



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 12 (17.03. bis 23.03.2018)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 12. Kalenderwoche (KW) 2018 bundesweit deutlich gesunken, die Werte des Praxisindex lagen in der 12. KW insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind insgesamt und in allen Altersgruppen gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 12. KW 2018 in 126 (65 %) von 195 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es wurden hauptsächlich Influenzaviren detektiert, die Influenza-Positivenrate lag bei 48 %. Alle anderen untersuchten Erreger wurden nur sporadisch nachgewiesen.

In der 12. Meldewoche (MW) wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 25.216 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Damit sind 300.018 Fälle seit der 40. MW 2017 übermittelt worden (Datenstand 27.03.2018).

Die Grippewelle hat in der 52. KW 2017 begonnen. Die Influenza-Aktivität war in der 12. KW 2018 immer noch hoch, der Höhepunkt der Grippewelle ist aber überschritten.

Influenza B-Viren (mit 99 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 70 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 27 % 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 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 587 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 138 Ausbrüche in Krankenhäusern, 122 in Kindergärten, 58 in Schulen, 49 in Alten-/Pflegeheimen, 35 in Reha-Einrichtungen, 22 in Betreuungseinrichtungen, elf in privaten Haushalten, acht in medizinischen Behandlungseinrichtungen bzw. in Wohnstätten / Wohnheimen sowie 136 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.

Mit dem Web-Portal GrippeWeb wird in Deutschland die ARE-Aktivität in der Bevölkerung selbst beobachtet, die Teilnehmer melden wöchentlich an das RKI, ob sie eine ARE hatten oder nicht. Für die 10. KW wurde untersucht, welcher Anteil der Teilnehmer mit grippe-typischen Symptomen in der Saison 2017/18 im Vergleich mit Vorsaisons einen Arzt aufsuchten. Es fiel auf, dass die Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen in dieser Saison deutlich häufiger einen Arzt konsultierte. Da diese Altersgruppe aber mehr als ein Drittel der Gesamtbevölkerung ausmacht, könnte dies dazu beigetragen haben, dass die AGI in dieser Saison während der Grippewelle so viele Arztbesuche registriert. Der GrippeWeb-Wochenbericht für die 10. KW ist abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de/Wochenberichte/2018/2018-10.pdf>.

* 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 12. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt sowie in drei von vier AGI-Großregionen (Süden, Mitte (West) und Norden (West)) im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität. Der Praxisindex hatte in der 8. KW den höchsten Wert der vergangenen zehn Jahre erreicht, seitdem sind die Werte stark zurückgegangen. Der Höhepunkt der Grippewelle ist überschritten. 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 5. KW bis zur 12. KW 2018.

AGI-(Groß-)Region	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW
Süden	173	195	251	252	230	221	181	156
Baden-Württemberg	170	202	296	282	252	231	178	168
Bayern	176	189	205	223	208	212	184	144
Mitte (West)	166	187	273	321	319	280	225	164
Hessen	145	175	222	277	314	287	258	190
Nordrhein-Westfalen	178	191	296	340	288	259	189	145
Rheinland-Pfalz, Saarland	176	194	302	346	355	293	228	159
Norden (West)	187	191	224	241	260	259	216	169
Niedersachsen, Bremen	165	184	232	271	263	250	213	178
Schleswig-Holstein, Hamburg	208	197	216	211	258	268	219	160
Osten	163	188	217	268	257	270	235	186
Brandenburg, Berlin	185	187	219	219	235	260	195	158
Mecklenburg-Vorpommern	154	189	198	212	236	272	279	188
Sachsen	178	192	258	356	269	269	277	199
Sachsen-Anhalt	153	180	202	279	263	285	219	200
Thüringen	146	192	211	275	281	264	204	187
Gesamt	172	189	243	272	264	255	211	167

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 555 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 12. KW in der Saison 2017/18 lagen 380 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

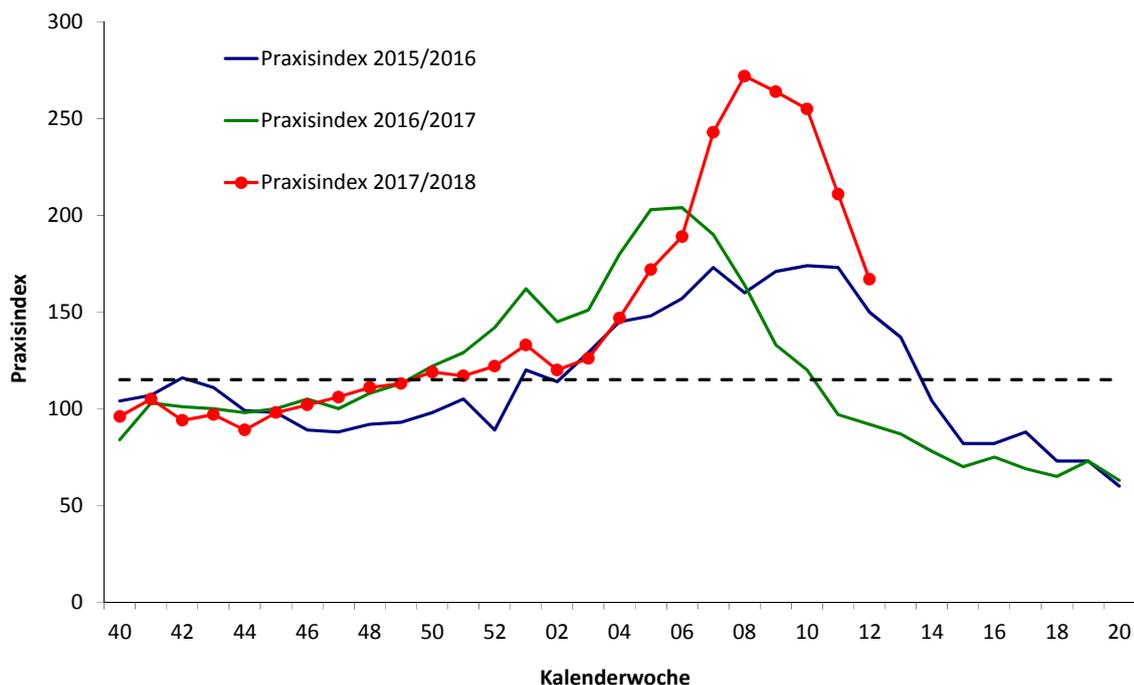


Abb. 1: Praxisindex bis zur 12. KW 2018 im Vergleich zu den Saisons 2016/17 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

* 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 12. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt und in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 2). Die Gesamt-Konsultationsinzidenz erreichte einen Wert von rund 1.600 ARE-Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner. In der 8. KW wurde der bisher höchste Wert in dieser Saison mit rund 3.000 ARE-Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner und damit auch in den letzten zehn Saisons erreicht.

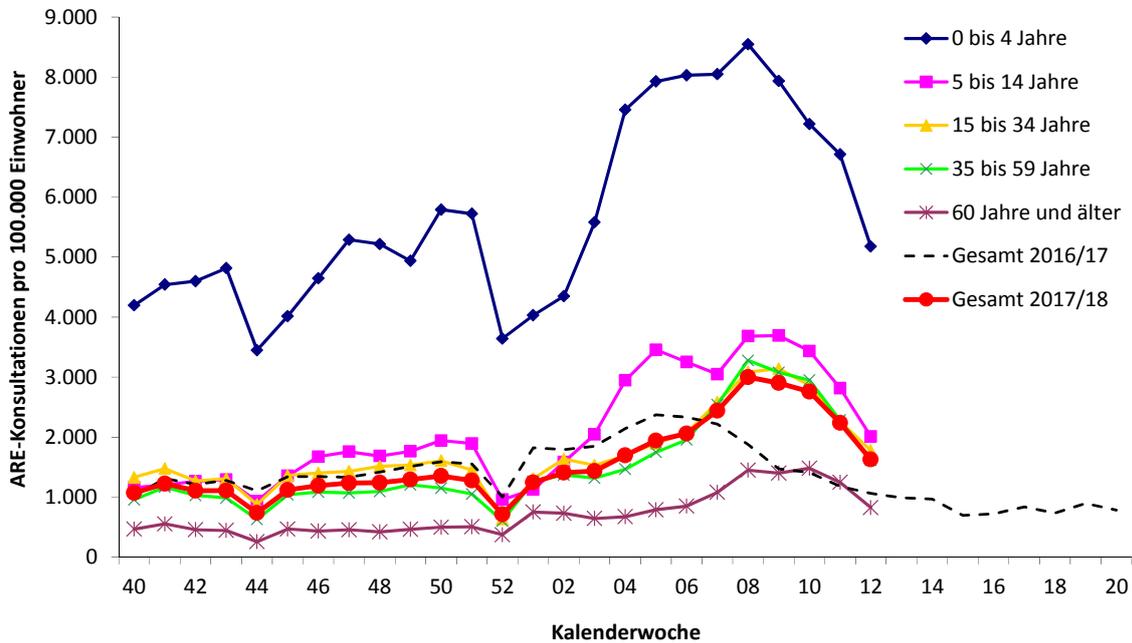


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2017 bis zur 12. KW 2018 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2016/17 ist ebenfalls dargestellt.

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 12. KW 2018 insgesamt 195 Sentinelproben von 86 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 126 (65 %) von 195 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 12. KW 2018 wurden in 94 (48 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [41; 56]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter 45-mal Influenza B, 44-mal Influenza A(H1N1)pdm09 und sechsmal Influenza A(H3N2). In 16 (8 %; 95 % KI [4; 13]) Proben wurden Respiratorische Synzytial-Viren (RSV), in 13 (7 %; 95 % KI [3; 12]) Proben Rhinoviren, in sieben (4 %; 95 % KI [1; 8]) Proben humane Metapneumoviren (hMPV) und in sechs (3 %; 95 % KI [1; 7]) Proben Adenoviren nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 27.03.2018).

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

Unter den Erkrankungen gab es elf Doppelinfectionen, darunter eine Probe mit Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza A(H3N2)-Viren.

Die Virusnachweise der virologischen Surveillance seit der 40. KW 2017 verteilen sich unterschiedlich auf fünf Altersgruppen. Influenza B(Yamagata)-Viren wurden anteilig besonders in den Altersgruppen der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) und der ab 35-jährigen nachgewiesen. Bei Influenza A(H1N1)pdm09 waren am häufigsten die Altersgruppe bis 4 Jahre und am wenigsten die Altersgruppe ab 60 Jahre betroffen. RSV-Viren wurden ganz überwiegend in der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen nachgewiesen (Abb. 4).

Influenza B-Viren (mit 99 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 70 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 27 % 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.

	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	Gesamt ab 40. KW 2017	
Anzahl eingesandter Proben*	357	397	396	418	389	318	195	5.098	
Probenanzahl mit Virusnachweis	227	290	295	315	300	226	126	3.085	
Anteil Positive (%)	64	73	74	75	77	71	65	61	
Influenza	A(H3N2)	7	7	7	7	7	5	6	72
	A(H1N1)pdm09	27	61	53	86	84	71	44	567
	B	136	167	182	192	169	111	45	1.485
	Anteil Positive (%)	48	59	60	67	66	58	48	41
RS-Viren	20	17	23	16	19	19	16	229	
Anteil Positive (%)	6	4	6	4	5	6	8	4	
hMP-Viren	25	26	15	16	17	10	7	226	
Anteil Positive (%)	7	7	4	4	4	3	4	4	
Adenoviren	6	10	14	4	9	9	6	160	
Anteil Positive (%)	2	3	4	1	2	3	3	3	
Rhinoviren	16	21	19	16	13	13	13	525	
Anteil Positive (%)	4	5	5	4	3	4	7	10	

* 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.

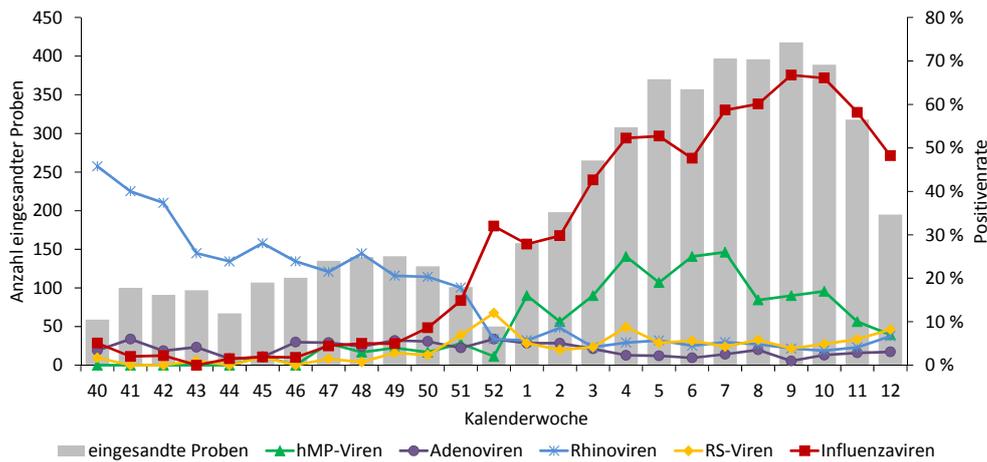


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 12. KW 2018.

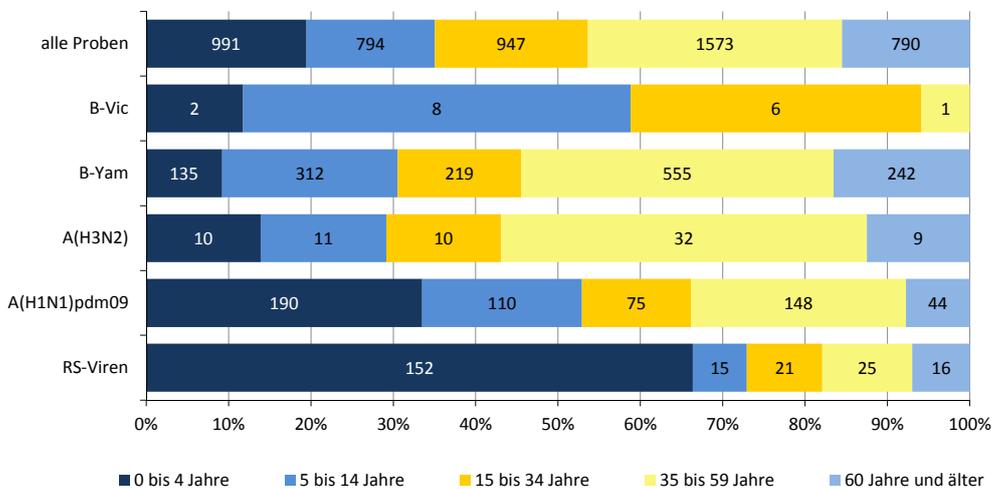


Abb. 4: Prozentualer Anteil der Nachweise für alle Proben, Influenza B (Victoria Linie), Influenza B (Yamagata Linie), Influenza A(H3N2)-, Influenza A(H1N1)pdm09- und RS-Viren in fünf Altersgruppen. In den Balken ist die Anzahl der Nachweise in der jeweiligen Altersgruppe von der 40. KW 2017 bis zur 12. KW 2018 angegeben.

Charakterisierung der Influenzaviren

In der Saison 2017/18 wurden bisher 102 Viren bezüglich ihrer genetischen Eigenschaften im NRZ für Influenza analysiert. Alle Viren ordnen sich genetisch in die phylogenetischen Cluster ein, die durch die Impfstoffstämme repräsentiert werden (zu Details siehe <https://influenza.rki.de/CirculatingViruses.aspx>).

1042 Influenzaviren wurden in Zellkultur isoliert: 342 A(H1N1)pdm09, 49 A(H3N2), 638 B/Yam und 13 B/Vic. Ein repräsentativer Anteil der aus Proben des AGI-Sentinels isolierten Viren wurde auf ihre antigenen Eigenschaften untersucht. Alle Influenza A(H1N1)pdm09-Viren zeigten eine sehr hohe Reaktivität mit gegen das Impfantigen gerichtetem Immuneserum (zu Details siehe <https://influenza.rki.de/CirculatingViruses.aspx>). Die Influenza B/Yam-Viren hatten bis zur 8. KW eine hohe Reaktivität mit dem gegen den Impfstamm generierten Immuneserum. Seit der 9. KW gibt es Isolate mit einer 2- bis 3-fachen Titerreduktion im Hämagglutinationshemmtest gegen das Immuneserum B/Phuket/3073/13 im Vergleich zu den bisher zirkulierenden Influenza B/Yam-Viren (25 % in der 12. KW). Bei den Influenza B/Vic-Viren reagieren die Viren der 1A Δ162-163 Subgruppe nur schwach oder nicht mit dem gegen den Impfstamm B/Brisbane/60/2008 etablierten Immuneserum, aber deutlich mit einem Immuneserum gegen B/Norway/2409/2017. Nur 28 % der Influenza A(H3N2)-Viren hatten hämagglutinierende Aktivität. Die Influenza A(H3N2)-Viren werden im Neutralisationstest durch das entsprechende Immuneserum neutralisiert.

Insgesamt wurden 329 Viren auf ihre Empfindlichkeit gegenüber den Neuraminidase-Inhibitoren Oseltamivir und Zanamivir untersucht (Tab. 3). Dabei waren alle im phänotypischen Assay getesteten Virusisolate (265) gegen die Neuraminidase-Inhibitoren sensitiv. Die Genotypisierung von 102 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.

Tab. 3: Suszeptibilität gegen antivirale Arzneimittel

Influenzavirussubtyp/-linie	Oseltamivir		Zanamivir	
	%	Ns/N	%	Ns/N
A(H1N1)pdm09	100 %	107/107	100 %	107/107
A(H3N2)	100 %	39/39	100 %	39/39
B/Yam	99 %	175/176	99 %	175/176
B/Vic	100 %	7/7	100 %	7/7

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 12. MW 2018 wurden bislang 25.216 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 16.951 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition¹) an das RKI übermittelt (Tab. 4). Bei 4.299 (17 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2017 wurden insgesamt 300.018 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen an das RKI übermittelt. Bei insgesamt 51.272 (17 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 27.03.2018).

Seit der 40. MW 2017 wurden 587 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 138 Ausbrüche in Krankenhäusern, 122 in Kindergärten, 58 in Schulen, 49 in Alten-/Pflegeheimen, 35 in Reha-Einrichtungen, 22 in Betreuungseinrichtungen, elf in privaten Haushalten, acht in medizinischen Behandlungseinrichtungen bzw. in Wohnstätten / Wohnheimen sowie 136 Ausbrüche ohne Angabe zum Infektionsumfeld. Bislang wurden 971 Todesfälle mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt (716-mal Influenza B, 179-mal Influenza A, 29-mal Influenza A(H1N1)pdm09, 46-mal Influenza nicht nach A oder B differenziert und einmal Influenza A(H3N2). 87 % der Fälle waren 60 Jahre oder älter.

Nur bei einem kleinen Teil von Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen wird eine labordiagnostische Untersuchung auf Influenza veranlasst. Für die Abschätzung der Krankheitslast sind die Daten deshalb nur bedingt geeignet, sie enthalten aber wichtige Einzelfall-Informationen insbesondere zu schweren Krankheitsverläufen, zu Ausbrüchen z.B. in Krankenhäusern oder Altenheimen und bei Todesfällen.

¹ Nähere Informationen sind abrufbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html.

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzatypp/-subtyp (alle labor diagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E⁴)

		7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2017
Influenza	A(nicht subtypisiert)	4.349	7.410	9.589	13.567	12.992	8.138	66.449
	A(H1N1)pdm09	503	810	1.076	1.795	1.711	1.143	8.479
	A(H3N2)	20	43	51	82	81	68	416
	nicht nach A / B differenziert	1.098	1.982	2.196	2.240	1.566	669	12.479
	B	19.654	28.872	33.711	38.620	31.719	15.198	212.195
Gesamt		25.624	39.117	46.623	56.304	48.069	25.216	300.018

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 12. KW (19.03. bis 25.03.2018) im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken (5,3 %; Vorwoche: 6,7 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls deutlich gesunken (1,4 %; Vorwoche: 2,2 %). 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)² aufgebaut, mit der die Influenzaüberwachung des RKI im stationären Bereich ergänzt wird.

In der 11. KW 2018 ist die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) deutlich gesunken. Die SARI-Fallzahlen sind in fast allen Altersgruppen deutlich zurückgegangen, in der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen kam es zu einem leichten Rückgang.

Die SARI-Fallzahlen in der 11. KW 2018 befinden sich in der jüngsten Altersgruppe (0 bis 4 Jahre) auf einem höheren Niveau als in den 11. KW der drei Vorsaisons, liegen jedoch noch unter den bisherigen Maximalwerten aus drei Vorsaisons. Die Fallzahlen bei den Schulkindern und den jungen Erwachsenen (5 bis 14 Jahre sowie 15 bis 34 Jahre) liegen auf einem zu den Vorsaisons vergleichbaren, leicht erhöhten Niveau. In den beiden älteren Altersgruppen (35 bis 59 Jahre sowie 60 Jahre und älter) liegt die Zahl der SARI-Fälle in der 11. KW 2018 weiterhin 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.

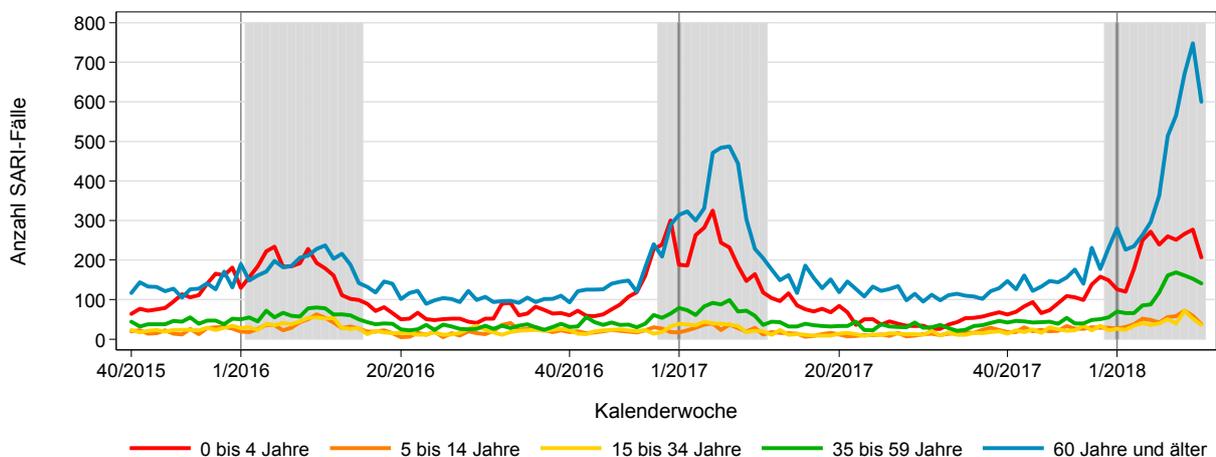


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2015 bis zur 11. KW 2018, Daten aus 78 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

² 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 11. KW 2018 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 20 Länder über eine niedrige, 22 Länder über eine mittlere, drei (darunter auch Deutschland) über eine hohe und Luxemburg über eine sehr hohe Influenza-Aktivität (Abb. 6).

Für die 11. KW sind 898 (44 %) von 2.055 Sentinelproben positiv auf Influenza getestet worden. In 467 Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen, darunter 192 ohne Angabe der Linie, 273 aus der Yamagata-Linie und zwei aus der Victoria-Linie. In 197 Proben wurden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, in 129 Influenza A(H3N2)-Viren und in 105 nicht subtypisierte Influenza A-Viren detektiert.

Es wurde außerdem über ein Reassortment von saisonalen Influenza A(H1N1)pdm09- und A(H3N2)-Viren zu einem A(H1N2)-Virus in den Niederlanden berichtet. Das Hämagglutinin und das NS-Protein stammten von A(H1N1)pdm09-Viren, die übrigen Anteile von A(H3N2)-Viren. Laut ECDC wird aufgrund der Ähnlichkeit des Virus zu den derzeit zirkulierenden saisonalen Viren keine Veränderung der Virulenz erwartet. Aus diesem Grund wird auch davon ausgegangen, dass der aktuelle Impfstoff Schutz gegen A(H1N2) bietet.

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

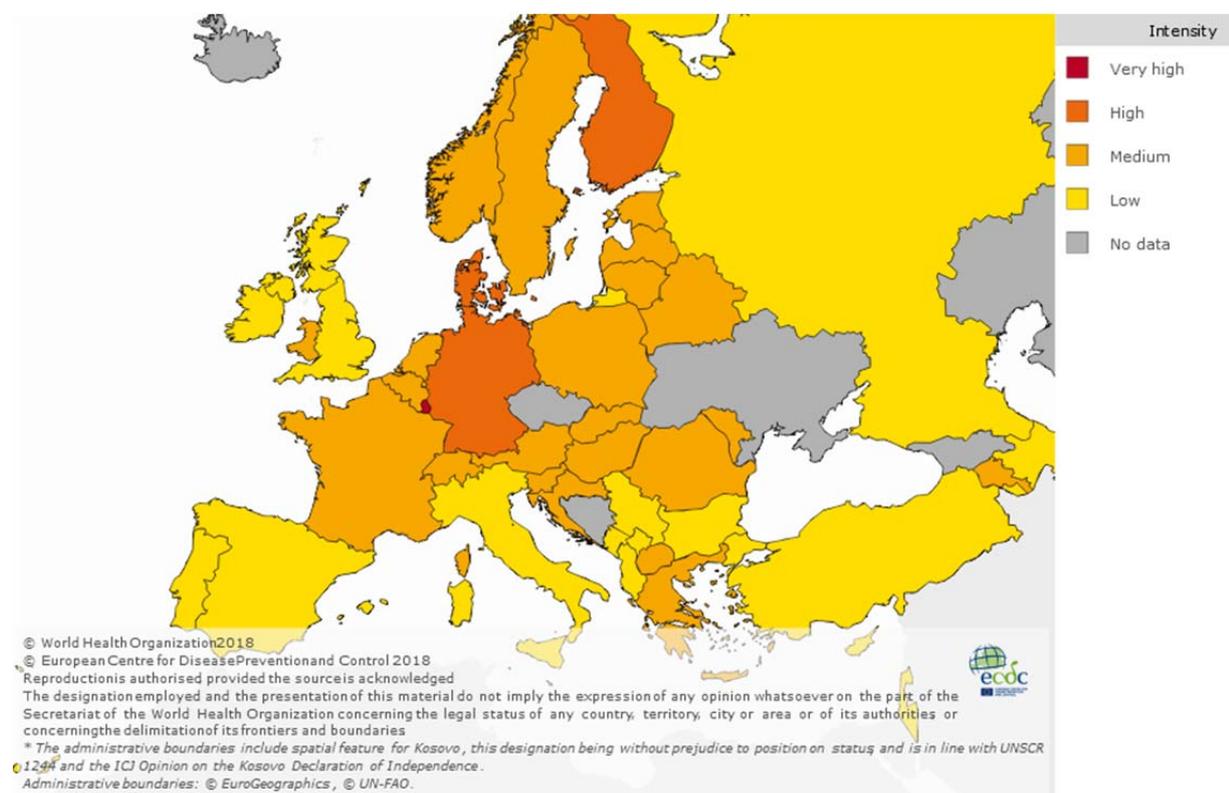


Abb. 6: Klinische Influenza-Aktivität in der 11. KW 2018, die aus den Sentinelssystemen des europäischen Influenza-Netzwerks an das ECDC und die WHO berichtet wurden (Quelle: Flu News Europe, abgerufen am 27.03.2018).

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.