



Influenza-Wochenbericht

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

Kalenderwoche 5 (27.01. bis 02.02.2018)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 5. Kalenderwoche (KW) 2018 bundesweit deutlich gestiegen, die Werte des Praxisindex lagen in der 5. KW insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind insgesamt und in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche weiter gestiegen.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 5. KW 2018 in 144 (70 %) von 330 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es wurden hauptsächlich Influenzaviren detektiert. Alle anderen untersuchten Erreger wurden nur sporadisch nachgewiesen.

In der 5. Meldewoche (MW) wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 15.188 laboridiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Damit sind 37.075 Fälle seit der 40. MW 2017 übermittelt worden (Datenstand 06.02.2018).

Die Grippewelle hat in der 52. KW 2017 begonnen. Die Influenza-Aktivität ist in der 5. KW 2018 weiter angestiegen, die Influenza-Positivenrate lag bei 52 %.

Influenza B-Viren (mit 98 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 74 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 22 % 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. Während in jüngeren Altersgruppen anteilig deutlich mehr Influenza A(H1N1)pdm09-Viren als bei älteren Patienten detektiert werden, steigt die Influenza-Positivenrate für B-Viren 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.

Die Influenzaimpfung ist der beste Schutz vor einer Influenzaerkrankung. Alle Personen, für die die STIKO die Influenzaimpfung empfiehlt und die in der aktuellen Saison noch nicht geimpft sind, sollten sich gegen Grippe impfen lassen. Allerdings wirkt die Impfung nicht bei allen geimpften Personen gleich gut, deshalb kann es auch nach einer Gripeschutzimpfung zu einer Influenzaerkrankung kommen. Zu einer Erkrankung kann es auch dann kommen, wenn eine Infektion in den ersten 10 bis 14 Tagen nach der Impfung erfolgte und damit bevor der Impfschutz vollständig ausgebildet werden konnte.

Bei entsprechenden Symptomen sollte trotz erfolgter Impfung 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. Siehe auch Antworten zu häufig gestellten Fragen zur Influenzaimpfung:

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/faq_ges.html.

Im aktuellen Update (4/2018) von FluNews Europe wird auf erste vorläufige Schätzungen zur Wirksamkeit der Influenzaimpfung aus Kanada, Stockholm und Finnland hingewiesen. Die Influenza-Impfeffektivität liegt dort zwischen 17 – 31 % gegen alle Influenzotypen, abhängig von den dort hauptsächlich zirkulierenden Influenzavirustypen bzw. -subtypen. Die Wirksamkeit gegen Influenza B liegt zwischen 37 – 55 %, obwohl die hauptsächlich zirkulierende Influenza B-Linie (Yamagata) nicht in dem meist genutzten trivalenten Influenzaimpfstoff enthalten ist. Weitere Informationen unter: <https://flunewseurope.org/>.

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 5. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt sowie in drei von vier AGI-Großregionen im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte in der AGI-Großregion Norden (West) lagen im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 50. KW 2017 bis zur 5. KW 2018.

AGI-(Groß-)Region	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW
Süden	117	109	133	142	124	120	152	172
Baden-Württemberg	121	110	137	152	130	119	158	174
Bayern	113	108	128	131	118	121	146	171
Mitte (West)	126	129	115	147	120	125	142	165
Hessen	125	132	112	158	116	110	134	143
Nordrhein-Westfalen	134	128	121	153	129	136	149	180
Rheinland-Pfalz, Saarland	120	125	110	130	117	129	142	172
Norden (West)	123	120	128	118	131	141	170	187
Niedersachsen, Bremen	116	122	123	113	118	122	148	165
Schleswig-Holstein, Hamburg	130	118	134	122	144	159	192	210
Osten	117	112	123	124	114	120	143	165
Brandenburg, Berlin	113	107	90	142	119	130	157	192
Mecklenburg-Vorpommern	109	100	78	112	85	110	132	157
Sachsen	109	119	149	135	127	128	142	178
Sachsen-Anhalt	134	111	163	145	137	105	146	156
Thüringen	120	123	136	84	102	130	139	144
Gesamt	119	117	122	133	120	125	148	173

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 543 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 5. KW in der Saison 2017/18 lagen 401 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

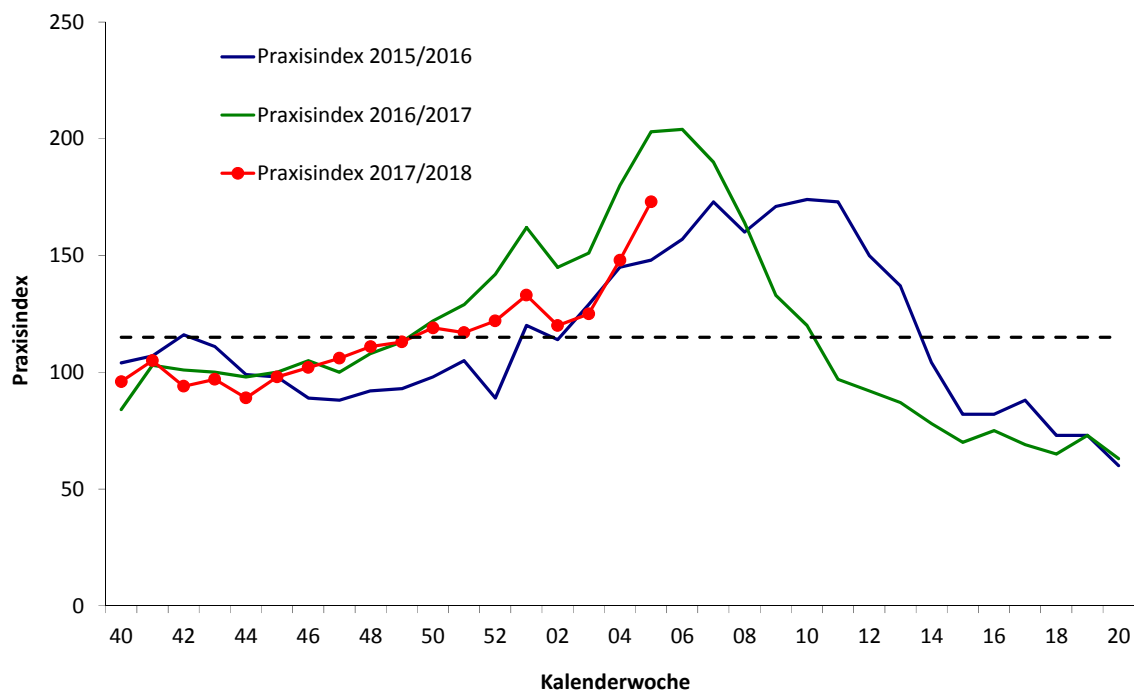


Abb. 1: Praxisindex bis zur 5. KW 2018 im Vergleich zu den Saisons 2016/17 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

* 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 5. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen. Der höchste Anstieg war mit 18 % in der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen zu verzeichnen (Abb. 2).

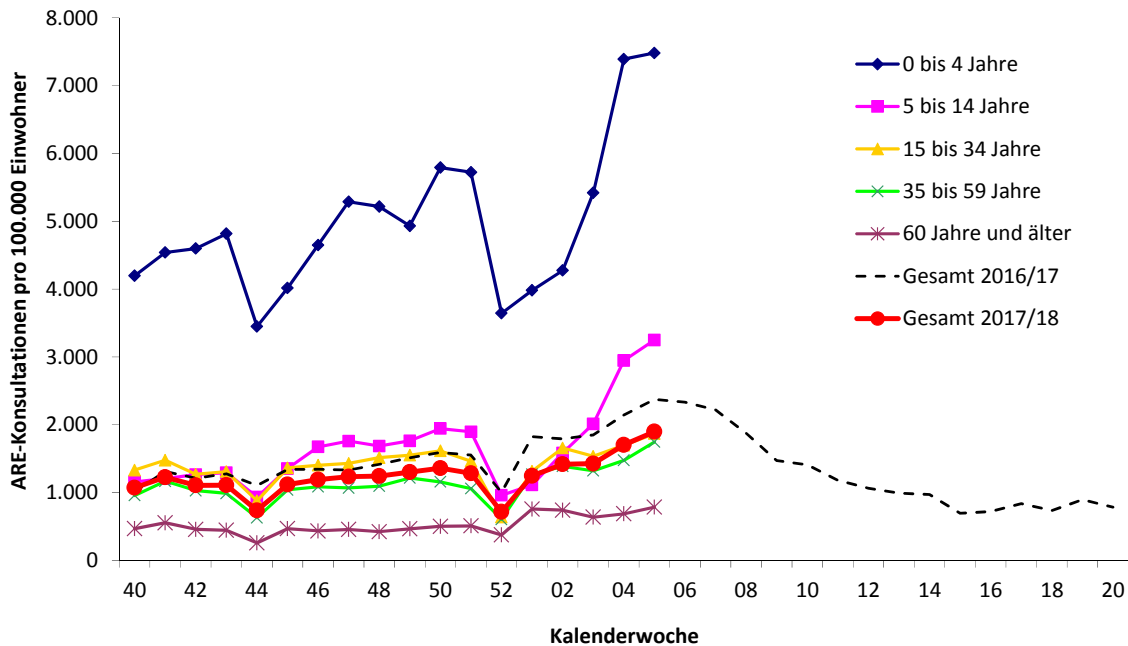


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2017 bis zur 5. KW 2018 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2016/17 ist ebenfalls dargestellt.

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 5. KW 2018 insgesamt 330 Sentinelproben von 78 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 144 (70 %) von 330 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 5. KW 2018 wurden in 174 (52 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [47; 59]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter 136-mal Influenza B, 36-mal Influenza A(H1N1)pdm09 und zweimal Influenza A(H3N2). In 19 Proben (6 %; 95 % KI [3; 9]) wurden humane Metapneumoviren, in 18 (5 %; 95 % KI [3; 9]) Rhinoviren, in 16 (5 %; 95 % KI [2; 8]) RS-Viren und in sieben (2 %; 95 % KI [0; 5]) Adenoviren nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 06.02.2018). Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen in der aktuellen Berichtswoche hauptsächlich auf Influenzaviren zurückzuführen (Abb. 3).

Influenza B-Viren (mit 98 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 74 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 22 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 4 %.

In der Altersgruppe der 2- bis 4-Jährigen war die Influenza A(H1N1)pdm09-Positivenrate mit 12 % am höchsten. Die Influenza B-Positivenrate war in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen mit 27 % am höchsten (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.

	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	Gesamt ab 40. KW 2017
Anzahl eingesandter Proben*	101	50	157	198	265	304	330	2.583
Probenanzahl mit Virusnachweis	46	29	83	97	150	223	144	1.197
Anteil Positive (%)	46	58	53	49	57	74	70	49
Influenza								
A(H ₃ N ₂)	1	0	3	2	5	5	2	26
A(H ₁ N ₁)pdm09	7	5	7	20	18	31	36	139
B	8	12	33	37	90	123	136	459
Anteil Positive (%)	15	32	27	30	43	52	52	24
RS-Viren	7	6	8	7	11	25	16	94
Anteil Positive (%)	7	12	5	4	4	8	5	4
hMP-Viren	5	2	16	10	16	25	19	110
Anteil Positive (%)	5	4	10	5	6	8	6	4
Adenoviren	4	3	8	10	10	7	7	101
Anteil Positive (%)	4	6	5	5	4	2	2	4
Rhinoviren	18	3	9	17	11	16	18	411
Anteil Positive (%)	18	6	6	9	4	5	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.

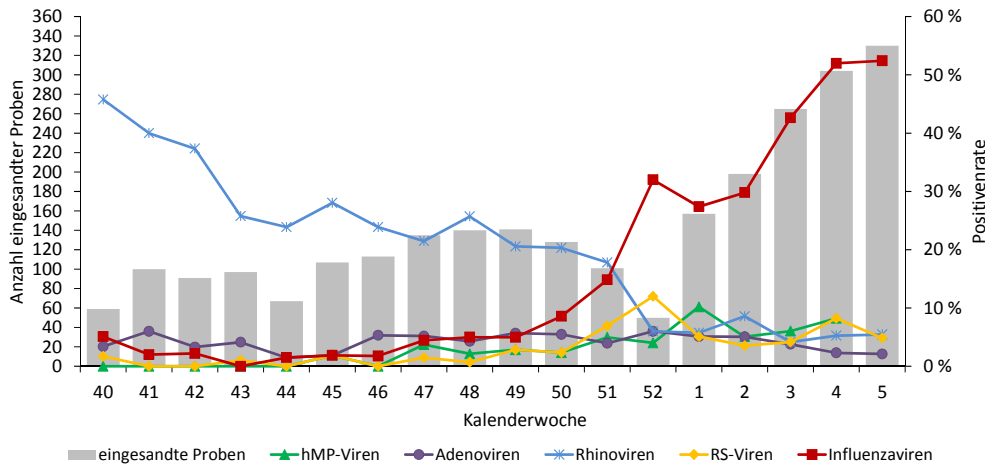


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 5. KW 2018.

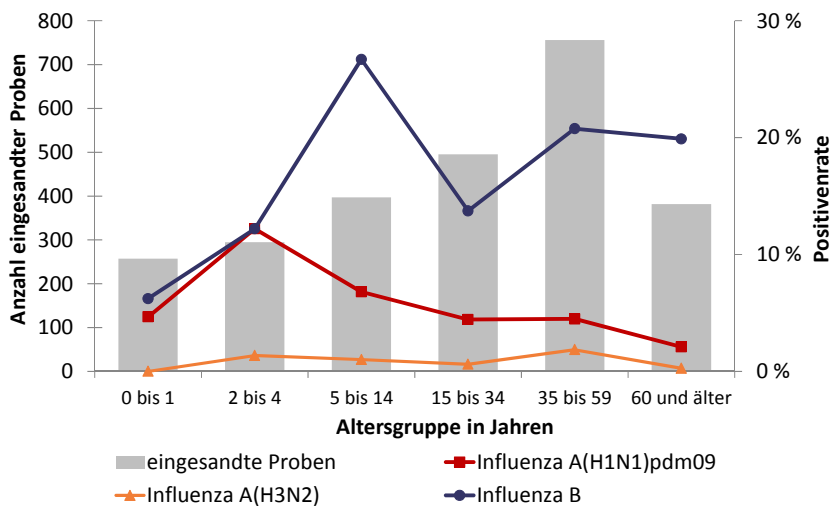


Abb. 4: Anteil (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) der Nachweise für Influenza A(H₁N₁)pdm09, Influenza A(H₃N₂) und Influenza B an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 5. KW 2018.

Charakterisierung der Influenzaviren

In der Saison 2017/18 wurden bisher im Rahmen des Sentinels im NRZ für Influenza 51 Viren bezüglich ihrer genetischen Eigenschaften analysiert (22 Influenza B-Viren, 20 Influenza A(H1N1)pdm09- und neun Influenza A(H3N2)-Viren). Die derzeit zirkulierenden Influenza B-Viren gehören vorwiegend zur Gruppe 3 der Yamagata-Linie (B/Yam), deren Referenzvirus B/Phuket/3073/2013 ist. Ein Influenza B-Virus wurde charakterisiert, das sich in die 1A Subgruppe $\Delta 162-163$ HA1 der Victoria-Linie eingliedert, deren Referenzvirus B/Norway/2409/2017 ist. Darüber hinaus wurde bei nicht Sentinelproben ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie 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 sieben 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.

313 Influenzaviren wurden bisher in Zellkultur isoliert: 77 A(H1N1)pdm09, 15 A(H3N2), 216 B/Yam, fünf B/Vic. 200 Influenza B-Viren, 74 Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und 13 Influenza A(H3N2)-Viren wurden auf ihre antigenen Eigenschaften untersucht. 195 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. Fünf 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.

Mutationen, die mit einer Resistenz gegen die Neuraminidase-Inhibitoren Oseltamivir und Zanamivir assoziiert sind, wurden in den bislang untersuchten Influenzaviren nicht identifiziert. Auch im phänotypischen Assay zeigten sich bislang alle Viren sensitiv gegen Oseltamivir und Zanamivir (Tab. 3).

Tab. 3: Suszeptibilität gegen antivirale Arzneimittel

		Oseltamivir		Zanamivir	
		%	Ns/N	%	Ns/N
Influenza	A(H1N1)pdm09	100 %	23/23	100 %	23/23
	A(H3N2)	100 %	10/10	100 %	10/10
	B	100 %	58/58	100 %	58/58

N: Anzahl der untersuchten Viren; Ns: Anzahl der suszeptiblen 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 5. MW 2018 wurden bislang 15.188 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 9.085 klinisch-labor diagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt (Tab. 4). Bei 1.810 (12 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2017 wurden insgesamt 37.075 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 24.989 klinisch-labor diagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt. Bei insgesamt 6.226 (17 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 06.02.2018).

Seit der 40. MW 2017 wurden 84 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter für die 5. MW 36 neu übermittelte Ausbrüche, jeweils neun in Schulen bzw. Kindergärten/Horten, vier in Krankenhäusern, zwei Reha-Einrichtungen, jeweils ein Ausbruch in einer medizinischen Behandlungseinrichtung bzw. einem Alten-/Pflegeheim sowie zehn Ausbrüche ohne Angabe zum Infektionsumfeld.

Bislang wurden 70 Todesfälle mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt (38-mal Influenza B, 20-mal Influenza A, neunmal Influenza A(H1N1)pdm09 und dreimal Influenza nicht nach A oder B differenziert). 80 % der Fälle sind 60 Jahre oder älter.

Bei den Todesfällen im Alter unter 60 Jahren war bei 64 % als Erreger Influenza A bzw. A(H1N1)pdm09 angegeben (36 % Influenza B), bei den Todesfällen in der Altersgruppe ab 60 Jahre wurden 38 % mit einer Erregerangabe Influenza A bzw. A(H1N1)pdm09 und 62 % mit Influenza B übermittelt.

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzaty/-subtyp (alle laboridiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E²)

		52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	Gesamt ab 40. MW 2017
Influenza	A(nicht subtypisiert)	177	392	570	982	1.806	2.423	6.852
	A(H1N1)pdm09	24	47	71	134	247	286	908
	A(H3N2)	1	3	6	12	3	12	52
	nicht nach A / B differenziert	54	99	159	280	457	588	1.714
	B	543	1.035	2.148	3.515	7.578	11.879	27.549
Gesamt		799	1.576	2.954	4.923	10.091	15.188	37.075

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 5. KW (29.01. bis 04.02.2018) im Vergleich zur Vorwoche gestiegen (7,1 %; Vorwoche: 6,7 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken (1,7 %; Vorwoche: 2,4 %). 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 4. KW 2018 ist die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) weiter gestiegen. Es kam in allen Altersgruppen zu einer deutlichen Zunahme der SARI-Fälle, insbesondere jedoch bei Kindern (Altersgruppen 0 bis 4 Jahre, 5 bis 14 Jahre).

In der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen liegen die SARI-Fallzahlen in der 4. KW 2018 über dem Niveau der 4. KW aus den 3 Vorsaisons. In den anderen Altersgruppen befinden sich die SARI-Fallzahlen auf einem mit den Vorsaisons vergleichbaren, erhöhten Niveau, liegen 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.

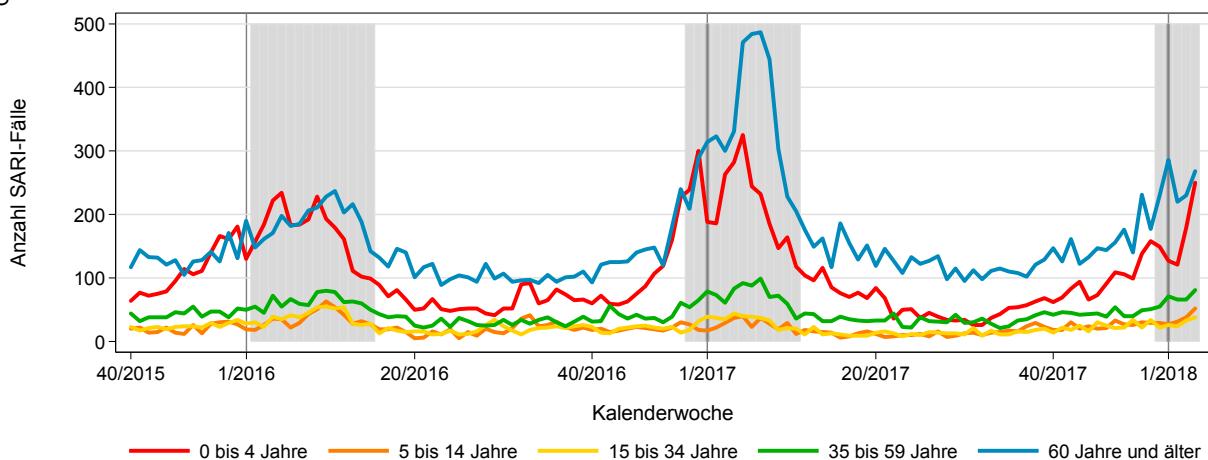


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2015 bis zur 4. KW 2018, Daten aus 78 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

² Nähere Informationen sind abrufbar unter 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 39 Ländern, die für die 4. KW 2018 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 16 Länder über eine niedrige, 16 Länder (darunter Deutschland) über eine mittlere, sechs über eine hohe und Luxemburg über eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Für die 4. KW sind 2.039 (52 %) von 3.926 Sentinelproben positiv auf Influenza getestet worden. In 360 Proben wurden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, in 151 Influenza A(H3N2)-Viren und in 169 nicht subtypisierte Influenza A-Viren detektiert. In 1.359 Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen, darunter 813 ohne Angabe der Linie, 531 aus der Yamagata-Linie und 15 aus der Victoria-Linie.

Bei den Influenzavirusnachweisen, über die seit der 40. KW 2017 berichtet wurde, dominierten Influenza B-Viren mit insgesamt 65 % der Nachweise.

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

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 308 vom 05.02.2018)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 21.01.2018. In den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde über eine hohe Influenza-Aktivität berichtet. Weltweit dominierten hauptsächlich Influenza A-Viren, jedoch stieg der Anteil an Influenza B (meistens die Yamagata-Linie) in den letzten Wochen an.

Bisher berichten die meisten Länder über eine moderate Influenza-Aktivität im Vergleich zu früheren Saisons, in einigen Ländern überstieg die Aktivität aber das Niveau der Vorjahre. In den USA und Kanada zirkulieren im Gegensatz zu Europa seit Beginn der Saison Influenza A(H3N2)-Viren dominant. Die Zahl der hospitalisierten Patienten überstieg in den USA das Niveau der Vorjahre, insbesondere ältere Menschen sind von schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen betroffen.

Ausführliche Informationen sind abrufbar unter:

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

Humane Erkrankungen mit zoonotischen Influenza A-Viren (WHO-Update vom 25.01.2018)

Seit dem letzten Update vom 07.12.2017 wurde ein neuer humaner laborbestätigter Fall mit Influenza A(H5N6)-Virusinfektion an die WHO berichtet. Es handelte sich um ein 3-jähriges Kind, welches ambulant behandelt werden konnte und wieder genesen ist. Seit 2014 wurden insgesamt 19 laborbestätigte Fälle mit Influenza A(H5N6)-Virusnachweisen, darunter sechs Todesfälle, an die WHO gemeldet.

Seit dem letzten Update vom 07.12.2017 wurde ein neuer laborbestätigter Fall mit einer Influenza A(H7N9)-Virusinfektion an die WHO berichtet. Seit 2013 gab es insgesamt 1.566 laborbestätigte Fälle, darunter 613 Todesfälle mit Influenza A(H7N9)-Virusnachweisen.

An die WHO wurden außerdem zwei humane Infektionen mit porcinen Influenzaviren berichtet, die Viren werden mit einem v für Variante bezeichnet: Am 16.01.2018 informierte die Schweiz die WHO, dass es eine humane Influenza A(H1N1)v-Infektion bei einem Farmarbeiter (48 Jahre) gab. Seit dem letzten Update vom 07.12.2017 gab es außerdem einen humanen Fall mit Influenza A(H3N2)v- Virusinfektion in Iowa. In beiden Fällen gab es Hinweise auf eine Exposition zu Schweinen vor Erkrankungsbeginn.

Die Risikoeinschätzung der WHO bleibt unverändert. Bislang gibt es für die bekannten aviären und porcinen Influenzavirussubtypen keinen Anhalt für eine fortgesetzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung in der Bevölkerung.

Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter:

http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/.

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.