

Inhalt

| | |
|--|-----|
| 1. Einleitung | 9 |
| 1.1 Influenzasurveillance in Deutschland | 15 |
| 1.2 Influenza überwachen – Eine erste theoretische Annäherung an das Feld..... | 19 |
| 1.3 Aufbau des Buches..... | 25 |
| 2. Sichtbarkeitsregime erforschen..... | 28 |
| 2.1 Sichtbarkeitsregime – Sichtbarkeit und Erfahrbarkeit von Krankheiten | 28 |
| 2.1.1 Wahrnehmbarkeitsregime – Sehen will geübt sein..... | 29 |
| 2.1.2 Die Strukturierung des Raums – Das Sichtbarkeitsregime | 41 |
| 2.2 Das Feld, forschungsethische Stolpersteine und methodisches Vorgehen..... | 45 |
| 2.2.1 Die Konstruktion des Feldes..... | 48 |
| 2.2.2 Teilnehmende Beobachtung..... | 52 |
| 2.2.3 Datenauswertung..... | 59 |
| 3. Problematisierungen der Influenzasurveillance | 62 |
| 3.1 Überwachung als Funktionsbedingung des Impfstoffs | 69 |
| 3.1.1 Die GISRS-Netzwerkstrukturen | 76 |
| 3.1.2 Das PIP Framework..... | 79 |
| 3.2 Überwachen zur Popularisierung des Impfstoffs | 85 |
| 3.2.1 Markt, Differenz und Timing – Probleme der Influenzaüberwachung in Deutschland..... | 86 |
| 3.2.2 Der Ausbau der AGI erzählt als Sozio-Logik der Übersetzung .. | 114 |

| | |
|---|-----|
| 3.2.3 Übergang und Verfestigung des Netzwerks am RKI | 119 |
| 3.3 Überwachen zur Herstellung von Sicherheit | 126 |
| 3.3.1 Das Norddeutsche Modell | 134 |
| 4. Das Virus im Labor I – Überwachen für den Impfstoff | 155 |
| 4.1 Influenza als stabile Einheit etablieren und erhalten | 162 |
| 4.1.1 Die Anpassung der Zellen an das Virus | 163 |
| 4.1.2 Viren mit Zellen standardisieren | 168 |
| 4.1.3 Echtzeit RT-PCR – Die alltägliche Sichtbarkeit des Influenzavirus im Routinelabor .. | 171 |
| 4.1.4 Die Anpassung der PCR an die Viren | 178 |
| 4.2 Die Überwachung für Tamiflu | 186 |
| 4.3 Standardisierung als Form der Vertrauensbildung | 188 |
| 4.3.1 Der blinde Fleck der Standardisierung – Die Probengewinnung .. | 192 |
| 4.4 Kalkulationszentren | 197 |
| 5. Das Virus durch das Labor II – Influenza lokalisieren | 200 |
| 5.1 Das Virus und die Erkrankung verknüpfen | 202 |
| 5.2 Die lokalisierte Influenza | 210 |
| 5.3 Folgenlose Lokalisierung? | 219 |
| 6. Influenza und Bevölkerung | 221 |
| 6.1 Exzess-Mortalität – Influenza und Übersterblichkeit | 223 |
| 6.2 Aggregationsorte – Influenza und Orte | 230 |
| 6.3 Die Falldefinition – ARE oder ILI | 240 |
| 6.4 Der Praxisindex – Die epidemiologische Konstruktion der Grippewelle | 248 |
| 6.4.1 Kartierung – Bevölkerungsbezug durch Projektion auf die Fläche | 257 |
| 6.4.2 Die Konsultationsinzidenz – Bevölkerungsbezug durch Hochrechnung | 263 |
| 6.4.3 Die Influenzaaktivität – Der Anteil der Viren an den Arztkonsultationen | 268 |

| | |
|---|-----|
| 6.5 Die Influenza in der Bevölkerung | 273 |
| 7. Influenza in Praxis | 277 |
| 7.1 Grippe unterscheiden | 279 |
| 7.2 Grippe zählen..... | 294 |
| 7.3 Wahrnehmung der Welle am Aggregationsort..... | 307 |
| 7.4 Modulation der Ziele in der Praxis..... | 313 |
| 8. Schluss..... | 319 |
| 8.1 Sicherheit und Echtzeit | 320 |
| 8.2 Infrastruktur und Standardisierung | 323 |
| 8.3 Markt und Kontroverse..... | 327 |
| 8.4 Sichtbarkeitsregime | 330 |
| Dank | 334 |
| Abkürzungen..... | 337 |
| Abbildungen und Tabellen | 341 |
| Literatur..... | 342 |