



Influenza-Wochenbericht

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

Kalenderwoche 42 (14.10. bis 20.10.2017)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 42. Kalenderwoche (KW) 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit gesunken, die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und damit auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 42. KW 2017 in 33 (43 %) von 77 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es wurden vorrangig Rhinoviren detektiert. Respiratorische Synzytial-Viren wurden keine nachgewiesen, Influenzaviren nur sporadisch.

In der 42. Meldewoche (MW) wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 32 und seit der 40. MW 2017 wurden 100 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt (Datenstand 24.10.2017).

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 42. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt sowie in allen AGI-Regionen auf einem jahreszeitlich üblichen, niedrigen Niveau im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

Tab. 1: Praxisindex* (bis 115 entspricht der ARE-Hintergrund-Aktivität) in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 35. bis zur 42. KW 2017.

AGI-(Groß-)Region	35. KW	36. KW	37. KW	38. KW	39. KW	40. KW	41. KW	42. KW
Süden	47	49	55	85	102	93	98	101
Baden-Württemberg	50	52	48	87	106	88	92	103
Bayern	44	46	62	83	99	97	103	99
Mitte (West)	71	74	104	113	108	96	98	83
Hessen	51	75	84	98	72	87	82	76
Nordrhein-Westfalen	52	53	84	109	121	103	103	82
Rheinland-Pfalz, Saarland	109	93	144	133	130	96	108	89
Norden (West)	51	57	68	79	80	81	103	91
Niedersachsen, Bremen	63	74	80	81	84	82	106	89
Schleswig-Holstein,	39	40	56	77	76	79	99	92
Osten	53	67	80	95	100	93	105	91
Brandenburg, Berlin	44	46	76	97	103	95	108	89
Mecklenburg-Vorpommern	33	40	70	89	107	91	111	92
Sachsen	65	91	78	78	105	91	118	79
Sachsen-Anhalt	55	69	93	107	80	93	89	107
Thüringen	69	88	85	103	104	93	99	90
Gesamt	58	63	78	94	101	93	103	91

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 2017/18 bisher 455 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 42. KW in der Saison 2017/18 lagen bisher 378 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

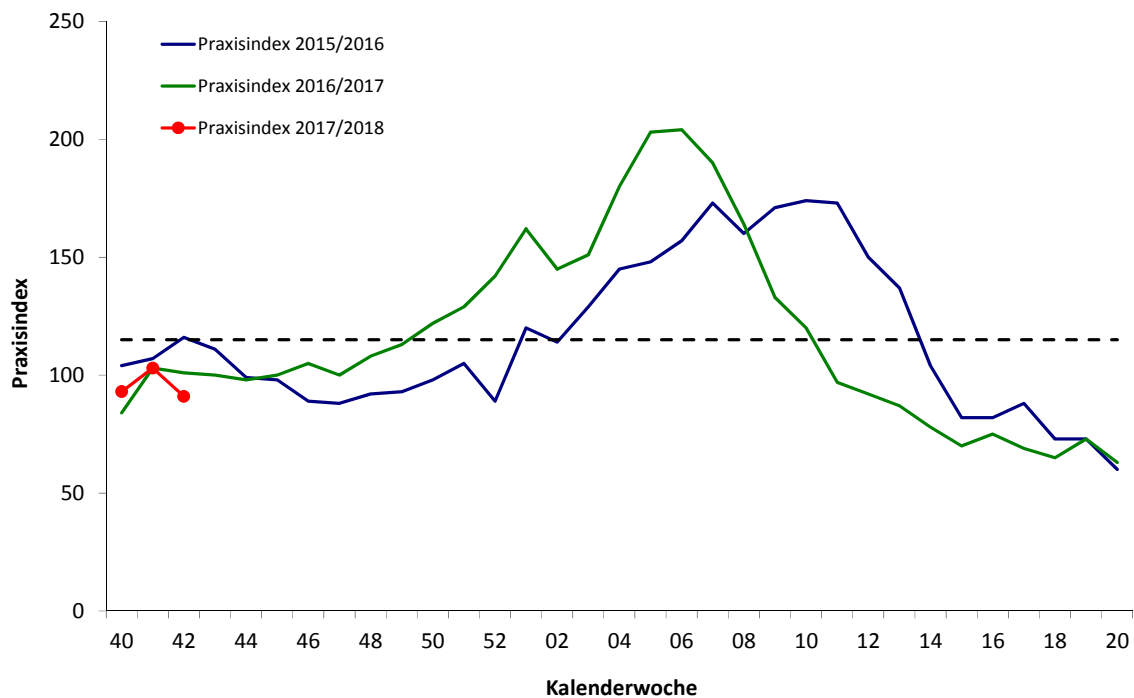


Abb. 1: Praxisindex der 42. KW 2017 im Vergleich zu den Saisons 2016/17 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

Die Werte der Konsultationsinzidenz sind in der 42. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken (Abb. 2).

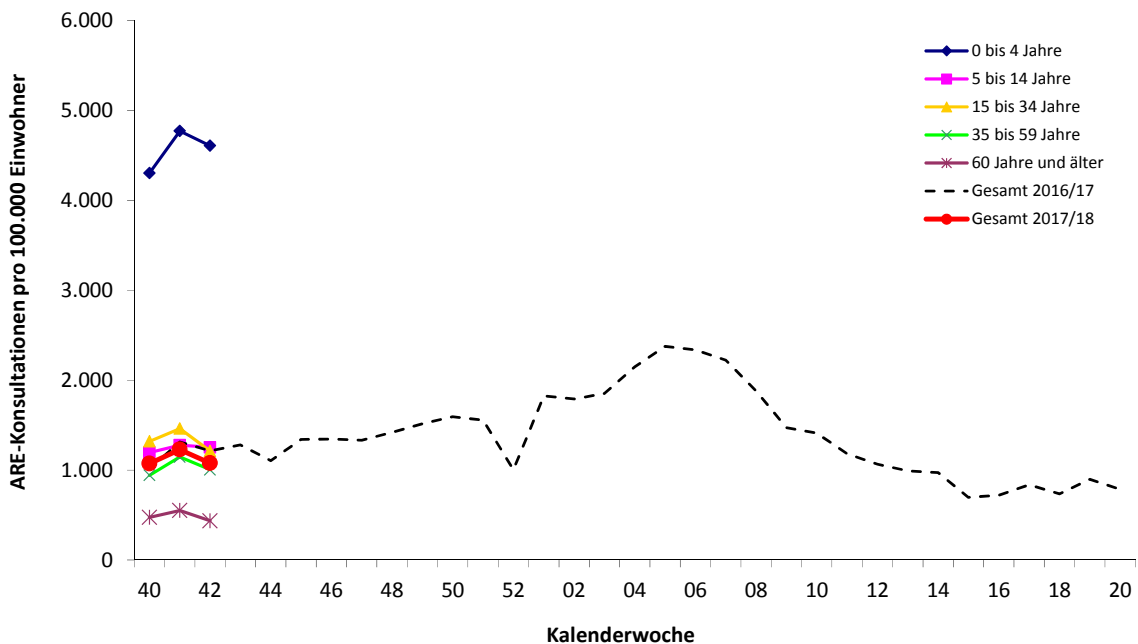


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW bis zur 42. KW 2017 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2016/17 ist ebenfalls dargestellt.

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 42. KW 2017 insgesamt 77 Sentinelproben von 41 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 33 (43 %) von 77 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In 28 (36 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [25; 49]) Proben wurden Rhinoviren, in drei (4 %; 95 % KI [0; 11]) Proben wurden Adenoviren und in zwei (3 %; 95 % KI [0; 10]) Influenzaviren nachgewiesen, davon einmal Influenza A(H1N1)pdm09 und einmal Influenza B (Tab. 2; Datenstand 24.10.2017).

Tab. 2: Anzahl der seit der 40. KW insgesamt und bis zur 42. KW 2017 (Saison 2017/18) im NRZ für Influenza im Rahmen des Sentinels identifizierten Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren.

	40. KW	41. KW	42. KW	Gesamt ab 40. KW 2017
Anzahl eingesandter Proben*	59	97	77	233
Probenanzahl mit Virusnachweis	30	41	33	104
Anteil Positive (%)	51	42	43	45
Influenza A(H3N2)	0	0	0	0
A(H1N1)pdm09	0	0	1	1
B	3	2	1	6
Anteil Positive (%)	5	2	3	3
RS-Viren	1	0	0	1
Anteil Positive (%)	2	0	0	0
hMP-Viren	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	0	0	0	0
Adenoviren	2	6	3	11
Anteil Positive (%)	3	6	4	5
Rhinoviren	27	37	28	92
Anteil Positive (%)	46	38	36	39

* 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.

Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen in der 42. KW hauptsächlich auf Rhinoviren zurückzuführen.

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>.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 42. MW 2017 wurden bislang 32 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 17 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 12 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2017 wurden insgesamt 100 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 68 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt. Bei 41 (41 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 24.10.2017).

Seit der 40. MW 2017 wurde ein Todesfall mit Influenzainfektion (Influenza A) an das RKI übermittelt.

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

	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2017
Influenza A(nicht subtypisiert)	20	14	23	57
A(H1N1)pdm09	1	0	0	1
A(H3N2)	0	1	0	1
nicht nach A / B differenziert	1	3	1	5
B	14	14	8	36
Gesamt	36	32	32	100

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 42. KW (16.10. bis 22.10.2017) im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (5,1 %; Vorwoche: 5,1 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls relativ stabil geblieben (1,0 %; Vorwoche: 1,1 %). 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 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.

Die letzte auswertbare Woche ist die 41. KW 2017. Im Zeitraum von der 40. bis zur 41. KW 2017 ist die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) stabil geblieben. In der Altersgruppe der ab 60-jährigen kam es in der 40. KW zu einem leichten Anstieg der Fallzahlen. In der 41. KW ging die Zahl der SARI-Fälle in dieser Altersgruppe jedoch wieder zurück auf ein zu den Vorjahren vergleichbares Niveau (Abb. 3). In allen anderen Altersgruppen kam es im Vergleich zur 39. KW zu einem leichten Rückgang der Fallzahlen.

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

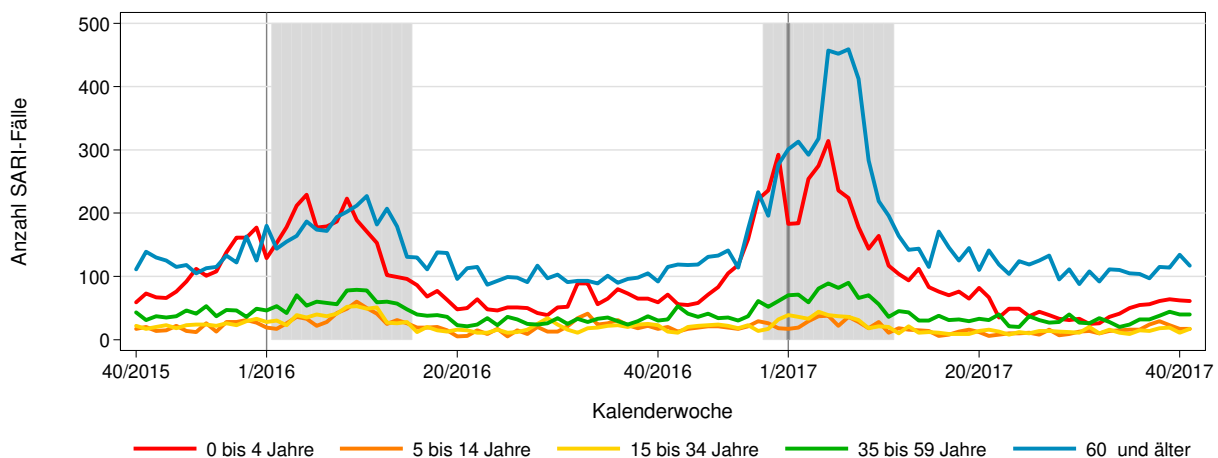


Abb. 3: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2015 bis zur 41. KW 2017, Daten aus 75 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

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 7,3, ICOSARI – ICD-10-Code basierte Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen, Seite 81.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Alle 39 Länder, die für die 41. KW 2017 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten über eine geringe Influenza-Aktivität.

Von 480 Sentinelproben sind zehn Proben positiv auf Influenza getestet worden: In fünf Proben wurden nicht subtypisierte Influenza A-Viren nachgewiesen und in fünf Proben Influenza B-Viren. Bei den zwei Influenza B-Viren, von denen die Linie bestimmt wurde, handelte es sich um die Yamagata-Linie.

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

Charakterisierung der Influenzaviren in Europa (ECDC)

Der aktuelle Bericht des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zur Charakterisierung der Influenzaviren (23.10.2017) ist hier abrufbar:

<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characterisation-summary-europe-september-2017>.

Einschätzungen des ECDC zum Saisonbeginn 2017/18

Aufgrund der Vielfältigkeit der Influenza A(H3N2)-Viren, die 2017 in den Ländern der südlichen Hemisphäre zirkulierten, empfahl die WHO kürzlich eine Änderung der Influenza A(H3N2)-Komponente für den saisonalen Grippeimpfstoff für die Südhalbkugel 2018. Außerdem wurde für die Influenza B-Komponente im trivalenten Impfstoff ein Stamm der Yamagata-Linie empfohlen.

Im Unterschied dazu ist gemäß der Empfehlung für die Impfstoffkomponenten der nördlichen Hemisphäre 2017/18 noch die gleiche Influenza A(H3N2)-Komponente wie in der letzten Saison 2016/17 und ein Stamm aus der Victoria-Linie für Influenza B im trivalenten Impfstoff enthalten.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/who-recommendations-influenza-virus-vaccine-composition-2018-southern-hemisphere>.

Die Impfung ist nach wie vor die beste Möglichkeit der Prävention einer Influenzaerkrankung. Das ECDC weist aber darauf hin, dass antivirale Arzneimittel zur Therapie schwer erkrankter Personen oder solchen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf nützlich sein können. Dies gilt insbesondere dann, wenn nicht mit einer optimalen Wirksamkeit des Impfstoffs gerechnet werden kann.

Hinweise auf eine vom ECDC veröffentlichte Expertenmeinung zur Datenlage zu antiviralen Arzneimitteln sind ebenfalls abrufbar unter: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/influenza-surveillance-2017-2018-season-starting>.

Hinweis in eigener Sache – Teilnahme nur noch bis 31.10.2017 möglich!

Wie wird in Deutschland Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV) kodiert?

Eine Befragung des Robert Koch-Instituts zu akuten Atemwegsinfektionen

Im Rahmen der Surveillance akuter Atemwegsinfektionen möchte das RKI mehr über die Inanspruchnahme von labordiagnostischen Untersuchungen und die Nutzung von ICD-10-Diagnosecodes bei akuten Atemwegsinfektionen, speziell bei Erkrankungen mit Verdacht auf RSV- bzw. Influenzainfektion, erfahren.

Die Befragung richtet sich an primärversorgende Ärztinnen und Ärzte in Kinder- und Hausarztpraxen in Deutschland. Die Befragung wird anonym durchgeführt. Wir würden uns freuen, wenn Sie an unserer Online-Befragung teilnehmen. Die Beantwortung der Fragen dauert etwa 10 Minuten.

Link zur Befragung: https://befragungen.rki.de/SE/1/rsv_befragung/