



# 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 8 (17.02. bis 23.02.2018)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 8. Kalenderwoche (KW) 2018 bundesweit nochmals gestiegen, die Werte des Praxisindex lagen in der 8. KW insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind insgesamt ebenfalls gestiegen.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 8. KW 2018 in 279 (75 %) von 374 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es wurden hauptsächlich Influenzaviren detektiert, die Influenza-Positivenrate lag bei 60 %. Alle anderen untersuchten Erreger wurden nur sporadisch nachgewiesen.

In der 8. Meldewoche (MW) wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 35.284 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Damit sind 119.533 Fälle seit der 40. MW 2017 übermittelt worden (Datenstand 27.02.2018).

Die Grippewelle hat in der 52. KW 2017 begonnen. Die Influenza-Aktivität ist in der 8. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche weiter 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 22 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 3 %.

### 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.

Bei den Todesfällen, die mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt wurden, wurde bei Fällen unter 60 Jahren in 53 % als Erreger Influenza A oder Influenza A(H1N1)pdm09 angegeben.

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?“ Aktualisiert am 28.02.2018 und abrufbar unter: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ\\_Liste.html](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](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](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html).

Seit der 40. MW 2017 wurden 232 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 53 Ausbrüche in Krankenhäusern, 45 in Kindergärten, 29 in Schulen, 17 in Alten-/Pflegeheimen, 14 in Reha-Einrichtungen, jeweils sechs in Betreuungseinrichtungen sowie privaten Haushalten, fünf in medizinischen Behandlungseinrichtungen, vier in Wohnstätten/Wohnheimen sowie 53 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](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Archiv_Management.html).

\* Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <https://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

## Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

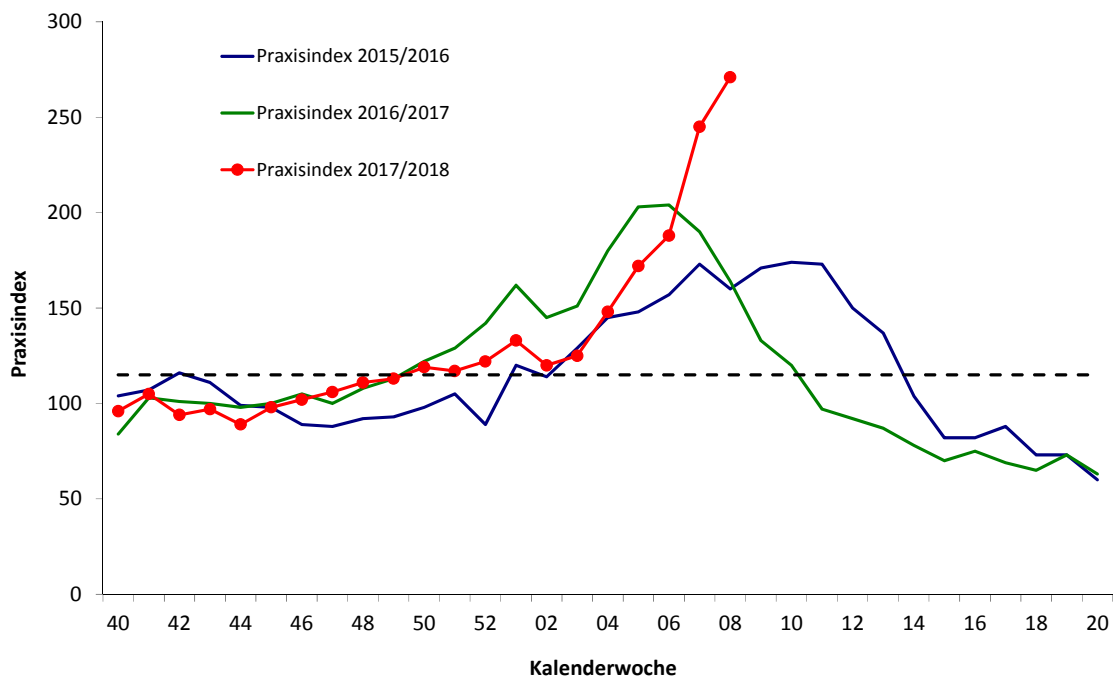
Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 8. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt sowie in den vier AGI-Großregionen im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Der Praxisindex hat damit bundesweit den höchsten Wert der vergangenen zehn Jahre erreicht. Die Schwere der Grippewelle lässt sich aber erst nach Saisonende unter Berücksichtigung der weiteren Datenquellen bewerten.

**Tab. 1:** Praxisindex\* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 1. KW bis zur 8. KW 2018.

AGI-(Groß-)Region	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW
<b>Süden</b>	142	124	120	150	173	192	257	250
Baden-Württemberg	152	130	120	157	170	199	307	283
Bayern	131	118	121	144	176	185	207	218
<b>Mitte (West)</b>	147	120	125	140	167	186	277	321
Hessen	158	116	112	130	146	173	220	275
Nordrhein-Westfalen	153	129	136	150	180	192	306	345
Rheinland-Pfalz, Saarland	130	117	126	141	176	194	304	343
<b>Norden (West)</b>	118	131	143	169	187	190	224	250
Niedersachsen, Bremen	113	118	122	148	165	187	235	277
Schleswig-Holstein, Hamburg	122	144	165	190	208	192	212	223
<b>Osten</b>	124	114	120	143	164	185	216	250
Brandenburg, Berlin	142	119	130	157	185	187	219	211
Mecklenburg-Vorpommern	112	85	110	132	154	171	189	206
Sachsen	135	127	128	142	178	192	257	357
Sachsen-Anhalt	145	137	105	146	153	180	202	212
Thüringen	84	102	130	139	149	192	211	263
<b>Gesamt</b>	<b>133</b>	<b>120</b>	<b>125</b>	<b>148</b>	<b>172</b>	<b>188</b>	<b>245</b>	<b>271</b>

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 552 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 8. KW in der Saison 2017/18 lagen 404 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

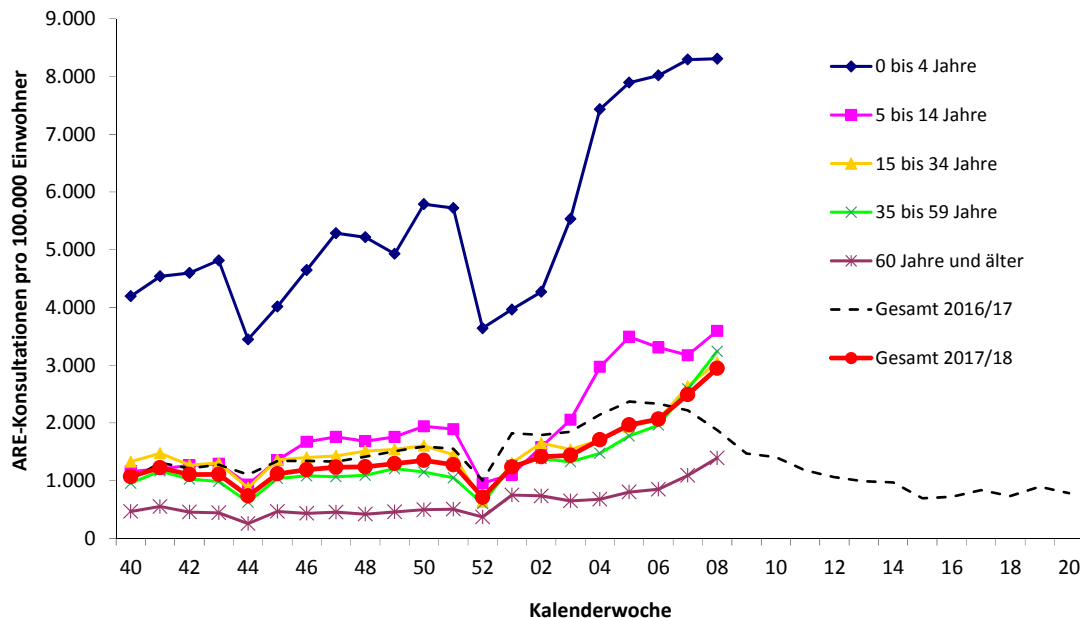


**Abb. 1:** Praxisindex bis zur 8. KW 2018 im Vergleich zu den Saisons 2016/17 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

\* 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 8. KW 2018 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz erreichte einen Wert von knapp 3.000 ARE-Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner und damit den höchsten Wert in den letzten 10 Saisons. Umgerechnet auf die Bevölkerung konsultierten damit schätzungsweise 2,5 Millionen Menschen mit einer akuten Atemwegserkrankung eine Haus- oder Kinderarztpraxis.

Während die Werte in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen stabil geblieben sind, sind sie in allen Altersgruppen ab 5 Jahre gestiegen. Der höchste Anstieg im Vergleich zur Vorwoche war mit 28 % in der Altersgruppe der über 59-Jährigen zu verzeichnen (Abb. 2).



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2017 bis zur 8. 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 8. KW 2018 insgesamt 374 Sentinelproben von 112 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 279 (75 %) von 374 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 8. KW 2018 wurden in 228 (60 %; 95 % Konfidenzintervall (KI) [55; 66]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter 173-mal Influenza B, 48-mal Influenza A(H1N1)pdm09 und siebenmal Influenza A(H3N2). In 23 Proben (6 %; 95 % KI [3; 10]) wurden RS-Viren, in 18 (5 %; 95 % KI [2; 8]) Rhinoviren, in 15 (4 %; 95 % KI [2; 7]) hMP-Viren und in 13 (3 %; 95 % KI [1; 6]) Adenoviren nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 27.02.2018). Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen in der aktuellen Berichtswoche hauptsächlich auf Influenzaviren zurückzuführen (Abb. 3).

Unter den Erkrankungen gab es 14 Doppelinfectionen, darunter zwei Proben mit jeweils Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren und drei Proben mit Influenza B- und RS-Viren. Zwei Dreifachinfektionen wurden detektiert, darunter eine Probe mit A(H1N1)pdm09-, H3N2- und B-Viren.

Nur bei Kindern bis zum Alter von zwei Jahren kam es zu einer Ko-Zirkulation der anderen untersuchten respiratorischen Viren, in allen anderen Altersgruppen waren Influenzaviren ganz überwiegend die Ursache der akuten Atemwegserkrankungen, bei den Schulkindern mit einer Positivenrate von 81 % (Abb. 4).

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 22 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 3 %.

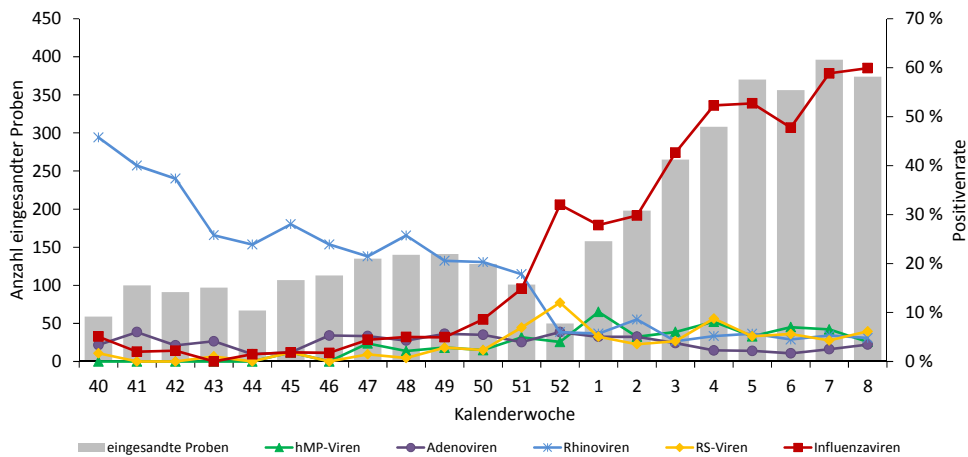
Weitere Informationen zu täglich aktualisierten Ergebnissen der virologischen Surveillance des NRZ für Influenza sowie zu den Ergebnissen der mit der AGI kooperierenden Landeslabors sind abrufbar unter:

<https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

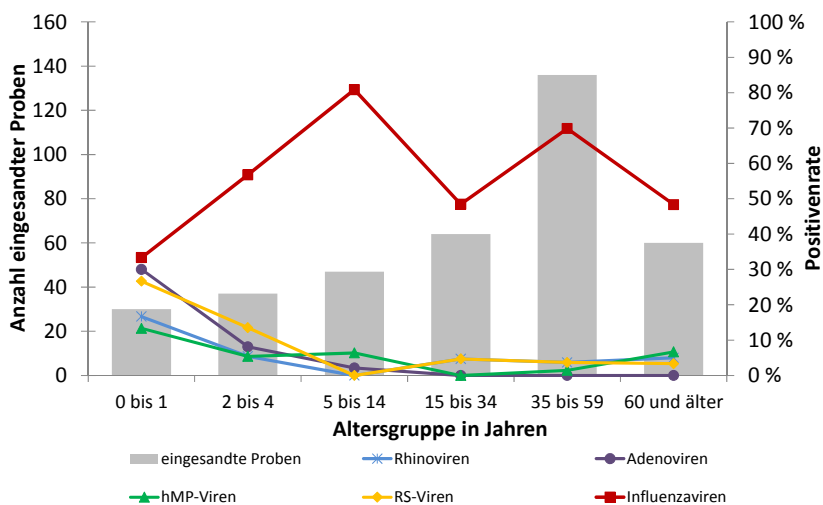
**Tab. 2:** Anzahl der seit der 40. KW 2017 (Saison 2017/18) im NRZ für Influenza im Rahmen des Sentinels identifizierten Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren.

	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	Gesamt ab 40. KW 2017
Anzahl eingesandter Proben*	198	265	308	370	356	396	374	3.754
Probenanzahl mit Virusnachweis	97	150	228	247	227	290	279	2.102
Anteil Positive (%)	49	57	74	67	64	73	75	56
Influenza	A(H3N2)	2	5	5	2	7	7	47
	A(H1N1)pdm09	20	18	31	38	27	61	277
	B	37	90	126	156	136	167	959
	Anteil Positive (%)	30	43	52	53	48	59	34
RS-Viren		7	11	27	19	20	17	159
	Anteil Positive (%)	4	4	9	5	6	4	4
hMP-Viren		10	16	25	19	25	26	176
	Anteil Positive (%)	5	6	8	5	7	7	5
Adenoviren		10	10	7	8	6	10	131
	Anteil Positive (%)	5	4	2	2	2	3	3
Rhinoviren		17	11	16	21	16	21	469
	Anteil Positive (%)	9	4	5	6	4	5	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 8. KW 2018.



**Abb. 4:** Anteil (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) der Nachweise für Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 8. KW 2018.

## Charakterisierung der Influenzaviren

In der Saison 2017/18 wurden bisher 91 Viren bezüglich ihrer genetischen Eigenschaften im NRZ für Influenza analysiert (Tab. 3).

Tab. 3: Genetische Charakterisierung

Influenzaviruscluster	%	Nc/N
A(H1N1)pdm09 <b>6B.1</b> Michigan/45/2015-like <sup>1,2</sup>	100 %	29/29
A(H3N2) <b>3C.2a</b> Hong Kong/4801/2014-like <sup>1,2</sup>	87 %	13/15
A(H3N2) <b>3C.2a1</b> Singapore/INFIMH-16-0019/2016/-like	13 %	2/15
B/Yam <b>3</b> Phuket/3073/2013-like <sup>2</sup>	100 %	41/41
B/Vic <b>1A</b> Brisbane/60/2008/like <sup>1,2</sup>	17 %	1*/6
B/Vic <b>1A Δ162-163</b> Norway/2409/2017/like	83 %	5/6

<sup>1</sup> Impfantigen im trivalenten Impfstoff Saison 2017/2018; <sup>2</sup> Impfantigen im tetravalenten Impfstoff Saison 2017/2018; Nc: Anzahl der im genetischen Cluster gruppierten Viren (Sequenzierung des für das Hämagglutinin kodierenden Gens und anschließende phylogenetische Analyse); die genetische Charakterisierung erfolgt anhand von Clustern in phylogenetischen Analysen und ermöglicht keine Aussagen zur Kreuzprotektion der Viren wie sie durch die antigene Charakterisierung erfolgt; N: Anzahl der untersuchten Viren; \* Nicht-Sentinel-Probe; B/Yam Yamagata-Linie; B/Vic, Victoria-Linie

651 Influenzaviren wurden in Zellkultur isoliert: 190 A(H1N1)pdm09, 32 A(H3N2), 421 B/Yam und acht B/Vic. Ein repräsentativer Anteil der aus Proben des AGI-Sentinels isolierten Viren wurde auf ihre antigenen Eigenschaften untersucht und zeigte eine hohe Reaktivität mit gegen die Impfantigene gerichteten Immunsereen (Tab. 4).

Tab. 4: Antigene Charakterisierung

Influenzavirussubtyp/-linie	%	Ni/N
A(H1N1)pdm09 Michigan/45/2015-like <sup>1,2</sup>	100 %	174/174
A(H3N2) Hong Kong/4801/2014-like <sup>1,2</sup>	100 %	19/19
B/Yam Phuket/3073/2013-like <sup>2</sup>	100 %	379/379
B/Vic Brisbane/60/2008/like <sup>1,2</sup>	100%	6/6

<sup>1</sup> Impfantigen im trivalenten Impfstoff Saison 2017/2018; <sup>2</sup> Impfantigen im tetravalenten Impfstoff Saison 2017/2018; Ni: Anzahl der vom spezifischen Immunsereum inhibierten Viren (untersucht mittels Hämagglutinationshemmtest außer A/H3N2 mit Neutralisationstest); N: Anzahl der untersuchten Viren

Insgesamt wurden 210 Viren auf ihre Empfindlichkeit gegenüber den Neuraminidase-Inhibitoren Oseltamivir und Zanamivir untersucht (Tab. 5). Dabei waren alle im phänotypischen Assay getesteten Virusisolate (197) gegen die Neuraminidase-Inhibitoren sensitiv. Die Genotypisierung von 42 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. 5: Suszeptibilität gegen antivirale Arzneimittel

Influenzavirussubtyp/-linie	Oseltamivir		Zanamivir	
	%	Ns/N	%	Ns/N
A(H1N1)pdm09	100 %	62/62	100 %	62/62
A(H3N2)	100 %	17/17	100 %	17/17
B/Yam	99 %	125/126	99 %	125/126
B/Vic	100%	5/5	100%	5/5

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 8. MW 2018 wurden bislang 35.284 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 22.243 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition<sup>3</sup>) an das RKI übermittelt (Tab. 6). Bei 5.830 (17 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2017 wurden insgesamt 119.533 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen an das RKI übermittelt. Bei insgesamt 19.522 (16 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 27.02.2018).

Seit der 40. MW 2017 wurden 232 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt; darunter sind 53 Ausbrüche in Krankenhäusern, 45 in Kindergärten, 29 in Schulen, 17 in Alten-/Pflegeheimen, 14 in Reha-Einrichtungen, jeweils sechs in Betreuungseinrichtungen sowie privaten Haushalten, fünf in medizinischen Behandlungseinrichtungen, vier in Wohnstätten/Wohnheimen sowie 53 Ausbrüche ohne Angabe zum Infektionsumfeld.

Bislang wurden 216 Todesfälle mit Influenzainfektion an das RKI übermittelt (146-mal Influenza B, 48-mal Influenza A, zwölfmal Influenza A(H1N1)pdm09, zehnmal Influenza nicht nach A oder B differenziert). 83 % der Fälle sind 60 Jahre oder älter.

Bei den Todesfällen im Alter unter 60 Jahren war bei 53 % als Erreger Influenza A bzw. A(H1N1)pdm09 angegeben (44 % Influenza B; 3 % nicht nach Influenza A oder B differenziert); bei den Todesfällen in der Altersgruppe ab 60 Jahre wurden 23 % mit einer Erregerangabe Influenza A bzw. A(H1N1)pdm09 und 72 % mit Influenza B übermittelt (5 % nicht nach Influenza A oder B differenziert).

**Tab. 6:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzaty/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E<sup>4</sup>)

	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2017
Influenza A(nicht subtypisiert)	994	1.863	2.667	3.167	4.280	6.667	21.290
A(H1N1)pdm09	147	272	337	400	495	697	2.618
A(H3N2)	12	3	18	12	20	38	128
nicht nach A / B differenziert	283	458	734	840	1.078	1.627	5.412
B	3.538	7.830	13.070	15.234	19.572	26.255	90.085
<b>Gesamt</b>	<b>4.974</b>	<b>10.426</b>	<b>16.826</b>	<b>19.653</b>	<b>25.445</b>	<b>35.284</b>	<b>119.533</b>

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 8. KW (19.02. bis 25.02.2018) im Vergleich zur Vorwoche gesunken (9,0 %; Vorwoche: 9,7 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken (2,8 %; Vorwoche: 3,5 %). 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)<sup>5</sup> aufgebaut, mit der die Influenzaüberwachung des RKI im stationären Bereich ergänzt wird.

In der 7. KW 2018 ist die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) deutlich gestiegen. Während die Zahl der SARI-Fälle bei den Kleinkindern (Altersgruppe 0 bis 4 Jahre) nur leicht gestiegen ist, kam es in allen anderen Altersgruppen zu einem starken Anstieg der Fallzahlen.

In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen sind die SARI-Fallzahlen in der 7. KW 2018 annähernd auf das Niveau zum Höhepunkt der Saison 2016/17 gestiegen. Während in der Saison 2016/17 insbesondere in

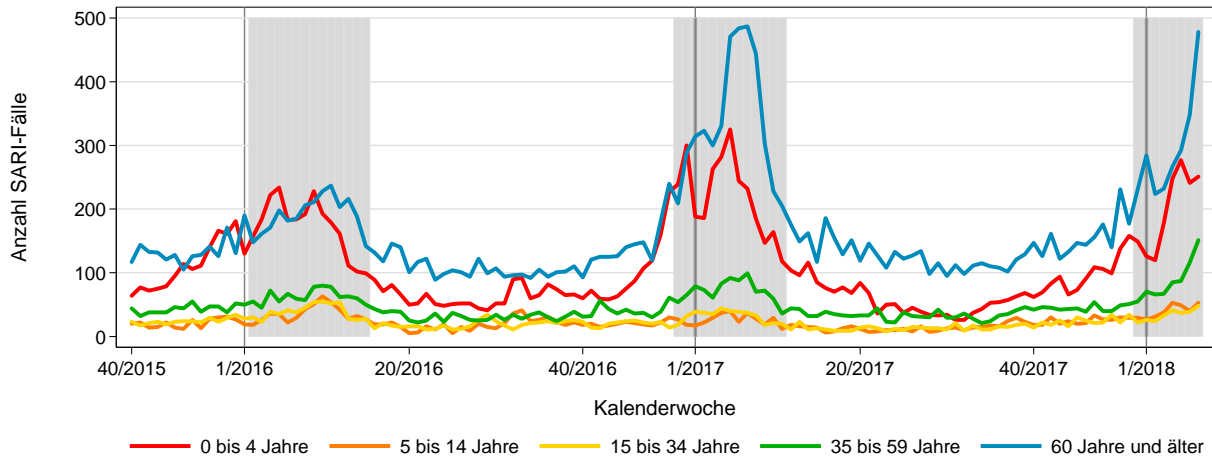
<sup>3</sup> Nähere Informationen sind abrufbar unter [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html).

<sup>4</sup> Nähere Informationen sind abrufbar unter [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html).



der Untergruppe der ab 80-jährigen außerordentlich hohe Fallzahlen beobachtet wurden, ist in der aktuellen Saison die Untergruppe der 60- bis 79-jährigen stärker betroffen. Hierbei liegen die SARI-Fallzahlen noch über den Höchstwerten der drei Vorsaisons. Auch in der Altersgruppe 35- bis 59 Jahre liegen die SARI-Fallzahlen deutlich über den bisherigen Maximalwerten aus drei Vorsaisons. In den anderen Altersgruppen befinden sich die SARI-Fallzahlen in der 7. KW 2018 auf höheren Niveau als in den 7. KW der drei Vorsaisons, liegen jedoch noch unter dem Maximalwert 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 7. KW 2018, Daten aus 78 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

## Internationale Situation

### Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von den Ländern, die für die 7. KW 2018 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten acht Länder über eine niedrige, 20 Länder über eine mittlere, zehn (darunter auch Deutschland) über eine hohe und zwei (Albanien und Luxemburg) über eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Für die 7. KW sind 1.683 (51 %) von 3.297 Sentinelproben positiv auf Influenza getestet worden. In 1.123 Proben wurden Influenza B-Viren nachgewiesen, darunter 528 ohne Angabe der Linie, 575 aus der Yamagata-Linie und 20 aus der Victoria-Linie. In 284 Proben wurden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, in 144 Influenza A(H3N2)-Viren und in 132 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/>.

### Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs der nördlichen Hemisphäre für die Saison 2018/19

Die WHO hat am 22.02.2018 die Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs in der nördlichen Hemisphäre 2018/19 veröffentlicht. Gegenüber der Empfehlung für die Saison 2017/18 wurden die Komponenten gegen Influenza A(H3N2) und Influenza B aktualisiert.

Influenza A(H1N1)-Komponente: ein A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm-ähnliches Virus

Influenza A(H3N2)-Komponente: ein A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)-ähnliches Virus

Influenza B-Komponente: ein B/Colorado/06/2017-ähnliches Virus aus der Victoria-Linie

Für quadrivalente Impfstoffe, die eine zweite B-Komponente enthalten, wird zusätzlich zu den oben genannten ein B/Phuket/3073/2013-ähnliches Virus aus der Yamagata-Linie empfohlen.

Weitere Informationen und der ausführliche Bericht zur Empfehlung sind abrufbar (in englischer Sprache) unter: [http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018\\_19\\_north/en/](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018_19_north/en/).