



Influenza-Wochenbericht

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

Kalenderwoche 4 (21.01. bis 27.01.2017)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 4. Kalenderwoche (KW) 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche gestiegen.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 4. KW 2017 in 207 (71 %) von 292 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Von diesen 207 Proben mit Virusnachweis waren 159 Proben (77 %) positiv für Influenzaviren, 37 (18 %) positiv für Respiratorische Synzytial (RS)-Viren, 16 positiv für Rhinoviren, acht positiv für Adenoviren und vier positiv für humane Metapneumoviren.

Für die 4. Meldewoche 2017 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 9.422 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt (Datenstand 31.01.2017).

Die Grippewelle in Deutschland hält bei steigender Influenza-Aktivität an, was sich in einer gleichbleibend hohen Influenza-Positivenrate, steigender ARE-Aktivität und einem weiteren Anstieg der wöchentlichen Influenzameldungen gemäß IfSG widerspiegelt. Es ist außerdem 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 4. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit gestiegen (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität. In den AGI-Regionen Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz/Saarland, Sachsen und Thüringen lag der Praxisindex 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 51. KW 2016 bis zur 4. KW 2017.

AGI-(Groß-)Region	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW
Süden	128	157	163	150	152	189
Baden-Württemberg	120	142	166	151	157	204
Bayern	137	173	160	149	146	174
Mitte (West)	130	160	176	162	158	174
Hessen	105	137	144	158	136	164
Nordrhein-Westfalen	139	169	158	146	140	164
Rheinland-Pfalz, Saarland	145	174	226	182	196	193
Norden (West)	124	119	130	118	117	136
Niedersachsen, Bremen	124	121	148	121	115	148
Schleswig-Holstein, Hamburg	124	116	113	115	120	124
Osten	125	117	157	144	158	178
Brandenburg, Berlin	145	107	176	155	174	169
Mecklenburg-Vorpommern	141	100	147	129	144	168
Sachsen	113	159	181	151	149	190
Sachsen-Anhalt	117	131	141	128	139	151
Thüringen	111	86	139	155	185	210
Gesamt	129	143	161	146	149	173

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 534 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 4. KW in der Saison 2016/17 lagen 396 Meldungen vor (Datenstand 31.01.2017). Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

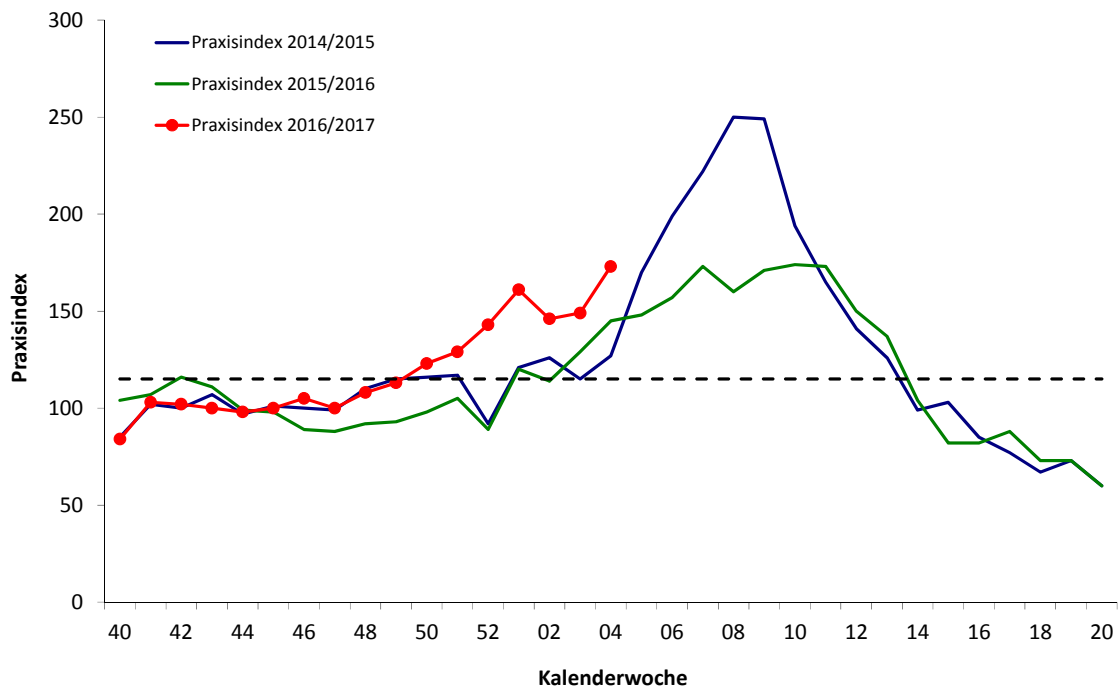


Abb. 1: Praxisindex bis zur 4. KW 2017 im Vergleich zu den Saisons 2014/15 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zur gestrichelten Linie bei 115).

Die Werte der Konsultationsinzidenz sind im Vergleich zur Vorwoche insgesamt und in allen Altersgruppen gestiegen (Abb. 2).

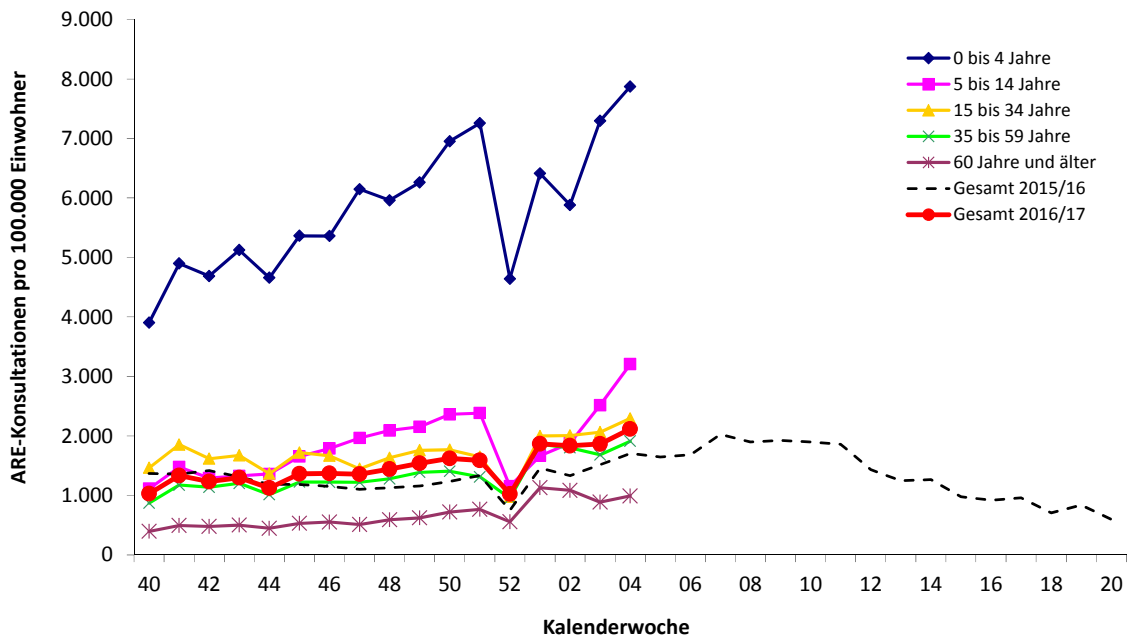


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2016 bis zur 4. KW 2017 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2015/16 ist ebenfalls dargestellt.

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 4. KW 2017 insgesamt 292 Sentinelproben von 105 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 207 (71 %) von 292 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In 159 (54 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [48; 60]) Proben wurden Influenzaviren nachgewiesen, darunter 152 Proben mit Influenza A(H3N2)-, vier Proben mit Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und drei Proben mit Influenza B-Viren. In 37 (13 %; 95 % KI [9; 17]) Proben wurden Respiratorische Synzytial (RS)-Viren, in 16 (5 %; 95 % KI [3; 8]) Rhinoviren, in acht (3 %; 95 % KI [1; 5]) Adenoviren und in vier (1 %; 95 % KI [0; 3]) humane Metapneumoviren (hMPV) identifiziert. 15 Patienten hatten eine Doppelinfektion mit unterschiedlichen Kombinationen von Influenza-, RS-, Adeno-, hMP- und Rhinoviren. Ein Patient hatte eine Dreifachinfektion mit Influenza A(H3N2)-, RS- und Rhinoviren (Tab. 2; Datenstand 31.01.2017).

Influenza A(H3N2)-Viren sind bisher mit 96 % 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.

	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	Gesamt ab 40. KW 2016
Anzahl eingesandter Proben*	130	81	170	214	275	292	2.397
Probenanzahl mit Virusnachweis	75	47	93	179	144	207	1.191
Anteil Positive (%)	58	58	55	65	67	71	50
Influenza A(H3N2)	38	22	53	83	141	152	559
A(H1N1)pdm09	0	0	1	0	2	4	7
B	0	0	0	1	0	3	7
Anteil Positive (%)	29	27	32	39	52	54	24
RS-Viren	25	20	27	43	27	37	247
Anteil Positive (%)	19	25	16	20	10	13	10
hMP-Viren	0	1	0	3	0	4	11
Anteil Positive (%)	0	1	0	1	0	1	0
Adenoviren	2	2	7	8	5	8	75
Anteil Positive (%)	2	2	4	4	2	3	3
Rhinoviren	14	5	8	12	11	16	372
Anteil Positive (%)	11	6	5	6	4	5	16

* 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.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurden mit 54 % am häufigsten Influenzaviren identifiziert (Abb. 3). In der 4. KW 2017 war in der Altersgruppe der 0- bis 1-jährigen die RSV-Positivenrate mit 39 % am höchsten, die Influenza-Positivenrate war mit 74 % in der Altersgruppe der 5- bis 14-jährigen am höchsten (Abb. 4).

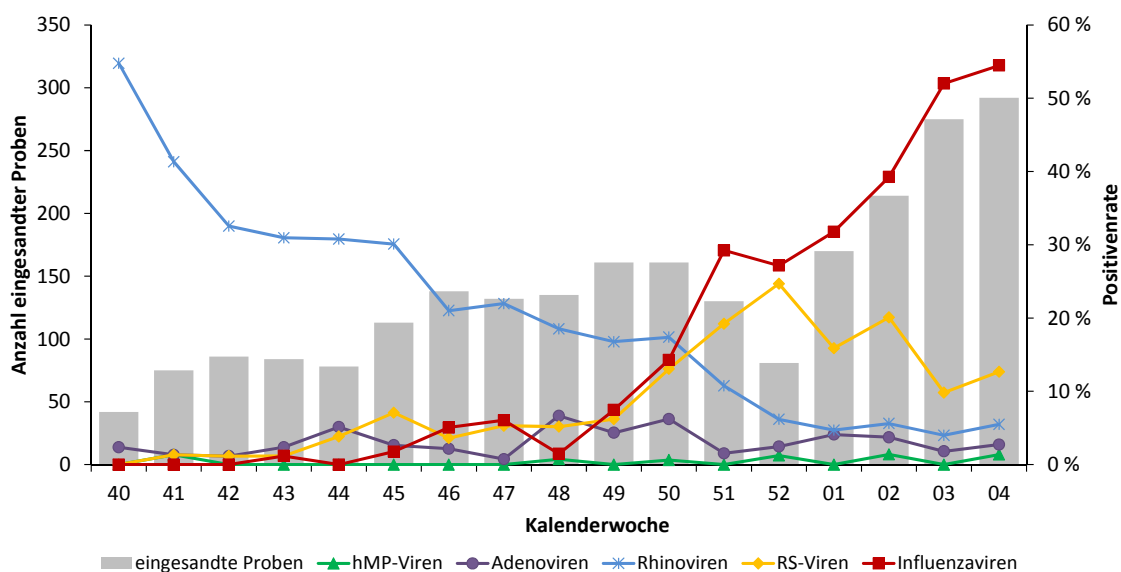


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2016 bis zur 4. KW 2017.

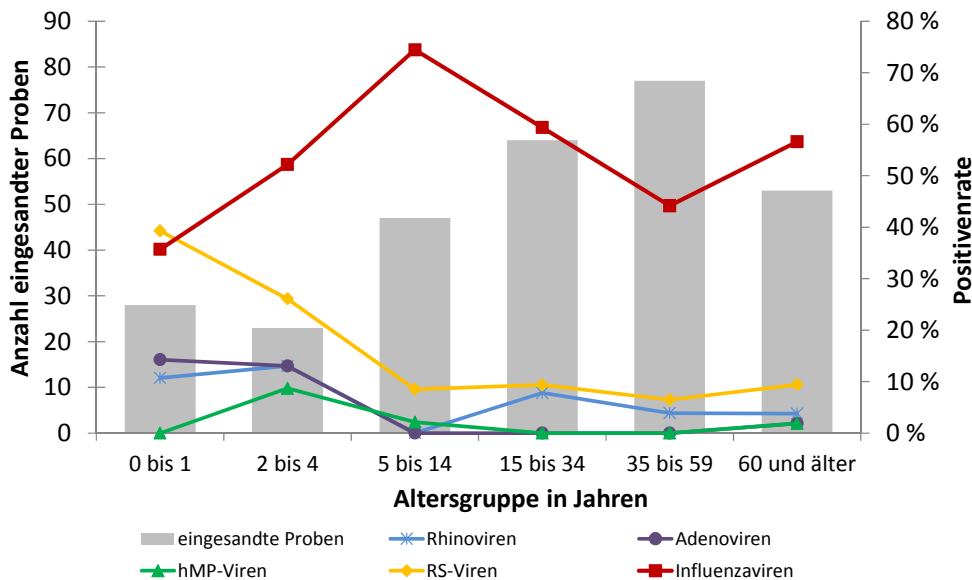


Abb. 4: Anteil (Positivrate, rechte y-Achse, Linien) der Nachweise für Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 4. KW 2017.

Charakterisierung der Influenzaviren

Seit Beginn der Saison 2016/17 wurden bisher im NRZ 311 Influenzaviren angezüchtet und/oder in Bezug auf ihre antigenen und/oder genetischen Eigenschaften analysiert. Darunter befinden sich 303 Influenza A(H3N2)-, zwei Influenza A(H1N1)pdm09- und sechs 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 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 62 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 sechs Influenza B-Viren zeigen eine gute antigene Übereinstimmung mit den beiden Impfstoffkomponenten B/Phuket/3073/2013 bzw. B/Brisbane/60/2008.

Im phänotypischen Neuraminidase-Inhibitionsassay zeigten sich alle untersuchten 103 A(H3N2)-Influenzaviren, ein A(H1N1)pdm09-Virus sowie zwei 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 4. MW 2017 wurden bislang 9.422 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 6.565 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.805 (19 %) der 9.422 Fälle wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2016 wurden insgesamt 27.403 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle (darunter 20.161 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt. Bei 6.414 (23 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 31.01.2017).

Seit der 40. KW 2016 wurden 117 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter für die 4. MW 24 neu übermittelte Ausbrüche in einer Schule, sieben Kindertagesstätten, vier Alten-/Pflegeheimen, einer Seniorentagesstätte, drei Reha-Kliniken und acht Krankenhäusern.

Bislang wurden 85 Todesfälle mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt, davon 78 (92 %) aus der Altersgruppe der über 59-Jährigen. Bei den Fällen wurde als Erreger 75-mal Influenza A, sechsmal Influenza nicht nach A oder B differenziert und jeweils zweimal Influenza A(H3N2)- bzw. B-Virus angegeben.

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

		51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	Gesamt ab 40. MW 2016
Influenza	A(nicht subtypisiert)	1.075	1.365	2.184	3.731	5.703	8.323	23.809
	A(H1N1)pdm09	4	0	11	10	13	24	86
	A(H3N2)	185	125	92	216	298	341	1.396
	nicht nach A / B differenziert	52	69	110	232	372	550	1.434
	B	37	40	54	91	126	184	678
Gesamt		1.353	1.599	2.451	4.280	6.512	9.422	27.403

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 4. KW (23.01. bis 29.01.2017) im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (8,0 %; Vorwoche: 7,8 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls stabil geblieben (2,7 %; Vorwoche: 2,6 %). Durch Nachmeldungen können sich die Werte der Vorwochen zum Teil noch deutlich 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 Robert Koch-Institut 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 Influenzäüberwachung des RKI im stationären Bereich ergänzt wird. Im Rahmen der Kooperation werden anonymisierte Daten von Patienten mit Haupt- oder Nebendiagnosen aus den Kapiteln J09-J22 (Influenza und Pneumonie sowie weitere akute Infektionen der unteren Atemwege) aus zurzeit etwa 80 Sentinelkrankenhäusern in 13 Bundesländern ausgewertet und mit entsprechenden Werten der Vorsaisons verglichen.

In der aktuellen Saison ist die Gesamtzahl der SARI-Fälle weiter gestiegen. Nachdem die Zahl der SARI-Fälle in der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen nach dem Jahreswechsel abgenommen hatte, stieg sie in der 3. KW 2017 wieder kräftig an und lag auf einem höheren Niveau als in den beiden Vorsaisons. Die Zahl der SARI-Fälle der über 59-jährigen ging in der 3. KW 2017 leicht zurück, lag jedoch erneut auf einem deutlich höheren Niveau als der Wert im gleichen Zeitraum der beiden Vorjahre. Zu beachten ist, dass sich die Zahlen in der aktuellen Saison durch aktualisierte Daten in den Folgewochen noch ändern können.

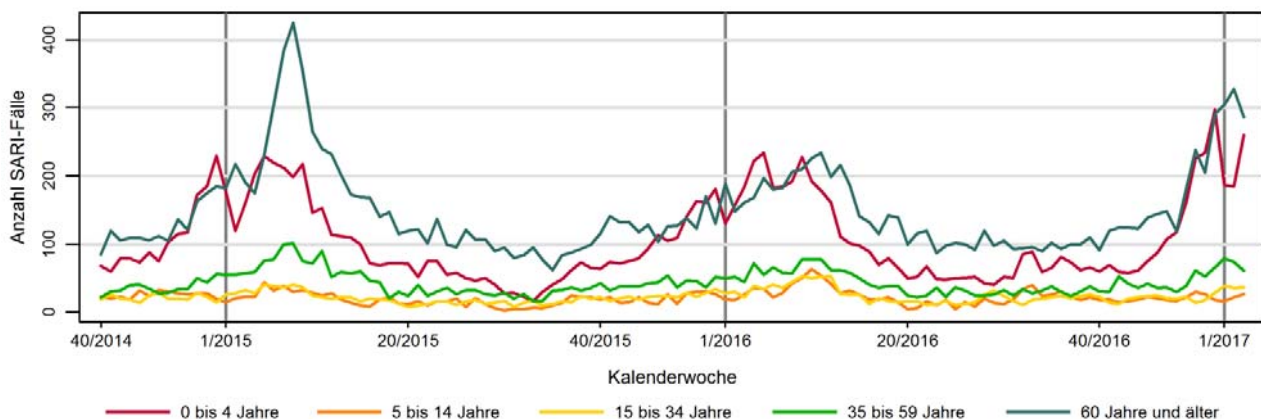


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2014 bis zur 3. KW 2017, Daten von 77 der 83 Sentinelkrankenhäuser. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

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

³ Nähere Informationen sind abrufbar unter <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2015.pdf> Kapitel 7.2, ICOSARI – ICD-10 Code basierte Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen, Seite 72

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von den 43 Ländern, die für die 3. KW 2017 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten sechs Länder über eine hohe bzw. sehr hohe Aktivität. In 26 Ländern wurde über eine mittlere und in elf Ländern über eine niedrige Aktivität berichtet.

Von 3.428 Sentinelproben sind 1.681 (49 %) Proben positiv auf Influenza getestet worden, davon 1.625 (97 %) mit Influenza A und 56 (3 %) mit Influenza B. In Ländern, die mindestens zehn Sentinelproben untersuchten, verzeichneten 26 Länder eine Influenza-Positivenrate von über 30 %.

Seit der 40. KW 2016 dominierten Influenza A-Viren mit dem Subtyp A(H3N2) (Abb. 6). In 416 Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen. Von den 215 Influenza B-Virusnachweisen, die weiter charakterisiert wurden, gehörten 144 (67 %) zur Victoria-Linie und 71 (33 %) zur Yamagata-Linie.

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

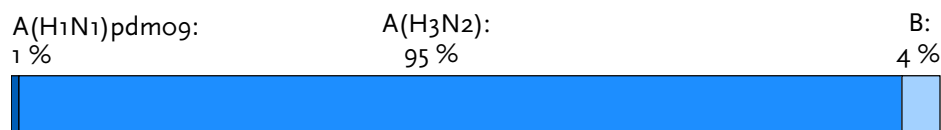


Abb. 6: Verteilung der seit der 40. KW 2016 an TESSy berichteten Nachweise von A(H3N2)-, A(H1N1)pdm09- und B-Viren im Rahmen der europäischen Sentinelsysteme. Nicht subtypisierte Influenza A-Viren wurden proportional auf die Subtypisierten verteilt.

Rapid Risk Assessment zur Influenzasaison 2016/17 (ECDC, 25.01.2017):

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat seine Risikobewertung (Rapid Risk Assessment, RRA) der aktuellen Influenzasaison aktualisiert:

Während die saisonale Grippewelle in manchen Ländern wie Portugal und Italien bereits ihren Höhepunkt erreicht bzw. überschritten hat, nimmt die Influenza-Aktivität in anderen Ländern der EU, wie z. B. in Frankreich, Griechenland, Spanien und im Vereinigten Königreich (insbesondere Schottland) noch zu. EU-Mitgliedsstaaten sollten kritisch die Ressourcen im Gesundheitssystem bewerten, um Influenza-Patienten mit einem erhöhten Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs rasch versorgen zu können und somit Lücken in der Gesundheitsversorgung zu schließen und möglichst Todesfälle zu vermeiden. Das ECDC betont, dass alle EU-Mitgliedsstaaten Informationen, welche eine schnelle Risikobewertung erlauben, sammeln und teilen sollen. In EU-Mitgliedstaaten, in denen der Höhepunkt der Grippewelle noch nicht erreicht ist, sollte die Impfung von Hochrisikogruppen fortgesetzt werden. Aufgrund der niedrigen Durchimpfungsrate gegen Grippe innerhalb der Bevölkerung der meisten EU-Mitgliedsstaaten und aufgrund der suboptimalen Wirksamkeit des Influenza-Impfstoffes, sollte auch der zeitgerechte Einsatz von Neuraminidase-Hemmern, idealerweise innerhalb von 48 Stunden nach dem Auftreten erster Symptome, bei geimpften und ungeimpften Verdachtsfällen und laborbestätigten Influenza-Fällen innerhalb der Hochrisikogruppe erwogen werden. Auch eine Postexpositionsprophylaxe sollte bei Kontaktpersonen aus den Hochrisikogruppen immer erwogen werden. Das RRA ist abrufbar unter: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Risk-assessment-seasonal-influenza-2016-2017.pdf>.

Humane Erkrankungen mit aviären Influenza A-Viren (WHO, ECDC)

Seit dem letzten WHO-Update (Monthly Risk Assessment: Influenza at the Human-Animal Interface) vom 19.12.2016 gab es keinen neuen laborbestätigten, humanen Fall mit Influenza A(H5)-Viren.

Bis zum 16.01.2017 wurden 918 laborbestätigte, humane Fälle mit aviärer Influenza-Infektion A(H7N9), darunter 359 (39 %) Todesfälle, von der WHO bestätigt. Damit gab es 110 neue laborbestätigte, humane Fälle, darunter 106 aus China, seit dem letzten Update vom 19.12.2016.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde ein laborbestätigter, humaner Fall mit Influenza A(H7N2)-Viren aus den USA an die WHO berichtet. Der Patient hatte engen Kontakt zu erkrankten Katzen mit A(H7N2)-Virusinfektion. Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung wurde bisher nicht detektiert.

Ein humaner Fall mit Influenza A(H9N2) wurde an die WHO berichtet. Dabei handelt sich um ein sieben Monate altes Mädchen aus China.

Die Risikoeinschätzung der WHO bleibt unverändert. Bislang gibt es für die bekannten aviären Influenzavirussubtypen 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/HAI_Risk_Assessment/en/.

Das ECDC hat ebenfalls eine Risikoeinschätzung (Risk Assessment, RA) zu humanen Infektionen mit aviären Influenza A(H7N9)-Viren in Europa am 27.01.2017 veröffentlicht: Seit dem 31.03.2013 wurde über 1.033 laborbestätigte Fälle mit aviärer Influenza A(H7N9) berichtet. Ein starker Anstieg wurde seit Anfang Dezember 2016 aus China berichtet. Ein Infektionsrisiko für die EU Bevölkerung besteht wie auch in den letzten drei Infektionswellen in der Wintersaison beim Besuch von Geflügelmärkten oder Aufenthalt in mit Influenza A(H7N9)-kontaminierter Umgebung in China. Aus diesem Grund empfiehlt das ECDC, Märkte mit lebenden Vögeln, Bauernhöfe sowie den generellen Kontakt mit lebendem Geflügel oder dessen Kot in China zu meiden. Nahrung sollte nur vollständig gegart konsumiert werden. Die Risikoeinschätzung ist abrufbar unter: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/rra-influenza-a-h7n9-update-five.pdf>.

Informationen zu aviärer Influenza sind auf den RKI-Seiten abrufbar unter: <http://www.rki.de/vogelgrippe>.

Weitere Informationen des RKI zu Influenza

Auf den RKI-Internetseiten zu Influenza sind häufig gestellte Fragen und Antworten zur Grippe aufgeführt, u. a. auch „Welche saisonalen Grippeviren kommen beim Menschen vor, und wie wirken sie sich in Grippewellen aus?“ Es wird darauf hingewiesen, dass bei Grippewellen, in denen Influenza A(H3N2)-Viren dominieren, besonders ältere und hochbetagte Menschen von schweren Krankheitsverläufen betroffen sind. Nähere Informationen sind abrufbar unter http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ_Liste.html.

In dieser Altersgruppe ist die Grippe-symptomatik häufig nicht so typisch wie bei jungen Erwachsenen oder Kindern, insbesondere muss die Erkrankung nicht mit Fieber einhergehen. Trotzdem hat diese Altersgruppe das höchste Risiko für Komplikationen, die häufigste Komplikation einer Influenzaerkrankung bei Erwachsenen ist die Pneumonie. Ältere Menschen sollten jetzt in der Grippewelle auch bei nicht fieberhaften akuten Atemwegserkrankungen frühzeitig ihren Hausarzt konsultieren, der dann gegebenenfalls spezifisch die Influenza oder bei Vorliegen einer Pneumonie diese therapieren kann.

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/I/Influenza/IPV/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.html.

Das Weltgesundheitsorganisation (Region Europa) hat eine umfangreiche Dokumentation zur Verhinderung und Kontrolle von saisonalen Influenzaausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen veröffentlicht (englisch), abrufbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/330225/LTCF-best-practice-guidance.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 scheidet 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.