramme für Deutschland und die einzelnen AGI-Regionen sind aktuell abrufbar unter:

<https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenza

Dem Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 6. KW 2017 insgesamt 337 Sentinelproben von 109 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 237 (70 %) von 337 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In 182 (54 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [48; 60]) Proben wurden Influenzaviren nachgewiesen, darunter 180 Proben mit Influenza A(H3N2)- und zwei Proben mit Influenza B-Viren. In 38 (11 %; 95 % KI [8; 16]) Proben wurden Respiratorische Synzytial (RS)-Viren, in 13 (4 %; 95 % KI [2; 7]) Rhinoviren und in jeweils sechs (2 %; 95 % KI [0; 4]) humane Metapneumoviren (hMPV) bzw. Adenoviren. Sechs Patienten hatten eine Doppelinfektion mit Influenza A(H3N2)-Viren in Kombination mit RS- oder Adenoviren. Ein Patient hatte eine Dreifachinfektion mit RS-, Rhino- und hMPV-Viren (Tab. 2; Datenstand 14.02.2017).

Influenza A(H3N2)-Viren sind seit der 40. KW 2016 mit 98 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren.

Tab. 2: Anzahl der seit der 40. KW 2016 (Saison 2016/17) im NRZ für Influenza im Rahmen des Sentinels identifizierten Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren.

	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	Gesamt ab 40. KW 2016
Anzahl eingesandter Proben*	170	215	275	304	328	337	3.045
Probenanzahl mit Virusnachweis	93	144	179	215	240	237	1.676
Anteil Positive (%)	55	67	65	71	73	70	55
Influenza A(H3N2)	53	83	141	159	190	180	918
A(H1N1)pdm09	1	0	2	4	0	0	7
B	0	1	0	3	4	2	13
Anteil Positive (%)	32	39	52	55	59	54	31
RS-Viren	27	43	27	38	37	38	319
Anteil Positive (%)	16	20	10	13	11	11	10
hMP-Viren	0	3	0	4	3	6	20
Anteil Positive (%)	0	1	0	1	1	2	1
Adenoviren	7	8	5	9	4	6	85
Anteil Positive (%)	4	4	2	3	1	2	3
Rhinoviren	8	12	11	16	8	13	391
Anteil Positive (%)	5	6	4	5	2	4	13

* Die Anzahl der eingesandten Proben kann von der Summe der negativen und positiven Proben abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

In der 6. KW 2017 lag die Influenza-Positivenrate bei 54 % (Abb. 3). In der Altersgruppe der 0- bis 1-jährigen war die RSV-Positivenrate mit 46 % am höchsten, die Influenza-Positivenrate lag je nach Altersgruppe zwischen 19 % (0 bis 1 Jahr) und 74 % (5 bis 14 Jahre) (Abb. 4).

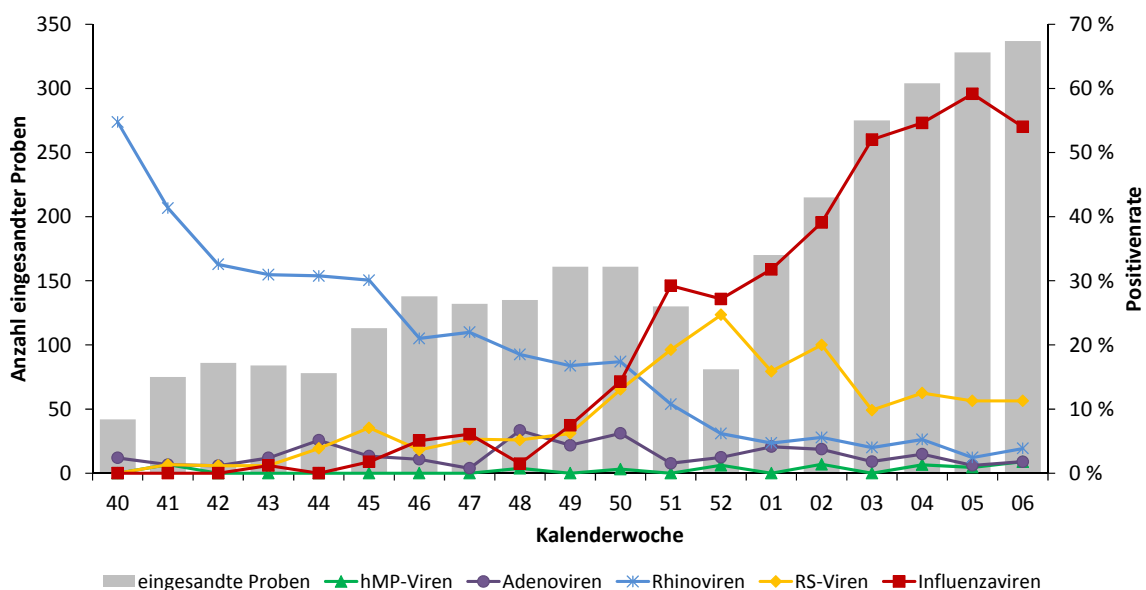


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2016 bis zur 6. KW 2017.

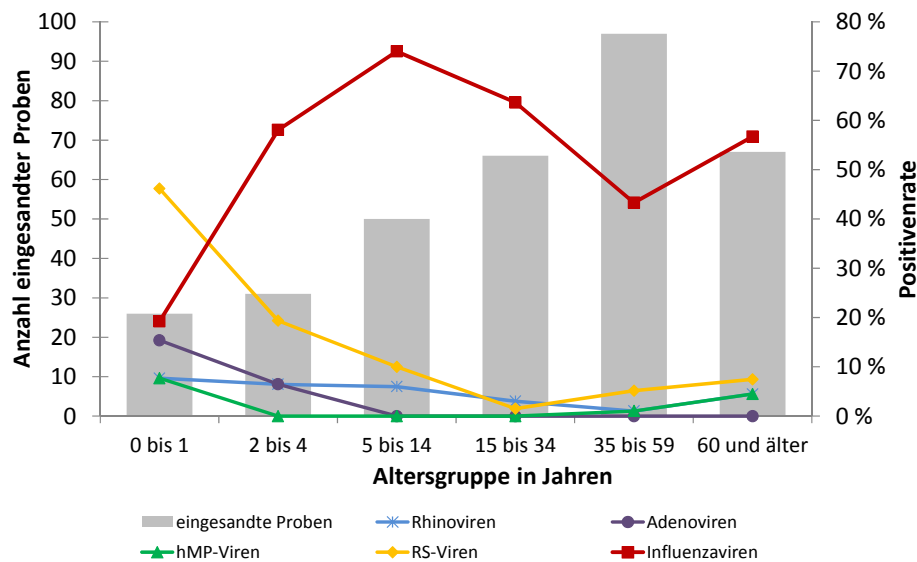


Abb. 4: Anteil (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) der Nachweise für Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 6. KW 2017.

Charakterisierung der Influenzaviren

Seit Beginn der Saison 2016/17 wurden bisher im NRZ 561 Influenzaviren angezüchtet und/oder in Bezug auf ihre antigenen und/oder genetischen Eigenschaften analysiert. Darunter befinden sich 544 Influenza A(H3N2)-, fünf Influenza A(H1N1)pdm09- und 12 Influenza B-Viren. Da die überwiegende Mehrzahl der A(H3N2)-Viren keine Erythrozyten agglutiniert, können diese Viren nicht im Hämagglutinationshemmtest untersucht werden. Die genetische Analyse zeigt, dass derzeit zwei A(H3N2)-Gruppen ko-zirkulieren. Der Stamm A/Bolzano/7/2016 ist das Referenzvirus für die neue Gruppe der 3C.2a1-Viren. Als Referenzvirus für die Gruppe der 3C.2a-Viren fungiert der Stamm A/Hong Kong/4801/2014, der auch im Impfstoff enthalten ist. Die genetische Analyse von 146 A(H3N2)-Viren ergab, dass 75 % dieser Viren in die Gruppe der 3C.2a1-Viren einzuordnen sind, während 25 % zum Clade 3C.2a gehören.

Die zwölf Influenza B-Viren zeigen eine gute antigenere Übereinstimmung mit den beiden Impfstoffkomponenten B/Phuket/3073/2013 bzw. B/Brisbane/60/2008.

Im phänotypischen Neuraminidase-Inhibitionsassay zeigten sich alle untersuchten 156 A(H3N2)-Influenzaviren, ein A(H1N1)pdm09-Virus sowie fünf Influenza B-Viren gegen die Neuraminidase-Inhibitoren (NAI) Oseltamivir und Zanamivir sensitiv. Mutationen, die mit einer Resistenz gegen NAI assoziiert sind, wurden bislang nicht identifiziert.

Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 6. MW 2017 wurden bislang 17.350 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 11.349 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 3.538 (20 %) der 17.350 Fälle wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2016 wurden insgesamt 62.773 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle (darunter 46.193 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt. Bei 13.612 (22 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 14.02.2017).

Seit der 40. KW 2016 wurden 188 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter für die 6. MW 27 neu übermittelte Ausbrüche in neun Krankenhäusern, drei Alten- / Pflegeheimen, jeweils zwei Schulen, Reha-Einrichtungen, medizinischen Behandlungseinrichtungen, Kindergärten / Horten und in jeweils einer Seniorentagesstätte und Betreuungseinrichtung sowie fünf Ausbrüche ohne Angabe zum Infektionsumfeld.

Bislang wurden 192 Todesfälle mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt, davon 182 (95 %) aus der Altersgruppe der über 59-Jährigen. Bei den Fällen wurde als Erreger 167-mal Influenza A, 17-mal Influenza nicht nach A oder B differenziert, sechsmal Influenza A(H3N2)- und zweimal Influenza B-Virus angegeben. 37 (19 %) der 192 Todesfälle wurden im Rahmen von Ausbrüchen an das RKI übermittelt.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzatypt/-subtyp (alle labor diagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E²)

	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	Gesamt ab 40. MW 2016
Influenza A(nicht subtypisiert)	2.196	3.752	5.765	9.831	14.133	15.217	54.764
A(H1N1)pdm09	11	10	14	24	31	38	156
A(H3N2)	93	219	314	456	702	705	2.940
nicht nach A / B differenziert	111	232	376	659	920	854	3.322
B	54	91	127	207	352	536	1.591
Gesamt	2.465	4.304	6.596	11.177	16.138	17.350	62.773

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte Rate von Personen mit einer neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankung (ARE, mit Fieber oder ohne Fieber) ist in der 6. KW (06.02. bis 12.02.2017) im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken (8,5 %; Vorwoche: 10,0 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls deutlich gesunken (2,5 %; Vorwoche: 3,9 %). Durch Nachmeldungen können sich die Werte der Vorwochen noch verändern. Weitere Informationen und ausführliche Ergebnisse erhalten Sie unter: <https://grippeweb.rki.de>.

Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Das RKI hat im Rahmen einer wissenschaftlichen Kooperation mit der HELIOS Kliniken GmbH eine ICD-10-Code basierte Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (ICOSARI)³ aufgebaut, mit der die Influenzaüberwachung des RKI im stationären Bereich ergänzt wird.

In der aktuellen Saison ist die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) weiter kräftig gestiegen und liegt jetzt auf einem deutlich höheren Niveau als in den beiden Vorsaisons (Abb. 5). Dabei hat die Zahl der SARI-Fälle bei den über 59-Jährigen in der 5. KW 2017 den bisher höchsten Wert im betrachteten Zeitraum seit Beginn der Saison 2014/15 erreicht.

In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen wurden in 78 Sentinelkrankenhäusern 313 SARI-Fälle behandelt. Davon waren 167 Fälle jünger als ein Jahr, 86 Fälle waren ein Jahr alt. Gezählt werden nur Fälle mit einer maximalen Verweildauer von einer Woche.

In den Altersgruppen der 5- bis 14-Jährigen, der 15- bis 34-Jährigen und der 35- bis 59-Jährigen sind bisher keine ungewöhnlich hohen SARI-Fallzahlen zu beobachten. Zu beachten ist, dass sich die Zahlen in der aktuellen Saison durch aktualisierte Daten in den Folgewochen noch ändern können.

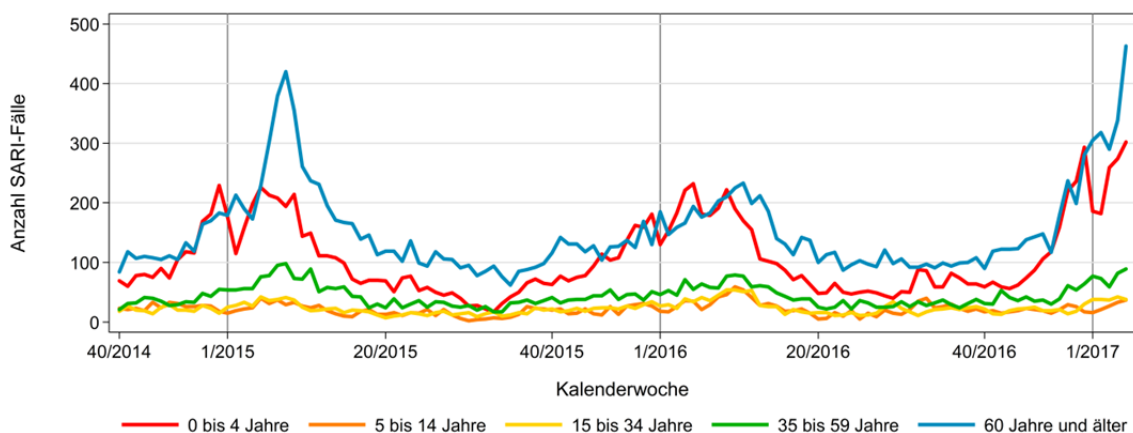


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2014 bis zur 5. KW 2017, Daten von 78 der 83 Sentinelkrankenhäuser. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

² Nähere Informationen sind abrufbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html.

³ Nähere Informationen sind abrufbar unter <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2016.pdf> Kapitel 7.2, ICOSARI – ICD-10 Code basierte Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen, Seite 72

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance (Flu News Europe)

Von den 43 Ländern, die für die 5. KW 2017 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichtete Ungarn über eine sehr hohe klinische Aktivität, sechs Länder berichteten über eine hohe (darunter auch Deutschland), 21 Länder über eine mittlere und 15 Länder über eine niedrige Aktivität. Von den 43 Ländern berichteten 26 (60 %) über eine weitverbreitete Influenza-Aktivität (höchste Einstufung der geografischen Verbreitung).

Von 2.912 Sentinelproben sind 1.303 (45 %) Proben in der 5. KW positiv auf Influenza getestet worden, davon 1.228 (94 %) mit Influenza A und 75 (6 %) mit Influenza B. Die Influenza-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken (51 % - 52 %).

Seit der 40. KW 2016 dominierten Influenza A-Viren mit dem Subtyp A(H3N2) (Abb. 6). In 598 (4 %) Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen. Von den 306 Influenza B-Virusnachweisen, die weiter charakterisiert wurden, gehörten 173 (57 %) zur Victoria-Linie und 133 (43 %) zur Yamagata-Linie.

Weitere Informationen und Karten zur Influenza-Intensität und -ausbreitung, zum Trend und zum dominierenden Influenztyp bzw. -subtyp sind abrufbar unter: <http://www.flunewseurope.org/>.

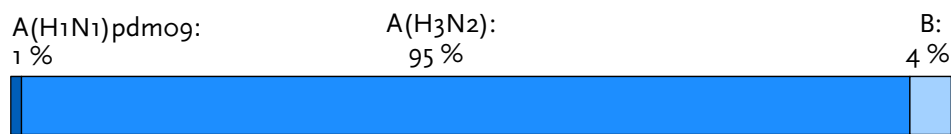


Abb. 6: Verteilung der seit der 40. KW 2016 an TESSy berichteten Nachweise von A(H3N2)-, A(H1N1)pdm09- und B-Viren im Rahmen der europäischen Sentinelsysteme. Nicht subtypisierte Influenza A-Viren wurden proportional auf die Subtypisierten verteilt.

Im Bericht werden auch regelmäßig Ergebnisse aus dem europäischen Projekt zum Mortalitäts-Monitoring berichtet (EuroMOMO), an dem sich in der 5. KW 2017 19 Länder beteiligten. Bereits seit mehreren Wochen wird insbesondere für die Altersgruppe der ab 65-Jährigen eine erhöhte Mortalität verzeichnet, die wahrscheinlich auf die Grippewelle in Europa und die zirkulierenden Influenza A(H3N2)-Viren zurückzuführen ist. Weitere Details sind abrufbar unter: <http://www.euromomo.eu/>

Ergebnisse der Influenzaüberwachung in den USA (CDC FluView Week 5)

In den USA wurde in der 5. KW 2017 über eine steigende Influenza-Aktivität berichtet. Für die 5. KW 2017 verzeichneten alle zehn Regionen eine erhöhte Influenza-Aktivität. Wie in den Vorwochen bleibt Influenza A(H3N2) das dominant zirkulierende Virus. Insbesondere Personen über 65 Jahre haben in der Saison ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf mit Hospitalisierung. Die kumulative Rate für Krankenhauseinweisungen mit laborbestätigter Influenza lag bei 24 pro 100.000 Einwohner, in der Altersgruppe der über 64-Jährigen lag die Rate bei über 113 pro 100.000 Personen in der Altersgruppe. Die Mortalität wegen Influenza und Pneumonie, die zeitnah in 122 US-Städten registriert wird, lag insgesamt mit 7,9 % über dem epidemischen Schwellenwert von 7,4 % (für die 3. KW 2017). Weitere Informationen sind abrufbar im aktuellen Bericht unter: <https://www.cdc.gov/flu/weekly/>.

Aviäre Influenza

Humane Erkrankungen mit aviären Influenza A(H7N9)-Viren (WHO)

Am 10.02.2017 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse zu den humanen Fällen mit aviärer Influenza A(H7N9) in China veröffentlicht. Seit Oktober 2016, insbesondere im Dezember 2016 und Januar 2017, berichteten die chinesischen Gesundheitsbehörden über einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen, die inzwischen höher sind als in den vier vorangegangenen Erkrankungswellen seit dem ersten Auftreten in 2013. Laut den aktuellen Untersuchungen haben sich die Epidemiologie und die Viruseigenschaften nicht grundlegend geändert. Die Risikoeinschätzung der WHO bleibt unverändert. Bisher gibt es für die bekannten aviären Influenza-virus-subtypen keinen Anhalt für eine fortgesetzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung in der Bevölkerung. Ein relevantes Infektionsrisiko besteht bei engem Kontakt zu infiziertem Geflügel. Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/avian_influenza/riskassessment_AH7N9_201702/en/.

Ausbrüche hochpathogener aviärer Influenza A(H5N8) bei Geflügel und Wildvögeln in Deutschland und weiteren europäischen Ländern (FLI)

Das Friedrich-Loeffler-Institut (FLI) hat seine Risikoeinschätzung zur hochpathogenen aviären Influenza A(H5N8) am 13.02.2017 aktualisiert, u. a. mit einer aktuellen Europakarte zu Fundorten von Wildvögeln bzw. betroffenen Geflügelbetrieben. Für die Allgemeinbevölkerung ist insbesondere die Vermeidung des direkten Kontakts von Personen und Haustieren zu toten oder kranken Wildvögeln zu beachten. Das Dokument ist abrufbar unter: <https://www.fli.de/de/aktuelles/tierseuchengeschehen/klassische-geflugelpest/>.

Generelle Informationen zu aviärer Influenza und zu beachtenden Maßnahmen zur Vermeidung humaner Infektionen sind abrufbar auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts unter: <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviaerelInfluenza/AviaerelInfluenza.html>.

Weitere Informationen des RKI zu Influenza

Weitere Informationen sind abrufbar im RKI Ratgeber für Ärzte: Saisonale Influenza unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html.

Im Epidemiologischen Bulletin 28/2015 ist ein Artikel zum Thema „Influenza: Ausbruchsgeschehen in Pflegeeinrichtungen in der Saison 2014/2015“ veröffentlicht und abrufbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/28/Art_01.html.

Eine Checkliste für das Management von respiratorischen Ausbrüchen in Pflegeheimen ist abrufbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/1/Influenza/IPV/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.html.

Im Epidemiologischen Bulletin 6/2017 (S. 61 – 62) wurde ein Artikel zum Thema „Vorläufige Ergebnisse zur Wirksamkeit der saisonalen Influenza-Impfung bei ambulant behandelten Patienten in der Saison 2016/2017 in Deutschland“ veröffentlicht und ist abrufbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/06_17.pdf.

Hinweis in eigener Sache

Arztpraxen für die Arbeitsgemeinschaft Influenza ständig gesucht:

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) lebt von der aktiven Mitarbeit der Sentinelpraxen. Jedes Jahr scheiden altersbedingt oder aus anderen Gründen Arztpraxen aus der AGI aus. Wir suchen ständig engagierte neue Haus- und Kinderarztpraxen, die an der AGI teilnehmen wollen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich auf unserer Homepage informieren unter <https://influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx> oder unter der E-Mail-Adresse agi@rki.de weitere Informationen anfordern.