



Epidemiologisches Bulletin

23. September 2013 / Nr. 38

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Effektivität der Influenza-Impfung gegen saisonale Influenza in der Saison 2012/2013

Wegen der fortwährenden genetischen Veränderung zirkulierender Influenzaviren muss die Antigen-Zusammensetzung des saisonalen Influenza-Impfstoffs von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich überprüft und ggf. angepasst werden. Wie gut die Influenza-Impfung vor einer Erkrankung durch Influenzaviren schützt (Impfeffektivität), muss daher jedes Jahr erneut bestimmt werden.

Im vorliegenden Bericht wird die Effektivität der saisonalen Influenza-Impfung gegen eine laborbestätigte Influenza-Erkrankung durch den Subtyp Influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) bzw. den Influenza Typ B in der Saison 2012/2013 beschrieben. Die Berechnung der Impfstoffeffektivität erfolgte durch eine sogenannte Test-negative Fall-Kontroll-Studie, basierend auf Daten aus der virologischen Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI).

Einleitung und Zielsetzung

Die Influenza-Impfung stellt die wichtigste Präventionsmaßnahme gegen eine Influenza-Erkrankung dar. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die jährliche saisonale Influenza-Impfung vor jeder Influenzawelle für Personen ab 60 Jahre, für Schwangere ab dem 2. Trimenon (bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab dem 1. Trimenon), für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens (z. B. chronische Krankheiten der Atmungsorgane und chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten), für Bewohner von Alten- oder Pflegeheimen, für Personen mit erhöhter Gefährdung (z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr) sowie für Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können.¹

Prinzipiell zirkulieren gegenwärtig A(H1N1)-Viren und A(H3N2)-Viren des Typs A sowie Viren des Typs B aus der Yamagata-Linie und Victoria-Linie. Die Pandemie im Jahr 2009 führte dazu, dass die bis dahin zirkulierenden A(H1N1)-Viren durch die sog. A(H1N1)pdm09-Viren verdrängt wurden. In welcher Häufigkeit welcher Typ bzw. Subtyp in einer Saison auftritt, kann nicht vorhergesagt werden, daher sind im Impfstoff Antigene gegen Influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) und B enthalten. Bislang enthielt der Influenza-Impfstoff stets das Antigen für eine der beiden Influenza-B-Linien, es gibt jedoch zunehmend Bestrebungen, durch die Bereitstellung von quadrivalenten Impfstoffen beide Influenza-B-Linien abzudecken.² In der Saison 2012/2013 zirkulierten in Deutschland zu annähernd gleichen Anteilen Influenza-A(H1N1)pdm09-, Influenza-A(H3N2)- und Influenza-B-Viren der Yamagata-Linie, der Anteil der jeweiligen Influenza-Subtypen und -Typen in den einzelnen Ländern Europas unterschied sich jedoch teilweise deutlich von der Verteilung in Deutschland.^{3,4}

Das Ziel unserer Studie war die Bestimmung der Effektivität der saisonalen Influenza-Impfung gegen eine laborbestätigte Influenza-Erkrankung durch den Subtyp Influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) bzw. den Typ Influenza B in der Saison 2012/2013.

Diese Woche 38/2013

Influenza

Effektivität der Impfung gegen saisonale Influenza in der Saison 2012/2013

Veranstaltungshinweis

12. Göttinger Forum zur Krankenhaus- und Kommunalhygiene für den ÖGD

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
35. Woche 2013

Robert Koch-Institut

Nachruf auf
Professor Helmut Rische

