



Influenza-Wochenbericht

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

Kalenderwoche 41 (07.10. bis 13.10.2017)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 41. Kalenderwoche (KW) 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit leicht gestiegen, 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 41. KW 2017 in 34 (44 %) von 77 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es wurden vorrangig Rhinoviren detektiert. Influenzaviren wurden bisher nur sporadisch nachgewiesen.

In der 41. Meldewoche (MW) wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 31 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt (Datenstand 17.10.2017).

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 41. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen (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 41. KW 2017.

AGI-(Groß-)Region	35. KW	36. KW	37. KW	38. KW	39. KW	40. KW	41. KW
Süden	49	49	55	85	103	93	98
Baden-Württemberg	50	52	48	87	106	89	94
Bayern	44	46	62	83	100	98	101
Mitte (West)	71	74	104	113	107	94	96
Hessen	51	75	84	98	74	85	86
Nordrhein-Westfalen	52	53	84	109	119	101	95
Rheinland-Pfalz, Saarland	109	93	144	133	130	95	107
Norden (West)	51	57	68	79	83	82	96
Niedersachsen, Bremen	63	74	80	81	84	81	103
Schleswig-Holstein, Hamburg	39	40	56	76	82	83	89
Osten	53	67	80	95	100	90	100
Brandenburg, Berlin	44	46	76	97	103	92	104
Mecklenburg-Vorpommern	33	40	70	89	107	91	103
Sachsen	65	91	78	78	105	86	109
Sachsen-Anhalt	55	69	93	107	80	93	91
Thüringen	69	88	85	103	104	88	91
Gesamt	58	63	78	94	101	92	99

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 428 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 41. KW in der Saison 2017/18 lagen bisher 362 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

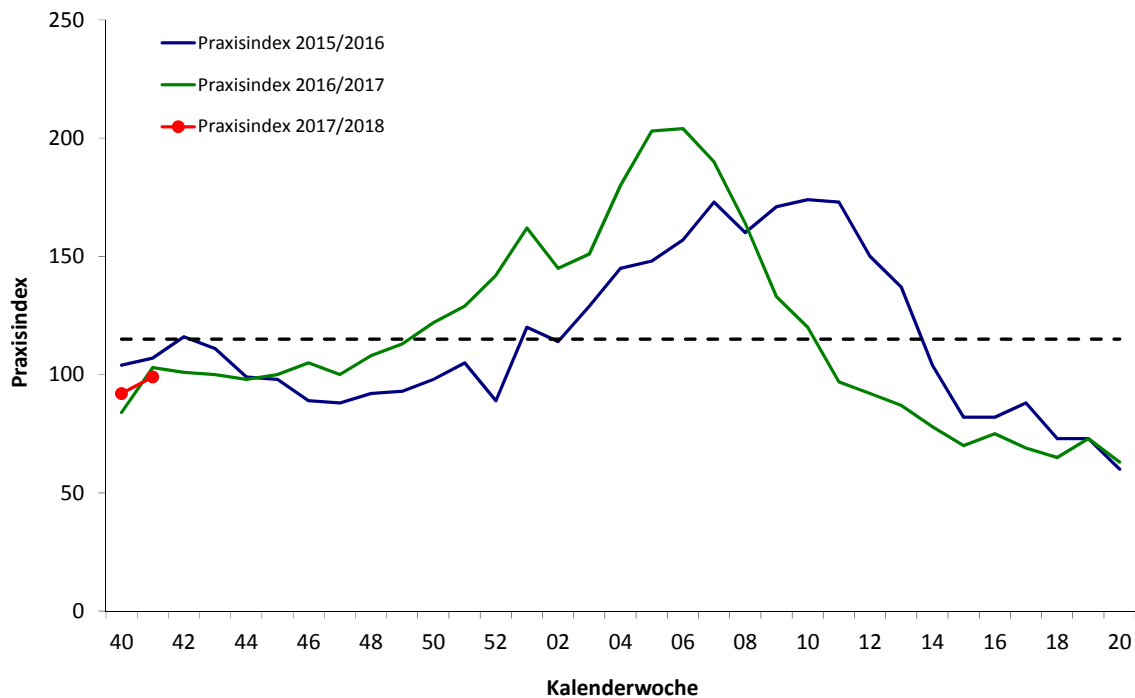


Abb. 1: Praxisindex der 41. KW 2017 im Vergleich zu den Saisons 2016/17 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

Die Werte der Konsultationsinzidenz lagen in der 41. KW 2017 auf einem ähnlichen Niveau wie in der 41. KW der Saison 2016/17 und unter den Werten der Saison 2015/16. Die grafische Darstellung der Konsultationsinzidenz wird im Verlauf der kommenden Wochen wieder in den Influenza-Wochenbericht aufgenommen werden.

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 41. KW 2017 insgesamt 77 Sentinelproben von 43 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 34 (44 %) von 77 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In 31 (40 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [29; 53]) Proben wurden Rhinoviren, in sechs (8 %; 95 % KI [2; 17]) Proben wurden Adenoviren und in einer (1 %; 95 % KI [0; 8]) Influenza B-Viren nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 17.10.2017). Vier Patienten hatten eine Doppelinfektion mit Adeno- und Rhinoviren.

Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen in der 41. 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>.

Tab. 2: Anzahl der seit der 40. KW (Saison 2016/17) insgesamt und bis zur 41. KW 2017 (Saison 2017/18) im NRZ für Influenza im Rahmen des Sentinels identifizierten Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren.

	Gesamt Saison 2016/17	40. KW 2017	41. KW 2017	Gesamt ab 40. KW 2017
Anzahl eingesandter Proben*	5.342	57	77	134
Probenanzahl mit Virusnachweis	2.833	29	34	63
Anteil Positive (%)	53	51	44	47
Influenza A(H3N2)	1.309	0	0	0
A(H1N1)pdm09	9	0	0	0
B	84	3	1	4
Anteil Positive (%)	26	5	1	3
RS-Viren	428	1	0	1
Anteil Positive (%)	8	2	0	1
hMP-Viren	115	0	0	0
Anteil Positive (%)	2	0	0	0
Adenoviren	209	2	6	8
Anteil Positive (%)	4	4	8	6
Rhinoviren	818	26	31	57
Anteil Positive (%)	15	46	40	43

* 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.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 41. MW 2017 wurden bislang 31 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 17 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 12 (39 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 17.10.2017).

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

	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	Gesamt ab 40. MW 2017
Influenza A(nicht subtypisiert)	12	7	12	17	20	14	34
A(H1N1)pdm09	1	0	0	1	1	0	1
A(H3N2)	0	1	0	2	0	1	1
nicht nach A / B differenziert	1	1	1	2	1	3	4
B	3	4	2	9	14	13	27
Gesamt	17	13	15	31	36	31	67

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 41. KW (09.10. bis 15.10.2017) im Vergleich zur Vorwoche gesunken (5,3 %; Vorwoche: 6,5 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken (0,9 %; Vorwoche: 1,4 %). Durch Nachmeldungen können sich die Werte der Vorwochen zum Teil noch deutlich verändern. Die ARE- bzw. ILI-Raten sind nach den Tiefwerten im Sommer (ARE: ca. 3 %; ILI: ca. 0,5 %) nun auf dem herbstlichen Plateau angelangt. Weitere Informationen und ausführliche Ergebnisse erhalten Sie unter:

<https://grippeweb.rki.de>.

² Nähere 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)³ aufgebaut, mit der die Influenzaüberwachung des RKI im stationären Bereich ergänzt wird.

Die letzte auswertbare Woche ist die 39. KW 2017. In der 39. KW 2017 ist die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) im Vergleich zur 38. KW gestiegen. Es kam in allen Altersgruppen zu einem Anstieg der Fallzahlen (Abb. 2), insbesondere in der Altersgruppe der ab 60-jährigen. Die SARI-Fallzahlen befinden sich in allen Altersgruppen auf einem zu den Vorjahren vergleichbaren Niveau. Zu beachten ist, dass sich die Zahlen in der aktuellen Saison durch aktualisierte Daten in den Folgewochen noch ändern können.

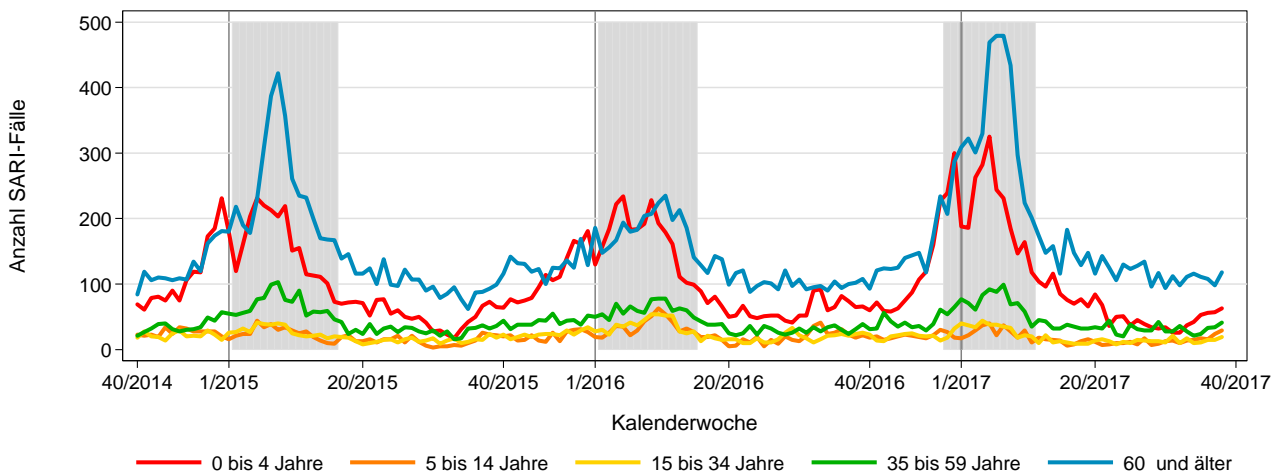


Abb. 2: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2014 bis zur 39. KW 2017, Daten aus 78 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist jeweils grau hinterlegt.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Alle 36 Länder, die für die 40. KW 2017 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten über eine geringe Influenza-Aktivität.

Von 318 Sentinelproben sind fünf Proben positiv auf Influenza getestet worden: In jeweils einer Probe wurden Influenza A- bzw. Influenza A(H3N2)-Viren und in drei Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen.

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

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 300 vom 16.10.2017)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 01.10.2017. In den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde über eine weiterhin niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Eine abnehmende Influenza-Aktivität wurde in den Ländern der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre sowie in manchen Ländern Süd- und Südostasiens beobachtet. In Zentralamerika und in der Karibik wurde in einigen Ländern über eine niedrige Influenza-Aktivität in berichtet. Weltweit dominierten Influenza A(H3N2)- und Influenza B-Viren.

Ausführliche Informationen sind abrufbar unter: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/.

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.

Humane Erkrankungen mit zoonotischen Influenza A-Viren (WHO-Update vom 27.09.2017)

Seit dem letzten Update vom 25.07.2017 wurde ein neuer laborbestätigter, humaner Fall mit aviärer Influenza A(H5N1)-Virusinfektion aus Indonesien an die WHO gemeldet. Dabei handelte es sich um ein Kind, welches hospitalisiert wurde und aufgrund der Erkrankung verstarb. Das Kind hatte im Haushalt Kontakt zu Geflügel. Seit 2003 wurden aus 16 Ländern insgesamt 860 laborbestätigte, humane Fälle mit aviärer Influenza A(H5N1)-Virusinfektion, darunter 454 (53 %) Todesfälle, an die WHO berichtet.

Für den Berichtszeitraum meldete die WHO sieben laborbestätigte, humane Fälle mit Influenza A(H7N9)-Virusinfektion aus China. Bis zum 27.09.2017 wurden 1.564 laborbestätigte, humane Fälle mit aviärer Influenza A(H7N9)-Virusinfektion aus China von der WHO bestätigt, darunter mindestens 612 (39 %) Todesfälle.

Seit dem letzten Update wurde ein neuer laborbestätigter, humaner Fall mit Influenza A(H9N2)-Virusinfektion aus China von der WHO gemeldet. Dabei handelte es sich um ein Kind, welches zuvor offenbar keinen Kontakt zu lebendem Geflügel hatte und ambulant behandelt werden konnte.

Der Bundesstaat Ohio aus den Vereinigten Staaten von Amerika meldete zwei Fälle von zoonotischer Infektion mit porcinen Influenzaviren A(H1N2)v bei Kindern. Diese hatten Kontakt zu Schweinen auf einer Landwirtschaftsmesse. Beide Kinder wurden nicht hospitalisiert und sind wieder vollständig genesen. In den Vereinigten Staaten von Amerika gab es seit dem 25.07.2017 19 Infektionen mit porcinen Influenza A(H3N2)v-Viren. Alle Fälle hatten vor Erkrankungsbeginn Kontakt zu erkrankten Schweinen. Zwei der infizierten Fälle wurden hospitalisiert, eine Übertragung von Mensch-zu-Mensch wurde nicht beobachtet.

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. Ein relevantes Infektionsrisiko besteht bei engem Kontakt zu infiziertem Geflügel oder zu infizierten Schweinen.

Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter:

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

Hinweis in eigener Sache

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 labor diagnostischen 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/