



Influenza-Wochenbericht

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Buchholz U, Tolksdorf K, Prahm K, Gau P, Preuß U, Haas W und die AGI-Studiengruppe*

Kalenderwoche 10 (03.03. bis 09.03.2018)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 10. Kalenderwoche (KW) 2018 bundesweit gesunken, die Werte des Praxisindex lagen in der 10. KW insgesamt weiterhin im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind insgesamt leicht gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 10. KW 2018 in 288 (77 %) von 374 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es wurden hauptsächlich Influenzaviren detektiert, die Influenza-Positivenrate lag bei 66 %. Alle anderen untersuchten Erreger wurden nur sporadisch nachgewiesen.

In der 10. Meldewoche (MW) wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 46.382 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Damit sind 215.540 Fälle seit der 40. MW 2017 übermittelt worden (Datenstand 13.03.2018).

Die Grippewelle hat in der 52. KW 2017 begonnen. Die Influenza-Aktivität ist in der 10. KW 2018 weiterhin hoch.

Influenza B-Viren (mit 99 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 72 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 25 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 3 %.

Weitere Informationen zur aktuellen Influenzasaison

Während saisonaler Grippewellen sollte bei Symptomen einer akuten Atemwegserkrankung bei ungeimpften, aber auch geimpften Personen an Influenza gedacht werden. Bei bestimmten Patientengruppen mit erhöhtem Risiko für schwere Verläufe (vorliegende Grunderkrankungen, höheres Alter) oder bei schweren Krankheitsverläufen sollte frühzeitig eine antivirale Behandlung in Betracht gezogen werden.

Weitere Informationen sind abrufbar in den FAQ zur Influenzaimpfung:

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/faq_ges.html sowie im RKI-Ratgeber für Ärzte – saisonale Influenza unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html.

Zur Wirksamkeit antiviraler Arzneimittel bei einer Post-Expositionsprophylaxe bzw. therapeutischen Anwendung sind Informationen abrufbar unter:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/183909/Antivirale-Arzneimittel-bei-saisonal-und-pandemischer-Influenza>.

Seit der 40. MW 2017 wurden 440 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 104 Ausbrüche in Krankenhäusern, 90 in Kindergärten, 51 in Schulen, 34 in Alten-/Pflegeheimen, 29 in Reha-Einrichtungen, 13 in Betreuungseinrichtungen, sechs in privaten Haushalten, jeweils sieben in medizinischen Behandlungseinrichtungen bzw. in Wohnstätten / Wohnheimen sowie 99 Ausbrüche ohne Angabe zum Infektionsumfeld.

Informationen zum Management von respiratorischen Ausbrüchen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, u. a. auch eine Checkliste für Gesundheitsämter und betroffene Einrichtungen, sind abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Archiv_Management.html.

Am 01.03.2018 wurden vorläufige Ergebnisse zur Wirksamkeit des Influenzaimpfstoffs in Europa publiziert. In die Auswertung sind auch Daten aus der Arbeitsgemeinschaft Influenza eingeflossen.

Die Veröffentlichung kann abgerufen werden (in englischer Sprache) unter:

<http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.9.18-00086>.

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

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 10. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt sowie in den vier AGI-Großregionen weiterhin im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Der Praxisindex hatte in der 8. KW den höchsten Wert der vergangenen zehn Jahre erreicht. Der Höhepunkt der Grippewelle scheint überschritten zu sein. Die Schwere der Grippewelle lässt sich aber erst nach Saisonende unter Berücksichtigung weiterer Datenquellen bewerten.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 3. KW bis zur 10. KW 2018.

AGI-(Groß-)Region	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW
Süden	120	150	173	195	251	252	231	221
Baden-Württemberg	120	157	170	200	296	282	254	235
Bayern	121	144	176	189	205	223	208	208
Mitte (West)	125	140	167	187	276	325	316	267
Hessen	112	130	145	175	222	277	314	279
Nordrhein-Westfalen	136	150	180	192	300	350	297	260
Rheinland-Pfalz, Saarland	126	141	176	194	305	347	337	262
Norden (West)	143	169	187	191	224	241	256	261
Niedersachsen, Bremen	122	148	165	185	232	271	258	256
Schleswig-Holstein, Hamburg	165	190	208	197	216	211	254	265
Osten	120	143	163	188	217	268	257	273
Brandenburg, Berlin	130	157	185	187	219	219	235	257
Mecklenburg-Vorpommern	110	132	154	189	195	211	231	280
Sachsen	128	142	178	192	258	356	269	277
Sachsen-Anhalt	105	146	153	180	202	279	263	281
Thüringen	130	139	146	192	211	275	286	270
Gesamt	125	148	172	190	243	273	262	253

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

An der ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2017/18 bisher 554 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 10. KW in der Saison 2017/18 lagen 407 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

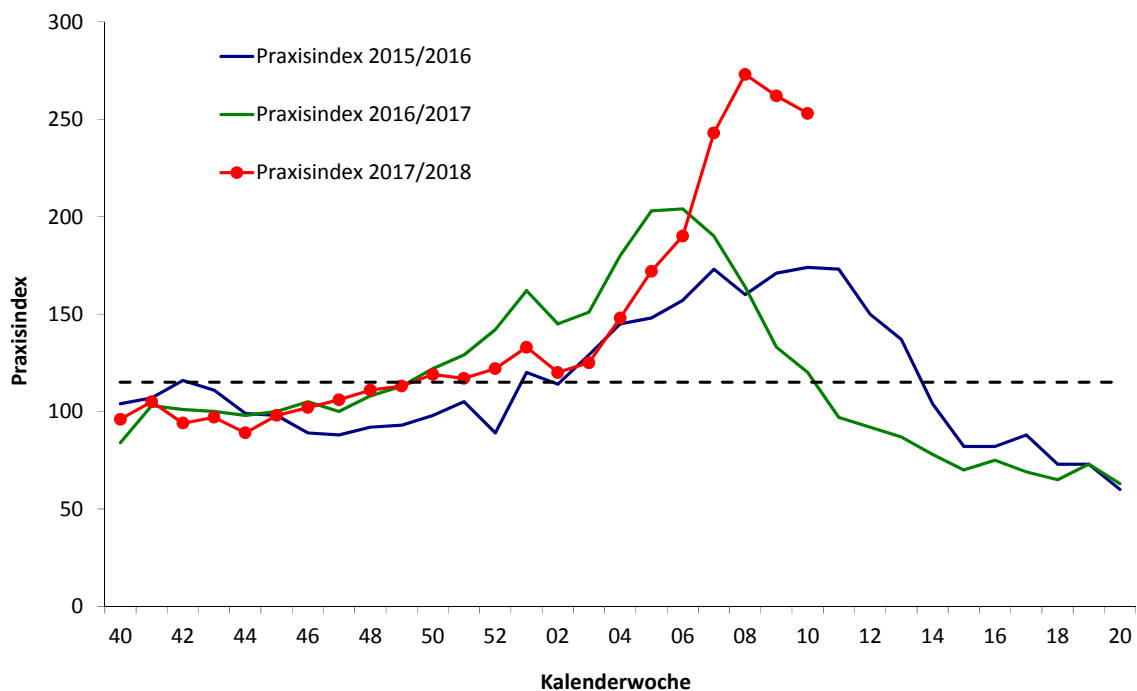


Abb. 1: Praxisindex bis zur 10. KW 2018 im Vergleich zu den Saisons 2016/17 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

* 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

Die Werte der Konsultationsinzidenz sind in der 10. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt und in fast allen Altersgruppen leicht gesunken, mit Ausnahme der Altersgruppe der über 60-Jährigen, in der die Werte stabil geblieben sind (Abb. 2). Die Gesamt-Konsultationsinzidenz erreichte einen Wert von knapp 2.700 ARE-Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner. In der 8. KW wurde der bisher höchste Wert in dieser Saison mit mehr als 3.000 ARE-Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner und damit auch in den letzten zehn Saisons erreicht.

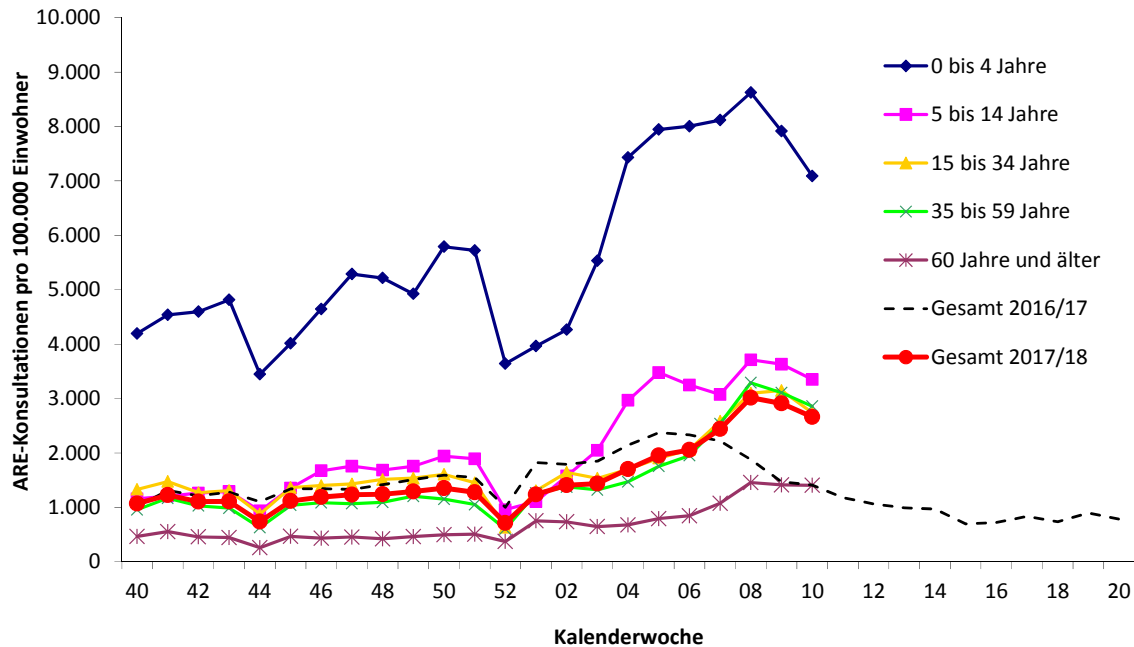


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2017 bis zur 10. KW 2018 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2016/17 ist ebenfalls dargestellt.

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 10. KW 2018 insgesamt 374 Sentinelproben von 106 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 288 (77 %) von 374 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 10. KW 2018 wurden in 247 (66 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [60; 71]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter 160-mal Influenza B, 82-mal Influenza A(H1N1)pdm09 und siebenmal Influenza A(H3N2). In 19 (5 %; 95 % KI [3; 8]) Proben wurden Respiratorische Synzytial-Viren (RSV), in 15 (4 %; 95 % KI [2; 7]) Proben humane Metapneumoviren (hMPV), in 13 (3 %; 95 % KI [1; 6]) Proben Rhinoviren sowie in neun (2 %; 95 % KI [1; 5]) Proben Adenoviren nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 13.03.2018).

Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen in der aktuellen Berichtswoche weiterhin auf Influenzaviren zurückzuführen (Abb. 3).

Unter den Erkrankungen gab es 15 Doppelinfektionen, darunter zwei Proben mit jeweils Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren. Eine Dreifachinfektion wurde detektiert mit Influenza B-Viren, RSV und Rhinoviren.

In der bisherigen Saison war die Influenza A(H1N1)pdm09-Positivenrate mit 21 % in der Altersgruppe der 2- bis 4-jährigen am höchsten. Die Influenza B-Positivenrate war in der Altersgruppe der 5- bis 14-jährigen mit 41 % am höchsten und bleibt auch in den Altersgruppen der Erwachsenen hoch (zwischen 24 % und 35 %) (Abb. 4).

Influenza B-Viren (mit 99 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 72 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 25 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 3 %.

Weitere Informationen zu täglich aktualisierten Ergebnissen der virologischen Surveillance des NRZ für Influenza sowie zu den Ergebnissen der mit der AGI kooperierenden Landeslabors sind abrufbar unter:

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

Tab. 2: Anzahl der seit der 40. KW 2017 (Saison 2017/18) im NRZ für Influenza im Rahmen des Sentinels identifizierten Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren.

	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	Gesamt ab 40. KW 2017
Anzahl eingesandter Proben*	308	370	356	397	396	418	374	4.569
Probenanzahl mit Virusnachweis	228	247	227	290	295	315	288	2.721
Anteil Positive (%)	74	67	64	73	74	75	77	60
Influenza	A(H ₃ N ₂)	5	2	7	7	7	7	61
	A(H ₁ N ₁)pdm09	31	38	27	61	53	86	450
	B	126	156	136	167	182	192	1.320
	Anteil Positive (%)	52	53	48	59	60	67	40
RS-Viren	27	19	20	17	23	16	19	194
Anteil Positive (%)	9	5	6	4	6	4	5	4
hMP-Viren	25	19	25	26	15	16	15	207
Anteil Positive (%)	8	5	7	7	4	4	4	5
Adenoviren	7	8	6	10	14	4	9	145
Anteil Positive (%)	2	2	2	3	4	1	2	3
Rhinoviren	16	21	16	21	19	16	13	499
Anteil Positive (%)	5	6	4	5	5	4	3	11

* 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.

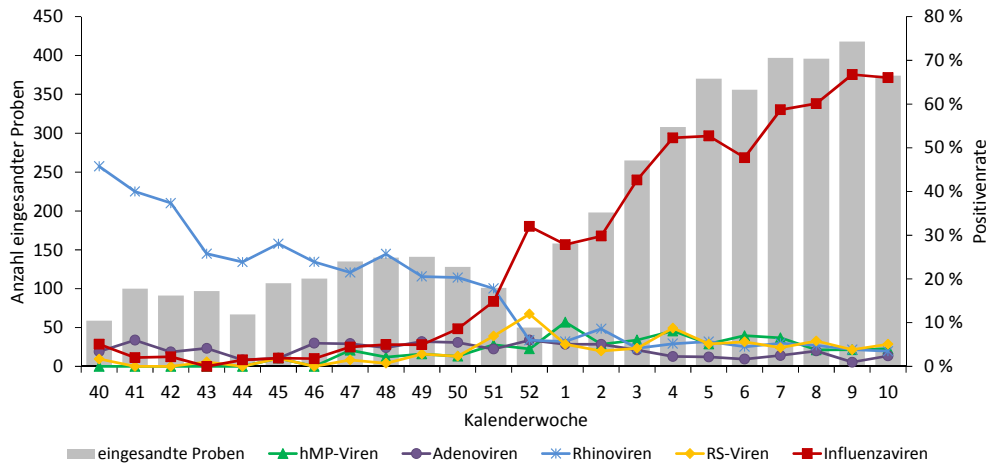


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 10. KW 2018.

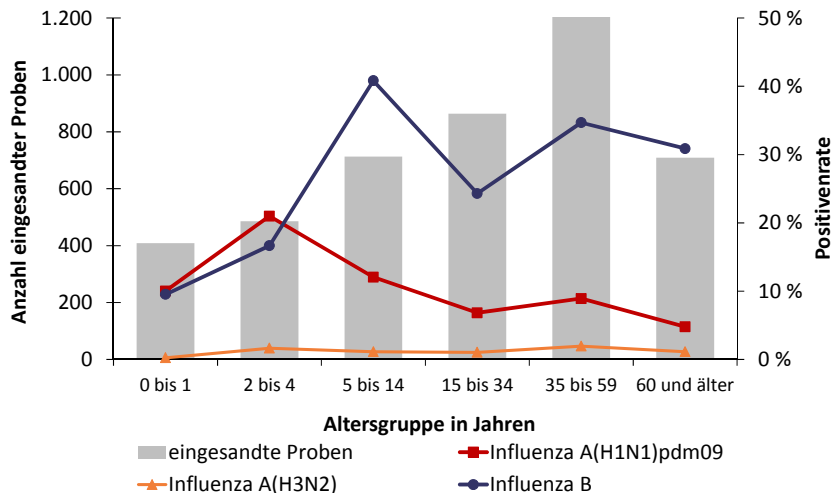


Abb. 4: Anteil (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) der Nachweise für Influenza A(H₁N₁)pdm09, Influenza A(H₃N₂) und Influenza B an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 10. KW 2018.

Charakterisierung der Influenzaviren

In der Saison 2017/18 wurden bisher 93 Viren bezüglich ihrer genetischen Eigenschaften im NRZ für Influenza analysiert (Tab. 3).

Tab. 3: Genetische Charakterisierung

Influenzaviruscluster	%	Ns/N
A(H1N1)pdm09 6B.1 Michigan/45/2015-like ^{1,2}	100 %	29/29
A(H3N2) 3C.2a Hong Kong/4801/2014-like ^{1,2}	100 %	15/15
A(H3N2) 3C.2a1 Subgruppe (Singapore/INFIMH-16-0019/2016-like)	13 %	2/15
A(H3N2) 3C.2a1a Subsubgruppe ³	7 %	1/15
A(H3N2) 3C.2a1b Subsubgruppe ³	7 %	1/15
A(H3N2) 3C.2a2 Subgruppe ³	73 %	11/15
A(H3N2) 3C.2a3 Subgruppe ³	13 %	2/15
A(H3N2) 3C.2a4 Subgruppe ³	0 %	0/15
B/Yam 3 Phuket/3073/2013-like ²	100 %	43/43
B/Vic 1A Brisbane/60/2008-like ^{1,2}	100 %	6*/6
B/Vic 1A Subgruppe (Brisbane/60/2008-like)	17 %	1*/6
B/Vic 1A Δ162-163 Subgruppe (Norway/2409/2017-like)	83 %	5/6
B/Vic 1A Δ162-164 Subgruppe	0 %	0/6

N: Anzahl der untersuchten Viren; Ns: Anzahl der im genetischen Cluster gruppierten Viren (Sequenzierung des für das Hämagglutinin kodierenden Gens und anschließende phylogenetische Analyse); die genetische Charakterisierung erfolgt anhand von Clustern in phylogenetischen Analysen und ermöglicht keine Aussagen zur Kreuzprotektion der Viren wie sie durch die antigene Charakterisierung erfolgt; * eine Nicht-Sentinel-Probe einbezogen; B/Yam Yamagata-Linie; B/Vic, Victoria-Linie

881 Influenzaviren wurden in Zellkultur isoliert: 275 A(H1N1)pdm09, 39 A(H3N2), 554 B/Yam und 13 B/Vic. Ein repräsentativer Anteil der aus Proben des AGI-Sentinel isolierten Viren wurde auf ihre antigenen Eigenschaften untersucht. Alle A(H1N1)pdm09 Influenzaviren zeigten eine sehr hohe Reaktivität mit gegen das Impfantigen gerichtetem Immuserum (Tab. 4). Die B/Yam Influenzaviren hatten bis zur 8. KW eine hohe Reaktivität mit dem gegen den Impfstamm generierten Immuserum. Seit der 9. KW gibt es zunehmend Isolate mit einer 2- bis 3-fachen Titerreduktion im Hämagglutinationshemmtest gegen das Immuserum B/Phuket/3073/13 im Vergleich zu den bisher zirkulierenden B/Yam Influenzaviren (Prozentsatz der B/Yam Influenzavirusisolate mit verminderter Reaktivität 9. KW: 19 %, 10. KW: 49 %). Bei den B/Vic Influenzaviren reagieren die Viren der 1A Δ162-163 Subgruppe nur schwach oder nicht mit dem gegen den Impfstamm B/Brisbane/60/2008 etablierten Immuserum, aber deutlich mit einem Immuserum gegen B/Norway/2409/2017. Nur 28 % der A(H3N2) Influenzaviren hatten hämagglutinierende Aktivität. Die A(H3N2) Influenzaviren werden im Neutralisationstest durch das entsprechende Immuserum neutralisiert.

Tab. 4: Antigene Charakterisierung

Influenzavirussubtyp/-linie	%	Ni/N
A(H1N1)pdm09 Michigan/45/2015-like ^{1,2}	100 %	267/267
A(H3N2) Hong Kong/4801/2014-like ^{1,2}	100 %	22/22
B/Yam Phuket/3073/2013-like ²	100 %	548/548
B/Vic Brisbane/60/2008/like ^{1,2}	85 %	11/13

Ni: Anzahl der vom spezifischen Immuserum inhibierten Viren (untersucht mittels Hämagglutinationshemmtest außer A/H3N2 mit Neutralisationstest); N: Anzahl der untersuchten Viren

Insgesamt wurden 252 Viren auf ihre Empfindlichkeit gegenüber den Neuraminidase-Inhibitoren Oseltamivir und Zanamivir untersucht (Tab. 5). Dabei waren alle im phänotypischen Assay getesteten Virusisolate (239) gegen die Neuraminidase-Inhibitoren sensitiv. Die Genotypisierung von 42 Viren zeigte ein Influenza B/Yam-Virus mit einer Mutation in der Neuraminidase (NA-D198N), die mit einer verminderten Suszeptibilität gegenüber Oseltamivir und Zanamivir assoziiert ist (genotypische Resistenz). Das Virus verfügt über verminderte Wachstumseigenschaften (virale Fitness) und war in der Zellkultur nicht anzüchtbar.

¹ Impfantigen im trivalenten Impfstoff Saison 2017/18

² Impfantigen im tetravalenten Impfstoff Saison 2017/18

³ Nomenklatur entsprechend https://www.crick.ac.uk/media/409431/crick_feb2018_report_for_the_web.pdf aktualisiert

Tab. 5: Suszeptibilität gegen antivirale Arzneimittel

Influenzavirussubtyp/-linie	Oseltamivir		Zanamivir	
	%	Ns/N	%	Ns/N
A(H1N1)pdm09	100 %	69/69	100 %	69/69
A(H3N2)	100 %	27/27	100 %	27/27
B/Yam	99 %	149/150	99 %	149/150
B/Vic	100 %	6/6	100 %	6/6

Ns: Anzahl der suszeptiblen Viren; N: Anzahl der untersuchten Viren

Weitere Ergebnisse des NRZ sowie eine Aufstellung zu den in den letzten Saisons zirkulierenden Anteilen der Influenza B-Linien sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/CirculatingViruses.aspx>.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 10. MW 2018 wurden bislang 46.382 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 30.752 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition⁴) an das RKI übermittelt (Tab. 6). Bei 7.632 (16 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren. Zu beachten ist, dass nur bei einem sehr kleinen Teil von Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen Probenmaterial aus den Atemwegen entnommen und auf Influenzaviren getestet wird. Daher spiegeln die Meldedaten den zeitlichen Verlauf einer Grippewelle mit zusätzlichen wichtigen Einzelfall-Informationen wider, aber nicht die gesamte Krankheitslast in der Bevölkerung.

Seit der 40. MW 2017 wurden insgesamt 215.540 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen an das RKI übermittelt. Bei insgesamt 35.803 (17 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 13.03.2018).

Seit der 40. MW 2017 wurden 440 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 104 Ausbrüche in Krankenhäusern, 90 in Kindergärten, 51 in Schulen, 34 in Alten-/Pflegeheimen, 29 in Reha-Einrichtungen, 13 in Betreuungseinrichtungen, sechs in privaten Haushalten, jeweils sieben in medizinischen Behandlungseinrichtungen bzw. in Wohnstätten / Wohnheimen sowie 99 Ausbrüche ohne Angabe zum Infektionsumfeld.

Bislang wurden 526 Todesfälle mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt (385-mal Influenza B, 100-mal Influenza A, 19-mal Influenza A(H1N1)pdm09, 21-mal Influenza nicht nach A oder B differenziert, einmal Influenza A(H3N2)). 86 % der Fälle waren 60 Jahre oder älter.

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzotyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E⁴)

	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2017
Influenza A(nicht subtypisiert)	2.678	3.181	4.337	7.361	9.352	11.156	42.585
A(H1N1)pdm09	338	403	494	799	1.045	1.442	5.211
A(H3N2)	19	12	20	43	50	52	236
nicht nach A / B differenziert	739	845	1.091	1.965	2.167	1.652	9.597
B	13.103	15.285	19.595	28.716	33.141	32.080	157.911
Gesamt	16.877	19.726	25.537	38.884	45.755	46.382	215.540

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 10. KW (05.03. bis 11.03.2018) im Vergleich zur Vorwoche gesunken (8,5 %; Vorwoche: 9,1 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken (3,2 %; Vorwoche: 3,6 %). 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>.

⁴Nähere Informationen sind abrufbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html.

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)⁵ aufgebaut, mit der die Influenzaüberwachung des RKI im stationären Bereich ergänzt wird.

In der 9. KW 2018 ist die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) wieder leicht gestiegen. Insbesondere in der Altersgruppe der 15- bis 34-jährigen sind die SARI-Fallzahlen stark gestiegen, bei den Schulkindern (Altersgruppe 5- bis 14 Jahre) sowie in der ältesten Altersgruppe (60 Jahre und älter) kam es ebenfalls zu einem Anstieg der Fallzahlen. In der Altersgruppe der 35- bis 59-jährigen kam es dagegen zu einem leichten Rückgang der Fallzahlen.

Die Zahl der SARI-Fälle in der jüngsten Altersgruppe (0 bis 4 Jahre) befindet sich in der 9. KW 2018 auf einem höheren Niveau als in den 9. KW der drei Vorsaisons, liegt jedoch noch unter den bisherigen Maximalwerten aus drei Vorsaisons. In allen anderen Altersgruppen liegen die SARI-Fallzahlen in der 9. KW 2018 deutlich über den bisherigen Maximalwerten aus drei Vorsaisons.

Zu beachten ist, dass sich die Zahlen in der aktuellen Saison durch aktualisierte Daten in den Folgewochen noch ändern können.

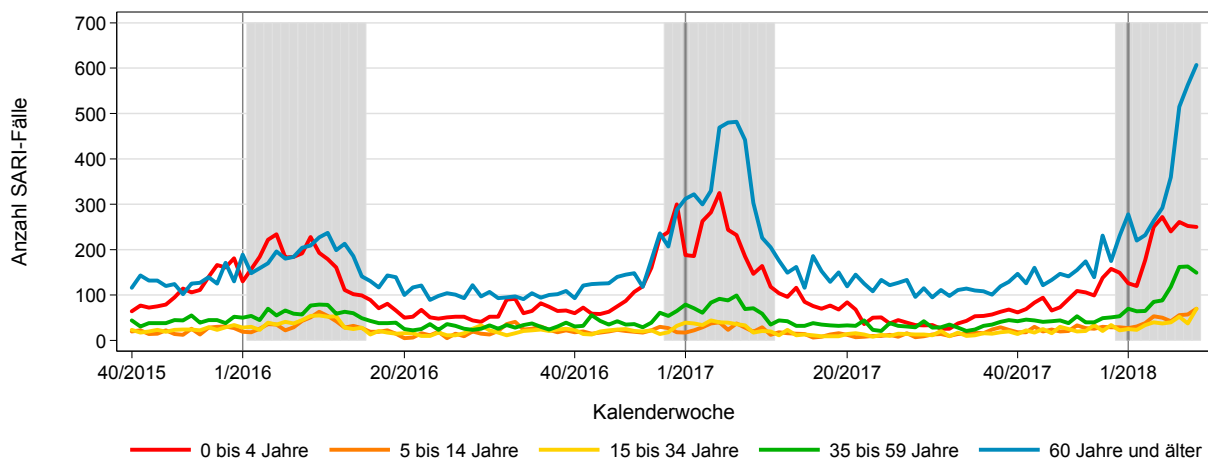


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2015 bis zur 9. KW 2018, Daten aus 77 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von den Ländern, die für die 9. KW 2018 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 14 Länder über eine niedrige, 26 Länder über eine mittlere, sieben (darunter auch Deutschland) über eine hohe und Luxemburg über eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Für die 9. KW sind 1.405 (49 %) von 2.885 Sentinelproben positiv auf Influenza getestet worden. In 863 Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen, darunter 385 ohne Angabe der Linie, 468 aus der Yamagata-Linie und 10 aus der Victoria-Linie. In 265 Proben wurden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, in 121 Influenza A(H3N2)-Viren und in 156 nicht subtypisierte Influenza A-Viren detektiert.

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

Vorläufige Ergebnisse zur Wirksamkeit des Influenzaimpfstoffs für die Saison 2017/18 in Europa

Am 01.03.2018 wurden vorläufige Ergebnisse zur Wirksamkeit des Influenzaimpfstoffs in Europa publiziert. In die Auswertung sind auch Daten aus der Arbeitsgemeinschaft Influenza eingeflossen. Insgesamt liegt die Wirksamkeit der Impfung zwischen 25 und 52 % gegen Influenza in allen Altersgruppen. Gegen Influenza A(H1N1)pdm09 wurde die Wirksamkeit auf 55 bis 68 % geschätzt, gegen Influenza A(H3N2) war die Wirksamkeit niedrig und lag zwischen -42 bis 7 % und gegen Influenza B wurde eine Wirksamkeit zwischen 36 und 54 % geschätzt: <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.9.18-00086>.

⁵ Nähere Informationen sind abrufbar unter <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2016.pdf>, Kapitel 7.3, ICOSARI – ICD-10-Code basierte Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen, Seite 81.