



Influenza-Wochenbericht

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

Kalenderwoche 7 (10.02. bis 16.02.2018)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 7. Kalenderwoche (KW) 2018 bundesweit deutlich gestiegen, die Werte des Praxisindex lagen in der 7. KW insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind insgesamt gestiegen.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 7. KW 2018 in 267 (74 %) von 362 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es wurden hauptsächlich Influenzaviren detektiert, die Influenza-Positivenrate lag bei 59 %. Alle anderen untersuchten Erreger wurden nur sporadisch nachgewiesen.

In der 7. Meldewoche (MW) wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 23.379 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Damit sind 82.038 Fälle seit der 40. MW 2017 übermittelt worden (Datenstand 20.02.2018).

Die Grippewelle hat in der 52. KW 2017 begonnen. Die Influenza-Aktivität ist in der 7. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche nochmals deutlich angestiegen.

Influenza B-Viren (mit 99 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 75 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 21 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 4 %.

Weitere Informationen zur aktuellen Influenzasaison

In der Saison 2017/18 wird in einzelnen Altersgruppen ein unterschiedlich hoher Anteil der jeweils zirkulierenden Influenzavirustypen beobachtet. Bei Kindern werden anteilig deutlich mehr Influenza A(H1N1)pdm09-Viren als bei Erwachsenen detektiert. Die Positivenrate für Influenza B-Viren steigt bis zur Altersgruppe der 5- bis 14-jährigen an und bleibt auch bei Erwachsenen und Personen ab 60 Jahren deutlich höher als bei Influenza A(H1N1)pdm09-Viren.

Siehe auch Antworten zu häufig gestellten Fragen zur Influenza, u. a.: „Welche saisonalen Grippeviren kommen beim Menschen vor, und wie wirken sie sich in Grippewellen aus?“ Abrufbar unter:

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ_Liste.html.

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.

Seit der 40. MW 2017 wurden 161 Influenza-Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt. Darunter sind 35 Ausbrüche in Kindergärten, 33 in Krankenhäusern, 24 in Schulen, zehn in Reha-Einrichtungen, acht in Alten-/Pfleheimen, sechs in Betreuungseinrichtungen, vier in privaten Haushalten, drei in medizinischen Behandlungseinrichtungen, zwei in Wohnstätten sowie 36 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.

¹ 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 7. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt sowie den vier AGI-Großregionen im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 52. KW 2017 bis zur 7. KW 2018.

AGI-(Groß-)Region	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW
Süden	133	142	124	120	150	174	193	266
Baden-Württemberg	137	152	130	120	157	171	203	321
Bayern	128	131	118	121	144	176	184	210
Mitte (West)	115	147	120	125	140	166	184	278
Hessen	112	158	116	112	130	145	175	214
Nordrhein-Westfalen	121	153	129	136	150	179	181	309
Rheinland-Pfalz, Saarland	110	130	117	126	141	173	195	311
Norden (West)	128	118	131	143	169	186	190	206
Niedersachsen, Bremen	123	113	118	122	148	163	187	230
Schleswig-Holstein, Hamburg	134	122	144	165	190	208	192	182
Osten	123	124	114	120	143	163	185	219
Brandenburg, Berlin	90	142	119	130	157	183	188	217
Mecklenburg-Vorpommern	78	112	85	110	132	154	171	213
Sachsen	149	135	127	128	142	178	192	249
Sachsen-Anhalt	163	145	137	105	146	153	180	202
Thüringen	136	84	102	130	139	149	192	211
Gesamt	122	133	120	125	148	172	187	247

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 548 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 7. KW in der Saison 2017/18 lagen 390 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

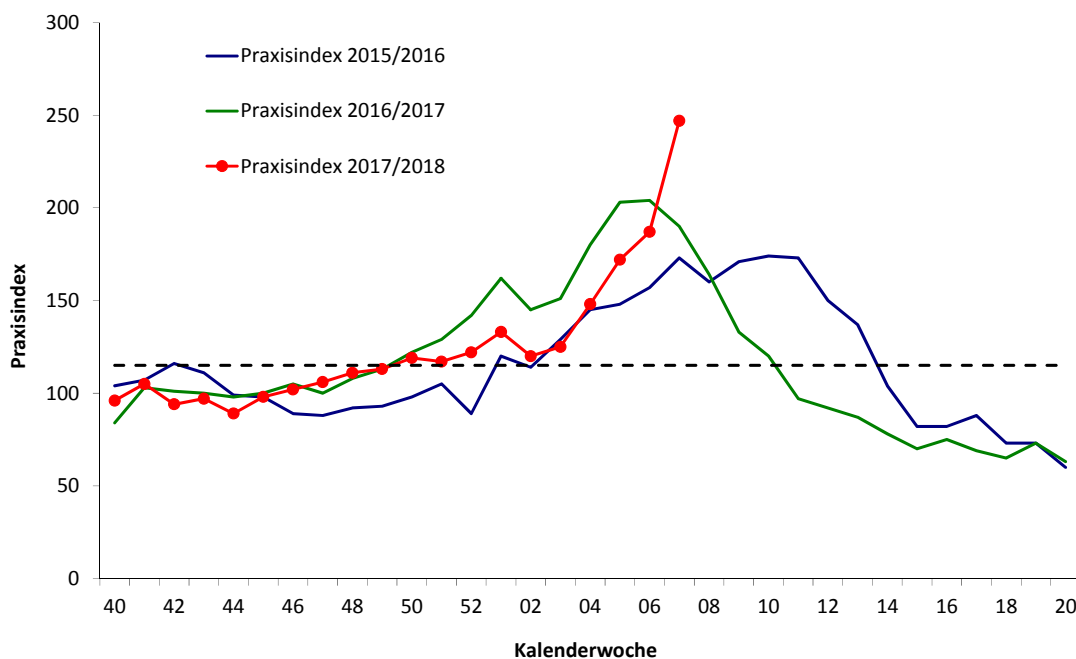


Abb. 1: Praxisindex bis zur 7. KW 2018 im Vergleich zu den Saisons 2016/17 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

* 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 7. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen. In den Altersgruppen der 0- bis 14-jährigen sind die Werte zurückgegangen, in allen Altersgruppen ab 15 Jahre sind die Werte dagegen gestiegen. Der höchste Anstieg im Vergleich zur Vorwoche war mit 33 % in der Altersgruppe der 35- bis 59-jährigen zu verzeichnen (Abb. 2).

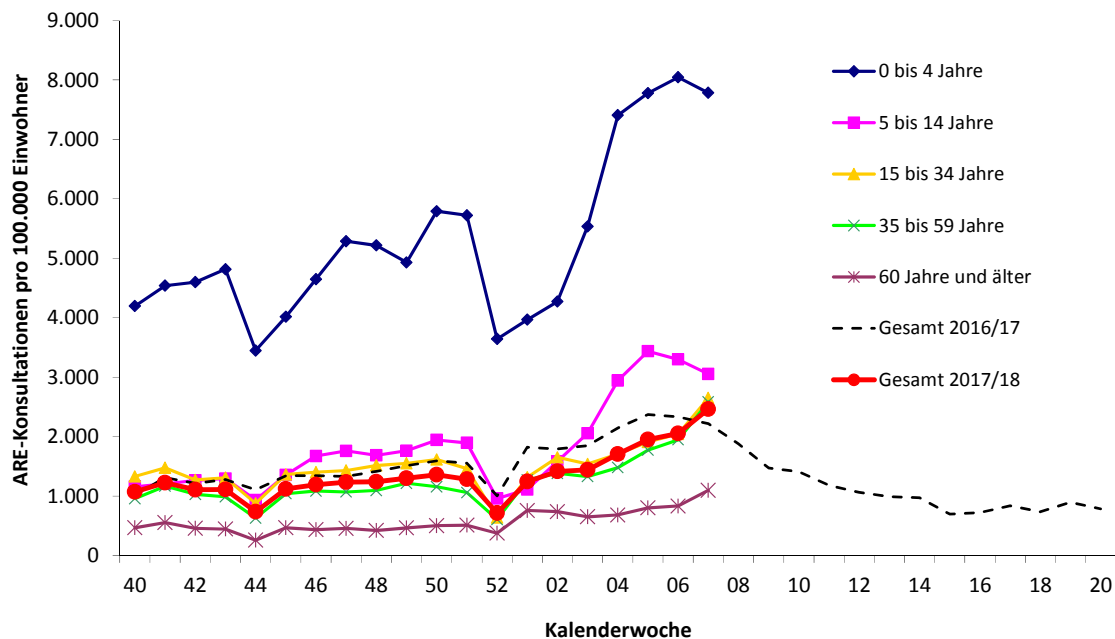


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2017 bis zur 7. KW 2018 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2016/17 ist ebenfalls dargestellt.

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 7. KW 2018 insgesamt 362 Sentinelproben von 107 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 267 (74 %) von 362 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 7. KW 2018 wurden in 216 (59 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [54; 65]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter 154-mal Influenza B, 55-mal Influenza A(H1N1)pdm09 und siebenmal Influenza A(H3N2). In 23 Proben (6 %; 95 % KI [4; 10]) wurden humane Metapneumoviren, in 21 (6 %; 95 % KI [3; 9]) Rhinoviren, in 16 (4 %; 95 % KI [2; 8]) RS-Viren und in zehn (3 %; 95 % KI [1; 6]) Adenoviren nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 20.02.2018). Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen in der aktuellen Berichtswoche hauptsächlich auf Influenzaviren zurückzuführen (Abb. 3).

Unter den Erkrankungen gab es 17 Doppelinfectionen, darunter zwei Proben mit jeweils Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren. Bei den übrigen Doppelinfectionen wurden unterschiedliche Kombinationen mit Influenza und den anderen Erregern bzw. nur mit den weiteren Erregern identifiziert. Eine Dreifachinfection mit Influenza B-, Adeno- und Rhinoviren wurde detektiert.

Influenza B-Viren (mit 99 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 75 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 21 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 4 %.

In der Altersgruppe der 2- bis 4-jährigen war die Influenza A(H1N1)pdm09-Positivenrate mit 15 % am höchsten. Die Influenza B-Positivenrate war in der Altersgruppe der 5- bis 14-jährigen mit 35 % am höchsten und bleibt auch in den Altersgruppen der Erwachsenen hoch (zwischen 18 % und 27 %) (Abb. 4).

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.

	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	Gesamt ab 40. KW 2017	
Anzahl eingesandter Proben*	158	198	265	308	370	356	362	3.346	
Probenanzahl mit Virusnachweis	84	97	150	228	247	226	216	1.799	
Anteil Positive (%)	53	49	57	74	67	63	74	54	
Influenza	A(H3N2)	3	2	5	5	2	7	7	40
	A(H1N1)pdm09	7	20	18	31	38	27	55	223
	B	34	37	90	126	157	135	154	773
	Anteil Positive (%)	28	30	43	52	53	47	59	31
RS-Viren		8	7	11	27	19	20	16	135
	Anteil Positive (%)	5	4	4	9	5	6	4	4
hMP-Viren		16	10	16	25	19	25	23	158
	Anteil Positive (%)	10	5	6	8	5	7	6	5
Adenoviren		8	10	10	7	8	6	10	118
	Anteil Positive (%)	5	5	4	2	2	2	3	4
Rhinoviren		9	17	11	16	21	16	21	451
	Anteil Positive (%)	6	9	4	5	6	4	6	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.

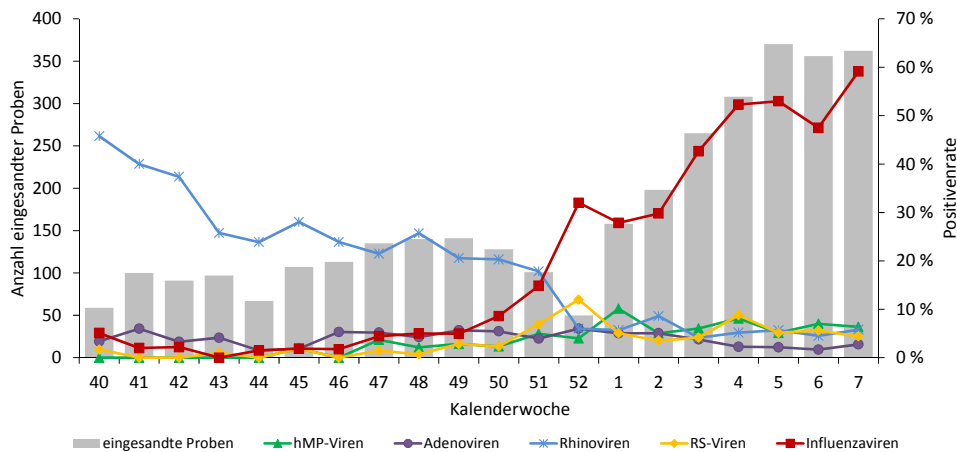


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 7. KW 2018.

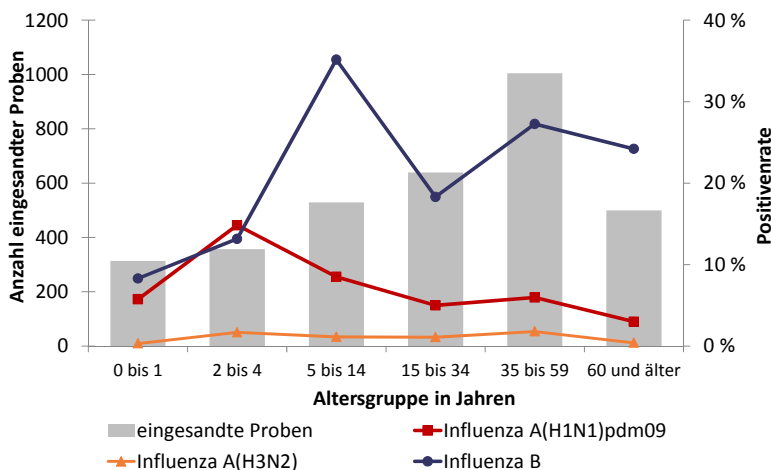


Abb. 4: Anteil (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09, Influenza A(H3N2) und Influenza B an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 7. KW 2018.

Charakterisierung der Influenzaviren

In der Saison 2017/18 wurden bisher im Rahmen des Sentinels im NRZ für Influenza 61 Viren bezüglich ihrer genetischen Eigenschaften analysiert (26 Influenza B-Viren, 23 Influenza A(H1N1)pdm09- und 12 Influenza A(H3N2)-Viren). Die derzeit zirkulierenden Influenza B-Viren gehören überwiegend zur Gruppe 3 der Yamagata-Linie (B/Yam), deren Referenzvirus B/Phuket/3073/2013 ist. Zwei Influenza B-Viren wurden charakterisiert, die sich in die Subgruppe Δ 162-163 der Gruppe 1A der Victoria-Linie eingliedern, die durch das Referenzvirus B/Norway/2409/2017 definiert wird. Darüber hinaus wurde bei Nicht-Sentinelproben ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie (B/Vic) charakterisiert, das zur Gruppe 1A gehört, die durch den Impfstoffstamm B/Brisbane/60/2008 repräsentiert wird. Die A(H1N1)pdm09-Viren ordnen sich in die Gruppe 6B.1 ein. Der Impfstoffstamm A/Michigan/45/2015 ist das Referenzvirus für die Gruppe der 6B.1-Viren. Bei Influenza A(H3N2) wurden zehn 3C.2a-Viren und zwei 3C.2a1-Viren identifiziert, welche durch den Impfstoffstamm A/Hong Kong/4801/2014 (3C.2a) bzw. das Referenzvirus A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (3C.2a1) repräsentiert werden.

502 Influenzaviren wurden in Zellkultur isoliert: 141 A(H1N1)pdm09, 22 A(H3N2), 332 B/Yam und sieben B/Vic. 307 Influenza B-Viren, 138 Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und 16 Influenza A(H3N2)-Viren wurden auf ihre antigenen Eigenschaften untersucht. 301 der untersuchten Influenza B-Viren reagierten im Hämagglutinationshemmtest mit dem Antiserum des Virus B/Phuket/3073/2013, welches die zweite Influenza B-Virus-Komponente (B/Yam) im quadrivalenten Impfstoff repräsentiert. Sechs der charakterisierten Influenza B-Viren reflektierten Reaktivität gegenüber dem Impfstoffstamm B/Brisbane/60/2008 (B/Vic). Die hämagglutinierende Aktivität aller untersuchten A(H1N1)pdm09-Viren konnte mit dem gegen den Impfstoffstamm A/Michigan/45/2015 generierten Immuns serum inhibiert werden. Die A(H3N2)-Viren hatten keine oder eine geringe hämagglutinierende Aktivität. Sie wurden im Neutralisationstest geprüft. Antiserum des Virus A/Hong Kong/4801/2014 neutralisierte die aktuellen A(H3N2)-Viren.

Insgesamt wurden 184 Viren auf ihre Empfindlichkeit gegenüber den Neuraminidase-Inhibitoren Oseltamivir und Zanamivir untersucht. 171 Virusisolate wurden im phänotypischen Assay getestet und waren gegen die Neuraminidase-Inhibitoren sensitiv. Die Genotypisierung erfolgte von 42 Viren. Ein Influenza B/Yam-Virus hatte eine 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.

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 7. MW 2018 wurden bislang 23.379 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 14.300 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 3.626 (16 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2017 wurden insgesamt 82.038 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen an das RKI übermittelt. Bei insgesamt 13.120 (16 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 20.02.2018).

Seit der 40. MW 2017 wurden 161 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 35 Ausbrüche in Kindergärten, 33 in Krankenhäusern, 24 in Schulen, zehn in Reha-Einrichtungen, acht in Alten-/Pflegeheimen, sechs in Betreuungseinrichtungen, vier in privaten Haushalten, drei in medizinischen Behandlungseinrichtungen, zwei in Wohnstätten sowie 36 Ausbrüche ohne Angabe zum Infektionsumfeld.

Bislang wurden 136 Todesfälle mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt (88-mal Influenza B, 33-mal Influenza A, zehnmal Influenza A(H1N1)pdm09 und fünfmal Influenza nicht nach A oder B differenziert). 86 % der Fälle sind 60 Jahre oder älter.

Bei den Todesfällen im Alter unter 60 Jahren war bei 58 % als Erreger Influenza A bzw. A(H1N1)pdm09 angegeben (42 % Influenza B), bei den Todesfällen in der Altersgruppe ab 60 Jahre wurden 27 % mit einer Erregerangabe Influenza A bzw. A(H1N1)pdm09 und 68 % mit Influenza B übermittelt (4 % nicht nach Influenza A oder B differenziert).

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

		2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	Gesamt ab 40. MW 2017
Influenza	A(nicht subtypisiert)	572	991	1.861	2.659	3.161	3.944	14.268
	A(H1N1)pdm09	86	147	270	337	395	432	1.851
	A(H3N2)	6	12	3	18	11	18	87
	nicht nach A / B differenziert	161	281	459	730	831	885	3.578
	B	2.154	3.531	7.822	13.041	15.175	18.100	62.254
Gesamt		2.979	4.962	10.415	16.785	19.573	23.379	82.038

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 7. KW (12.02. bis 18.02.2018) im Vergleich zur Vorwoche gestiegen (9,4 %; Vorwoche: 8,4 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken (2,8 %; Vorwoche: 3,0 %). 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.

In der 6. KW 2018 ist die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) stabil geblieben. Während die Zahl der SARI-Fälle bei den Kleinkindern (Altersgruppe 0 bis 4 Jahre) und den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) gesunken ist und die Fallzahl in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (Altersgruppe 15 bis 34 Jahre) stabil blieb, ist die Zahl der SARI-Fälle in den älteren Altersgruppen (35 bis 59 Jahre sowie 60 Jahre und älter) angestiegen.

In der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen liegen die SARI-Fallzahlen in der 6. KW 2018 über dem Niveau der 6. KW aus den 3 Vorsaisons. In den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 bis 34 Jahre befinden sich die SARI-Fallzahlen auf einem mit der Saison 2014/15 vergleichbaren, erhöhten Niveau. In der Altersgruppe ab 60 Jahre liegen sie jedoch noch unter den Werten der Saison 2016/17.

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

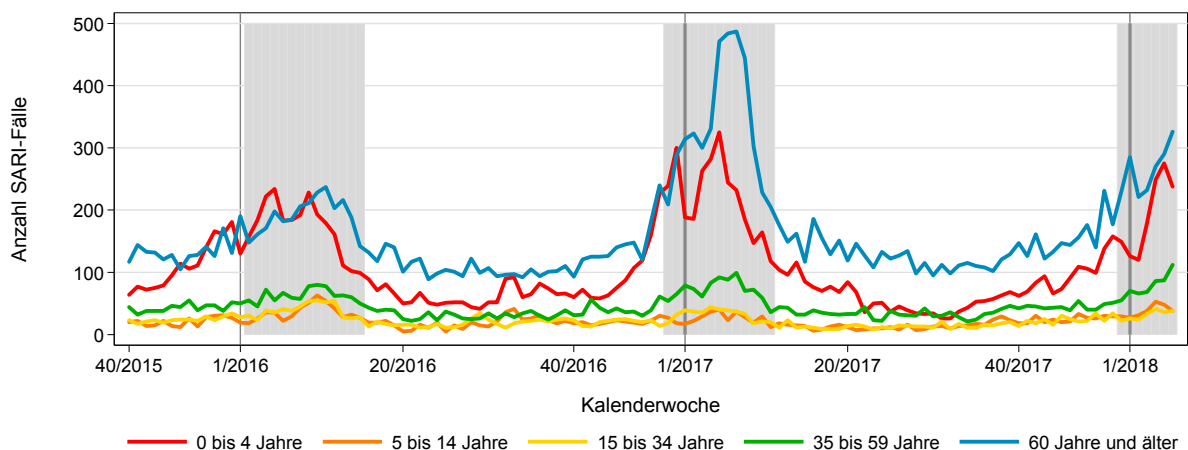


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2015 bis zur 6. KW 2018, Daten aus 78 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippeperiode ist grau hinterlegt.

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

Von den Ländern, die für die 6. KW 2018 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 12 Länder über eine niedrige, 26 Länder über eine mittlere, sechs (darunter auch Deutschland) über eine hohe und zwei (Albanien und Luxemburg) über eine sehr hohe Influenza-Aktivität (Abb. 6).

Für die 6. KW sind 1.837 (51 %) von 3.603 Sentinelproben positiv auf Influenza getestet worden. In 1.327 Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen, darunter 727 ohne Angabe der Linie, 594 aus der Yamagata-Linie und sechs aus der Victoria-Linie. In 256 Proben wurden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, in 121 Influenza A(H3N2)-Viren und in 133 nicht subtypisierte Influenza A-Viren detektiert.

Bei den Influenzavirusnachweisen, über die seit der 40. KW 2017 berichtet wurde, dominierten Influenza B-Viren mit insgesamt 67 % der Nachweise.

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

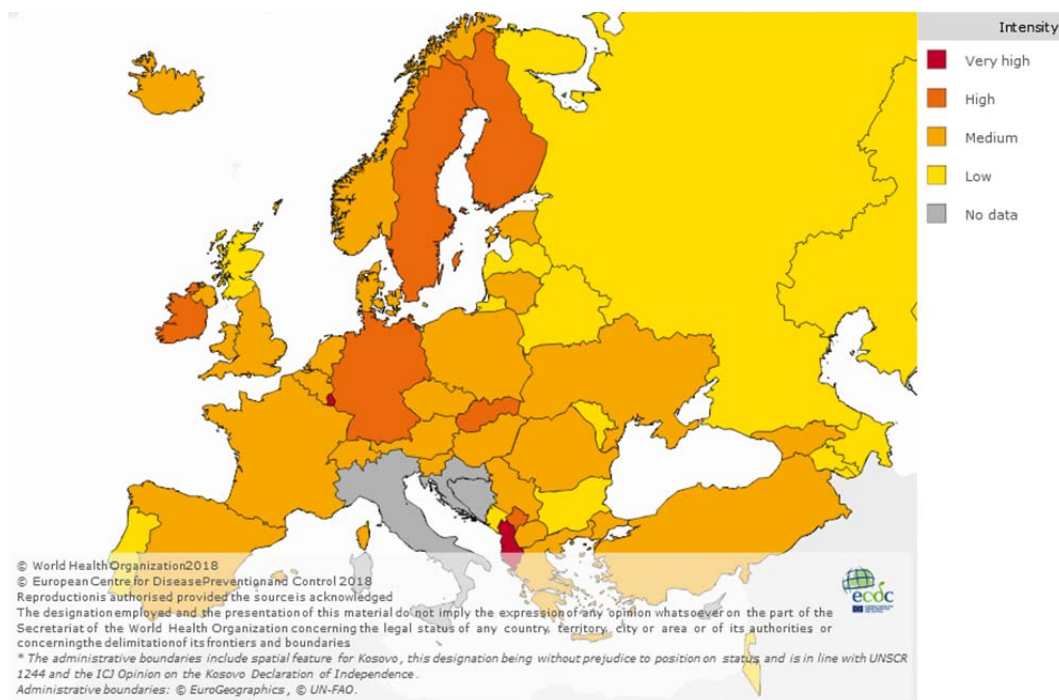


Abb. 6: Klinische Influenza-Aktivität in der 6. KW 2018, die aus den Sentinelsystemen des europäischen Influenza-Netzwerks an das ECDC und die WHO berichtet wurden (Quelle: Flu News Europe, abgerufen am 20.02.2018).

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 309 vom 19.02.2018)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 04.02.2018. In den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre ist die Influenza-Aktivität weiterhin hoch. Weltweit dominierten noch Influenza A-Viren; der Anteil an Influenza B-Viren (hauptsächlich Yamagata-Linie) ist in den vergangenen Wochen angestiegen.

Die Mehrheit der Länder, die sich im Moment in der Influenzasaison befinden, berichtete von einer moderaten ILI-Aktivität im Vergleich zu den Vorjahren. In einigen Ländern wurde allerdings ein Niveau erreicht, dass über dem der letzten Jahre lag. Darüber hinaus wurde auch in manchen Ländern über gleich hohe oder höhere Einweisungsraten in Krankenhäuser und auf Intensivstationen im Vergleich zum Höhepunkt der Aktivität in früheren Saisons berichtet.

Ausführliche Informationen sind abrufbar unter:

http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/.