



Häufig gestellte Fragen und Antworten zur Grippe

Gesamtstand: 8.8.2023

Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zur **Grippeschutzimpfung** unter www.rki.de/faq-influenza-impfung.

Aktuelle Situation (Stand: 21.9.2022)

Wie ist die aktuelle Situation?

Das RKI veröffentlicht jeden Mittwoch einen Wochenbericht zur aktuellen Situation akuter respiratorischer Erkrankungen auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) <https://influenza.rki.de>. Dort sind unter dem Menüpunkt "Diagramme" auch die Influenza-Melddaten gemäß Infektionsschutzgesetz und Informationen zu Virusnachweisen verfügbar – beides wird täglich aktualisiert (siehe auch "Wie wird die Grippeaktivität in Deutschland erfasst?").

Über die europäische Situation berichtet das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) gemeinsam mit dem europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO Euro) in Wochenberichten. Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht regelmäßig Updates zum weltweiten Influenza-Geschehen und es werden auch interaktive Grafiken der Daten insgesamt und zum Vergleich einzelner Länder zur Verfügung gestellt.

Stand: 21.09.2022

Grippesaison und Grippewelle (Stand: 21.9.2022)

Wann spricht man von Grippesaison, wann von Grippewelle?

Als Grippesaison wird der Zeitraum bezeichnet, in dem Influenzaviren hauptsächlich zirkulieren. Das ist auf der nördlichen Halbkugel üblicherweise zwischen der 40. Kalenderwoche (Anfang Oktober) und der 20. Kalenderwoche (Mitte Mai).

Als Grippewelle wird der Zeitraum erhöhter Influenza-Aktivität bezeichnet. Die jährliche Grippewelle hat in den vergangenen Jahren meist im Januar begonnen und drei bis vier Monate gedauert.

Für den Beginn einer Grippewelle hat die Arbeitsgemeinschaft Influenza (siehe auch "Was ist die Arbeitsgemeinschaft Influenza im RKI?") eine virologische Definition entwickelt. Im Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren im RKI werden kontinuierlich Proben von Patienten mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion untersucht. Das Referenzzentrum prüft, welche Viren in den oberen Atemwegen nachweisbar sind. Dazu gehören Rhinoviren, respiratorische Synzytialviren (RSV), aber auch SARS-CoV-2 und Influenzaviren. Stark vereinfacht kann man sagen: Wenn in jeder fünften Patientenprobe tatsächlich Influenzaviren nachgewiesen werden – die sogenannte Positivenrate also bei etwa 20 % liegt – hat die Grippewelle begonnen (siehe auch "Wie wird die Grippe-Aktivität in Deutschland erfasst?", Abschnitt Virologische Surveillance).

Stand: 21.09.2022

Warum treten Grippewellen im Winter auf?

Influenzaviren sind bei niedrigen Temperaturen und in trockener Luft stabiler. Außerdem wird vermutet, dass die Schleimhaut der oberen Atemwege bei trockener Luft anfälliger für eine Infektion und das Immunsystem im Winter weniger schlagkräftig ist als im Sommer. Ein weiterer Faktor könnte auch sein, dass man sich im Winter längere Zeit zusammen mit anderen Menschen in weniger belüfteten Räumen aufhält. Schließlich muss für das Entstehen einer Grippewelle erstens eine genügend große Anzahl an empfänglichen Personen in der Bevölkerung vorhanden sein und zweitens (bei den oben genannten Bedingungen) ein genügend großer Eintrag an infektiösen Patienten in die empfängliche Bevölkerung erfolgen.

In Europa wird in den Wintermonaten häufig zuerst aus den südwestlichen Ländern Europas (zum Beispiel Spanien, Portugal) über eine erhöhte Influenza-Aktivität (Grippewelle) berichtet und erst später aus Mittel- und Osteuropa.

In den sehr seltenen Fällen einer Influenzapandemie durch ein neuartiges Virus kann gerade die erste pandemische Welle auch außerhalb des Winters auftreten (siehe Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zur Influenzapandemie 2009).

Stand: 21.09.2022

Wie sind die Grippewellen während der COVID-19-Pandemie bislang verlaufen?

Die Basis-Maßnahmen, die während der Corona-Pandemie empfohlen werden – u.a. die AHA+L-Regeln (mindestens 1,5 Meter Abstand halten, Hygieneregeln beachten, Masken tragen und Lüften), Kontaktreduktion, bei Atemwegssymptomen unbedingt zu Hause bleiben – helfen auch dabei, die Ausbreitung anderer Atemwegsinfektionen zu vermindern. Im Frühjahr 2019/20 und im Herbst/Winter 2020/21 kam es darüber hinaus zu umfangreichen Maßnahmen („Lockdown“), u.a. zur Schließung von Schulen und Geschäften und Untersagen von Veranstaltungen. Die Grippewelle 2019/20 wurde durch all diese Maßnahmen abrupt beendet (siehe EpidBull 16/2020), die Grippewelle 2020/21 ist weltweit ausgefallen, wobei natürlich vereinzelte Influenza-Infektionen nachgewiesen wurden (siehe ARE-Wochenbericht 20/2021). Auch in der Saison 2021/22 sind zunächst nur wenige Influenzafälle nachgewiesen worden, allerdings stiegen die Fallzahlen ab Ende April 2022 – nachdem ein Großteil der COVID-Maßnahmen aufgehoben worden war – für wenige Wochen leicht an. Es wurden dabei in erster Linie Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen (siehe ARE-Wochenbericht 20/2022). Obwohl in dieser Zeit für vier Wochen die Definition für eine Grippewelle (siehe auch "Wann spricht man von Grippezeit, wann von Grippewelle?") erfüllt war, handelte es sich dabei jedoch nicht um eine Grippewelle im klassischen Sinne, da die Influenza-Aktivität insgesamt nur geringfügig erhöht war.

Stand: 21.09.2022

Kann man den Verlauf einer Grippezeit vorhersagen?

Der Verlauf einer Grippezeit lässt sich nicht vorhersagen. Es ist offen, in welcher Häufigkeit die einzelnen Influenzavirus-Subtypen oder Linien in der Grippezeit auftreten werden (siehe Frage "Welche saisonalen Grippeviren kommen bei Menschen vor?"). Auch die Zahl der Influenzaerkrankungen wie auch die Zahl der Influenza-bedingten Todesfälle kann von Saison zu Saison stark schwanken. Die Einschätzung der Schwere einer Grippewelle ist erst nach der Saison möglich. Das gilt auch im Kontext der COVID-19-Pandemie: Es ist nicht abzuschätzen, ob bzw. wie sich die in den Wintern 2020/21 und 2021/2022 ausgefallenen bzw. sehr kurze, sehr milde Grippewellen auf den Verlauf der kommenden Saisons auswirken wird. Es ist denkbar, dass die Bevölkerung in erhöhtem Maße und/oder ein erhöhter Anteil der Bevölkerung den dann zirkulierenden Influenzaviren gegenüber suszeptibel (anfällig) ist.

Die Influenza-Aktivität kann in verschiedenen Regionen der Welt sehr unterschiedlich verlaufen, und es lässt sich zum Beispiel von einem schweren Verlauf in einem Staat nicht auf einen ähnlichen Verlauf in einem anderen Staat schließen. Allerdings können Hinweise über eine bevorstehende Saison im eigenen Land gewonnen werden, wenn in Nachbarländern die Grippewelle schon begonnen hat. Im ARE-Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza wird deshalb auch regelmäßig über die Situation in Europa berichtet.

Stand: 21.09.2022

Warum verlaufen die Grippewellen unterschiedlich schwer?

Die Grippewellen unterscheiden sich sehr deutlich darin, wie viele Menschen in einer Saison an Grippe erkranken, wie viele davon im Krankenhaus behandelt werden müssen oder sogar sterben. Besonders viele Menschen werden dann krank, wenn das Virus sich genetisch verändert hat und in der Vorsaison nicht schon ein großer Anteil der Bevölkerung mit dem Virus Kontakt hatte und damit immunologisch optimal auf einen erneuten Kontakt reagieren kann.

Kompliziert wird es durch die verschiedenen Subtypen, die zirkulieren (A(H3N2), A(H1N1), B, siehe dazu auch die Frage "Wie wirken sich die verschiedenen Grippeviren auf die Grippewellen aus?"). Wenn sich zum Beispiel das A(H3N2)-Virus nicht sehr verändert, ist es nach einer schweren A(H3N2)-dominierten Welle relativ unwahrscheinlich, dass es im folgenden Jahr wieder eine schwere A(H3N2)-Welle gibt, da viele Menschen aufgrund einer durchgemachten Infektion vergleichsweise gut geschützt sind. Die Schwere einer Grippewelle hängt also wesentlich von der Grundimmunität der Bevölkerung und den jeweils in den Vorjahren zirkulierten Subtypen ab.

Der Einfluss der Impfung auf den Verlauf und die Schwere einer Grippewelle ist begrenzt. Zum einen ist die Impfquote vergleichsweise gering (etwa ein Viertel der Bevölkerung ist geimpft) und die Wirksamkeit der Impfung ist nicht optimal (etwa 50% der Geimpften sind geschützt). Die Wirksamkeit der Impfung schwankt zudem von Saison zu Saison und ist auch unterschiedlich je nach Alter der Geimpften und Influenzotyp bzw. -subtyp. Dennoch ist die Impfung die wichtigste Maßnahme zum Schutz vor einer Influenza-Erkrankung (siehe Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Grippezeitimpfung).

Niedrige Temperaturen und kalte Luft können zwar die Ausbreitung von Influenzaviren begünstigen (siehe auch: "Warum treten Grippewellen im Winter auf?"), auf die Schwere und den Verlauf einer Grippewelle hat das Wetter jedoch praktisch keinen Einfluss.

Stand: 21.09.2022

Wie wirken sich die verschiedenen Grippeviren auf die Grippewellen aus?

Die vier Subtypen h3n2, Linien von Grippeviren (siehe auch die Frage "Welche saisonalen Grippeviren kommen bei Menschen vor?") haben viele Gemeinsamkeiten, und alle vier können das ganze Spektrum von relativ leichten zu schwereren Krankheitsverläufen und sogar Todesfällen verursachen. In mancher Hinsicht unterscheiden sich die Viren jedoch:

- **Influenza A(H1N1):** Während der Influenza-Pandemie 2009 trat erstmals Influenza A(H1N1)pdm09 auf, die sogenannte Schweinegrippe, und zirkuliert seitdem auch saisonal in Deutschland, zuletzt deutlich in der Saison 2018/19. Bei Grippewellen, in denen Influenza A(H1N1)pdm09-Viren dominierten, war bislang zu beobachten, dass es auch bei jüngeren Erwachsenen und Kindern zu sehr schweren Erkrankungen und Todesfällen gekommen ist, insbesondere beim Vorliegen von Grundkrankheiten. Insgesamt sind solche schweren Verläufe bei jungen Menschen aber selten.
- **Influenza A(H3N2):** Bei Grippewellen, in denen Influenza A(H3N2)-Viren dominierten, waren in der Vergangenheit besonders ältere und hochbetagte Menschen von schweren Krankheitsverläufen betroffen (beispielsweise in der Saison 2016/17). In solchen Saisons wird meist auch eine deutliche Übersterblichkeit beobachtet (siehe auch "Wie werden Todesfälle durch Influenza erfasst?" und "Wie viele Menschen sterben jährlich an Influenza?"). A(H3N2)-Viren scheinen sich auch am schnellsten zu verändern (siehe auch "Was bedeuten Mutationen bei Influenzaviren?"). Das bedeutet, dass die A(H3N2)-Komponente im saisonalen Grippeimpfstoff häufig angepasst werden muss – und dass viele Menschen nach wenigen Jahren erneut an den dann leicht veränderten Viren erkranken können.
- **Influenza B:** Influenza B-Viren zirkulieren zeitlich oft später als Influenza A-Viren und verursachen damit eine insgesamt längere Grippewelle. Bei Typ B-Viren gibt es eine Yamagata- und eine Victoria-Linie. Bei dominanter Influenza B-Victoria-Viruszirkulation fällt auf, dass ältere Kinder (fünf bis 14 Jahre) häufiger erkranken. An Yamagata-Viren scheinen mehr Personen in den Altersgruppen ab 35 Jahre zu erkranken (z.B. während der Saison 2017/18). Influenza B-Viren der Yamagata-Linie wurden seit Beginn der COVID-19-Pandemie weltweit nur noch ganz wenige nachgewiesen. Aktuell zirkulieren hauptsächlich Influenza B-Viren der Victoria-Linie.

Eine Übersicht der in den jeweiligen Saisons zirkulierenden Grippeviren und der Exzessmortalität ist tabellarisch im Kapitel "Influenza-assoziierte Todesfallschätzungen" des Influenza-Saisonberichts dargestellt.

Stand: 21.09.2022

Influenza-Surveillance in Deutschland (Stand: 12.10.2022)

Was ist die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI)?

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) ist ein Netzwerk von rund 700 Haus- und Kinderarztpraxen, in denen die Ärztinnen und Ärzte zusammen etwa ein Prozent der Bevölkerung versorgen. Sie teilen dem Robert Koch-Institut das ganze Jahr über freiwillig und ehrenamtlich wöchentlich die Zahl der akuten Atemwegserkrankungen in ihrer Praxis mit. Auf dieser Grundlage ermitteln die Experten im RKI die Krankheitslast durch akute Atemwegsinfektionen in der Bevölkerung – speziell für Influenza, aber auch durch andere Atemwegserreger verursachte Infektionen und natürlich auch für COVID-19. Diese so genannten AGI-Sentinelpraxen bilden das Rückgrat der Influenza-Surveillance in Deutschland. Interessierte Praxen sind herzlich willkommen, sich zu beteiligen (Informationen dazu unter <https://influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx>). Auch das Nationale Referenzzentrum für Influenzaviren im Robert Koch-Institut beteiligt sich mit der virologischen Surveillance an der Arbeitsgemeinschaft Influenza.

Stand: 21.09.2022

Wie wird die Grippe-Aktivität in Deutschland erfasst?

Für die Einschätzung der Grippe-Aktivität sind mehrere Datenquellen erforderlich, die zusammen bewertet werden müssen. Die aktuellen Daten werden in Wochenberichten auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Influenza veröffentlicht, einige Datenquellen täglich aktualisiert (unter dem Menüpunkt Diagramme). Die Einschätzung der Schwere einer Grippewelle ist erst nach der Saison möglich. Influenzasaisonberichte wurden üblicherweise im September veröffentlicht. Für die Saisons 2019/20, 2020/21 und 2021/22 gibt es keine eigenen Saisonberichte, da nur verkürzte h3n2 gar keine Grippewellen im herkömmlichen Sinne verzeichnet wurden. Eine Einschätzung zu den Saisons findet sich in den jeweiligen ARE-Wochenberichten des RKI.

Melddaten gemäß Infektionsschutzgesetz: Labore müssen gemäß Infektionsschutzgesetz Influenzavirus-Nachweise an die zuständigen Gesundheitsämter melden. Diese ermitteln weitere Informationen zum Patienten und übermitteln die Daten dann über die Landesgesundheitsbehörden an das Robert Koch-Institut. Üblicherweise nehmen Ärzte nur bei einem Teil der Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen Proben aus den Atemwegen ab und lassen sie in einem Labor testen. Seit der Influenzapandemie im Jahr 2009 wurden von Jahr zu Jahr mehr Personen untersucht, allerdings sehr unterschiedlich von Region

zu Region. Seit der COVID-19-Pandemie wird bei Verdacht auf COVID-19 wegen akuter Atemwegssymptomatik auch eine Untersuchung auf Influenzaviren empfohlen. Möglicherweise werden dann auch mehr Influenzananalysen gemeldet, ohne dass die Influenza-Aktivität deutlich zugenommen hat. Für die Abschätzung der Krankheitslast sind die Daten deshalb nur bedingt geeignet, weil sie sehr von der Testfrequenz abhängen. Sie enthalten aber wichtige Einzelfall-Informationen, zum Beispiel zu Krankheitsverlauf und Impfstatus. Auch von Influenzaausbrüchen mit mehreren Erkrankten, zum Beispiel in Altersheimen oder in Krankenhäusern, erfahren die Gesundheitsämter durch Influenzameldungen und können dann bei der Eindämmung des Ausbruchs unterstützen.

Krankheitslast/ARE-Aktivität: Um die Krankheitslast auf Bevölkerungsebene zu bestimmen, melden mehrere Hundert Haus- und Kinderarztpraxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza dem Robert Koch-Institut wöchentlich die Zahl der Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen – fachliche Bezeichnung: akute respiratorische Erkrankungen, ARE – und als Bezugsgröße die Zahl aller Patienten der Praxis mit. Damit kann die Krankheitslast durch ARE bestimmt werden (ARE-Aktivität). Die beste Messgröße für die ARE-Aktivität im ambulanten Bereich ist die ARE-Konsultationsinzidenz, also die Zahl der Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner.

Praxisindex: Die ARE-Aktivität wird zum einen als Praxisindex dargestellt. Der Praxisindex zeigt, wie viel mehr Patienten die Praxis während einer Grippeperiode aufsuchen als in einem vergleichbaren Zeitraum ohne Grippeperiode. Dafür wird für jede Arztpraxis die ARE-Aktivität in einem Zeitraum ohne Grippeperiode (Herbst) berechnet und als Normalniveau angesehen. Dieses Normalniveau wird für jede Praxis auf den Wert 100 (Prozent) eingestellt, mit Sicherheitsabstand auf den Wert 115. Wenn die ARE-Aktivität in der Praxis den Wert 115 überschreitet, handelt es sich um eine erhöhte ARE-Aktivität – je nach Höhe des Werts wird die Aktivität als geringfügig, moderat, deutlich oder stark erhöht ausgewiesen. Ein Praxisindex von 200 während der Grippeperiode bedeutet also praktisch doppelt so viele Arztbesuche aufgrund einer akuten respiratorischen Erkrankung wie im Herbst.

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 folgte die ARE-Aktivität im Frühherbst nicht mehr nur den saisonalen Einflüssen. Auch die Maßnahmen, die eine Reduktion der Kontakthäufigkeit zum Ziel hatten, die COVID-19-Raten und gewisse „Nachholeffekte“ bei den „üblichen“ Atemwegserregern beeinflussten – in unterschiedlichem Ausmaß bzw. in unterschiedlicher Richtung – die ARE-Aktivität. Daher kann die früher beobachtete frühherbstliche relativ stabile ARE-Aktivität nicht mehr als Grundlage des Praxisindex verwendet werden. Deshalb wird die Arbeitsgemeinschaft in der Saison 2022/23 den Praxisindex nicht berechnen und berichten.

AGI-Karte: Die ARE-Aktivität wird während der Grippeperiode außerdem in Form einer Karte für jede Woche räumlich aufgeschlüsselt und auf der Startseite der Arbeitsgemeinschaft Influenza veröffentlicht. Die Karte gibt einen Eindruck des regionalen Verlaufs der ARE-Aktivität, erlaubt aber aufgrund der Datendichte (Zahl der Sentinelpraxen) keine Beurteilung der lokalen Situation. Die Karte zeigt die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen. Wenn die Erhöhung der ARE-Aktivität hauptsächlich durch Influenzaviren verursacht wird und nur wenige andere Atemwegserreger nachgewiesen werden, spiegelt die ARE-Karte die Grippe-Aktivität gut wider.

Da die Karten auf dem Praxisindex beruhen und dieser in der Saison 2022/23 nicht berechnet werden kann (siehe oben), wird derzeit an anderen Visualisierungen der ARE-Aktivität gearbeitet.

ARE-Konsultationsinzidenz: Die ARE-Daten werden auch als sogenannte Konsultationsinzidenz dargestellt. Das ist die geschätzte Zahl an Patienten mit einer akuten Atemwegserkrankung, die eine Arztpraxis aufsuchen, pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe pro Woche.

Die AGI-Ärztinnen und -Ärzte berichten außerdem die Zahl der Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeiten (oder Pflegebedürftigkeit) aufgrund einer ARE-Diagnose.

Virologische Surveillance: Das Nationale Referenzzentrum für Influenzaviren im Robert Koch-Institut nimmt im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Influenza die Aufgabe der virologischen Surveillance wahr. Etwa 150 AGI-Arztpraxen senden dem Referenzzentrum überwiegend Nasenabstriche von Patienten mit typischen Atemwegssymptomen. Der Anteil der Proben, in denen Influenzaviren nachgewiesen werden (die sogenannte Positivenrate), ist eine wichtige Information für die Einschätzung der bundesweiten Influenza-Aktivität. Sie ist aber auch wichtig für Ärzte, weil sie eine Einschätzung ermöglicht, wie zuverlässig eine Diagnose anhand von klinischen Symptomen gestellt werden kann. An der Positivenrate orientiert sich auch die Definition der AGI für den Beginn der Grippeperiode (siehe auch "Wann spricht man von Grippeperiode, wann von Grippeperiode?"). Auch das Erbgut der Viren wird untersucht – so wird zum Beispiel überwacht, wie sich diese Viren genetisch verändern (siehe Frage "Was bedeuten Mutationen bei Influenzaviren?") und wie gut der Impfstoff zu den zirkulierenden Viren passt.

Onlineportal GrippeWeb: Seit 2011 fragt das RKI über ein Onlineportal die Bevölkerung in ganz Deutschland direkt nach akuten Atemwegserkrankungen, einschließlich grippeähnlichen Symptomen (GrippeWeb, <https://grippeweb.bund.de>). Je mehr Teilnehmer sich registrieren und die wöchentliche Frage nach einer akuten Atemwegserkrankung beantworten, umso zuverlässiger kann der saisonale Verlauf von Atemwegserkrankungen im

Allgemeinen und grippeähnlichen Erkrankungen im Besonderen verfolgt werden. Zudem helfen die Daten, den Anteil der Erkrankten abzuschätzen, die einen Arzt aufsuchen.

Krankenhaussurveillance ICQSARI: Seit 2015 werden am RKI zur Bewertung der Grippewelle und anderer schwer verlaufender akuter Atemwegserkrankungen (seit 2020 auch SARS-CoV-2) zusätzlich Informationen aus inzwischen rund 70 Sentinelkrankenhäusern ausgewertet und in den ARE-Wochenberichten und COVID-19-Wochenberichten veröffentlicht. Genutzt werden dabei insbesondere Diagnosen von Patienten mit Grippe, Lungenentzündungen und anderen akuten Infektionen der unteren Atemwege. Die Sentinelkrankenhäuser sind nach bestimmten Kriterien ausgewählt; die Entwicklung in diesen Kliniken bildet die bundesweite Gesamtsituation gut ab.

Die hier genannten Surveillance-Systeme für akute Atemwegsinfektionen sind auch ein entscheidender Baustein zur Situationseinschätzung in der COVID-19-Pandemie, siehe EpidBull 29/2022: „COVID-19-Pandemie: Surveillance und Studien des Robert Koch-Instituts zur Lage- und Maßnahmenbewertung“.

Stand: 12.10.2022

Wie viele Menschen in Deutschland erkranken an Influenza?

Nach jeder Grippesaison wird die Gesamtzahl der über das erwartete Maß hinausgehenden Arztbesuche aufgrund akuter Atemwegserkrankungen während der Grippewelle geschätzt. Diese Gesamtzahl entspricht vermutlich in etwa der Zahl der Patienten, die mit einer Influenza-Erkrankungen zum Arzt gehen.

Saisonale Influenzawellen verursachen in Deutschland jährlich zwischen einer und sieben Millionen zusätzliche Arztkonsultationen, in Jahren mit starken Grippewellen auch deutlich mehr. Die Grippesaisons 2020/21 und 2021/22 bilden Ausnahmen; durch die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie haben keine Grippewellen im herkömmlichen Sinne stattgefunden.

Daten des RKI-Bürgerportals GrippeWeb deuten darauf hin, dass etwa einer von drei Erkrankten mit typischen Grippe-symptomen zum Arzt geht. Demnach erkranken während einer saisonalen Grippewelle in Deutschland etwa zwei bis dreimal mehr Menschen an Grippe als über die zusätzliche Zahl der Arztkonsultationen geschätzt wird. Die Zahl der Infektionen während einer Grippewelle - nicht jeder Infizierte erkrankt - wird auf 5 bis 20 Prozent der Bevölkerung geschätzt, in Deutschland wären das 4 bis 16 Millionen Menschen.

Stand: 21.09.2022

Wie werden Todesfälle durch Influenza erfasst?

Die influenzabedingte Sterblichkeit (Mortalität) kann durch statistische Verfahren aus der Zahl der Gesamttodesfälle oder aus der Zahl der als „Pneumonie oder Influenza“ kodierten Todesfälle geschätzt werden. Dieser Ansatz wird gewählt, weil bei weitem nicht alle mit Influenza in Zusammenhang stehenden Todesfälle als solche erkannt oder gar labor diagnostisch bestätigt werden. Die Zahl der mit Influenza in Zusammenhang stehenden Todesfälle wird – vereinfacht dargestellt – als die Differenz berechnet, die sich ergibt, wenn von der Zahl aller Todesfälle, die während der Influenzawelle auftreten, die Todesfallzahl abgezogen wird, die (aus historischen Daten berechnet) aufgetreten wäre, wenn es in dieser Zeit keine Influenzawelle gegeben hätte. Das Schätz-Ergebnis wird als sogenannte Übersterblichkeit (Exzess-Mortalität) bezeichnet. In Deutschland wird, wie in vielen anderen Ländern, die Zahl der Gesamttodesfälle für die Schätzung verwendet. Das Schätz-Verfahren ist im Epidemiologischen Bulletin in den Ausgaben 10/2011 und 3/2015 ausführlich erläutert.

Todesfälle mit Influenza werden im Rahmen der Meldepflicht für Influenzavirus-Nachweise an das RKI übermittelt. Diese Daten sind jedoch keine Grundlage für Hochrechnungen. Nicht bei allen Todesfällen wird auf Influenzaviren untersucht, zudem wird der Tod nach einer Influenzainfektion meist durch eine anschließende bakterielle Lungenentzündung verursacht, so dass die Influenzaviren häufig nicht mehr nachweisbar sind. Die offizielle Todesursachenstatistik ist nicht ausreichend aussagekräftig, sie beruht auf den Angaben auf dem Totenschein, auf dem die Influenza aus verschiedenen Gründen häufig nicht als Todesursache eingetragen wird, sondern stattdessen zum Beispiel eine bakterielle Lungenentzündung oder eine vorbestehende Grunderkrankung wie Diabetes oder eine Herz-Kreislauf-erkrankung, die die Wahrscheinlichkeit eines schweren bzw. tödlichen Krankheitsverlaufs erhöht.

Stand: 04.10.2021

Wie viele Menschen in Deutschland sterben jährlich an Influenza?

Das höchste Risiko für schwere Verläufe und Todesfälle haben ältere Menschen. Die Zahl der Todesfälle kann bei den einzelnen Grippewellen stark schwanken, von mehreren hundert bis über 25.000 in der Saison 2017/18.

Für manche Grippesaisons ergibt die Schätzung keine Übersterblichkeit oder Exzess-Mortalität (siehe Frage "Wie werden Todesfälle durch Influenza erfasst?"). In solchen Saisons werden aber immer laborbestätigte Influenza-Todesfälle im Rahmen der Meldepflicht für Influenzavirus-Nachweise an das RKI übermittelt, meist mehrere hundert. Für die Schätzung einer Exzessmortalität jedoch ist in diesen Saisons die Differenz zu der für diesen

Zeitraum erwarteten Gesamtmortalität ohne Influenzaviruszirkulation zu klein. Die Zahl der dem [RKI](#) übermittelten Influenza-Todesfälle gemäß Infektionsschutzgesetz werden im [ARE](#)-Wochenbericht angegeben, die der vergangenen Grippezeiten und eine Übersicht der geschätzten Todesfälle der vergangenen Jahre sind im jährlichen Influenza-Saisonbericht enthalten.

Stand: 21.09.2022

Virus und Erkrankung (Stand: 8.8.2023)

Welche saisonalen Grippeviren kommen bei Menschen vor?

Die saisonale Influenza wird seit Jahrzehnten von insgesamt vier Influenza-Subtypen oder -Linien verursacht: Bei Influenza Typ A die beiden Subtypen H1N1 und H3N2 (siehe "Wofür stehen das H und N bei Influenza-A-Viren?"), außerdem die beiden Influenza-B-Linien B-Victoria und B-Yamagata. Von diesen vier Gruppen zirkulieren weltweit verschiedene Varianten. Von Saison zu Saison unterscheidet sich, welche Gruppe – und welche Variante davon – am häufigsten vorkommt. Referenzlaboratorien auf der ganzen Welt, in Deutschland das Nationale Referenzzentrum für Influenzaviren im RKI, untersuchen kontinuierlich die zirkulierenden Influenzaviren und übermitteln ihre Ergebnisse an die Weltgesundheitsorganisation, die auf dieser Basis etwa die aktuell am besten passenden Varianten der vier Virusgruppen für den Influenza-Impfstoff der kommenden Grippezeit empfiehlt (siehe Häufig gestellte Fragen zur Grippezeitimpfung).

Stand: 21.09.2022

Wofür stehen das H und das N bei Influenza A-Viren?

Die Oberfläche von Influenzaviren ist von den Proteinen Hämagglutinin (H) und Neuraminidase (N) bedeckt, mit deren Hilfe das Virus in die Körperzellen eindringt, sich darin vermehrt und die neuen Viren wieder aus der Zelle freisetzt. Vom Hämagglutinin sind 18 Varianten bekannt (H1 bis H18), von der Neuraminidase 11 (N1 bis N11). Die verschiedenen Subtypen der Influenza A-Viren werden nach den Oberflächenproteinen benannt: Die saisonale Influenza wird seit Jahrzehnten durch die Subtypen A(H1N1) und A(H3N2) ausgelöst. Auf elektronenmikroskopischen Aufnahmen von Influenzaviren sind Hämagglutinin und Neuraminidase als Stacheln ("Spikes") auf der Oberfläche zu erkennen, jeder "Stachel" besteht aus drei H- bzw. vier N-Molekülen. Schematische Darstellungen von Influenzaviren sind auf der Internetseite der [CDC](#) zu finden.

Stand: 25.09.2019

Wie ist das Krankheitsbild der Influenza?

Die Influenza-typische Symptomatik (influenza-like illness, kurz [ILI](#)) ist oft durch einen plötzlichen Erkrankungsbeginn mit Fieber, Muskel- und/oder Kopfschmerzen gekennzeichnet. Häufig kommt etwas später ein trockener Reizhusten dazu. Allerdings erkranken längst nicht alle Infizierten so typisch. Als Faustregel gilt: Etwa ein Drittel der Infizierten erkrankt mit den genannten Symptomen, ein Drittel zeigt eine mildere Symptomatik (wie bei Erkältungskrankheiten) und ein Drittel entwickelt gar keine Symptome. Insbesondere ältere Erkrankte bekommen häufig kein Fieber. Die Krankheitsdauer liegt in der Regel bei fünf bis sieben Tagen, insbesondere der Husten kann aber auch zwei bis drei Wochen anhalten und der gesamte Krankheitsverlauf kann in Abhängigkeit von Komplikationen und Risikofaktoren auch deutlich länger sein. Zu den besonders betroffenen Gruppen siehe [RKI](#)-Ratgeber.

Influenzabedingte Todesfälle werden meist durch eine bakterielle Lungenentzündung verursacht, nachdem die Influenzaviren die Lunge vorgeschädigt haben. Es gibt auch virale Lungenentzündungen – in diesen Fällen kann das Influenzavirus direkt und ohne bakterielle Super-Infektion zu einer schweren Erkrankung oder sogar zum Tod führen (siehe auch [RKI](#)-Ratgeber, Abschnitt Klinische Symptomatik).

Stand: 21.09.2022

Was ist der Unterschied zwischen einer Influenza (Grippe), [COVID-19](#) und einer Erkältung?

Eine Influenza-Erkrankung wird durch Influenzaviren ausgelöst. Sie kann durch einen plötzlichen Erkrankungsbeginn mit Fieber oder deutlichem Krankheitsgefühl, verbunden mit Muskel- und/oder Kopfschmerzen und Reizhusten, einhergehen (siehe "Wie ist das Krankheitsbild der Influenza?"). Sie kann vor allem bei älteren Menschen, chronisch Kranken und Schwangeren zu Komplikationen wie beispielsweise einer Lungenentzündung führen und dann sogar tödlich verlaufen. Starke Symptome wie hohes Fieber und schweres Krankheitsgefühl zu Beginn der Erkrankung sind Reaktionen des Immunsystems auf die Infektion, sie sind keine verlässlichen Zeichen für einen schweren weiteren Krankheitsverlauf oder das Risiko für nachfolgende Komplikationen. Gegen die Grippe kann man sich impfen lassen (siehe [FAQ](#) zur Grippezeitimpfung) und im Erkrankungsfall stehen spezifische antivirale Arzneimittel für die Therapie zur Verfügung.

Bei COVID-19 können alle Symptome einer akuten Atemwegsinfektion auftreten, die Erkrankungen können wie bei der Influenza unterschiedlich schwer verlaufen. Insbesondere bei älteren und vorerkrankten Menschen kann eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu sehr schweren Verläufen führen, auch Langzeitfolgen ("Long COVID") sind bei jeder Erkrankungsschwere möglich (siehe FAQ). Impfstoffe (siehe FAQ) und antivirale Therapien sind gegen SARS-CoV-2 verfügbar.

Eine Erkältung wird oft als "grippaler Infekt" bezeichnet, hat mit der echten Grippe (Influenza) jedoch nichts zu tun. Erkältungen werden von mehr als 30 verschiedenen Erregern (z.B. Rhino- und humane saisonale Coronaviren) hervorgerufen. Zu den Symptomen zählen Halsschmerzen, Schnupfen und Husten, seltener auch erhöhte Temperatur oder Fieber. In Einzelfällen, etwa bei immunsupprimierten Menschen und Kleinkindern, kann jedoch auch eine Erkältung zu schweren Komplikationen führen. Impfstoffe gegen Erkältungsviren gibt es nicht.

Respiratorisch übertragene akute Atemwegsinfektionen wie die Grippe, COVID-19 und auch die meisten Erkältungskrankheiten treten gehäuft in der kalten Jahreszeit auf (siehe "Warum treten Grippewellen im Winter auf?").

Unter einer "Sommergrippe" werden dagegen insbesondere Erkrankungen verstanden, die gehäuft im Sommer auftreten und ebenfalls Erkältungssymptome hervorrufen. Diese werden meist durch Infektionen mit Enteroviren verursacht, die hauptsächlich fäkal-oral oder auch durch Tröpfchen übertragen werden. In der virologischen Sentinelsurveillance des RKI werden Enteroviren nicht erfasst. Klassische Erkältungsviren wie beispielsweise Rhinoviren, die eng mit den humanen Enteroviren verwandt sind, zirkulieren im Sommer ebenfalls und können diese Erkrankungen auch verursachen (siehe ARE-Wochenbericht).

Es ist nicht möglich, Influenza, COVID-19 oder eine Erkältung nur anhand der Symptome zu unterscheiden. Für Ärzte ist es daher auch wichtig zu wissen, welche Viren gerade in der Bevölkerung zirkulieren. Mitten in einer Grippewelle, wenn große Teile der Bevölkerung gleichzeitig erkranken, ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient an Grippe erkrankt ist, auch bei milder Symptomatik hoch. Das gleiche gilt auch für COVID-19, wenn in der Bevölkerung viel SARS-CoV-2 zirkuliert. Informationen zu zirkulierenden Atemwegsviren sind auf den Seiten der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) abrufbar. Für Personen mit einem erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe wird bei akuter Atemwegssymptomatik eine Labordiagnostik für SARS-CoV-2 und Influenzaviren empfohlen.

Stand: 08.08.2023

Wie steckt man sich mit Influenzaviren an?

Eine Ansteckung erfolgt überwiegend durch kleine und kleinste virushaltige Tröpfchen, wenn sie insbesondere beim Sprechen, Husten oder Niesen von Erkrankten ausgeschieden werden und über eine geringe Distanz auf die Schleimhäute der Atemwege von empfänglichen Personen gelangen. Darüber hinaus ist in geringerem Maße eine Übertragung auch über Hände und Oberflächen möglich, die durch virushaltige Sekrete verunreinigt sind.

Stand: 21.09.2022

Wie lange dauert es, bis Symptome auftreten und wie lange sind Patienten ansteckend?

Die Inkubationszeit ist sehr kurz und beträgt ein bis zwei Tage. Das ist die Zeitspanne, die durchschnittlich vergeht, bis nach einer Infektion mit Influenzaviren die ersten Symptome wie Fieber oder Halsschmerzen auftreten.

Ein Erkrankter kann prinzipiell andere Menschen infizieren, solange er vermehrungsfähige Viren ausscheidet, wobei die Menge der ausgeschiedenen Viren mit der Stärke der Symptome korreliert, das heißt zu Beginn der Erkrankung mehr und bei nachlassender Symptomatik immer weniger. Dies ist im Mittel nach vier bis fünf Tagen ab Auftreten der ersten Symptome der Fall. Eine längere Ausscheidungsdauer ist aber möglich, vor allem bei Immunsupprimierten und schwerer Erkrankten. Bei Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, die häufig chronische Vorerkrankungen und einen schweren Verlauf haben, ergab eine Studie z.B. eine mittlere Ausscheidungsdauer von sieben Tagen. Eine Virusausscheidung schon vor Symptombeginn ist möglich.

Stand: 21.09.2022

Wie kann eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert werden?

Während einer Grippewelle können Ärzte aufgrund klinischer Merkmale und Symptome relativ zuverlässig die Erkrankung diagnostizieren, ohne dass zusätzliche Labortests durchgeführt werden müssen. In Einzelfällen können frühzeitige Laboruntersuchungen aber Therapieentscheidungen unterstützen, wenn sich z.B. Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf vorstellen, die eventuell keine typische Influenzasymptomatik entwickeln (z.B. ältere Menschen, Personen mit chronischen Vorerkrankungen wie Diabetes oder Patienten unter immunsupprimierender Therapie). Wichtig ist die Erregerdiagnostik auch bei Menschen im Krankenhaus oder in Alten- und Pflegeheimen, weil eine rasche Infektionsprävention Ausbrüche in solchen Einrichtungen verhindern bzw. begrenzen kann.

In diesen Fällen können Influenzaviren mit der so genannten **PCR**-Methode zuverlässig nachgewiesen und charakterisiert werden. Dabei werden charakteristische Abschnitte im Erbgut des Virus nachgewiesen. Zur Diagnose sollte ein Rachen- oder Nasenabstrich möglichst rasch nach Beginn der Erkrankung von medizinischem Personal entnommen und an ein Labor eingesandt werden. Im Rahmen der virologischen Influenzaüberwachung der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) werden außerdem auch systematisch Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen labordiagnostisch auch verschiedene Erreger untersucht (siehe auch die Fotogalerie zur Influenzavirus-Diagnostik und -Charakterisierung).

In Einzelfällen kann für den behandelnden Arzt eine schnelle Diagnostik durch einen Influenza-Schnelltest (Antigentest) hilfreich sein – etwa, um zu entscheiden, ob ein Patient mit einer Vorerkrankung rasch ein Grippemedikament einnehmen sollte. Wenn der Schnelltest während der Grippeperiode positiv ausfällt, kann man davon ausgehen, dass eine Influenzaerkrankung vorliegt (hohe Spezifität). Der Test erkennt Influenzaerkrankungen jedoch nicht immer zuverlässig: Wenn das Testergebnis also negativ ausfällt, kann man nicht sicher sein, dass tatsächlich keine Influenzaerkrankung vorliegt (mäßige Sensitivität).

Stand: 21.09.2022

Was bedeuten Mutationen bei Influenzaviren?

Als Mutationen werden Veränderungen im Erbgut bezeichnet, die in unterschiedlichem Ausmaß bei allen Mikroben vorkommen. Bei Influenzaviren können Mutationen besonders leicht entstehen: Sie gehören zur Gruppe der so genannten **RNA**-Viren, bei denen die üblichen Kopierfehler beim Vermehren der Erbsubstanz nicht repariert werden. Vor allem das Oberflächenmolekül Hämagglutinin (H oder HA) verändert sich stetig in geringem Umfang (Antigendrift, siehe "Was bedeuten das H und das N bei Influenza-A-Viren?"). Hämagglutinin ist für die Erkennung durch das Immunsystem entscheidend. Durch die Antigendrift entstehen regelmäßig neue Varianten, die es erforderlich machen, den Impfstoff gegen die saisonale Influenza für jeden Winter zu überprüfen und gegebenenfalls eine oder mehrere Komponenten neu anzupassen (siehe "Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Gripeschutzimpfung"). Zu Mutationen, die eine Widerstandsfähigkeit (Resistenz) gegen ein Medikament verursachen können, siehe "Welche spezifische Therapie steht zur Verfügung?".

Eine Besonderheit von Influenzaviren ist, dass ihr Erbgut in einzelnen Abschnitten vorliegt. Diese Erbgutsegmente können bei gleichzeitiger Infektion einer Wirtszelle mit zwei unterschiedlichen Influenzaviren ausgetauscht werden. Die entstehenden "Virusnachkommen" können wegen des neuen "Bauplans" im Erbgut andere Kombinationen von (Oberflächen-)Eiweißmolekülen tragen (Antigenshift oder Reassortment).

Die Überwachung der genetischen Eigenschaften von Influenzaviren wird in Deutschland insbesondere im Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren durchgeführt, das am Robert Koch-Institut angesiedelt ist. Die Arbeitsgemeinschaft Influenza informiert regelmäßig darüber.

Stand: 21.09.2022

Prävention und Schutzmaßnahmen (Stand: 11.10.2022)

Was sollte man tun, wenn man befürchtet, an einer Influenza erkrankt zu sein?

Generell sollte man bei Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion zu Hause bleiben und seine Kontakte zu anderen Menschen, insbesondere zu Personen mit einem erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe reduzieren. Personen in diesen Risikogruppen sollten frühzeitig und unabhängig vom Influenzaimpfstatus, auch bei milder Symptomatik und erst recht bei Verschlechterung ärztlichen Rat suchen.

Bei einer akuten Atemwegserkrankung, der eine Influenza zugrunde liegen könnte, sollten vor allem folgende Personengruppen eine Ärztin oder einen Arzt ansprechen:

- Betroffene, die schon älter (über 60 Jahre) oder sehr jung (Kinder unter zwei Jahren) sind;
- Chronisch Kranke und Schwangere;
- Alle, bei denen sich die Symptomatik nicht innerhalb weniger Tage bessert oder sogar nach Besserung wieder verschlechtert.

Idealerweise sollte die Praxis vorher informiert werden. Auf dem Weg zur Praxis sollte enger Kontakt zu anderen Menschen vermieden werden. Grundsätzlich sollten beim Husten oder Niesen Mund beziehungsweise Nase bedeckt sein. Empfohlen wird, in die Armbeuge zu husten oder zu niesen und sich von anderen Menschen wegzudrehen (siehe auch "Was sollten an Influenza Erkrankte beachten?"). Es sollten Einmaltaschentücher verwendet werden. Allgemeine Verhaltenshinweise sind bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung abrufbar (www.infektionsschutz.de).

Während der COVID-19-Pandemie sollten Personen mit Atemwegserkrankungen generell zu Hause bleiben und wenn möglich sollte auch abgeklärt werden, ob eine SARS-CoV-2-Infektion vorliegt. Dafür gibt es

verschiedene Möglichkeiten, z.B. einen Antigentest zu Hause oder aber auch einen Test in einer ärztlichen Praxis. Auch hier sollte die ärztliche Praxis vorab informiert werden.

Stand: 21.09.2022

Was sollten an Influenza Erkrankte beachten?

Betroffene sollten (enge) Kontakte zu anderen Menschen vermeiden oder mindestens 1,5 Meter Abstand halten. Vor allem zu Kindern, chronisch Kranken, Schwangeren und älteren Leuten sollte der Kontakt minimiert werden. Die besonders gute Einhaltung einer persönlichen Hygiene ist wichtig, insbesondere häufiges Händewaschen. Erkrankte sollte in die Armbeuge husten oder niesen, nicht in die Hand und sich von anderen Menschen wegdrehen. Es sollten Einwegtaschentücher verwendet und am besten in einen Mülleimer oder Behälter entsorgt werden, damit die Taschentücher nicht zur "Virenschleuder" werden. Während der akuten Phase der Erkrankung sollte man zu Hause bleiben. Der Partner sollte, wenn möglich, in einem anderen Zimmer schlafen. Regelmäßiges Lüften ist sinnvoll, denn frische Luft ist wichtig für das Immunsystem und verringert die Zahl der potentiell erregerehaltigen feinen und feinsten Tröpfchen in der Luft. Regelmäßiges Fiebermessen hilft, um Veränderungen der Symptome, insbesondere Verschlechterungen, frühzeitig festzustellen. Wenn die Beschwerden zunehmen, sollte (erneut) ärztlicher Rat eingeholt werden, dies gilt insbesondere für Kleinkinder, chronisch Kranke, Schwangere und ältere Menschen.

Stand: 21.09.2022

Was sollte man tun, wenn man Kontakt zu Erkrankten hat?

Das Risiko einer Ansteckung mit einem Influenzavirus ist bei engen Kontakten größer als bei flüchtigen Begegnungen. Als enge Kontaktpersonen werden Menschen bezeichnet, die mit Erkrankten im selben Haushalt leben, die Patienten ohne adäquaten Schutz pflegen oder sonstigen engen Kontakt mit Erkrankten hatten. Gerade für Haushaltskontakte lässt sich eine Übertragung nur begrenzt vermindern, z.B. durch getrenntes Schlafen oder die räumlich/zeitlich getrennte Einnahme der Mahlzeiten. Besondere Vorsicht ist bei Personen geboten, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf haben. Am sichersten ist es – sofern möglich – während einer Erkrankung ganz Kontakte mit diesen Personen zu vermeiden. Weitere Hinweise sind bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung abrufbar (<https://www.infektionsschutz.de/hygienetipps>).

Stand: 04.10.2021

Ist beim Karnevalfeiern das Grippeerisiko erhöht?

Generell kann jeder enge persönliche Kontakt mit einem Erkrankten (selbst bei leichter Symptomatik) zu einer Infektion mit Influenzaviren führen, ob beim Karneval, bei anderen Großveranstaltungen oder dort, wo Menschen eng beisammen sind (siehe auch die Frage "Wie steckt man sich mit Influenzaviren an?").

Beherrzigen sollte man immer - nicht nur im Karneval - die üblichen Empfehlungen zum Infektionsschutz, über die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf ihrer Internetseite www.infektionsschutz.de informiert. Menschen mit Grundkrankheiten, Schwangere und über 60 Jahre alte Personen sollten bei Bedarf mit ihrem Arzt sprechen, sie sollten auf jeden Fall eine Gripeschutzimpfung haben (siehe auch die Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Gripeschutzimpfung). Für die Einschätzung der Gesundheitssituation vor Ort und die Bewertung etwaiger Gesundheitsrisiken bei Veranstaltungen sind die Gesundheitsämter zuständig.

Stand: 04.10.2021

Was sollte man übers Impfen wissen?

Informationen zur Impfung gegen Influenza sind in eigenen Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zur Gripeschutzimpfung zu finden. Die fachlichen Informationen sind unter www.rki.de/influenza-impfung zu finden. Detaillierte Informationen zu allen in Deutschland zugelassenen Impfstoffen sind auf den Internetseiten des Paul-Ehrlich-Instituts/Bundesinstituts und Impfstoffe und biologische Arzneimittel abrufbar unter www.pei.de/influenza-impfstoffe. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung informiert unter www.impfen-info.de über die Gripeschutzimpfung und stellt Materialien zur Verfügung.

Stand: 25.09.2019

Was kann man außer der Influenzaimpfung noch tun, um eine Grippeerkrankung zu vermeiden?

Kein Impfstoff schützt 100 Prozent der Geimpften. Bei Untersuchungen zur Wirksamkeit der Impfung waren durchschnittlich 40 bis 60 von 100 geimpften Personen vor einer (labordiagnostisch bestätigten) Grippe geschützt. Die Wirksamkeit der Impfung gegen eine laborbestätigte Influenza wird jährlich vom RKI untersucht und im Saisonbericht veröffentlicht. Vor allem Personengruppen, deren Immunsystem schwächer ist - zum Beispiel ältere Menschen - sprechen auf die Impfung weniger gut an (siehe auch Häufig gestellte Fragen zur saisonalen Influenzaimpfung).

Zusätzlich zur Gripeschutzimpfung sollten daher weitere Maßnahmen ergriffen werden, um das Ansteckungsrisiko mit Influenzaviren zu verringern. Dazu gehört zum Beispiel das Abstandhalten zu Personen mit Symptomen einer akuten Atemwegserkrankung. Beispielsweise sollten Großeltern den Besuch bei ihren Enkelkindern verschieben, wenn diese gerade eine akute Atemwegserkrankung haben.

Stand: 21.09.2022

Welche spezifische Therapie steht zur Verfügung?

Zur ursächlichen Behandlung der Influenza stehen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir (Tamiflu[®]), Zanamivir (Relenza[®], Infusionslösung: Dectova[®]) und Peramivir (Alpivab[®]) sowie ein Polymerasehemmer Baloxavir marboxil (Xofluza[®]) zur Verfügung. Eine Zusammenfassung der in Deutschland von der EMA zugelassenen antiviralen Wirkstoffe sowie Empfehlungen von Fachgesellschaften und aus Leitlinien zum Einsatz dieser Medikamente ist in der Zeitschrift *GMS Infectious Diseases* der Paul-Ehrlich-Gesellschaft erschienen („Prophylaxis and treatment of influenza: options, antiviral susceptibility, and existing recommendations“, 2021).

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren im Robert Koch-Institut wird die Empfindlichkeit der in Deutschland zirkulierenden Influenzaviren gegenüber antiviralen Wirkstoffen überwacht. Über die Ergebnisse wird u.a. in den ARE-Wochenberichten und auf der Webseite des NRZ kontinuierlich informiert.

Stand: 11.10.2022

Weitere Informationen (Stand: 25.9.2019)

Wo kann man sich weiter informieren?

Zuständig für Gesundheitsschutz sind die Bundesländer, für Maßnahmen vor Ort die Gesundheitsämter. Bei besonderen akuten Geschehen werden häufig Hotlines eingerichtet. Informationen für Bürger zur Influenza und zur Influenzaimpfung bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an, unter www.impfen-info.de und www.infektionsschutz.de. Die bundesweite Informations-Plattform für die Fachöffentlichkeit ist www.rki.de/influenza.

Vom RKI erstellte Antworten auf häufig gestellte Fragen gibt es auch zu den Themen Gripeschutzimpfung, Influenzapandemie und zoonotischen Influenza (Vogelgrippe). Die Einstiegsseite zu allen Informationen über Influenza, zoonotische Influenza und Influenzapandemie ist auf den RKI-Seiten in der Rubrik Infektionskrankheiten A-Z zu finden.

Stand: 25.09.2019

Stand: 08.08.2023
