



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 11 (10.03. bis 16.03.2018)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 11. Kalenderwoche (KW) 2018 bundesweit deutlich gesunken, die Werte des Praxisindex lagen in der 11. KW insgesamt weiterhin im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind insgesamt gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 11. KW 2018 in 218 (71 %) von 308 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es wurden hauptsächlich Influenzaviren detektiert, die Influenza-Positivenrate lag bei 58 %. Alle anderen untersuchten Erreger wurden nur sporadisch nachgewiesen.

In der 11. Meldewoche (MW) wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 44.562 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Damit sind 270.730 Fälle seit der 40. MW 2017 übermittelt worden (Datenstand 20.03.2018).

Die Grippewelle hat in der 52. KW 2017 begonnen. Die Influenza-Aktivität ist in der 11. KW 2018 weiterhin hoch, der Höhepunkt der Grippewelle scheint aber überschritten zu sein.

Influenza B-Viren (mit 99 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 72 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 26 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 2 %.

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 541 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 126 Ausbrüche in Krankenhäusern, 107 in Kindergärten, 56 in Schulen, 44 in Alten-/Pflegeheimen, 34 in Reha-Einrichtungen, 23 in Betreuungseinrichtungen, neun in privaten Haushalten bzw. in medizinischen Behandlungseinrichtungen, sieben in Wohnstätten / Wohnheimen sowie 126 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.

Die Weltgesundheitsorganisation hat ihre monatliche Risikoeinschätzung zu zoonotischen Influenzafällen mit Datenstand bis zum 02.03.2018 veröffentlicht; die Gesamteinschätzung bleibt unverändert. Bislang gibt es für aviäre Influenzaviren keinen Anhalt für eine fortgesetzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung in der Bevölkerung. Quelle: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/.

* 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 11. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt sowie in drei von vier AGI-Großregionen (Mitte (West), Norden (West) und Osten) im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Der Praxisindex hatte in der 8. KW den höchsten Wert der vergangenen zehn Jahre erreicht. Der Höhepunkt der Grippewelle scheint überschritten zu sein. 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 4. KW bis zur 11. KW 2018.

AGI-(Groß-)Region	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW
Süden	150	173	195	251	252	230	220	175
Baden-Württemberg	157	170	202	296	282	253	232	178
Bayern	144	176	189	205	223	208	209	172
Mitte (West)	140	167	187	276	325	323	284	220
Hessen	130	145	175	222	277	314	287	232
Nordrhein-Westfalen	150	180	192	300	350	296	270	193
Rheinland-Pfalz, Saarland	141	176	194	305	347	358	295	233
Norden (West)	169	187	191	224	241	260	259	221
Niedersachsen, Bremen	148	165	184	232	271	263	250	215
Schleswig-Holstein, Hamburg	190	208	197	216	211	258	268	227
Osten	143	163	188	217	268	257	268	237
Brandenburg, Berlin	157	185	187	219	219	235	260	199
Mecklenburg-Vorpommern	132	154	189	198	212	236	257	288
Sachsen	142	178	192	258	356	269	276	276
Sachsen-Anhalt	146	153	180	202	279	263	285	217
Thüringen	139	146	192	211	275	281	264	204
Gesamt	148	172	190	243	273	265	256	209

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 11. KW in der Saison 2017/18 lagen 416 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

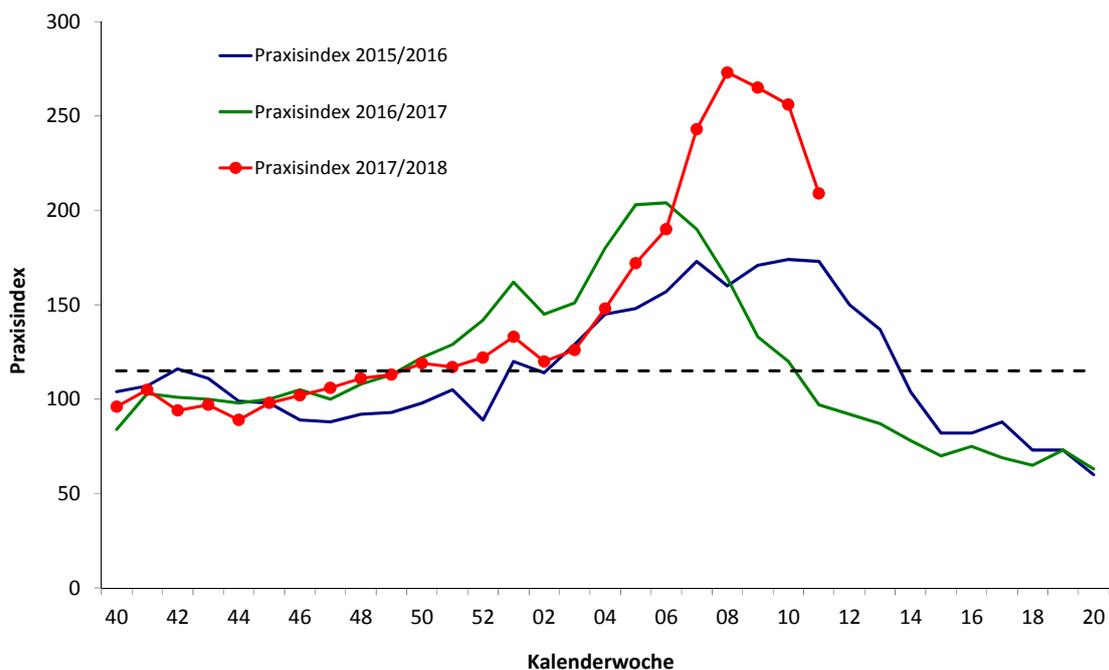


Abb. 1: Praxisindex bis zur 11. KW 2018 im Vergleich zu den Saisons 2016/17 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

* 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 11. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt und in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 2). Die Gesamt-Konsultationsinzidenz erreichte einen Wert von rund 2.200 ARE-Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner. In der 8. KW wurde der bisher höchste Wert in dieser Saison mit mehr als 3.000 ARE-Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner und damit auch in den letzten zehn Saisons erreicht.

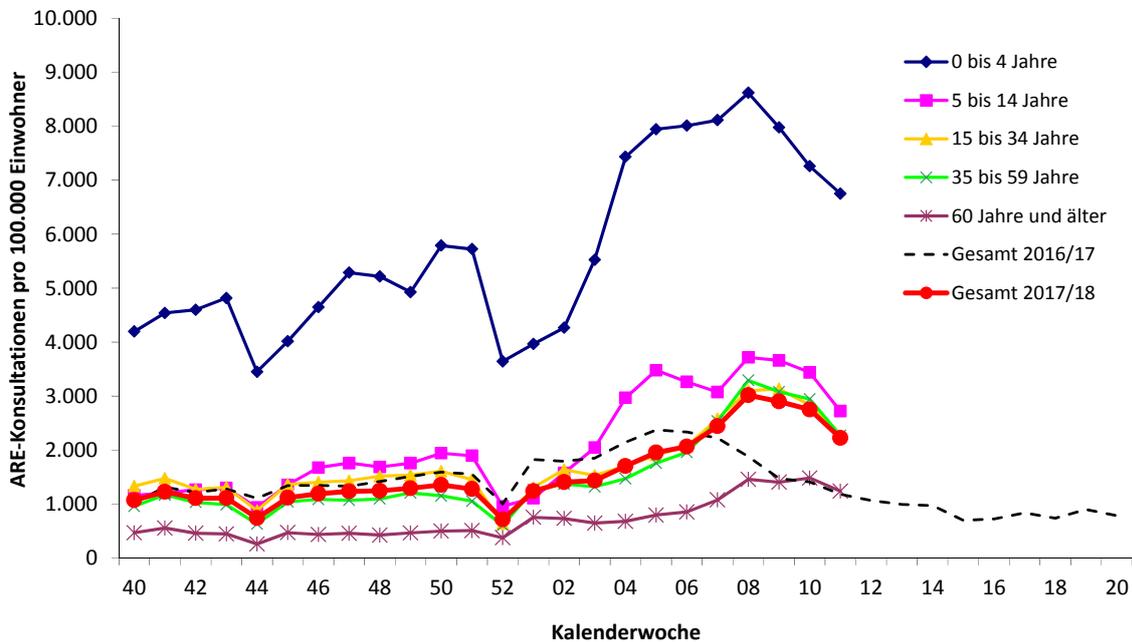


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2017 bis zur 11. KW 2018 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2016/17 ist ebenfalls dargestellt.

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 11. KW 2018 insgesamt 308 Sentinelproben von 97 Arztpraxen aus elf AGI-Regionen zugesandt. In 218 (71 %) von 308 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 11. KW 2018 wurden in 178 (58 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [52; 64]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter 108-mal Influenza B, 67-mal Influenza A(H1N1)pdm09 und fünfmal Influenza A(H3N2). In 19 (6 %; 95 % KI [3; 10]) Proben wurden Respiratorische Synzytial-Viren (RSV), in dreizehn (6 %; 95 % KI [3; 9]) Proben Rhinoviren und in jeweils neun (3 %; 95 % KI [1; 6]) Proben humane Metapneumoviren (hMPV) und Adenoviren nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 20.03.2018).

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

Unter den Erkrankungen gab es 12 Doppelinfektionen, darunter zwei Proben mit jeweils Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren.

In der bisherigen Saison war die Influenza A(H1N1)pdm09-Positivenrate mit 23 % in der Altersgruppe der 2- bis 4-Jährigen am höchsten. Die Influenza B-Positivenrate war in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen mit 41 % am höchsten und bleibt auch in den Altersgruppen der Erwachsenen hoch (zwischen 24 % und 35 %) (Abb. 4).

Influenza B-Viren (mit 99 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 72 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 26 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 2 %.

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.

	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	Gesamt ab 40. KW 2017	
Anzahl eingesandter Proben*	370	357	397	396	418	389	308	4.893	
Probenanzahl mit Virusnachweis	247	227	290	295	315	300	218	2.951	
Anteil Positive (%)	67	64	73	74	75	77	71	60	
Influenza	A(H3N2)	2	7	7	7	7	7	5	66
	A(H1N1)pdm09	38	27	61	53	86	84	67	519
	B	156	136	167	182	192	169	108	1.437
	Anteil Positive (%)	53	48	59	60	67	66	58	41
RS-Viren	19	20	17	23	16	19	19	213	
Anteil Positive (%)	5	6	4	6	4	5	6	4	
hMP-Viren	19	25	26	15	16	17	9	218	
Anteil Positive (%)	5	7	7	4	4	4	3	4	
Adenoviren	8	6	10	14	4	9	9	154	
Anteil Positive (%)	2	2	3	4	1	2	3	3	
Rhinoviren	21	16	21	19	16	13	13	512	
Anteil Positive (%)	6	4	5	5	4	3	4	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.

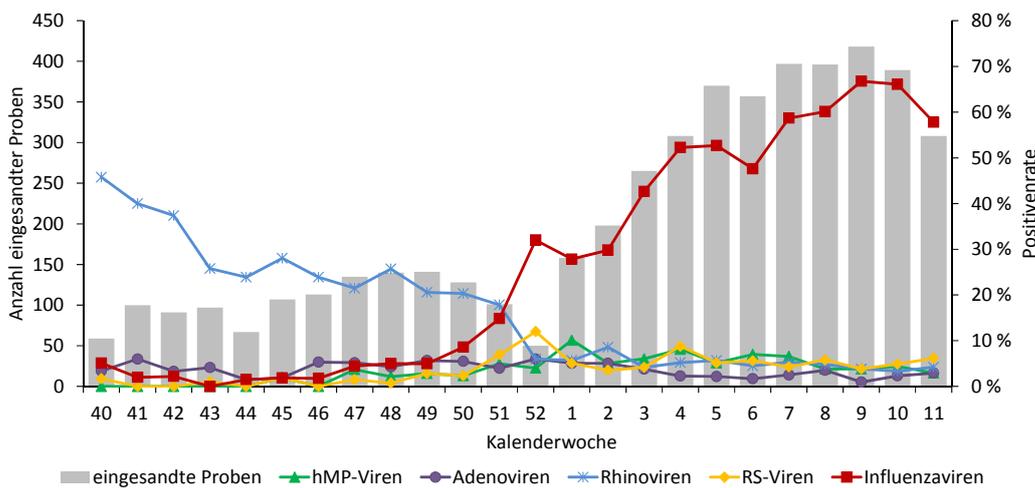


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 11. KW 2018.

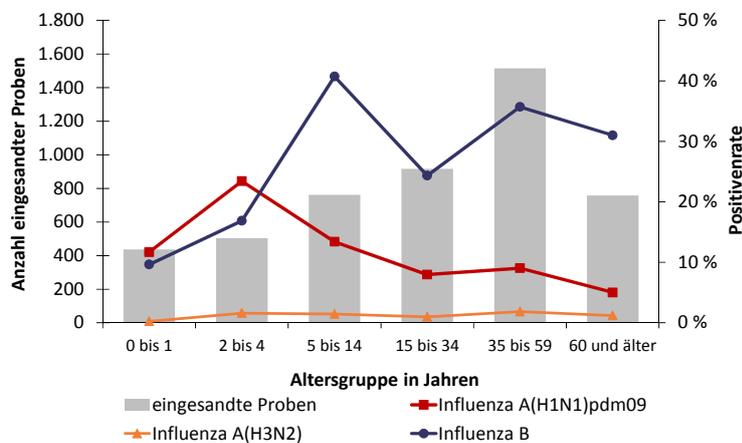


Abb. 4: Anteil (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09, Influenza A(H3N2) und Influenza B an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2017 bis zur 11. KW 2018.

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>).

896 Influenzaviren wurden in Zellkultur isoliert: 281 A(H1N1)pdm09, 39 A(H3N2), 563 B/Yam und 13 B/Vic. Ein repräsentativer Anteil der aus Proben des AGI-Sentinels isolierten Viren wurde auf ihre antigenen Eigenschaften untersucht. Alle A(H1N1)pdm09 Influenzaviren zeigten eine sehr hohe Reaktivität mit gegen das Impfantigen gerichtetem Immuneseren (zu Details siehe <https://influenza.rki.de/CirculatingViruses.aspx>). Die B/Yam Influenzaviren 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 B/Yam Influenzaviren. Bei den B/Vic Influenzaviren 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 A(H3N2) Influenzaviren hatten hämagglutinierende Aktivität. Die A(H3N2) Influenzaviren werden im Neutralisationstest durch das entsprechende Immuneserum neutralisiert.

Insgesamt wurden 295 Viren auf ihre Empfindlichkeit gegenüber den Neuraminidase-Inhibitoren Oseltamivir und Zanamivir untersucht (Tab. 3). Dabei waren alle im phänotypischen Assay getesteten Virusisolate (239) gegen die Neuraminidase-Inhibitoren sensitiv. Die Genotypisierung von 93 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 %	85/85	100 %	85/85
A(H3N2)	100 %	34/34	100 %	34/34
B/Yam	99 %	167/168	99 %	167/168
B/Vic	100 %	8/8	100 %	8/8

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 11. MW 2018 wurden bislang 44.562 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 30.459 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition¹) an das RKI übermittelt (Tab. 4). Bei 7.254 (16 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren. 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.

Seit der 40. MW 2017 wurden insgesamt 270.730 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen an das RKI übermittelt. Bei insgesamt 45.588 (17 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 20.03.2018).

Seit der 40. MW 2017 wurden 541 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 126 Ausbrüche in Krankenhäusern, 107 in Kindergärten, 56 in Schulen, 44 in Alten-/Pflegeheimen, 34 in Reha-Einrichtungen, 23 in Betreuungseinrichtungen, neun in privaten Haushalten bzw. in medizinischen Behandlungseinrichtungen, sieben in Wohnstätten / Wohnheimen sowie 126 Ausbrüche ohne Angabe zum Infektionsumfeld. Bislang wurden 751 Todesfälle mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt (551-mal Influenza B, 140-mal Influenza A, 26-mal Influenza A(H1N1)pdm09, 33-mal Influenza nicht nach A oder B differenziert und einmal Influenza A(H3N2)). 86 % der Fälle waren 60 Jahre oder älter.

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)

		6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2017
Influenza	A(nicht subtypisiert)	3.187	4.349	7.404	9.566	13.452	12.001	57.170
	A(H1N1)pdm09	404	500	801	1.065	1.776	1.573	7.150
	A(H3N2)	12	20	43	51	82	70	337
	nicht nach A / B differenziert	846	1.095	1.978	2.195	2.222	1.445	11.663
	B	15.313	19.654	28.854	33.652	38.363	29.473	194.410
Gesamt		19.762	25.618	39.080	46.529	55.895	44.562	270.730

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 11. KW (12.03. bis 18.03.2018) im Vergleich zur Vorwoche gesunken (6,9 %; Vorwoche: 8,7 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken (2,0 %; Vorwoche: 3,2 %). 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 10. KW 2018 ist die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) stabil geblieben. In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen sind die SARI-Fallzahlen weiter gestiegen. Dagegen gingen die Fallzahlen in den mittleren Altersgruppen stark (Altersgruppen 5 bis 14 Jahre sowie 15 bis 34 Jahre) bzw. leicht (Altersgruppe 35 bis 59 Jahre) zurück. In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen ist die Zahl der SARI-Fälle weiter stabil geblieben.

Die SARI-Fallzahlen in der 10. KW 2018 befinden sich in der jüngsten Altersgruppe (0 bis 4 Jahre) auf einem höheren Niveau als in den 10. 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 34 Jahre) sind in der 10. KW 2018 leicht unter die jeweiligen Werte aus der 10. KW 2016 gesunken. In den beiden älteren Altersgruppen (35 bis 59 Jahre sowie 60 Jahre und älter) liegt die Zahl der SARI-Fälle in der 10. 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.

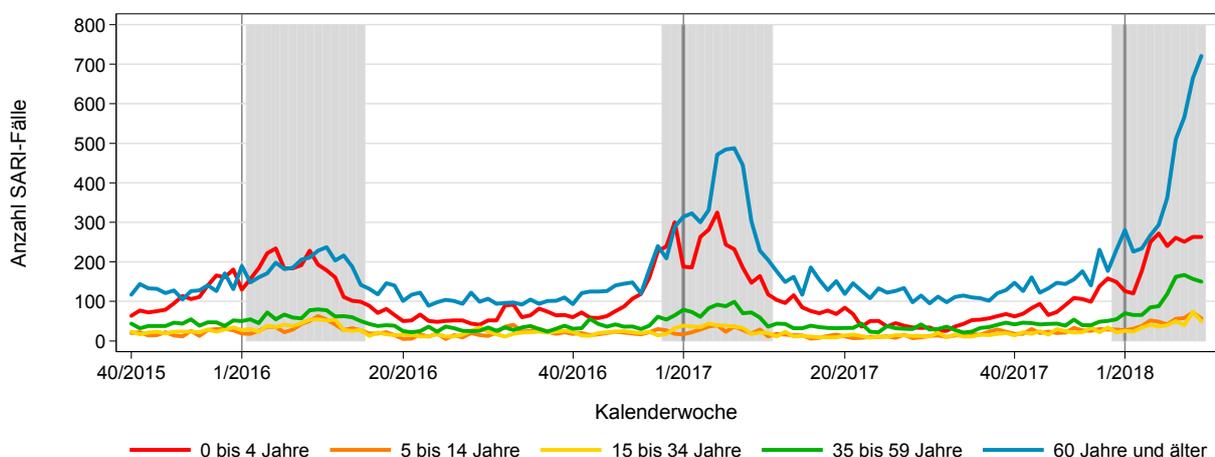


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2015 bis zur 10. KW 2018, Daten aus 78 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

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 10. KW 2018 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 18 Länder über eine niedrige, 24 Länder über eine mittlere, vier (darunter auch Deutschland) über eine hohe und Luxemburg über eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Für die 10. KW sind 1.240 (51 %) von 2.449 Sentinelproben positiv auf Influenza getestet worden. In 735 Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen, darunter 329 ohne Angabe der Linie, 396 aus der Yamagata-Linie und 10 aus der Victoria-Linie. In 263 Proben wurden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, in 99 Influenza A(H3N2)-Viren und in 143 nicht subtypisierte Influenza A-Viren detektiert.

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

Humane Erkrankungen mit zoonotischen Influenza A-Viren (WHO-Update vom 02.03.2018)

Erstmals wurde ein humaner laborbestätigter Fall mit Influenza A(H7N4)-Virusinfektion aus China von der WHO berichtet. Eine 68-jährige Frau aus der Provinz Jiangsu entwickelte Symptome im Dezember 2017, wurde mit einer Lungenentzündung hospitalisiert, erholte sich aber wieder und konnte im Januar aus dem Krankenhaus entlassen werden. Vor Erkrankungsbeginn hatte sie Kontakt mit Geflügel, bei den Tieren wurden ebenfalls Influenza A(H7N4)-Viren nachgewiesen. Kontaktpersonen erkrankten nicht, es gab keine weiteren humanen Fälle.

Seit dem letzten Update vom 25.01.2018 wurde kein neuer humaner laborbestätigter Fall mit Influenza A(H5)-Virusinfektion von der WHO berichtet.

Es wurde ein neuer laborbestätigter Fall mit einer Influenza A(H7N9)-Virusinfektion aus China berichtet. Seit 2013 gab es damit insgesamt 1.567 laborbestätigte Fälle, darunter 615 Todesfälle mit Influenza A(H7N9)-Virusnachweis.

Außerdem wurden drei neue humane laborbestätigte Fälle mit A(H9N2) aus China gemäß den internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) an die WHO gemeldet und im aktuellen Update berichtet.

Die Risikoeinschätzung der WHO bleibt unverändert. Bislang gibt es für die bekannten aviären 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/.