



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 2 (10.1. bis 16.1.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 2. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 2. KW bundesweit insgesamt etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die ARE-Konsultationsinzidenz liegt höher als letztes Jahr um diese Zeit, jedoch noch unter den vorpandemischen Werten.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 2. KW 2022 in insgesamt 65 (46 %) der 141 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 21 (15 %) Proben mit Rhinoviren, 17 (12 %) mit SARS-CoV-2, zwölf (9 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), elf (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43, NL63 bzw. 229E, drei (2 %) mit Influenza A(H3N2)-Viren und jeweils zwei (1 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV) bzw. mit Parainfluenzaviren (PIV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 2. KW 2022 insgesamt gesunken.

Für die 2. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 220 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 18.1.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland stieg bis zur 1. KW 2022 auf 5 % an. Der steigende Trend hat sich in der 2. KW nicht fortgesetzt. Die Influenza-Positivenrate bzw. das 95 %-Konfidenzintervall und damit die Grenzwerte für den Beginn der Grippewelle wurden noch nicht erreicht.

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. Wie in den Vorjahren verursachen Rhinoviren viele Atemwegsinfektionen, seit der 46. KW wurden jedoch zunehmend hCoV-Nachweise detektiert, auch die hMPV-Nachweise steigen an. Influenzaviren wurden seit der 50. KW 2021 regelmäßig detektiert, bei den bisher subtypisierten Viren handelte es sich hauptsächlich um Influenza A(H3N2)-Viren. Die Influenza-Aktivität befindet sich noch auf niedrigem Niveau, der Anstieg bis zur 1. KW 2022 hat sich in der 2. KW nicht fortgesetzt. Die Positivenrate für SARS-CoV-2 und die damit einhergehenden Arztbesuche mit akuten Atemwegsinfektionen wegen COVID-19 nehmen dagegen weiterhin 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.

In mehreren europäischen Ländern wird über einen Anstieg der Influenza-Aktivität und eine gleichbleibend hohe oder ansteigende Krankheitslast durch COVID-19 berichtet. Das Einhalten der AHA-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko bei beiden Erkrankungen und weiteren respiratorisch übertragbaren akuten Infektionen. In der 1. KW 2022 ist die Influenza-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche auch auf europäischer Ebene wieder zurückgegangen.

* 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 ARE-Rate ist in der 2. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen (3,2 %; Vorwoche: 2,6 %). Der Anstieg ist insbesondere auf die 0- bis 14-Jährigen zurückzuführen. Seit der 46. KW liegt die ARE-Rate unter dem Niveau der Saisons vor der Pandemie, aber über den niedrigen Vorjahreswerten (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 3,2 % einer Gesamtzahl von ca. 2,7 Millionen akuten Atemwegserkrankungen, unabhängig von einem Arztbesuch. Die Maßnahmen zur Kontaktreduktion führten zu einem deutlichen Rückgang von Übertragungen akuter Atemwegsinfektionen in der Bevölkerung vor dem Jahreswechsel. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

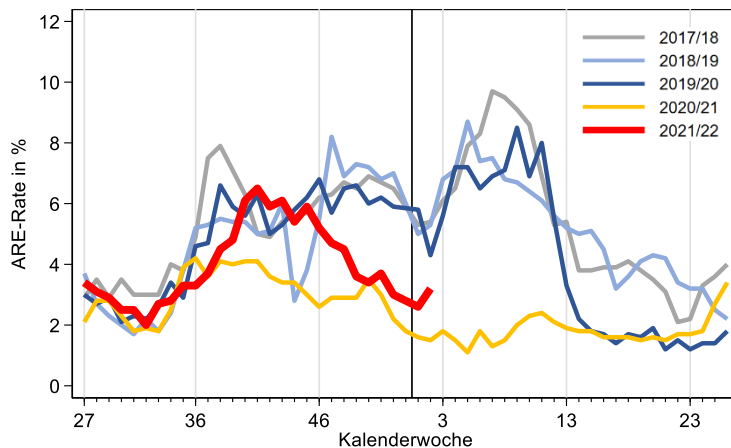


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 2. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 2. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. In den meisten AGI-Regionen lagen die Werte im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität (Tab. 1). In der AGI-Region Schleswig-Holstein/Hamburg lagen die Werte allerdings im Bereich moderat erhöhter ARE-Aktivität, was ein Hinweis auf die dort zunehmend zirkulierende Omikron-Variante sein könnte. Aber auch ein verändertes Konsultationsverhalten kann zu Schwankungen der Praxisindexwerte führen, 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 47. 2021 bis zur 2. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	47. KW	48. KW	49. KW	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW
Süden	182	161	139	110	90	77	114	102
Baden-Württemberg	175	165	133	99	84	83	103	101
Bayern	189	158	144	122	97	70	125	103
Mitte (West)	183	161	138	124	97	92	117	110
Hessen	182	154	136	120	86	88	84	103
Nordrhein-Westfalen	157	175	138	123	98	109	133	117
Rheinland-Pfalz, Saarland	210	153	140	130	106	78	134	112
Norden (West)	162	156	152	127	99	127	150	120
Niedersachsen, Bremen	165	159	161	133	102	137	107	93
Schleswig-Holstein, Hamburg	159	153	144	122	96	117	193	147
Osten	198	186	165	140	102	95	112	93
Brandenburg, Berlin	169	143	120	122	72	75	135	111
Mecklenburg-Vorpommern	196	181	195	163	130	127	120	99
Sachsen	208	169	150	118	99	102	86	59
Sachsen-Anhalt	220	242	193	148	117	102	126	112
Thüringen	197	197	166	148	89	71	91	87
Gesamt	180	164	144	124	95	95	120	104

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 deutlich höher als im letzten Jahr, jedoch niedriger als in den Jahren vor der Pandemie zur 2. KW (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag in der 2. KW 2022 bei ca. 1.000 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 832.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

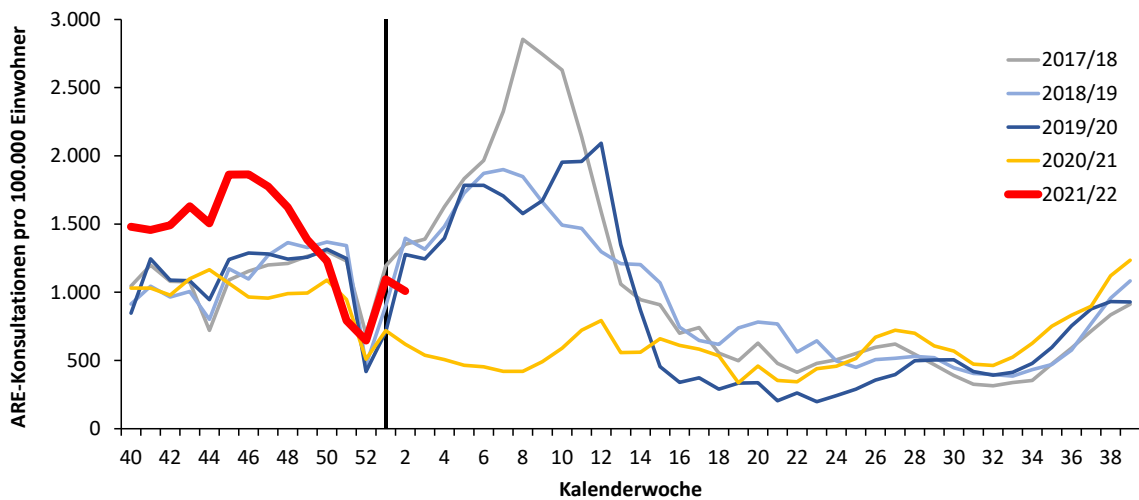


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 2. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 2. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in vier der fünf Altersgruppen leicht gesunken, nur bei den 5- bis 14-Jährigen ist der Wert gestiegen (Abb. 3). Die Werte liegen in der 2. KW 2022 etwas unter dem Niveau, das vor der COVID-19-Pandemie beobachtet wurde. Die Diagramme der ARE-Konsultationsinzidenz für Deutschland und die einzelnen AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

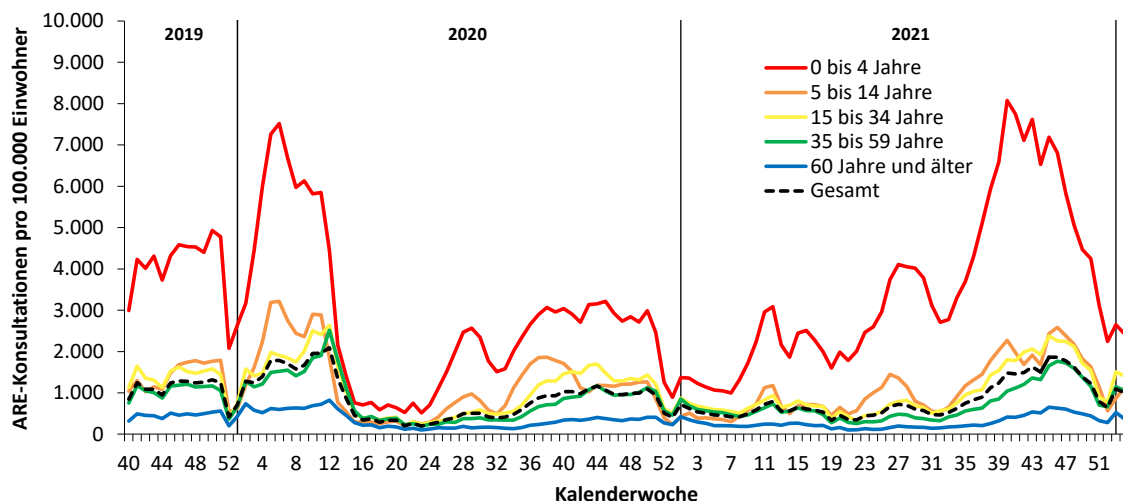


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 2. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 643 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 2. KW 2022 lagen 450 Meldungen vor, darunter 276 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 2. KW 2022 insgesamt 141 Sentinelproben von 49 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

In insgesamt 65 (46 %) der 141 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert, darunter 21 (15 %) Proben mit Rhinoviren, 17 (12 %) mit SARS-CoV-2, zwölf (9 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), elf (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43, NL63 bzw. 229E und jeweils zwei (1 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV) bzw. mit Parainfluenzaviren (PIV).

In der 2. KW wurden in drei (2 %; 95 %-Konfidenzintervall [0; 7]) Proben Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen (Tab. 2; Stand: 18.1.2022).

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).

	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	190	81	66	127	141	2.796
Probenanzahl mit Virusnachweis	105	43	31	62	65	1.688
Anteil Positive (%)	55	53	47	49	46	60
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H3N2)	2	3	2	6	3	22
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0
B(Victoria)	0	0	0	0	0	2
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	1	4	3	5	2	1
RSV	24	3	6	5	2	612
Anteil Positive (%)	13	4	9	4	1	22
hMPV	5	2	4	10	12	68
Anteil Positive (%)	3	2	6	8	9	2
PIV (1 – 4)	7	5	3	4	2	146
Anteil Positive (%)	4	6	5	3	1	5
Rhinoviren	30	11	7	9	21	514
Anteil Positive (%)	16	14	11	7	15	18
hCoV	34	15	7	20	11	376
Anteil Positive (%)	18	19	11	16	8	13
SARS-CoV-2	13	6	7	13	17	163
Anteil Positive (%)	7	7	11	10	12	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.

In der 2. KW 2022 gab es insgesamt drei Doppelinfektionen. Dabei handelte es sich um Nachweise von Rhinoviren mit hMPV oder SARS-CoV-2 mit hCoV.

Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen in der Berichtswoche hauptsächlich auf die Zirkulation von Rhinoviren und SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen. Die SARS-CoV-2-Positivenrate zeigt seit der 49. KW einen steigenden Trend. Auch hMPV wird seit einigen Wochen häufiger nachgewiesen. Influenzaviren wurden in dieser Saison bisher am häufigsten in der 1. KW 2022 detektiert (5 %). Die RSV-Positivenrate hat in der aktuellen Berichtswoche den bisher niedrigsten Wert der Saison 2021/22 erreicht (Abb. 4).

Die Rhinovirus- und hMPV-Positivenrate lag in der 2. KW bei den 0- bis 4-Jährigen am höchsten. SARS-CoV-2 wurde in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen mit 42 % am häufigsten nachgewiesen. hCoV wurde hauptsächlich in den beiden Altersgruppen ab 35 Jahre detektiert (14 % bzw. 25 %). Influenzaviren wurden in der 2. KW nur bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) nachgewiesen (Abb. 5). Die Nachweisrate der SARS-CoV-2 Variante Omikron mittels Omikron-spezifischer PCR ist in den SARS-CoV-2 positiven Sentinelproben in der 2. KW auf 80 % gestiegen (1. KW: 43 %).

Der Beginn der Grippewelle auf Bevölkerungsebene orientiert sich an der Influenza-Positivenrate der virologischen Sentinelsurveillance. Sobald der Wert für die untere Grenze des Konfidenzintervalls zwei Wochen in Folge über 10 % liegt, beginnt die Grippewelle mit der ersten dieser beiden Wochen.

Die Influenza-Positivenrate betrug in der 1. KW und 2. KW 2022 5 % und 2 % (Tab. 2). Das untere Limit des 95 %-Konfidenzintervalls lag in den zwei Wochen jeweils unter 10 % (1 % bzw. 0 %), so dass die Definition für den Beginn der Grippewelle in Deutschland noch nicht erfüllt ist.

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.

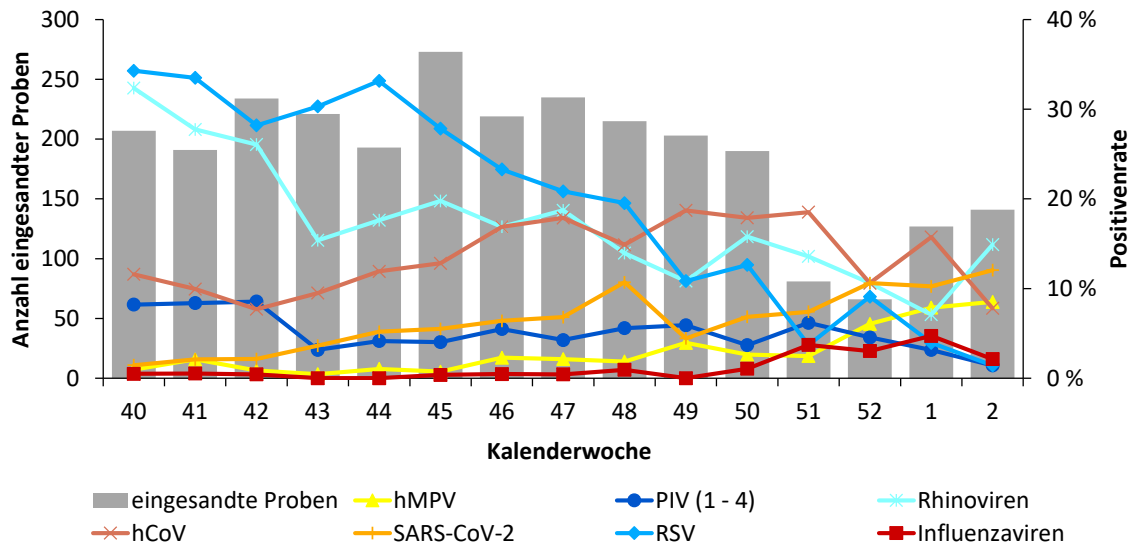


Abb. 4: Anteil positiver Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 2. KW 2022.

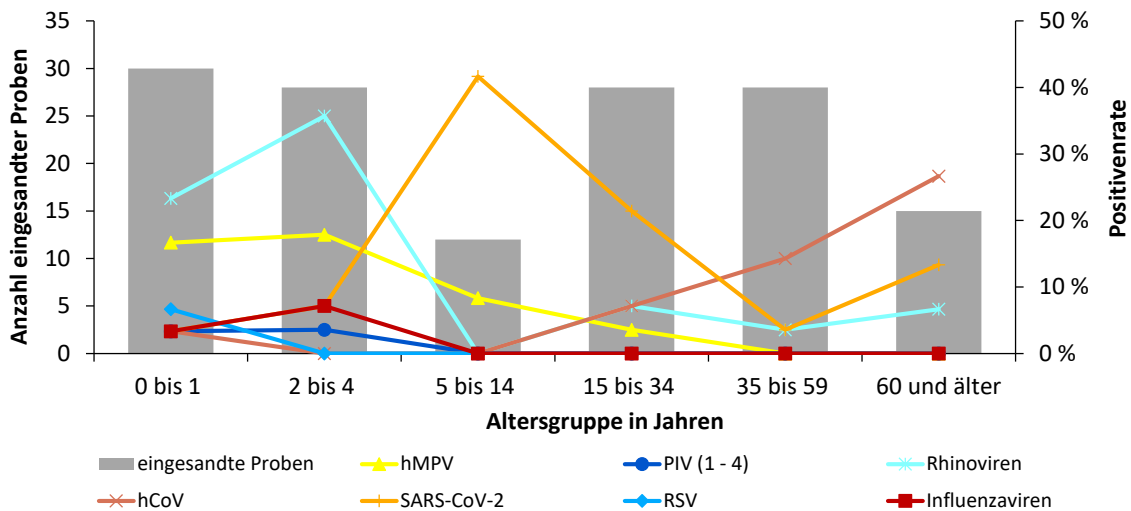


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 2. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 17 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 2. MW 2022 wurden bislang 220 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 42 Fällen (19 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 18.1.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 997 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte noch niedrig. Es wurden jedoch deutlich mehr Fälle als im Vorjahr übermittelt. Bei 256 Fällen (26 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

		49. MW	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	48	71	58	64	142	199	749
	A(H1N1)pdm09	0	2	0	0	0	0	4
	A(H3N2)	4	10	7	7	7	11	55
	nicht nach A / B differenziert	3	2	6	2	7	1	38
	B	14	10	5	9	7	9	151
Gesamt		69	95	76	82	163	220	997

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 2. KW 2022 insgesamt gesunken. Dabei sind die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen ab 15 Jahre zurückgegangen. Jedoch kam es in der Altersgruppe 5 bis 14 Jahre zu einer Zunahme der SARI-Fälle, in der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre sind die Fallzahlen stabil geblieben (Abb. 6). Unter den SARI-Patientinnen und Patienten zwischen 0 bis 4 Jahre, die in der 2. KW 2022 hospitalisiert wurden, erhielten weniger als 10 % eine RSV-Diagnose (Vorwoche: 37 %).

Nach dem Rückgang der SARI-Fallzahlen vor dem Jahreswechsel liegen die Werte insgesamt seit der 52. KW 2021 unter dem Niveau der Vorsaisons. In den Altersgruppen unter 15 Jahre sind die SARI-Fallzahlen niedrig und liegen in der 2. KW 2022 deutlich über den Werten der Vorsaison, jedoch unter den Werten der Saisons vor der COVID-19-Pandemie. In der Altersgruppe 35 bis 59 Jahre liegt die Zahl der SARI-Fälle auf dem Niveau der vorpandemischen Saisons und damit deutlich unter den Werten aus dem Vorjahr. In den Altersgruppen ab 60 Jahre sind die Fallzahlen deutlich niedriger als in den Vorsaisons.

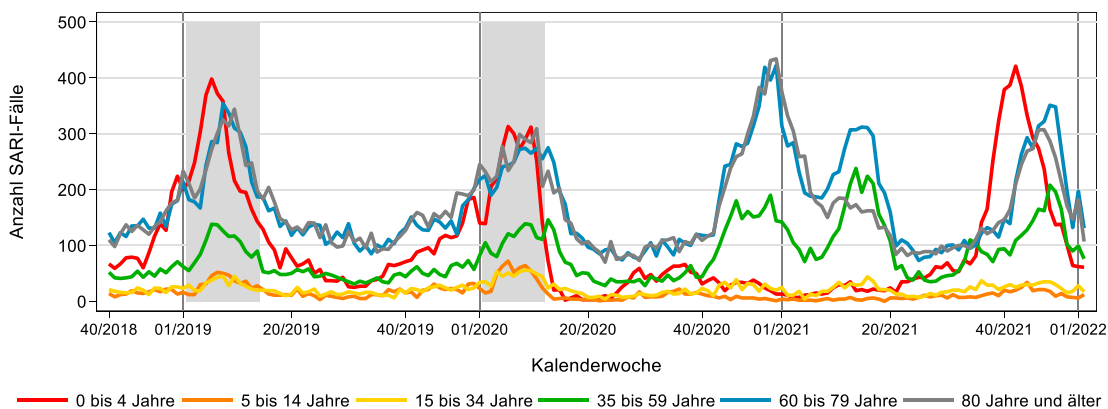


Abb. 6: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 2. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der 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 trotz leicht schwankender SARI-Fallzahlen seit der 51. KW 2021 stabil. In der 2. KW 2022 wurden bei insgesamt 43 % (Vorwoche: 44 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 7). In den Altersgruppen zwischen 15 und 79 Jahre wurde in der 2. KW 2022 bei mehr als der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert.

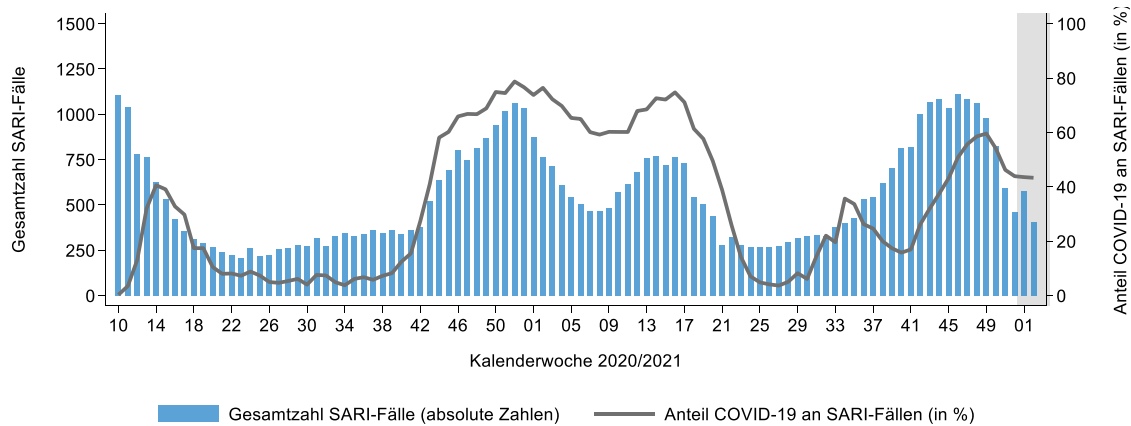


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 2. KW 2022, Daten aus 71 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 lag in der 2. KW 2022 bei insgesamt 64 % (Vorwoche: 71 %).

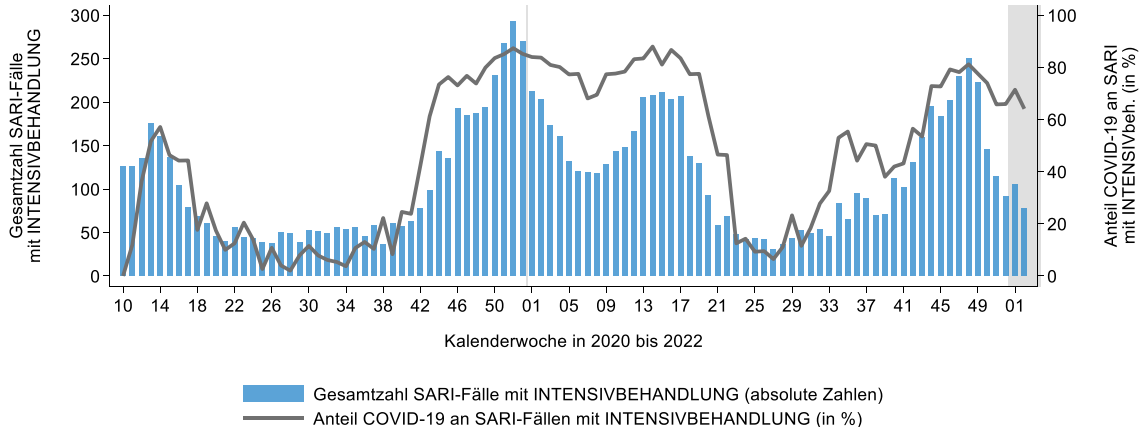


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 2. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

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

Für die WHO Region Europa hat die Grippesaison mit erhöhter Influenza-Aktivität in der 49. KW 2021 begonnen. In der 1. KW 2022 lag die Influenza-Positivenrate mit 5 % jedoch unter dem regionalen Schwellenwert (10 %).

Sechs Länder meldeten in der 1. KW 2022 eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten z. T. deutlich über 10 % (Armenien 64 %, Belarus 44 %, Serbien 36 %, Frankreich 16 %, Georgien 15 % und Estland 10 %).

Von 37 Ländern, die für die 1. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 19 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 14 Länder über eine niedrige und vier Länder (Belarus, Israel, Luxemburg und die Republik Nordmazedonien) über eine mittlere Influenza-Aktivität.

Für die 1. KW 2022 wurden in 121 (5 %) von 2.576 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, darunter ausschließlich Nachweise mit Influenza A-Viren. Es wurden 115 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 96 % Influenza A(H3N2)-Viren und 4 % Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. In der Saison 2021/22 wurden insgesamt 1.428 (4 %) von 33.345 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 98 % Influenza A-Virusnachweise und 2 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 962 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 905 (94 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 57 (6 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Fünf Influenza B-Virusnachweise wurden subtypisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus elf Ländern 3.284 SARI-Fälle für die 1. KW 2022 gemeldet. Es wurden 377 (11 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 40 (11 %) positiv für Influenzaviren, darunter hauptsächlich Influenza A (98 %). In der 1. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei 45 %.

Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org/>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 410 vom 10.1.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 26.12.2021.

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. Angesichts der zunehmenden Influenzafallzahlen während der COVID-19-Pandemie wird den Ländern empfohlen, sich auf die gemeinsame Verbreitung von Influenza und SARS-CoV-2 vorzubereiten. Sie werden ermutigt, die integrierte gleichzeitige Überwachung von Influenza und COVID-19 zu verbessern. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik berücksichtigen.

Weltweit wurde über eine weiterhin niedrige, jedoch steigende Influenza-Aktivität berichtet, insbesondere in der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre.

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, in China Influenza B-Viren der Victoria-Linie.

Im tropischen Südamerika wurde ebenfalls eine vermehrte Zirkulation von Influenza A(H3N2)-Viren verzeichnet. In Bolivien waren die SARI-Fallzahlen außergewöhnlich hoch.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre wurde über eine weiterhin niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Eine Ausnahme bildeten die Länder in der gemäßigten Zone Südamerikas mit steigenden Nachweisen von Influenza A(H3N2)-Viren.

Vom 6.12. bis 26.12.2021 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 522.595 Proben und meldeten 27.153 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 74 % Influenza A-Viren und bei 26 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 96 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren. Unter den subtypisierten Influenza B-Viren gehörten knapp 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 2/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9526