



Influenza-Wochenbericht

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe*

Kalenderwoche 12/2020 (14.3. bis 20.3.2020)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 12. Kalenderwoche (KW) 2020 bundesweit gestiegen, die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2020 in 80 (44 %) von 183 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter vier Proben mit Influenza A(H1N1)pdm09-, 24 Proben mit Influenza A(H3N2)- und neun Proben mit Influenza B-Viren. Die Influenza-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag bei 20 %. In der 12. KW ist in zwei von 173 untersuchten Sentinelproben (1,2 %) SARS-CoV-2 identifiziert worden.

Für die 12. Meldewoche (MW) 2020 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 9.878 labor-diagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Datenstand: 24.3.2020).

Für die 12. KW 2020 wurden insgesamt rund 170.000 Influenza-bedingte Arztbesuche geschätzt (95 % KI 140.000 bis 205.000). Die Influenza-Aktivität ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Erhöhung der ARE-Aktivität lässt sich zurzeit weder durch in der Bevölkerung zirkulierende Influenzaviren noch durch SARS-CoV-2 erklären, möglicherweise gehen aber mehr Personen mit ARE-Symptomatik zum Arzt.

Weitere Informationen zur Influenzasaison 2019/20

Nach Schätzung der AGI haben in der Saison 2019/20 von der 40. KW 2019 bis zur 12. KW 2020 insgesamt rund 4,2 Millionen Personen wegen Influenza eine Haus- oder Kinderarztpraxis aufgesucht (95 % KI 3,3 bis 5,2 Millionen). Diese, aber insbesondere die wöchentlichen Schätzungen sind mit großen Unsicherheiten behaftet und können sich durch nachträglich eingehende Daten noch deutlich ändern.

Seit der 40. KW 2019 wurden im Rahmen der virologischen Sentinelsurveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert Koch-Instituts 901 Influenzaviren identifiziert, darunter 372 (41 %) Influenza A(H1N1)pdm09- und 407 (45 %) Influenza A(H3N2)- sowie 113 (14 %) Influenza B-Viren.

Die AGI hat die virologische Surveillance um SARS-CoV-2 erweitert. Von der 8. bis 9. KW 2020 sind keine SARS-CoV-2 in Sentinelproben identifiziert worden. In der 10. KW 2020 ist eine positive SARS-CoV-2 Probe detektiert worden. In der 11. KW und 12. KW 2020 sind je zwei positive SARS-CoV-2 Proben detektiert worden.

Seit der 40. MW 2019 wurden insgesamt 177.009 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 27.580 (16 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren. Es wurden bisher 479 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 84 Ausbrüche in Krankenhäusern. Seit der 40. KW 2019 wurden insgesamt 323 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion übermittelt.

Die Grippewelle hat in Deutschland in der 2. KW 2020 begonnen und hält seitdem an.

Das RKI hat umfangreiche Informationen zu Erkrankungen mit dem neuartigen Coronavirus zusammengestellt. Diese können hier abgerufen werden: <https://www.rki.de/covid-19>. Ausgewählte Hinweise werden auf der letzten Seite dieses Berichts mit den entsprechenden Internetverweisen angegeben.

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

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen ist in der 12. KW 2020 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Die Erhöhung der ARE-Aktivität lässt sich wahrscheinlich auch durch ein geändertes Konsultationsverhalten erklären. Möglicherweise gehen im Verhältnis mehr Personen mit ARE-Symptomatik zum Arzt, während Personen mit chronischen Erkrankungen oder verschiebbaren Terminen Arztbesuche eher meiden. Da die letztgenannte Personengruppe eine Bezugsgröße beim Praxisindex darstellt (Nenner = Praxiskontakte), ergibt sich eine Erhöhung der Werte, wie sie zum Beispiel häufig über den Jahreswechsel beobachtet wird.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen von der 5. KW bis zur 12. KW 2020

AGI-(Groß-)Region	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW
Süden	171	185	163	159	181	180	167	185
Baden-Württemberg	166	187	166	153	182	182	166	171
Bayern	176	184	161	166	179	179	168	198
Mitte (West)	157	162	148	147	150	177	181	189
Hessen	148	157	134	136	124	151	172	208
Nordrhein-Westfalen	155	168	159	158	179	211	203	223
Rheinland-Pfalz, Saarland	169	162	150	148	146	170	166	135
Norden (West)	159	143	160	144	161	163	170	191
Niedersachsen, Bremen	140	144	142	150	160	172	168	169
Schleswig-Holstein, Hamburg	177	141	178	137	162	153	173	213
Osten	153	155	149	148	141	154	182	177
Brandenburg, Berlin	151	142	147	133	140	164	192	183
Mecklenburg-Vorpommern	140	146	162	149	134	144	152	181
Sachsen	180	188	182	168	161	161	168	181
Sachsen-Anhalt	147	155	148	136	132	154	221	212
Thüringen	147	143	107	154	137	145	176	127
Gesamt	160	164	156	152	159	172	177	187

Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass nachträglich eingehende Meldungen die Werte in den Folgewochen noch verändern können.

In der ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2019/20 bisher 552 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 12. KW 2020 lagen 289 Meldungen vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

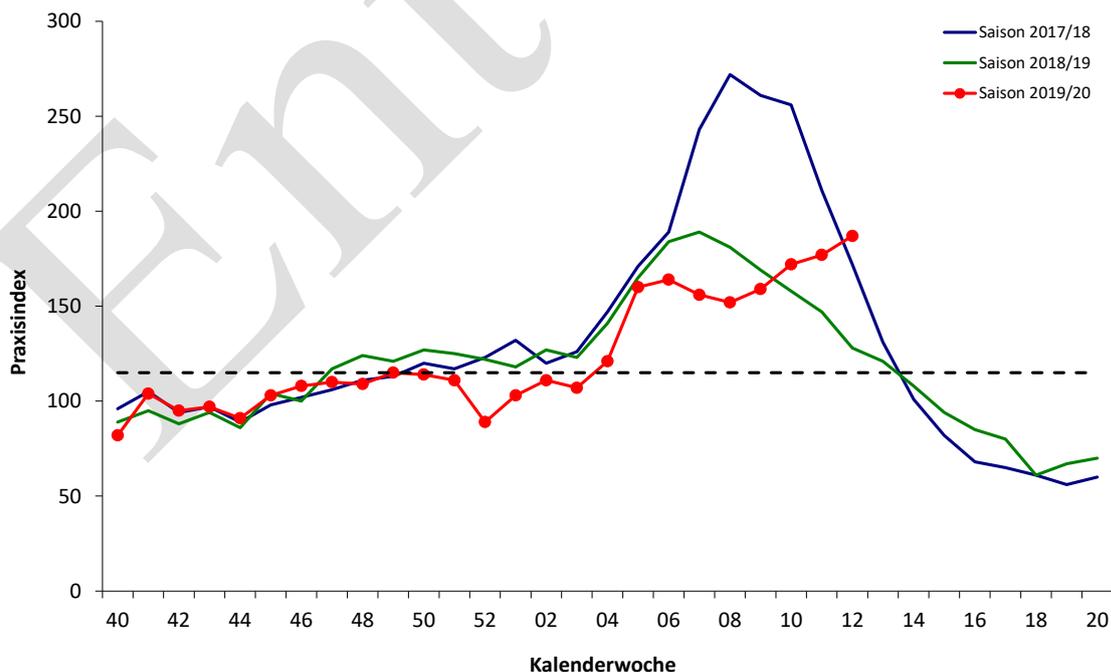


Abb. 1: Praxisindex bis zur 12. KW 2020 im Vergleich zu den Saisons 2018/19 und 2017/18 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

* 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 2020 insgesamt im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen, der Wert (gesamt) lag bei rund 2.170 pro Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von rund 1,8 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Während bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) die Werte wie schon in der Vorwoche weiter sanken, sind die Werte in den drei Altersgruppen ab 15 Jahre angestiegen (Abb. 2).

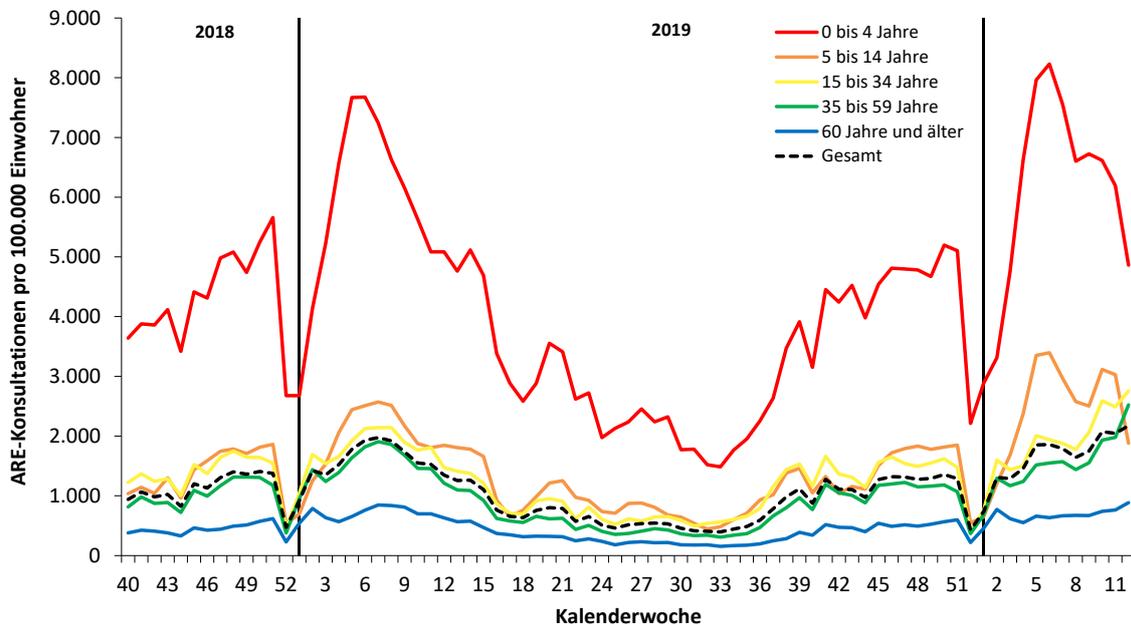


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2018 bis zur 12. KW 2020 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die senkrechte Linie markiert die 1. KW des Jahres.

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 Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2020 insgesamt 183 Sentinelproben von 76 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 80 (44%) von 183 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

Es wurden in der 12. KW 2020 in 37 Proben (20 %; 95 % KI [17; 27]) Influenzaviren identifiziert, vier waren positiv für Influenza A(H1N1)pdm09, 24 waren positiv für Influenza A(H3N2) und neun waren positiv für Influenza B/Victoria-Linie.

Es wurden in der 12. KW 2020 in 16 Proben (9 %; 95 % KI [1; 7]) Respiratorische Synzytial (RS)-Viren, in 14 Proben (8 %; 95 % KI [4; 13]) humane Metapneumoviren (hMPV), in drei Proben Parainfluenzaviren (PIV 1 – 4) (2 %; 95 % KI [0; 5]) und in zwölf Proben (7 %; 95 % KI [3; 12]) Rhinoviren nachgewiesen. In zwei Sentinelproben wurde SARS-CoV-2 nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 24.3.2020). Es wurden vier Doppelinfektionen jeweils mit Rhinoviren identifiziert.

Seit der 8. KW 2020 werden Sentinelproben auch auf SARS-CoV-2 untersucht. Es gab bisher fünf Nachweise von SARS-CoV-2 in 851 untersuchten Proben der virologischen Surveillance der AGI.

Die Grippewelle hat nach der Definition der Arbeitsgemeinschaft Influenza mit der 2. KW 2020 begonnen und hält seitdem an, der Höhepunkt der diesjährigen Grippewelle scheint überschritten zu sein. Die Influenza-Positivenrate ist deutlich gesunken und lag in der 12. KW 2020 bei 20 % (Vorwoche: 31 %) (Abb. 3).

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter www.rki.de/nrz-influenza.

Tab. 2: Anzahl der seit der 40. KW 2019 insgesamt und bis zur 12. KW 2020 (Saison 2019/20) im NRZ für Influenzaviren im Rahmen des Sentinels identifizierten Influenza-, RS-, hMP-, humane Parainfluenzaviren (PIV 1 – 4) und Rhinoviren. Seit der 8. KW 2020 werden Sentinelproben zusätzlich auf SARS-CoV-2 untersucht. Die Ergebnisse werden getrennt aufgeführt, da noch nicht alle Sentinelproben untersucht werden können.

	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	Gesamt ab 40. KW 2019
Anzahl eingesandter Proben*	217	191	229	263	244	183	3.284
Probenanzahl mit Virusnachweis	138	124	143	160	125	80	1.835
Anteil Positive (%)	64	65	62	61	51	44	56
Influenza							
A(H3N2)	36	34	36	54	38	24	407
A(H1N1)pdm09	56	33	35	36	28	4	372
B	7	13	18	21	10	9	122
Anteil Positive (%)	45	41	39	42	31	20	27
RS-Viren	15	24	21	17	11	16	182
Anteil Positive (%)	7	13	9	6	5	9	6
hMP-Viren	17	20	18	17	16	14	225
Anteil Positive (%)	8	10	8	6	7	8	7
PIV (1 – 4)	0	4	2	1	2	3	184
Anteil Positive (%)	0	2	1	0	1	2	6
Rhinoviren	14	7	14	21	22	12	443
Anteil Positive (%)	6	4	6	8	9	7	13
SARS-CoV-2**	-	0	0	1	2	2	5
Anteil Positive (%)	-	0	0	0,4	0,9	1,2	0,6

* 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.

** Positivenrate = Anzahl positiver SARS-CoV-2 Proben / Anzahl der untersuchten Proben auf SARS-CoV-2

Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen der aktuellen Berichtswoche hauptsächlich auf die Zirkulation von Influenzaviren in der Bevölkerung zurückzuführen, wobei auch Rhinoviren, hMP- und RS-Viren in geringerem Ausmaß kozirkulieren. In den Wochen vor dem Jahreswechsel wurde die ARE-Aktivität hauptsächlich durch Rhinoviren verursacht (Abb. 3).

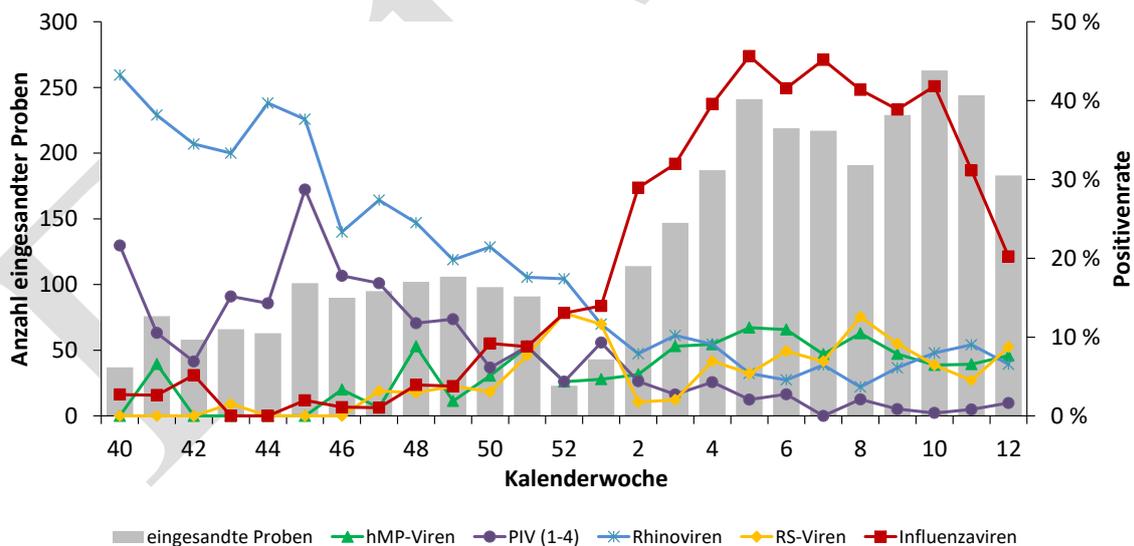


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, PI- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2019 bis zur 12. KW 2020.

Der Anteil Influenza-positiver Proben war in der 12. KW 2020 in der Altersgruppe der 5- bis 14-jährigen mit 46 % am höchsten, gefolgt von der Altersgruppe der 2- bis 4-jährigen mit 26 % (Abb. 4).

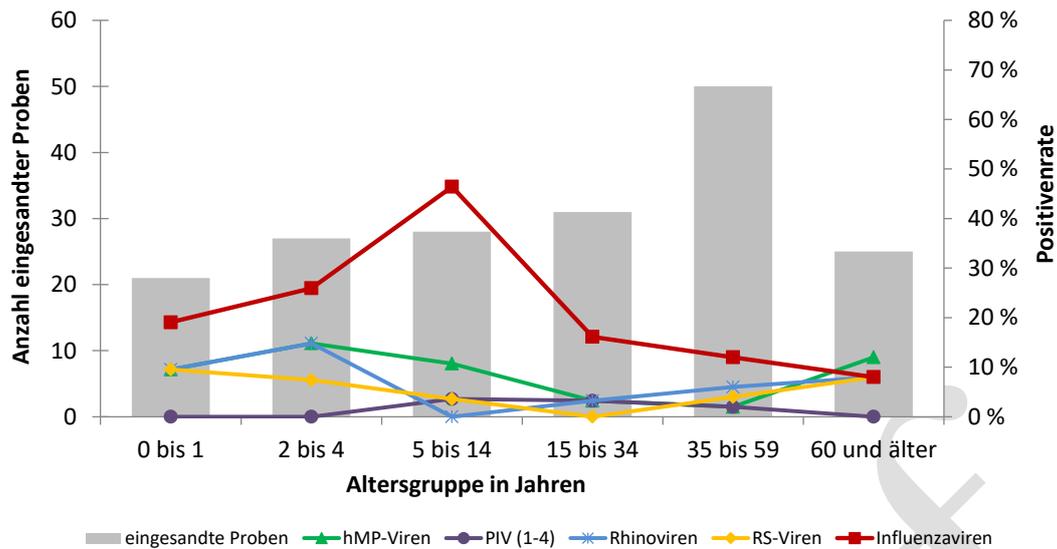


Abb. 4: Anteil (Positivenrate; rechte y-Achse, Linien) der Nachweise für Influenza-, RS-, hMP-, PI- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 12. KW 2020.

Charakterisierung der Influenzaviren

Es wurden bisher 197 A(H1N1)pdm09-, 197 A(H3N2)-Viren und 64 Influenza B-Viren in Zellkultur isoliert. Alle isolierten A(H1N1)pdm09-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Referenz-serum (A/Brisbane/2/2018-like) im Hämagglutinationshemmtest erkannt, jedoch waren 46 Viren auffällig, welche einen mehr als vierfach niedrigeren reziproken Titer als der Impfstamm hatten. Diese Viren haben die Mutation N156K in der Antigenomäne Sa (S = strain-specific, Bedeutung: sehr variabel und nahe der Rezeptorbindungsstelle) des Hämagglutinins und reflektieren eine deutliche intrasaisonale Drift. Von den 197 A(H3N2)-Viren hatten 145 Viren hämagglutinierende Aktivität. Diese 145 A(H3N2)-Viren reagierten mit dem entsprechenden Impfstamm-Referenzserum (A/Kansas/14/2017-like). 63 der isolierten Influenza B-Viren wurden durch ein Immuneserum gegen den Impfstamm der Victoria-Linie (B/Colorado/6/2017-like) und ein Virus durch ein Immuneserum gegen den Impfstamm der Yamagata-Linie (B/Phuket/3073/13-like) detektiert.

Die Untersuchungen dienen der Prüfung der antigenen Übereinstimmung der Impfstämme mit den zirkulierenden Viren (Passgenauigkeit). Um eine größtmögliche Passgenauigkeit zu gewährleisten orientiert die WHO auf eine maximal vierfache Abweichung des reziproken Titers (= zwei Titerstufen) der zirkulierenden Viren vom Impfvirus (bei Prüfung durch Referenzseren im Hämagglutinationshemmtest). Bewertung der Ergebnisse: Alle Impfstämme reagieren mit den zirkulierenden Influenzaviren und haben somit das Potential zu schützen.

Die Untersuchungen ermöglichen keine Aussagen zur Wirksamkeit der Impfstoffe, da für diese weitere Aspekte wie Antigengehalt in der Impfdosis, Impfschema, die durch den jeweiligen Impfstamm induzierte Dauer der Immunität und Status des Impflings (Alter, vorhergehende Antigenkontakte zu Influenzaviren, immunologische Reaktivität) von Bedeutung sind.

Von 221 Influenzaviren aus dem AGI-Sentinel wurde das für das Hämagglutinin kodierende Gen sequenziert und phylogenetisch analysiert. Von 105 untersuchten Influenza A(H1N1)pdm09-Viren ließen sich 103 den 6B.1A5A-Viren (Referenzvirus A/Norway/3433/2018) und zwei den 6B.1A7-Viren (Referenzvirus A/Slovenia/1489/2019) zuordnen. Unter 92 analysierten Influenza A(H3N2)-Viren wurden 26 3C.2a1b+T131K-Viren identifiziert (Referenzvirus A/South Australia/34/2019), 16 3C.2a1b+T135K-A-Viren (Referenzvirus A/La Rioja/2202/2018), ein 3C.2a1b+T135K-B-Virus (Referenzvirus A/Hong Kong/2675/2019) und 49 3C.3a-Viren (Referenzvirus/Impfstamm A/Kansas/14/2017). Von 24 charakterisierten Influenza B/Victoria-Viren gehören 23 zur 1A(Δ162-164B)-Subgruppe, welche durch das Referenzvirus B/Washington/02/2019 repräsentiert wird, und ein Virus zur 1A(Δ162-163)-Subgruppe (Referenzvirus/Impfstamm B/Colorado/06/2017).

Von elf Influenzaviren aus einer SARI-Studie (schwere akute respiratorische Infektionen, hospitalisierte Patienten) wurde das für das Hämagglutinin kodierende Gen sequenziert und phylogenetisch analysiert. Die zwei untersuchten Influenza A(H1N1)pdm09-Viren lassen sich den 6B.1A5A-Viren zuordnen. Unter sieben analysierten Influenza A(H3N2)-Viren wurden drei 3C.2a1b+T131K-Viren identifiziert und vier 3C.3a-Viren. Die zwei charakterisierten Influenza B/Victoria-Viren gehören zur 1A(Δ 162-164B)-Subgruppe.

Insgesamt wurden 228 Viren auf ihre Empfindlichkeit gegenüber den Neuraminidase-Inhibitoren Oseltamivir, Zanamivir und Peramivir untersucht (Tab. 3). Dabei waren alle im phänotypischen Assay getesteten Virusisolate gegen die Neuraminidase-Inhibitoren (NAI) sensitiv.

Tab. 3: Suszeptibilität gegen antivirale Arzneimittel

Influenzavirussubtyp/-linie	Oseltamivir		Zanamivir		Peramivir	
	%	Ns/N	%	Ns/N	%	Ns/N
A(H1N1)pdm09	100 %	90/90	100 %	90/90	100 %	90/90
A(H3N2)	100 %	81/81	100 %	81/81	100 %	81/81
B/Yam	100 %	1/1	100 %	1/1	100 %	1/1
B/Vic	100 %	56/56	100%	56/56	100 %	56/56

Ns: Anzahl der suszeptiblen Viren; N: Anzahl der untersuchten Viren

Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 12. MW 2020 wurden bislang 9.878 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 4). Bei 1.459 (15 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 24.3.2020).

Seit der 40. MW 2019 wurden insgesamt 177.009 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 27.580 (16 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Es wurden bisher 479 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter Ausbrüche in Kindergärten (177), Krankenhäusern (84), Schulen (50), privaten Haushalten (17), Alten-/Pflegeheimen (27), Betreuungseinrichtungen (8), Wohnstätten (7), Reha-Einrichtungen (10), ambulanten Behandlungseinrichtungen (3), Flüchtlingsheimen (3) und zwei Ausbrüche an Arbeitsplätzen sowie 91 Ausbrüche ohne weitere Angaben zum Infektionsumfeld.

Seit der 40. MW 2019 wurden insgesamt 323 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt, darunter 297 mit Influenza A-Nachweis, 19 mit Influenza B-Nachweis und sieben mit einem nicht nach Influenzatyptyp (A/B) differenzierten Nachweis. 85 % der Todesfälle waren 60 Jahre oder älter.

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

		7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2019
Influenza	A(nicht subtypisiert)	16.869	16.089	17.580	20.007	14.780	7.694	141.964
	A(H1N1)pdm09	1.137	1.047	997	1.168	1.036	501	9.499
	A(H3N2)	282	237	274	308	225	134	2.352
	nicht nach A / B differenziert	87	231	155	159	183	104	1.333
	B	2.732	2.636	2.610	3.287	2.594	1.445	21.861
Gesamt		21.107	20.240	21.616	24.929	18.818	9.878	177.009

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 (16.03. - 22.03.2020) im Vergleich zur Vorwoche stark gesunken (5,0 %; Vorwoche: 7,6 %). Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche stark gesunken (0,6 %; Vorwoche:

1,5 %). 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)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) lagen validierte Daten bis zur 11. KW 2020 vor.

In der 11. KW 2020 ist die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) gesunken. Dabei ist die Zahl der SARI-Fälle in den Altersgruppen bis 59 Jahre (0 bis 4 Jahre, 5 bis 14 Jahre, 15 bis 34 Jahre, 35 bis 59 Jahre) deutlich gesunken. In der Altersgruppe ab 60 Jahre sind die SARI-Fallzahlen dagegen in den letzten Wochen relativ stabil geblieben (Abb. 5).

In der 11. KW 2020 lag die Zahl der SARI-Fälle in allen Altersgruppen auf einem jahreszeitlich üblichen hohen Niveau. Zu beachten ist, dass sich die Zahlen in der aktuellen Saison durch aktualisierte Daten in den Folgewochen noch ändern können.

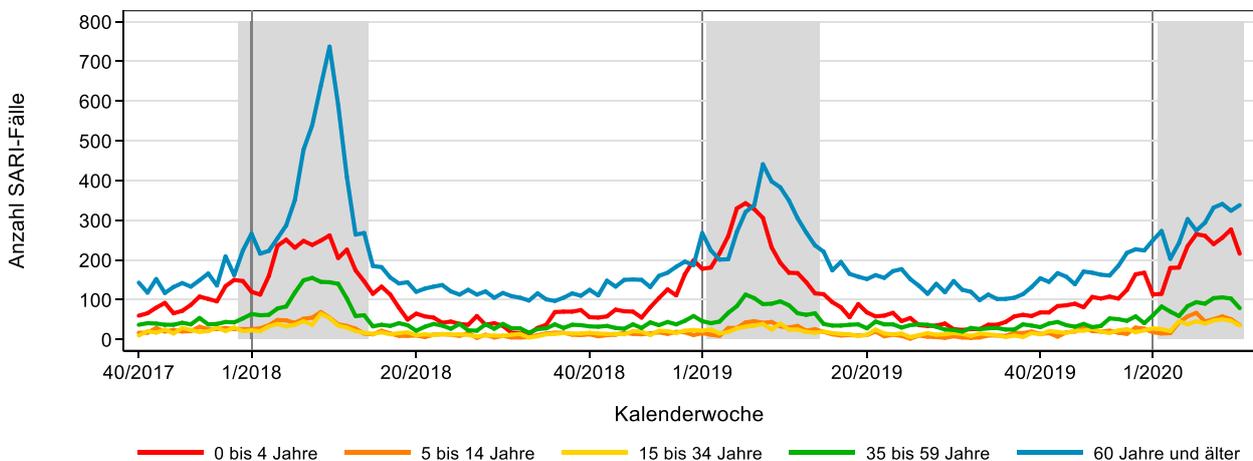


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2017 bis zur 11. KW 2020, Daten aus 72 Sentinellkliniken. Die senkrechte Linie markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von 37 Ländern, die für die 11. KW 2020 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten sieben Länder über eine Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 21 Länder über eine niedrige, acht Länder (darunter Deutschland) über eine moderate und ein Land (Luxemburg) über eine hohe Influenza-Aktivität.

Für die 11. KW 2020 wurden in 469 (31 %) von 1.520 Sentinelproben Influenzaviren detektiert (10. KW: 38 %). 272 (58 %) Proben waren positiv für Influenza A-Viren. Es wurden 225 dieser Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 117 (52 %) A(H1N1)pdm09-Viren und 108 (48 %) A(H3N2)-Viren. 197 (42 %) Sentinelproben waren Influenza B positiv. Sie gehörten alle der Victoria-Linie an. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.flunewseurope.org/>.

Ergebnisse der Influenzasurveillance in den USA

Die USA berichteten in der 11. KW 2020, dass die Influenza-Positivrate weiter gesunken ist, während die ILI-Aktivität nach einem dreiwöchigen Rückgang die zweite Woche in Folge zugenommen hat. Aktuell suchen möglicherweise mehr Menschen als gewöhnlich wegen einer Atemwegserkrankung aufgrund der anhaltenden COVID-19-Pandemie einen Arzt auf.

Weitere Informationen sind abrufbar unter <https://www.cdc.gov/flu/weekly/>

Aktuelle Hinweise auf den RKI-Internetseiten zu COVID-19

NEU: Das RKI weist auf seinen Internetseiten zu COVID-19 in der Menüspalte rechts explizit auf neue Dokumente sowie auf aktualisierte Dokumente hin.

Flussschema: Verdachtsabklärung und Maßnahmen – Orientierungshilfe für Ärzte (24.3.2020)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_Tab.html

Information für Reisende in verschiedenen Sprachen (24.3.2020)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Transport/Info_Reisende_Tab.html

Tägliche Situationsberichte zu COVID-19 in Deutschland, abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html

Aktuelle Risikobewertung zu COVID-19 (17.03.2020):

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html

Fallzahlen nach Bundesland/Landkreis: COVID-19 Dashboard

<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bfd4>

SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) (Stand 23.03.2020)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html

Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Coronavirus SARS-CoV-2 (Stand 23.03.2020):

<http://www.rki.de/covid-19-faq>

Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html

SARS-CoV-2: Informationen des Robert Koch-Institutes zu empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen und Zielen https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Empfohlene_Schutzma%C3%9Fnahmen.html

Empfehlungen des Robert Koch-Institutes zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html

Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal bei Personalmangel

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html

COVID-19: Kriterien zur Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. aus der häuslichen Isolierung

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement.html