



ARE-Wochenbericht

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen

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

Kalenderwoche 51 und 52 (20.12.2021 bis 2.1.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist zwar in von der 50. zur 51. KW gestiegen, jedoch in der 52. KW 2021 wieder gesunken. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 51. und 52. KW insgesamt erneut weniger Arztbesuche wegen ARE registriert. Dies ist allerdings ein jedes Jahr zu Weihnachten und dem Jahreswechsel zu beobachtender Trend, weil sich das Konsultationsverhalten in dieser Zeit ändert.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 51. bis 52. KW 2021 in insgesamt 68 (50 %) der 135 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 21 (16 %) Proben mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43 oder 229E, 17 (13 %) mit Rhinoviren, 13 (10 %) mit SARS-CoV-2, acht (6 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV), sechs (4 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und fünf (4 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV). Im Berichtszeitraum wurden in vier (3 %) Proben Influenza A(H3N2)-Viren detektiert.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 51. und 52. KW 2021 insgesamt weiter gesunken. Die Zahl der SARI-Fälle zwischen 35 und 59 Jahre ist jedoch noch hoch, zudem erhielten 69 % der SARI-Fälle in dieser Altersgruppe eine COVID-19-Diagnose.

Für die 51. bis 52. Meldewoche (MW) 2021 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 151 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 4.1.2022).

Weitere Informationen zur Saison 2021/22

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb der bisherigen typischen Zeiträume bestimmt, die Werte sind seit der 44. KW 2021 deutlich zurückgegangen. Influenzaviren werden weiterhin sporadisch detektiert, bei den bisher subtypisierten Viren handelte es sich hauptsächlich um Influenza A(H3N2)-Viren. Wie in den Vorjahren verursachen Rhinoviren in dieser Saison zusätzlich viele Atemwegsinfektionen. Seit der 46. KW werden jedoch zunehmend hCoV-Nachweise detektiert. Die Positivenrate für SARS-CoV-2 stieg seit Beginn der Saison bis zur 48. KW 2021 an. Nach einem Rückgang in der 49. KW nahm sie bis zur 52. KW wieder zu.

Sentinel-Ergebnisse zu COVID-19 werden donnerstags im RKI-Wochenbericht zu COVID-19 aufgeführt:

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

Im Rahmen der europäischen Influenzasurveillance wurde für die WHO Region Europa insgesamt eine ansteigende Influenza-Aktivität gemeldet. Mit Überschreiten des Schwellenwertes der Influenza-Positivenrate hat das ECDC den Start der Grippesaison für die 49. KW 2021 in der Region berichtet. Es zirkulieren, genau wie in Deutschland, hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren. Alle Personen, für die die STIKO die Influenzaimpfung empfiehlt und die noch nicht geimpft sind, sollten sich dringend impfen lassen. Für Therapie und Prophylaxe sind spezifische antivirale Arzneimittel verfügbar. Weitere Informationen zur aktuellen europäischen Influenzasituation sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

Die Mitteilung des ECDC zum Start der Influenzasaison ist abrufbar unter:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/winters-flu-season-epidemic-has-started-what-we-know-so-far-and-what-needs-be-done>.

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

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

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 51. KW gestiegen und in der 52. KW wieder gesunken (3,0 %; Vorwoche: 3,8 %). Seit der 46. KW liegt die ARE-Rate unter dem Niveau der Saisons vor der Pandemie und seit der 50. KW 2021 im Bereich der niedrigen Vorjahreswerte (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 3,0 % einer Gesamtzahl von ca. 2,5 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der 52. KW, unabhängig von einem Arztbesuch. Die in den letzten Wochen verschärften Maßnahmen zur Kontaktreduktion führten zu einem deutlichen Rückgang von Übertragungen akuter Atemwegsinfektionen in der Bevölkerung. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

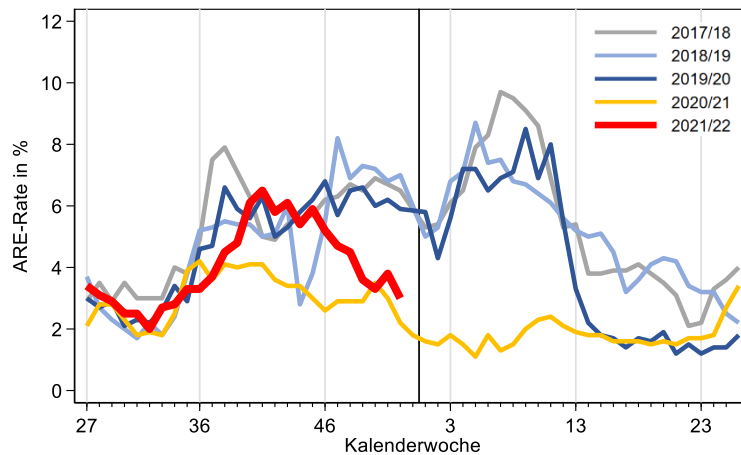


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 52. KW 2021. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 51. KW gesunken und in der 52. KW 2021 wieder gestiegen. Die Werte lagen insgesamt und in den meisten AGI-Regionen im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität, in wenigen AGI-Regionen jedoch deutlich darüber (Tab. 1). Aufgrund der aktuellen Maßnahmen wegen COVID-19 und eines geänderten Konsultationsverhaltens, insbesondere über die Feiertage, kann es zu Schwankungen der Praxisindexwerte kommen, ohne dass die ARE-Aktivität gestiegen oder gesunken ist.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 45. bis zur 52. KW 2021.

AGI-(Groß-)Region	45. KW	46. KW	47. KW	48. KW	49. KW	50. KW	51. KW	52. KW
Süden	224	201	182	161	136	111	87	85
Baden-Württemberg	199	186	175	165	133	100	84	97
Bayern	249	215	189	158	138	122	89	72
Mitte (West)	180	197	184	161	140	123	99	127
Hessen	184	201	182	154	136	114	91	109
Nordrhein-Westfalen	179	190	157	175	138	123	102	157
Rheinland-Pfalz, Saarland	175	201	212	155	145	131	103	115
Norden (West)	173	174	162	156	152	122	92	110
Niedersachsen, Bremen	162	180	165	159	159	131	100	134
Schleswig-Holstein, Hamburg	184	169	159	153	144	114	85	87
Osten	192	197	196	185	163	138	106	120
Brandenburg, Berlin	201	189	169	143	119	124	67	78
Mecklenburg-Vorpommern	177	191	188	172	187	156	182	220
Sachsen	180	200	208	169	150	116	81	70
Sachsen-Anhalt	205	227	220	242	193	148	112	154
Thüringen	196	175	197	197	166	145	88	80
Gesamt	194	194	179	164	143	122	93	107

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

* 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

Mit den Auswertungen für die 48. KW 2021 fand eine Berechnungsumstellung des Praxisindex für alle bisherigen KW der Saison 2021/22 statt. Nähere Erläuterungen sind aufgeführt im ARE-Wochenbericht der 48. KW 2021, abrufbar unter: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2021-48.pdf (S. 2).

Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen aktuell auf einem niedrigen Niveau, wie es auch in den Vorjahren zum Jahreswechsel beobachtet wurde (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) lag in der 52. KW 2021 bei ca. 680 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 565.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Zum Jahreswechsel wurden auch in Jahren vor der Pandemie ähnlich niedrige Werte beobachtet.

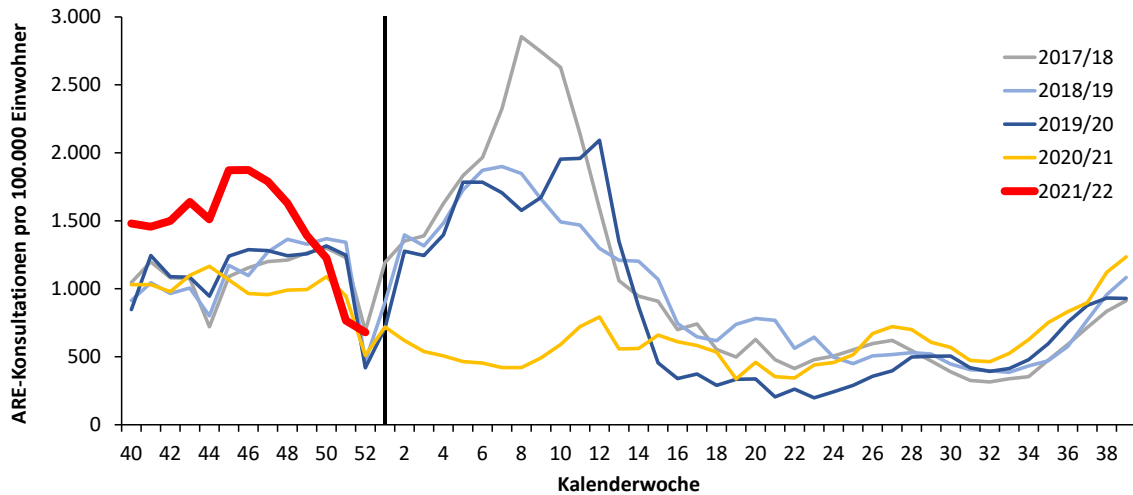


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 52. KW 2021. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Der Rückgang der ARE-Konsultationen ist von der 50. zur 51. KW in allen Altersgruppen deutlich (Abb. 3). Von der 51. zur 52. KW ist der Rückgang zwar auch in allen Altersgruppen erkennbar, jedoch insbesondere bei den Kindern bis 14 Jahre. Die Werte liegen in der 52. KW in einem Bereich, wie sie auch vor der Pandemie beobachtet wurden. Die Diagramme der ARE-Konsultationsinzidenz für Deutschland und die einzelnen AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

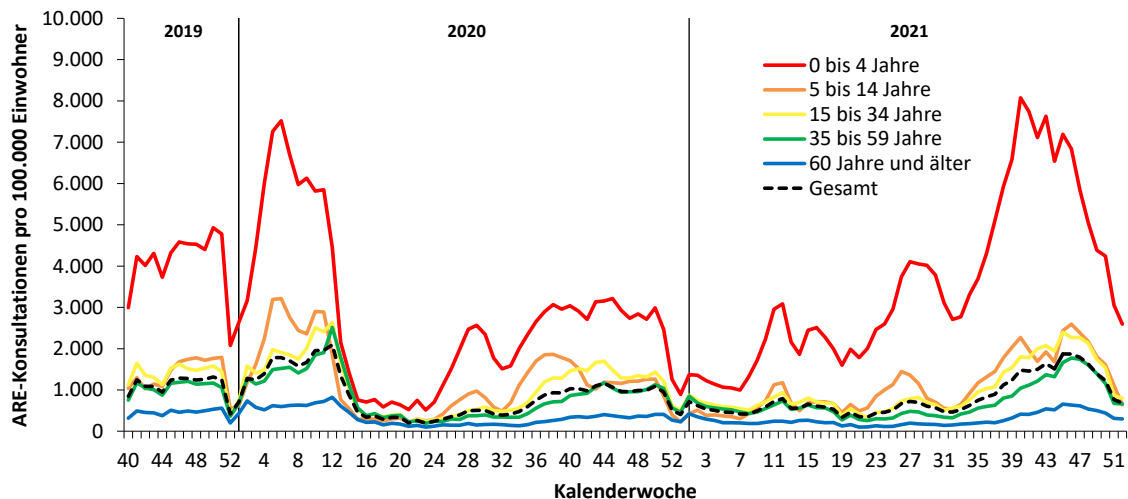


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 52. KW 2021 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 635 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 51. und 52. KW 2021 lagen zwischen 279 und 399 Meldungen vor, darunter 142 bzw. 245 Meldungen über das SEED^{ARE}-Modul. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 51. und 52. KW 2021 insgesamt 135 Sentinelproben von 42 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

In insgesamt 68 (50 %) der 135 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert, darunter 21 (16 %) Proben mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43 oder 229E, 17 (13 %) mit Rhinoviren, 13 (10 %) mit SARS-CoV-2, acht (6 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV), sechs (4 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und fünf (4 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV). Im Berichtszeitraum wurden in insgesamt vier (3 %) Proben Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, darunter drei (4 %; 95 %-Konfidenzintervall(KI) [0; 11]) Proben in der 51. KW und eine (2 %; 95 %-KI [0; 10]) Probe in der 52. KW 2021 (Tab. 2; Stand: 4.1.2022).

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2021/22 (ab 40. KW 2021).

	48. KW	49. KW	50. KW	51. KW	52. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	215	203	190	80	55	2.516
Probenanzahl mit Virusnachweis	128	100	105	43	25	1.555
Anteil Positive (%)	60	49	55	54	45	62
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H3N2)	1	0	2	3	1	12
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0
B(Victoria)	2	0	0	0	0	2
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	1	0	1	4	2	1
RSV	42	22	24	3	5	604
Anteil Positive (%)	20	11	13	4	9	24
hMPV	4	8	5	2	3	45
Anteil Positive (%)	2	4	3	3	5	2
PIV (1 – 4)	12	12	7	5	1	138
Anteil Positive (%)	6	6	4	6	2	5
Rhinoviren	30	22	30	11	6	483
Anteil Positive (%)	14	11	16	14	11	19
hCoV	32	38	34	15	6	344
Anteil Positive (%)	15	19	18	19	11	14
SARS-CoV-2	23	9	13	6	7	133
Anteil Positive (%)	11	4	7	8	13	5

* 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.

In der 51. und 52. KW gab es insgesamt sechs Doppelinfektionen. Dabei handelte es sich am häufigsten um Nachweise in Kombination mit hCoV oder Rhinoviren. In einer außerhalb des Sentinels von einem Labor eingesandten Probe wurde im NRZ für Influenzaviren eine Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 und Influenza A(H3N2)-Viren detektiert.

Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen im Berichtszeitraum hauptsächlich auf die Zirkulation von hCoV, Rhinoviren und SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen. Die SARS-CoV-2-Positivenrate zeigt seit der 49. KW wieder einen steigenden Trend (Abb. 4).

Die SARS-CoV-2-Positivenrate war im Berichtszeitraum (kumulativ für die 51. und 52. KW) in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen mit 29 % am höchsten. hCoV wurde hauptsächlich in den Altersgruppen der ab 15-Jährigen detektiert. Die Rhinovirus-Positivenrate lag mit 42 % bei den 0- bis 1-Jährigen am höchsten. Influenzaviren wurden in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen und 35- bis 59-Jährigen detektiert (Abb. 5).

In einigen Sentinelpraxen sind die Positivenraten für die untersuchten Erreger überdurchschnittlich hoch. Sie spiegeln daher nicht zwingend die Gesamt-Positivenrate und eine Zirkulation in allen Regionen Deutschlands wider, sondern können auch Ausdruck regional deutlich erhöhter Aktivität sein.

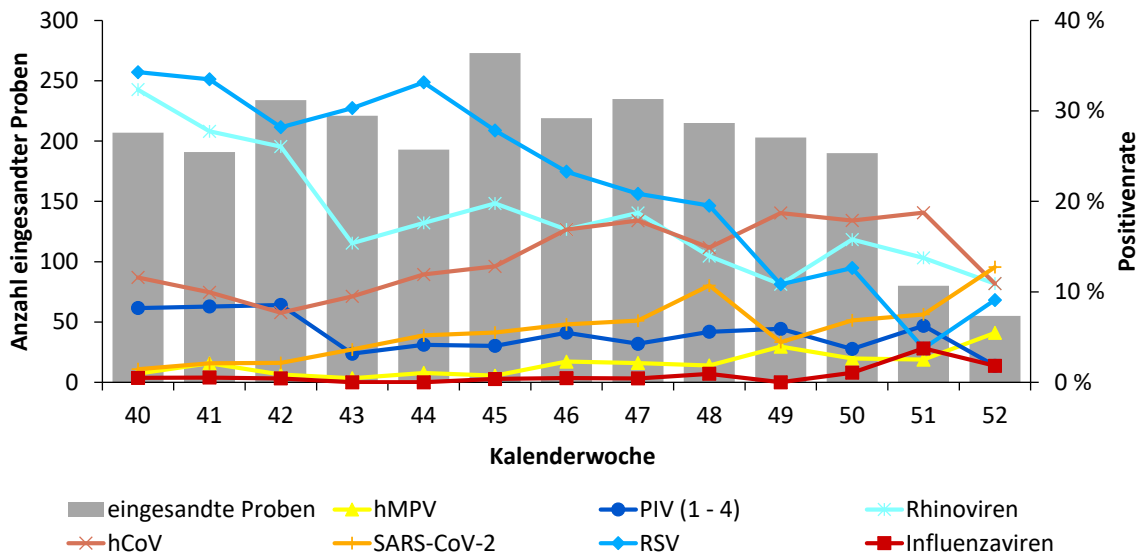


Abb. 4: Anteil positiver Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 52. KW 2021.

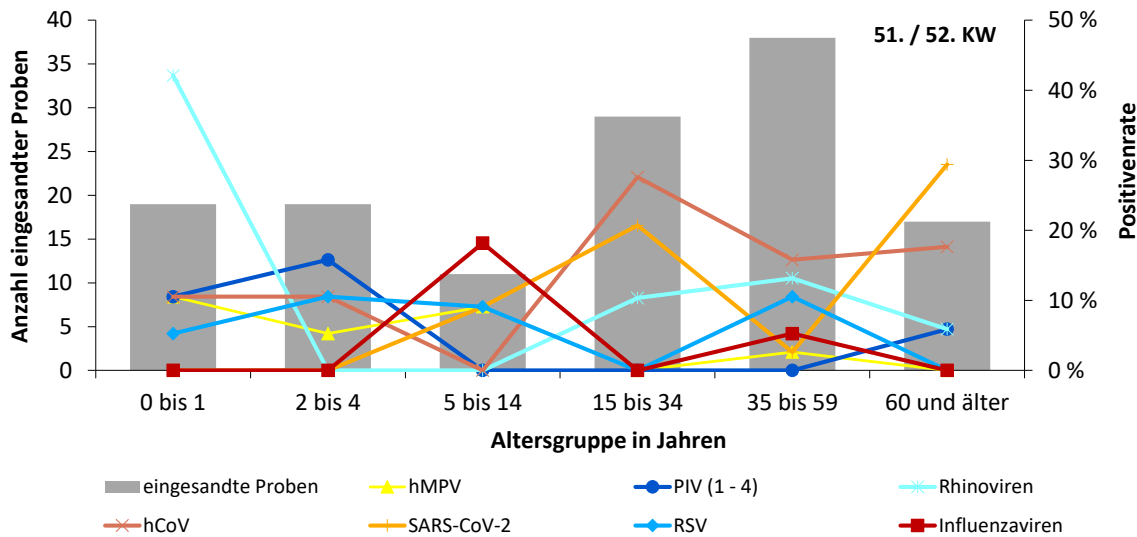


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 51. und 52. KW 2021 (kumulativ).

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden zehn Influenza A(H3N2)-Viren und ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert. Die Influenza A(H3N2)-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H3N2)-Impfstamm (A/Cambodia/eo826360/2020), während das Influenza B-Virus mit B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria/2/87 (del162-164B)-lineage) reagierte.

Informationen des NRZ für Influenzaviren zur Charakterisierung der zirkulierenden Viren und Übereinstimmung mit den im Impfstoff enthaltenen Stämmen sind abrufbar unter:

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/Impstoffzusammensetzung.html>.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 51. und 52. MW 2021 wurden bislang 151 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 43 Fällen (28 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 4.1.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 604 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI

übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte sehr niedrig. Es wurden jedoch deutlich mehr Fälle als im Vorjahr übermittelt. Bei 164 Fällen (27 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzatypt/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

		47. MW	48. MW	49. MW	50. MW	51. MW	52. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	20	24	48	71	58	59	400
	A(H1N1)pdm09	1	0	0	2	0	0	4
	A(H3N2)	2	1	4	10	7	6	36
	nicht nach A / B differenziert	0	3	3	2	6	2	30
	B	10	9	14	10	4	9	134
Gesamt		33	37	69	95	75	76	604

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Seit der 40. MW 2021 wurden keine Ausbrüche mit mehr als fünf Influenzafällen an das RKI übermittelt.

Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI)* ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 51. und 52. KW 2021 insgesamt zurückgegangen. Dabei sind die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen 5 bis 14 Jahre sowie 15 bis 34 Jahre in der 52. KW 2021 stabil geblieben bzw. gestiegen, während in den anderen Altersgruppen die Fallzahlen in der 51. und der 52. KW 2021 gesunken sind (Abb. 6). Unter den SARI-Patientinnen und Patienten zwischen 0 bis 4 Jahre, die in der 51. und 52. KW hospitalisiert wurden, erhielten weniger als 30% eine RSV-Diagnose, so wenige wie seit der 34. KW 2021 nicht mehr.

Nachdem die Zahl der SARI-Fälle insgesamt seit Beginn der Saison 2021/22 hoch war, sind die Werte in den letzten Wochen beständig zurückgegangen. In der 51. KW 2021 lag die Zahl der SARI-Fälle wieder auf dem Niveau der vorpandemischen Saisons, in der 52. KW 2021 sogar leicht darunter. In den Altersgruppen unter 15 Jahre sind die SARI-Fallzahlen niedrig und liegen in der 52. KW 2021 deutlich unter den Werten der Saisons vor der COVID-19-Pandemie, jedoch über den Werten der Vorsaison. In der Altersgruppe 35 bis 59 Jahre sind die SARI-Fallzahlen noch hoch, jedoch wurden in der 51. und 52. KW 2021 weniger Fälle wegen einer SARI hospitalisiert als im Vorjahr. Dennoch gibt es weiterhin deutlich mehr SARI-Fälle zwischen 35 und 59 Jahre als in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie. In den Altersgruppen ab 60 Jahre sind die SARI-Fallzahlen in den vergangenen Wochen deutlich gesunken und liegen wieder auf dem Niveau der vorpandemischen Saisons.

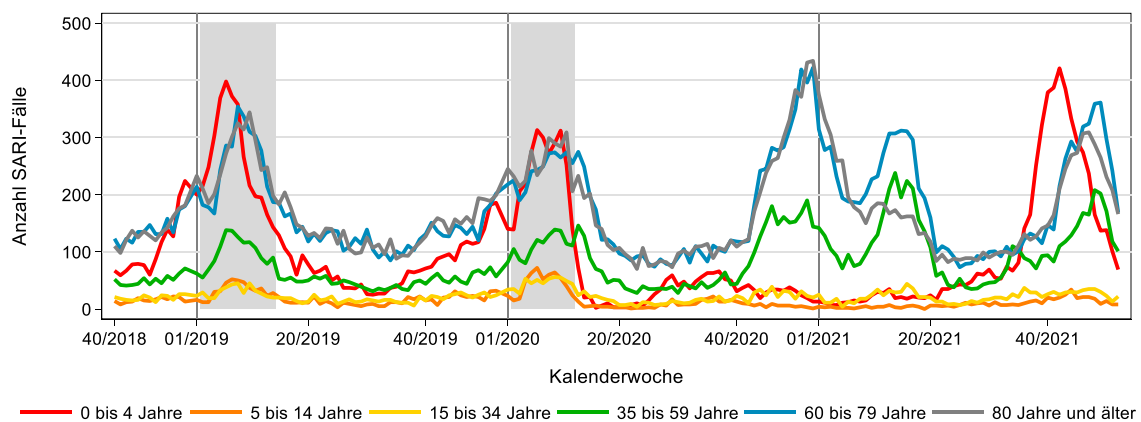


Abb. 6: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 52. KW 2021, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

* Seit dem Monatsbericht der 21. – 24. KW 2021 wurde eine Anpassung der SARI-Falldefinition vorgenommen. Damit wurden (auch rückwirkend) mehr Patienten und Patientinnen in die Berichterstattung eingeschlossen. Näheres dazu findet sich im ARE-Wochenbericht der 41. KW 2021, unter: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2021-41.pdf (S. 6, Fußnote).

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist in der 51. und 52. KW 2021 gesunken. In der 52. KW 2021 wurden bei insgesamt 46 % (51. KW 2021: 50 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 7). Davon war insbesondere die Altersgruppe 35 bis 59 Jahre betroffen, hier wurde bei 69 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert.

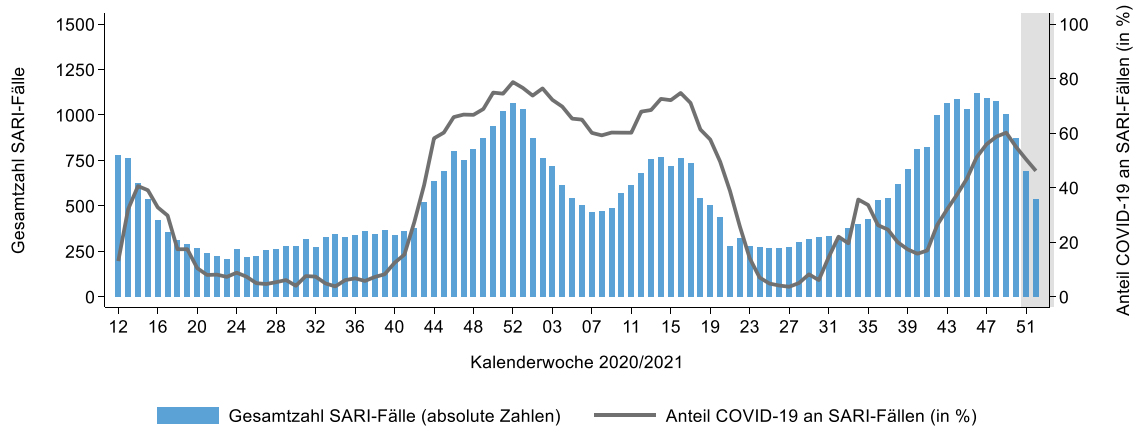


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 12. KW 2020 bis zur 52. KW 2021, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

In Abb. 8 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil ist in der 52. KW 2021 gesunken und lag bei insgesamt 64 % (51. KW 2021: 75 %).

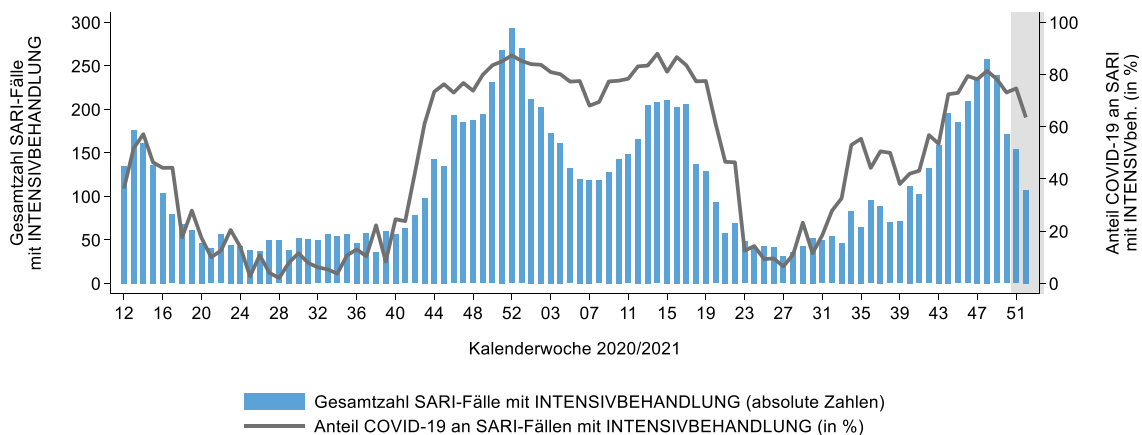


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 12. KW 2020 bis zur 52. KW 2021, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Die syndromischen Daten der Krankenhaussurveillance ICOSARI in Deutschland fließen seit der Saison 2021/22 auch in die europäische Berichterstattung zur Influenzasurveillance ein. Neben dem Anteil an Influenza unter den SARI-Fällen wird auch der Anteil an COVID-19 berichtet. Informationen zur Anzahl der SARI-Fälle sowie zum Anteil der COVID-19-Patienten sind abrufbar (in englischer Sprache) unter:

<https://flunewseurope.org/HospitalData/SARI>.

Zu beachten ist, dass es sich um eine Auswertung vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen noch ändern können.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Das ECDC weist darauf hin, dass die Ergebnisse der Influenzaüberwachung seit der Saison 2020/21 mit Einschränkungen zu interpretieren sind, da die COVID-19-Pandemie in vielen Ländern das Konsultationsverhalten sowie die Teststrategie beeinflusst haben kann.

Für die WHO Region Europa hat die Grippesaison mit erhöhter Influenza-Aktivität in der 49. KW 2021 begonnen. Fünf Länder meldeten eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit deutlich angestiegenen Positivenraten (Israel 66 %, Armenien 47 %, Schweden 43 %, Russische Föderation 35 % und die Republik Moldau 15 %).

Von 37 Ländern, die für die 50. KW 2021 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 26 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, acht Länder (Albanien, Aserbaidschan, Bosnien und Herzegowina, Dänemark, Estland, Serbien, die Slowakei und Schweden) über eine niedrige, zwei Länder (Kasachstan und die Russische Föderation) über eine mittlere und ein Land (Kosovo) über eine hohe Influenza-Aktivität.

Für die 50. KW 2021 wurden in 108 (9,5 %) von 1.136 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, darunter 107 (99 %) Proben mit Influenza A-Viren und eine (1 %) Probe mit Influenza B-Viren. Es wurden 80 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren alle Influenza A(H3N2)-Viren. In der Saison 2021/22 wurden insgesamt 581 (4 %) von 15.828 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 97 % Influenza A-Virusnachweise und 3 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 361 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 351 (97 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und zehn (3 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus elf Ländern 3.503 SARI-Fälle für die 50. KW gemeldet. Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org/>.

Das ECDC hat am 2.1.2022 eine Pressemitteilung zum Start der Influenzasaison in der WHO Region Europa veröffentlicht, abrufbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/winters-flu-season-epidemic-has-started-what-we-know-so-far-and-what-needs-be-done>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 409 vom 20.12.2021)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 5.12.2021.

Die WHO weist darauf hin, dass die Ergebnisse der globalen Influenzaüberwachung mit Einschränkungen zu interpretieren sind, da die COVID-19-Pandemie in vielen Ländern die Influenzasurveillance-systeme beeinflusst.

Weltweit wurde über eine niedrige, jedoch steigende Influenza-Aktivität berichtet.

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurden sowohl Influenza A- und B-Viren detektiert. In Nordamerika wurde eine steigende Influenza-Aktivität verzeichnet, die RSV-Aktivität ging dagegen in Kanada und den USA zurück. Auch in Europa stieg die Influenza-Aktivität hauptsächlich mit Influenza A(H3N2)-Virusnachweisen, in Ostasien mit Influenza B.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre wurde über eine weiterhin niedrige Influenza-Aktivität berichtet mit Ausnahme von Südafrika mit steigender Influenza-Aktivität. Die RSV- und SARI-Aktivität ist in einigen Ländern weiterhin erhöht.

Vom 22.11. bis 5.12.2021 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 234.140 Proben und meldeten 7.446 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 58 % Influenza A-Viren und bei 42 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 90 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren. Unter den subtypisierten Influenza B-Viren gehörten 100 % der Victoria-Linie an.

Weitere Informationen sind auch abrufbar in den Influenza Updates der WHO unter:

<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>.

Vorgeschlagene Zitierweise

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe: ARE-Wochenbericht KW 51-52/2021; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9467