



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 5 (31.1. bis 6.2.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 5. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 5. KW bundesweit insgesamt etwas mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen in der 5. KW im Bereich der Jahre vor der COVID-19-Pandemie im Zeitraum der jährlichen Grippewellen und aktuell deutlich höher als letztes Jahr um diese Zeit.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 5. KW 2022 in insgesamt 88 (65 %) der 135 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 31 (23 %) Proben mit SARS-CoV-2, 20 (15 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 19 (14 %) mit Rhinoviren, elf (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43, 229E oder NL63, sieben (5 %) mit Influenza A(H3N2)-Viren, sechs (4 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und eine (1 %) Probe mit Parainfluenzaviren (PIV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 5. KW 2022 insgesamt stabil geblieben.

Für die 5. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 300 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 8.2.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland ist in der 4. und 5. KW wieder etwas gestiegen, die Grippewelle (nach Definition der AGI) auf Bevölkerungsebene hat aber noch nicht begonnen. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt.

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 RSV-Saison begann nach Definition des RKI in der 35. KW 2021 und endete in der 50. KW 2021. 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 einem niedrigen Niveau, ist aber in der 4. und 5. KW 2022 leicht angestiegen. Die Arztbesuche mit akuten Atemwegsinfektionen wegen COVID-19 haben seit dem Jahreswechsel deutlich zugenommen. Im Vergleich zur 4. KW hat sich die Zahl der ARE-Arztbesuche in der 5. KW 2022 nur leicht erhöht, die SARS-CoV-2-Positivenrate ist stabil geblieben. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt, allerdings wurde kein weiterer steiler Anstieg mehr verzeichnet.

In Europa gibt es derzeit keine Hinweise auf eine steigende Influenza-Aktivität. Eine hohe Krankheitslast durch COVID-19 bestimmt dagegen weiterhin das Infektionsgeschehen. Das Einhalten der AHA+L-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko für COVID-19, Influenza und weitere respiratorisch übertragbare akute Infektionen.

Sentinel-Ergebnisse aus der syndromischen und virologischen Surveillance 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.

* 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 5. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken (4,4 %; Vorwoche: 4,9 %). Die ARE-Rate lag in der 5. KW zwar deutlich über dem Vorjahreswert, aber unter den Jahren vor der Pandemie (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 4,4 % einer Gesamtzahl von knapp 3,7 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter:

<https://grippeweb.rki.de>.

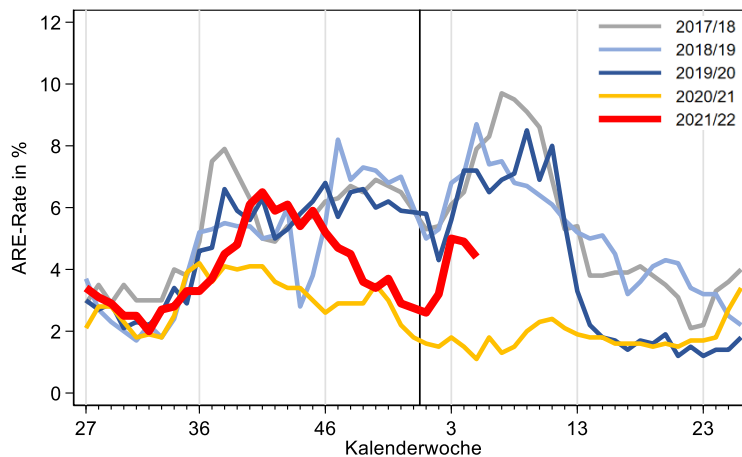


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 5. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 5. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Während in der AGI-Großregion Norden (West) der Praxisindex im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität lag, lag dieser in Mitte (West) und in der AGI-Großregion Osten im stark erhöhten Bereich.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 50. KW 2021 bis zur 5. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW
Süden	110	91	76	111	108	135	173	180
Baden-Württemberg	99	85	86	106	110	130	178	181
Bayern	122	97	67	116	106	139	168	179
Mitte (West)	124	100	93	122	129	182	194	190
Hessen	120	88	92	83	120	201	202	218
Nordrhein-Westfalen	123	101	111	142	132	182	197	182
Rheinland-Pfalz, Saarland	130	111	77	142	135	163	184	170
Norden (West)	127	99	124	152	123	136	146	127
Niedersachsen, Bremen	133	102	137	107	100	126	150	138
Schleswig-Holstein, Hamburg	122	97	111	197	147	145	143	117
Osten	140	102	95	113	103	130	154	190
Brandenburg, Berlin	122	72	75	132	129	182	179	206
Mecklenburg-Vorpommern	163	130	116	124	106	129	192	203
Sachsen	118	99	98	87	66	79	109	126
Sachsen-Anhalt	148	117	102	127	108	139	149	268
Thüringen	148	92	83	97	104	122	140	147
Gesamt	124	97	95	122	115	149	170	174

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

Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen seit dem Jahreswechsel 2021/22 im Bereich der Jahre vor der Pandemie (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag in der 5. KW 2022 bei ca. 1.800 (Vorwoche: 1.700) Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,5 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

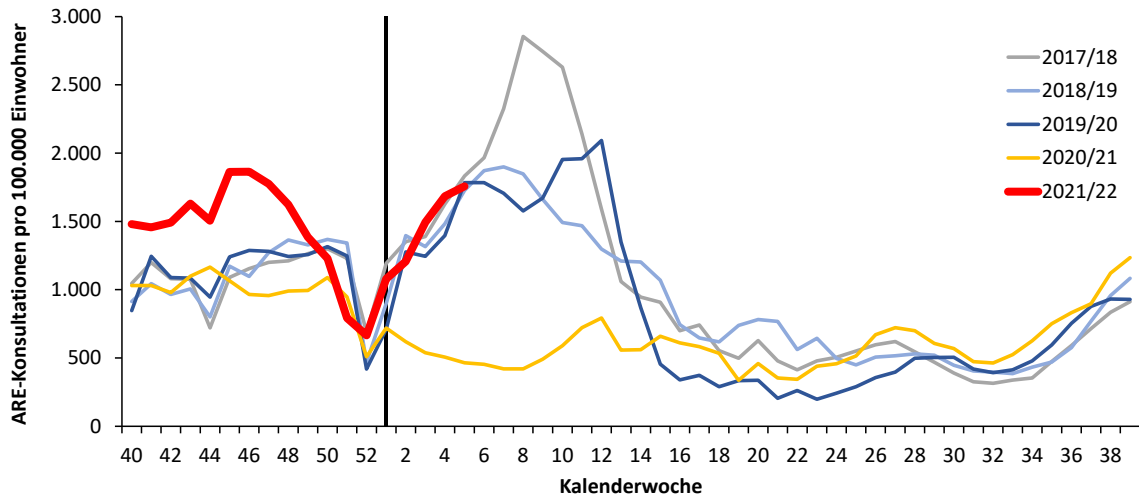


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 5. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 5. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) leicht gesunken und in den anderen vier Altersgruppen stabil geblieben oder gestiegen (Abb. 3). Der stärkste Anstieg im Vergleich zur Vorwoche wurde bei den ab 60-jährigen mit 16 % verzeichnet, gefolgt von der Altersgruppe der 35- bis 59-jährigen mit 9 % höheren Werten als in der 4. KW. Die Werte liegen in der 5. KW 2022 in vier der fünf Altersgruppen im Bereich der Jahre vor der COVID-19-Pandemie während der jährlichen Grippewellen, bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) liegen die Werte aktuell noch etwas darunter.

Die Diagramme der ARE-Konsultationsinzidenz für Deutschland und die einzelnen AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

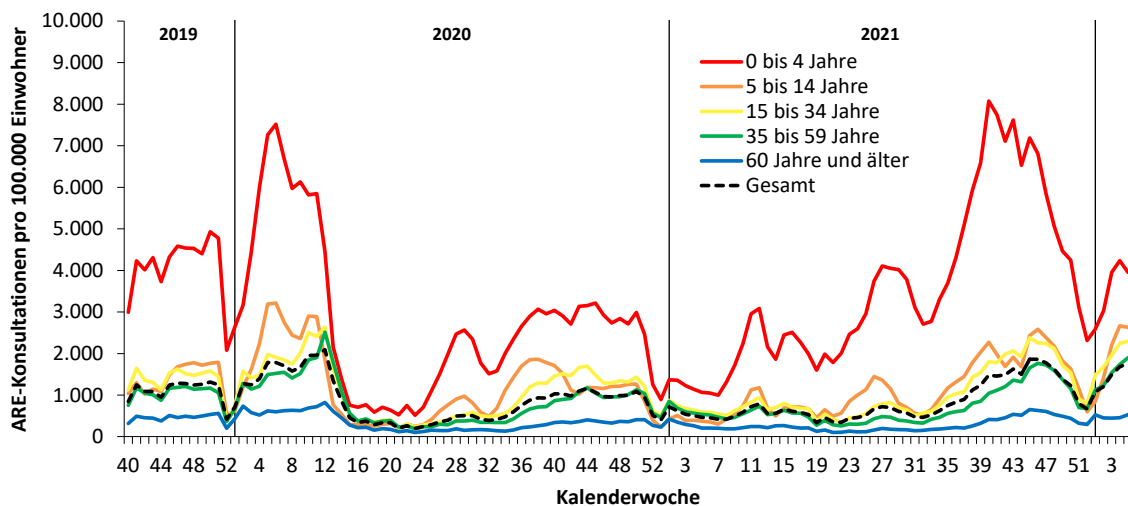


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 5. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 645 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 5. KW 2022 lagen 424 Meldungen vor, darunter 266 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 5. KW 2022 insgesamt 135 Sentinelproben von 51 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 5. KW 2022 in insgesamt 88 (65 %) der 135 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 31 (23 %) Proben mit SARS-CoV-2, 20 (15 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 19 (14 %) mit Rhinoviren, elf (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43, 229E oder NL63, sechs (4 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und eine (1 %) Probe mit Parainfluenzaviren (PIV). In der 5. KW wurden in sieben (5 %; 95 %-Konfidenzintervall [2; 11]) Proben Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen (Tab. 2; Stand: 8.2.2022).

In der 5. KW 2022 gab es insgesamt sieben Doppelinfektionen, hauptsächlich bei den 0- bis 4-Jährigen.

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).

	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	128	144	133	170	135	3.238
Probenanzahl mit Virusnachweis	63	67	73	118	88	1.972
Anteil Positive (%)	49	47	55	69	65	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H3N2)	6	3	2	6	7	37
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 (%)	5	2	2	4	5	1
RSV	5	2	3	4	6	625
Anteil Positive (%)	4	1	2	2	4	19
hMPV	10	13	12	24	20	125
Anteil Positive (%)	8	9	9	14	15	4
PIV (1 – 4)	4	2	3	6	1	156
Anteil Positive (%)	3	1	2	4	1	5
Rhinoviren	10	22	14	26	19	575
Anteil Positive (%)	8	15	11	15	14	18
hCoV	20	12	17	23	11	428
Anteil Positive (%)	16	8	13	14	8	13
SARS-CoV-2	13	17	25	40	31	259
Anteil Positive (%)	10	12	19	24	23	8

* 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.

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb der bisherigen typischen Zeiträume bestimmt. Die RSV-Saison begann mit der 35. KW 2021 und endete in der 50. KW 2021. In der 5. KW 2022 ist die RSV-Positivenrate wieder leicht gestiegen, liegt aber mit 4 % auf einem niedrigen Niveau (Abb. 4).

Influenzaviren wurden in dieser Saison bisher am häufigsten in der 1. und 5. KW 2022 mit einer Positivenrate von jeweils 5 % detektiert. Die hMPV-Positivenrate zeigt seit der 51. KW einen steigenden Trend. Mit 14 % bzw. 15 % wurden Rhinoviren und hMPV in der 5. KW etwa gleich häufig nachgewiesen.

Aktuell ist die ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen weiterhin auf die Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen. Die SARS-CoV-2-Positivenrate zeigt seit der 49. KW 2021 einen steigenden Trend bis zur 4. KW 2022 mit 24 %. In der 5. KW lag die SARS-CoV-2-Positivenrate bei 23 %. Wenn die SARS-CoV-2-Positivenrate getrennt nach Kindern bis 14 Jahre und Personen ab 15 Jahre betrachtet wird, zeigt sich ein früherer Anstieg der Positivenrate bei den Älteren. In der Altersgruppe der Kinder ist ein deutlicher Anstieg erst seit der 2. KW 2022 zu verzeichnen. Die Positivenrate lag in der 4. und 5. KW bei den ab 15-Jährigen etwas höher als bei den 0- bis 14-Jährigen (Abb. 5).

Influenzaviren und hMPV wurden in der 5. KW am häufigsten bei den 2- bis 4-Jährigen verzeichnet, Rhinoviren am häufigsten bei den 5- bis 14-Jährigen (Abb. 6). Die SARS-CoV-2-Positivenrate war mit Ausnahme

der 2- bis 4-jährigen in allen anderen Altersgruppen etwa gleich hoch und lag zwischen 24 % und 27 % (2 bis 4 Jahre: 5 %). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 176 SARS-CoV-2-positive Sentinelproben mittels Omikron-spezifischer PCR untersucht. Die ersten Omikron-Nachweise im Sentinel gab es in der 50. KW 2021. Seitdem ist der Anteil Omikron-positiver Proben gestiegen: 50. KW 2021 8 %, 51. KW 33 %, 52. KW 40 %, 1. KW 2022: 83 %, 2. KW 87 %, 3. KW 100 %, 4. KW 95 %, 5. KW 100 % (Stand 8.2.2022).

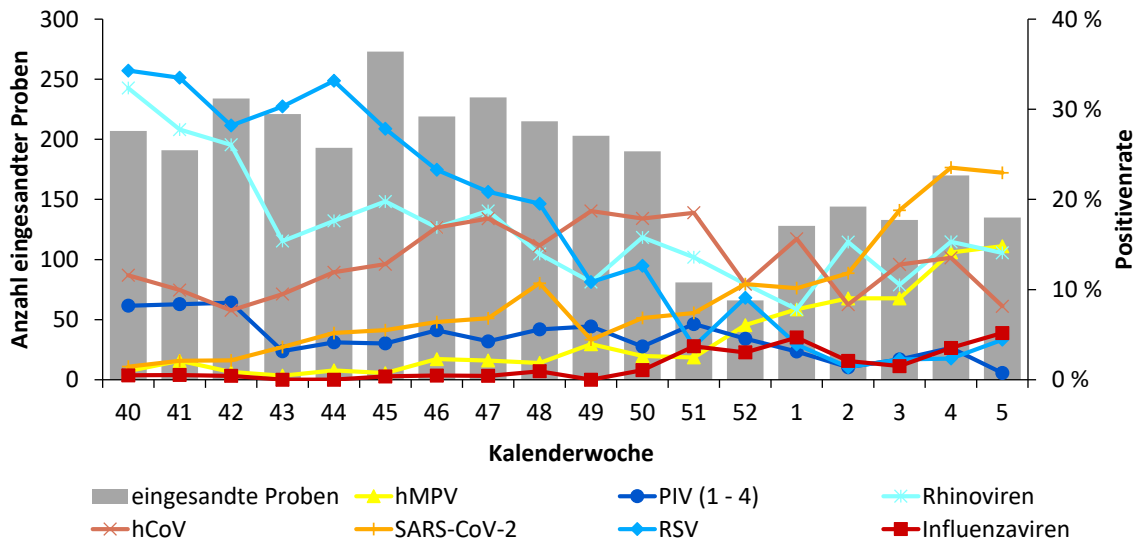


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 5. KW 2022.

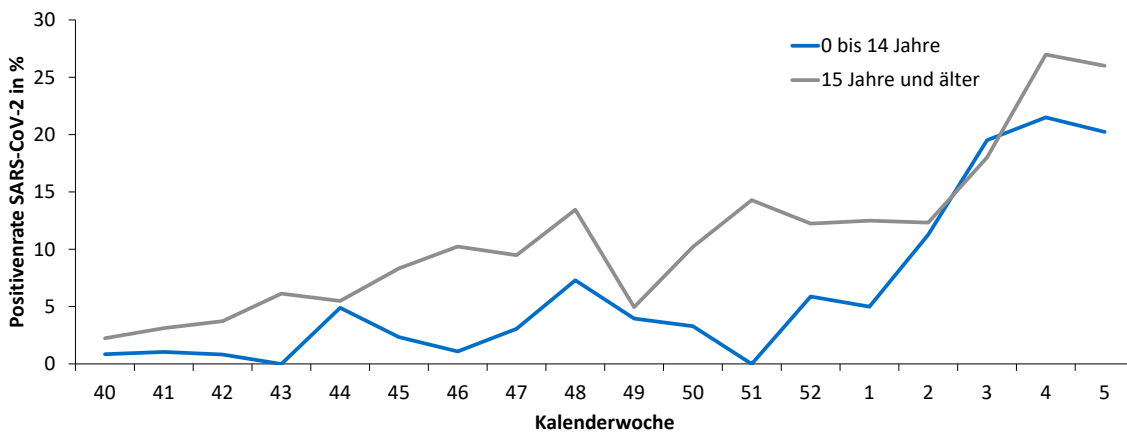


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 an allen an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben von der 40. KW 2021 bis zur 5. KW 2022 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter.

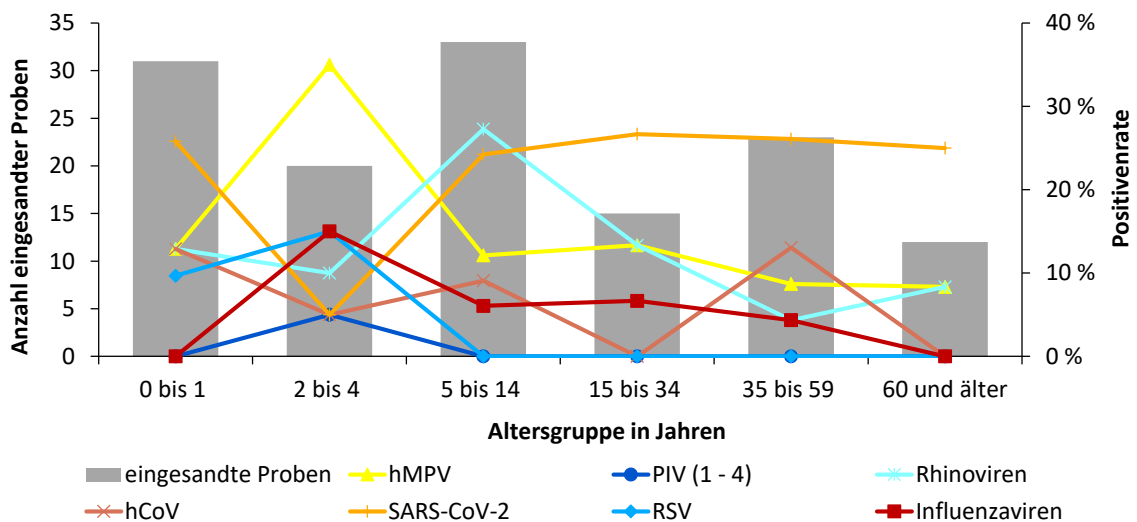


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 5. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 37 Influenza A(H3N2)-Viren, ein A(H1N1)pdm09-Virus und ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert. Alle 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. Das A(H1N1)pdm09-Virus reagierte mit Antiserum gegen den A(H1N1)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019). Neun Influenzaviren wurden sequenziert und genetisch analysiert. Das Influenza B-Virus der Victoria-Linie gehört zur Clade V1A.3a.2; die acht untersuchten A(H3N2)-Viren clustern alle in der Clade 3C.2a1b.2a.2.

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 5. MW 2022 wurden bislang 300 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 40 Fällen (13 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 8.2.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 1.844 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 (Stand 9.2.2021: 397) übermittelt. Bei 422 Fällen (23 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza A (nicht subtypisiert)	65	149	204	224	233	262	1.486
A(H1N1)pdm09	0	0	0	3	2	1	10
A(H3N2)	7	8	13	8	17	4	87
nicht nach A / B differenziert	2	8	1	8	11	16	74
B	9	7	9	4	14	17	187
Gesamt	83	172	227	247	277	300	1.844

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

Es wurden bisher sieben Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter jeweils zwei Ausbrüche in Krankenhäusern, Kindergärten bzw. Horten oder Schulen sowie ein Ausbruch in einer Kaserne. Alle Ausbrüche wurden bisher durch Influenza A-Viren verursacht.

Bislang wurden zwei Influenzafälle an das RKI übermittelt, bei denen eine Angabe zu einer gleichzeitigen SARS-CoV-2-Infektion vorlag.

Die Zahl der an das RKI übermittelten Influenzafälle bundesweit und für die zwölf AGI-Regionen ist täglich aktualisiert abrufbar auf den AGI-Internetseiten (jeweils unterstes Diagramm) unter:

<https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

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 5. KW 2022 insgesamt stabil geblieben. Dabei sind die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen 5 bis 14 Jahre sowie 35 bis 59 Jahre leicht gestiegen, in der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre dagegen zurückgegangen. In den anderen Altersgruppen ist die Zahl der SARI-Fälle weitestgehend stabil geblieben (Abb. 7).

* 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).

Nach dem Rückgang der SARI-Fallzahlen vor dem Jahreswechsel liegen die Werte insgesamt seit der 52. KW 2021 unter dem Niveau der Vorsaisons. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der 5. KW 2022 in allen Altersgruppen niedrig. Dabei liegen die Fallzahlen in den Altersgruppen unter 35 Jahre aktuell deutlich über den Werten der Vorsaison, in den Altersgruppen ab 60 Jahre jedoch unter den Werten der Vorsaison.

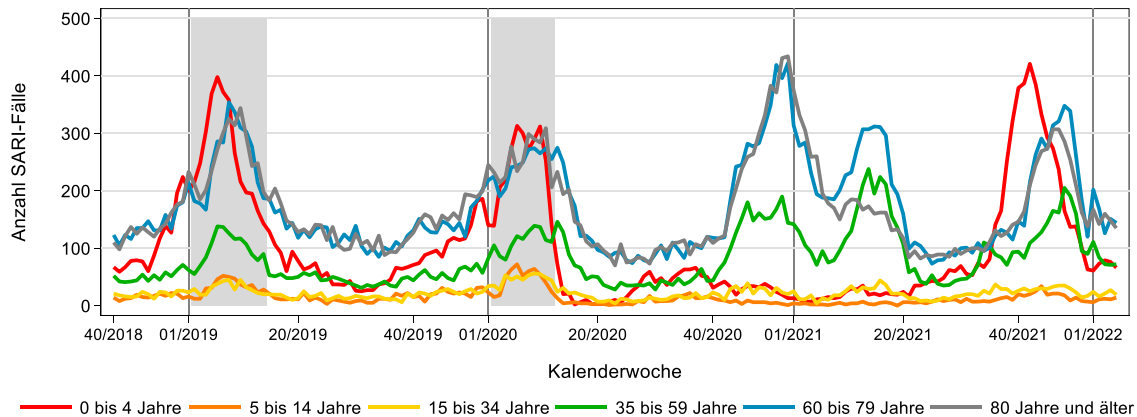


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 5. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist trotz leicht schwankender SARI-Fallzahlen seit der 51. KW 2021 weitestgehend stabil. In der 5. KW 2022 wurden bei insgesamt 47 % (Vorwoche: 48 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 8). In den Altersgruppen zwischen 15 und 79 Jahre wurde in der 5. KW 2022 bei mehr als der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert.

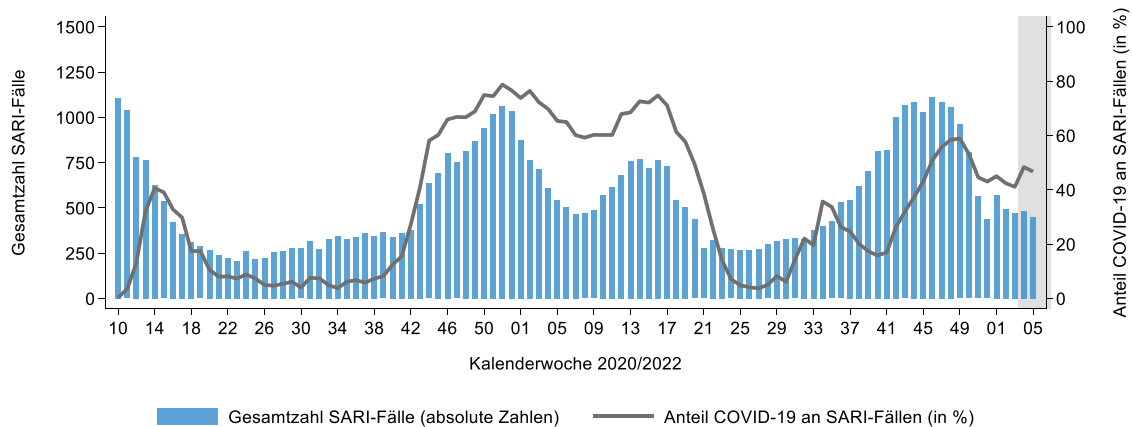


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 5. 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. 9 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil ist in der 5. KW 2022 gesunken und lag bei insgesamt 51 % (Vorwoche: 64 %).

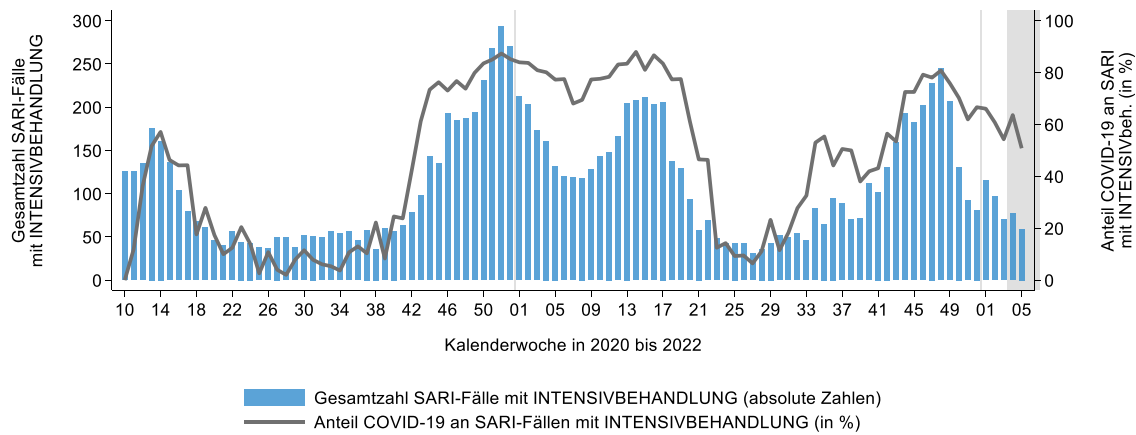


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 5. KW 2022, Daten aus 71 Sentinellkliniken. 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 insbesondere für die letzten Wochen 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 4. KW 2022 lag die Influenza-Positivenrate mit 5 % jedoch unter dem regionalen Schwellenwert (10 %). Sieben Länder meldeten in der 4. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten über 10 %.

Von 37 Ländern, die für die 4. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 24 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, sieben Länder über eine niedrige, vier über eine mittlere, ein Land über eine hohe und ein weiteres Land über eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Für die 4. KW 2022 wurden in 62 (5 %) von 1.139 Sentinellproben Influenzaviren detektiert, darunter ausschließlich Nachweise mit Influenza A-Viren. Es wurden 52 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 88 % Influenza A(H3N2)-Viren und 12 % Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 1.996 (7 %) von 28.588 Sentinellproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 99 % Influenza A-Virusnachweise und 1 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 1.407 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 1.327 (94 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 80 (6 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Von den 26 Influenza B-Virusnachweisen wurden fünf subtypisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus zehn Ländern 2.775 SARI-Fälle für die 4. KW 2022 gemeldet. Es wurden 552 (20 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 47 (9 %) positiv für Influenzaviren, ausschließlich Influenza A (100 %). In der 4. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 43 %.

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

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 412 vom 7.2.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 23.1.2022.

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 COVID-19 vorzubereiten und

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 und eher rückläufige Influenza-Aktivität berichtet. In einigen Ländern erreichte die Influenza-Aktivität aber das Niveau, das zu dieser Zeit vor der COVID-19-Pandemie zu beobachten war.

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre nahm die Influenza-Aktivität ab. Es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und Influenza B-Viren (Victoria-Linie) nachgewiesen. In China setzte sich der steigende Trend der Influenza-Aktivität fort. Es wurden hauptsächlich Influenza B-Viren der Victoria-Linie detektiert.

Im tropischen Südamerika wurde weiterhin eine Zirkulation von Influenza A(H3N2)-Viren verzeichnet. In Südasien wurde in einigen Ländern über eine sinkende Influenza-Aktivität berichtet.

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 10.1.2022 bis 23.1.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 608.024 Proben und meldeten 18.237 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 65 % Influenza A-Viren und bei 35 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 97 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren. Unter den charakterisierten 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, Dürwald 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 5/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9665