



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 11 (14.3. bis 20.3.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 11. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 11. KW bundesweit etwa gleich viele Arztbesuche wegen ARE registriert wie in der Vorwoche. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen in der 11. KW im Bereich der jährlichen Grippewellen vor der COVID-19-Pandemie.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 11. KW 2022 in insgesamt 76 (74 %) der 103 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 32 (31 %) Proben mit SARS-CoV-2, 20 (19 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 15 (15 %) mit Rhinoviren, acht (8 %) mit Influenzaviren, jeweils sieben (7 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) bzw. Parainfluenzaviren (PIV) und eine (1 %) Probe mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV).

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

Für die 11. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 401 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 22.3.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland zeigt einen leicht steigenden Trend. Eine Grippewelle (nach Definition der AGI) auf Bevölkerungsebene hat bisher nicht begonnen. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt, im stationären Bereich ist COVID-19 weiterhin die häufigste Erkrankung unter allen schweren Atemwegsinfektionen.

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. Influenzaviren wurden seit der 50. KW 2021 zwar regelmäßig detektiert, die Influenza-Aktivität befindet sich jedoch noch auf einem niedrigen Niveau. Sowohl die Influenzameldefälle gemäß IfSG als auch die Sentinelergebnisse zeigen seit zwei Wochen einen steigenden Trend. Die ARE-Konsultationsinzidenz hat in der aktuellen Saison 2021/22 ihren bisherigen Höhepunkt in der 5. KW mit ca. 1,6 Millionen Arztbesuchen wegen ARE in der 11. KW 2022 wieder erreicht. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt, im stationären Bereich ist COVID-19 weiterhin die häufigste Erkrankung unter allen schweren Atemwegsinfektionen.

Auf europäischer Ebene ist die Influenza-Aktivität deutlich gestiegen. Die Influenza-Positivenrate für Europa lag in der 10. KW bei 24 %, in der 9. KW bei 17 %. Der hohe Infektionsdruck durch COVID-19 bestimmt weiterhin das Infektionsgeschehen der akuten Atemwegserkrankungen.

Das Einhalten der AHA+L-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko für COVID-19, Influenza und weitere ARE. Dazu gehört auch eine Minimierung von Kontakten ab Symptombeginn bei Schnupfen, Husten oder Halsschmerzen unabhängig vom Ergebnis eines Labortests.

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 11. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen (6,0 %; Vorwoche: 5,7 %). Die ARE-Raten zeigen in den letzten Wochen in allen Altersgruppen außer den 0- bis 4-Jährigen einen steigenden Trend. Die ARE-Rate lag in der 11. KW deutlich über dem Vorjahreswert und aktuell nun im Bereich der vorpandemischen Jahre (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 6,0 % einer Gesamtzahl von ca. fünf Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Seit dem Jahreswechsel wurde in der 11. KW 2022 die bisher höchste ARE-Rate beobachtet (6,0 %), jedoch lagen die Werte im Herbst 2021 darüber (41. KW 2021: 6,5 %). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

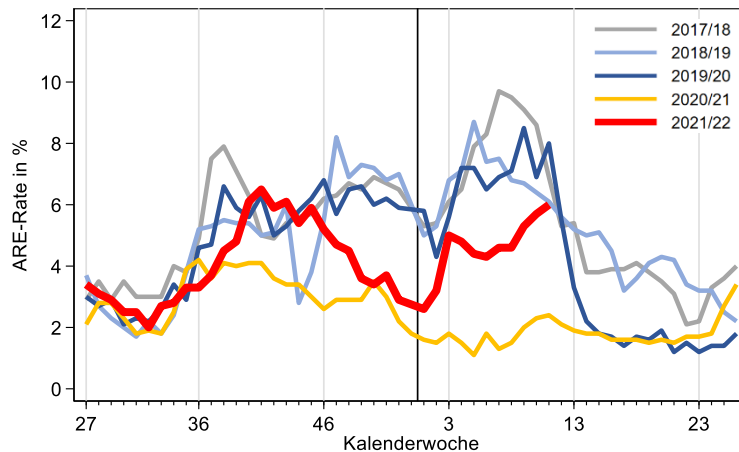


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 11. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 11. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lagen insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Während die Werte in den AGI-Großregionen Süden und Osten abnahmen bzw. stabil blieben, stiegen sie in Mitte (West) und in Norden (West) im Vergleich zur Vorwoche an.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 4. KW bis zur 11. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW
Süden	173	207	210	193	187	201	229	218
Baden-Württemberg	180	198	195	186	184	197	219	212
Bayern	166	215	225	201	189	204	239	223
Mitte (West)	195	206	209	171	153	161	171	191
Hessen	199	211	218	165	136	171	164	193
Nordrhein-Westfalen	206	224	219	194	164	171	176	209
Rheinland-Pfalz, Saarland	181	183	192	154	160	140	174	172
Norden (West)	147	133	147	140	139	135	156	165
Niedersachsen, Bremen	151	145	161	137	147	150	163	178
Schleswig-Holstein, Hamburg	144	120	134	144	131	119	149	152
Osten	148	195	205	185	200	202	244	249
Brandenburg, Berlin	180	204	206	163	166	159	180	163
Mecklenburg-Vorpommern	163	175	159	248	179	217	344	303
Sachsen	112	161	176	163	175	196	205	251
Sachsen-Anhalt	149	264	314	219	253	208	226	277
Thüringen	139	170	170	132	227	232	264	251
Gesamt	170	193	199	177	171	177	199	206

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 lagen seit dem Jahreswechsel 2021/22 bis zur 11. KW 2022 im Bereich der Jahre vor der Pandemie (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben, allerdings hat sich der Vorwochenwert (10. KW) durch Nachmeldungen deutlich erhöht. Der Wert lag in der 11. KW 2022 bei rund 1.900 (10. KW: 1.900, 9. KW: 1.600) Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,6 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Ähnlich hohe Zahlen wurden bereits im Spätherbst (45./46. KW 2021) und in der 5. KW 2022 beobachtet.

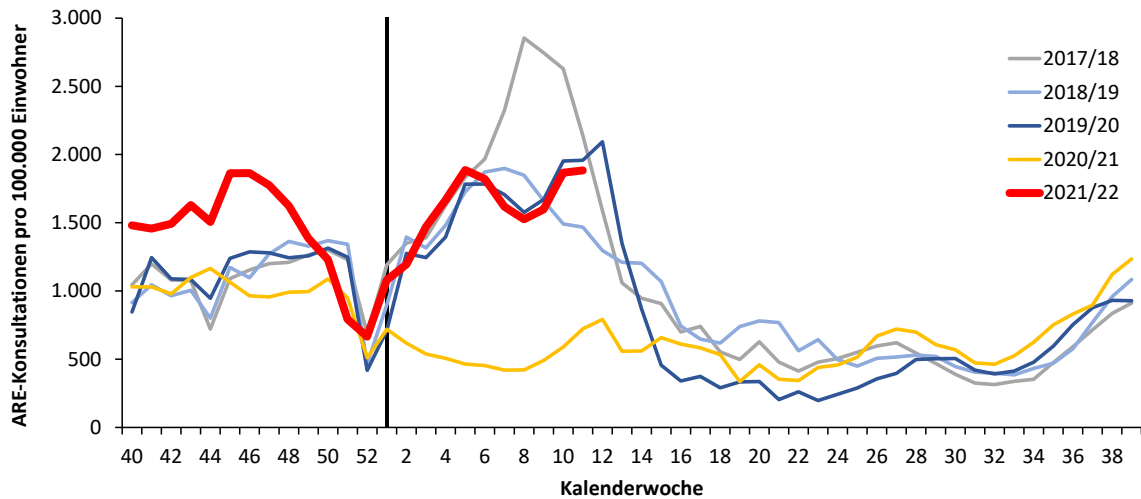


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 11. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 11. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den ab 35-Jährigen leicht gestiegen, während sie in den drei jüngeren Altersgruppen gesunken oder stabil geblieben ist (Abb. 3). Den deutlichsten Rückgang gab es im Vergleich zur Vorwoche bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre; 11 %). Die Werte lagen in der 11. KW 2022 in vier der fünf Altersgruppen in einem Bereich, der auch vor der COVID-19-Pandemie beobachtet wurde. Bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) liegen die Werte aktuell darunter.

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

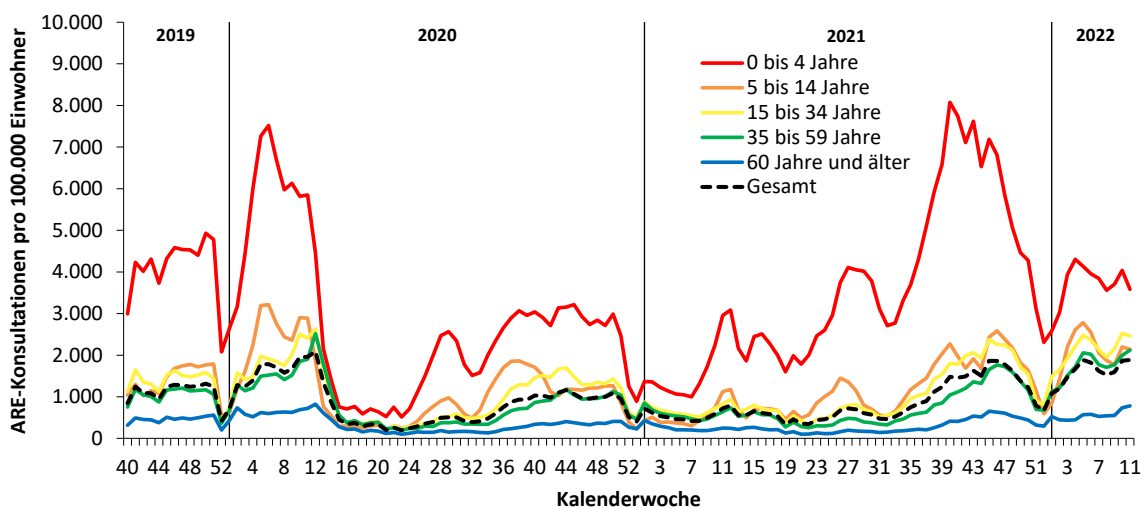


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 11. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 650 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 11. KW 2022 lagen 418 Meldungen vor, darunter 271 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 11. KW 2022 insgesamt 103 Sentinelproben von 36 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 11. KW 2022 in insgesamt 76 (74 %) der 103 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 32 (31 %) Proben mit SARS-CoV-2, 20 (19 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 15 (15 %) mit Rhinoviren, jeweils sieben (5 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) aller untersuchten Typen (OC43, HKU1, 229E oder NL63) bzw. mit Parainfluenzaviren (PIV) und eine (1 %) Probe mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV). In der 11. KW wurden in acht (8 %; 95 %-Konfidenzintervall [3; 15]) Proben Influenza A(H3N2)- bzw. A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen (Tab. 2; Stand: 22.3.2022).

In der 11. KW 2022 gab es insgesamt zwölf Doppelinfectionen und eine Dreifachinfektion, darunter häufig Kombinationen mit Rhinoviren oder hMPV. Mehrfachnachweise waren in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen häufig.

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).

	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	159	146	99	143	103	4.084
Probenanzahl mit Virusnachweis	100	88	54	83	76	2.492
Anteil Positive (%)	63	60	55	58	74	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H3N2)	4	3	2	4	4	57
A(H1N1)pdm09	0	1	0	0	4	5
B(Victoria)	1	0	0	0	0	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	3	3	2	3	8	2
RSV	1	4	1	2	1	635
Anteil Positive (%)	1	3	1	1	1	16
hMPV	16	15	14	22	20	242
Anteil Positive (%)	10	10	14	15	19	6
PIV (1 – 4)	4	2	2	6	7	179
Anteil Positive (%)	3	1	2	4	7	4
Rhinoviren	25	24	21	24	15	712
Anteil Positive (%)	16	16	21	17	15	17
hCoV	15	5	1	6	7	484
Anteil Positive (%)	9	3	1	4	7	12
SARS-CoV-2	46	41	18	33	32	481
Anteil Positive (%)	29	28	18	23	31	12

* 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 11. KW 2022 ist die Positivenrate für SARS-CoV-2 im Vergleich zur Vorwoche erneut gestiegen, auch die Positivenrate für hMPV ist weiter gestiegen (Abb. 4).

In der 11. KW wurden deutlich mehr Influenzaviren nachgewiesen, die Influenza-Positivenrate lag bei 8 % (Vorwoche: 3 %). Eine Grippewelle hat in dieser Saison bisher nicht begonnen. Aktuell ist die ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen weiterhin auf die Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen, aber auch hMPV und Rhinoviren werden relativ häufig nachgewiesen. Rhinoviren und hMPV wurden hauptsächlich bei den 0- bis 4-Jährigen detektiert, Influenzaviren in der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre).

Die SARS-CoV-2-Positivenrate ist bei Personen ab 15 Jahren in der 11. KW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen, während sie bei den Kindern bis 14 Jahre stabil geblieben ist (Abb. 5). Die SARS-CoV-2-Positivenrate war in der 11. KW bei den ab 60-Jährigen mit 90 % am höchsten, in den Altersgruppen ab 2 Jahren lag sie zwischen 14 % und 47 % (Abb. 6). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 365 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 von 8 % auf 100 %

gestiegen. Die ersten BA.2-Nachweise im Sentinel gab es in der 2. KW 2022. Seitdem ist der Anteil BA.2-positiver Proben von 9 % auf 93 % gestiegen (Stand 22.3.2022).

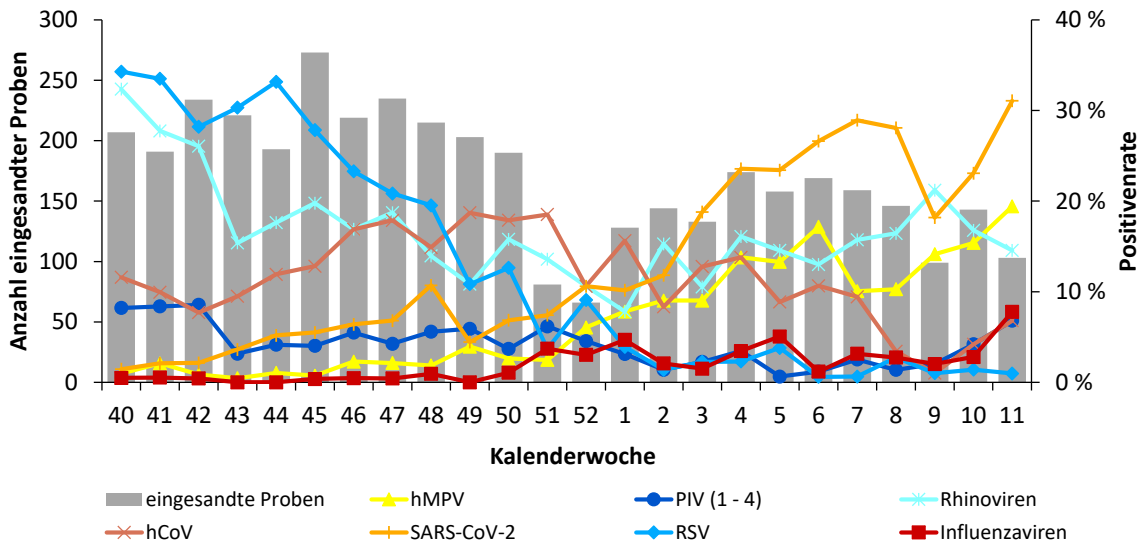


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivensrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 11. KW 2022.

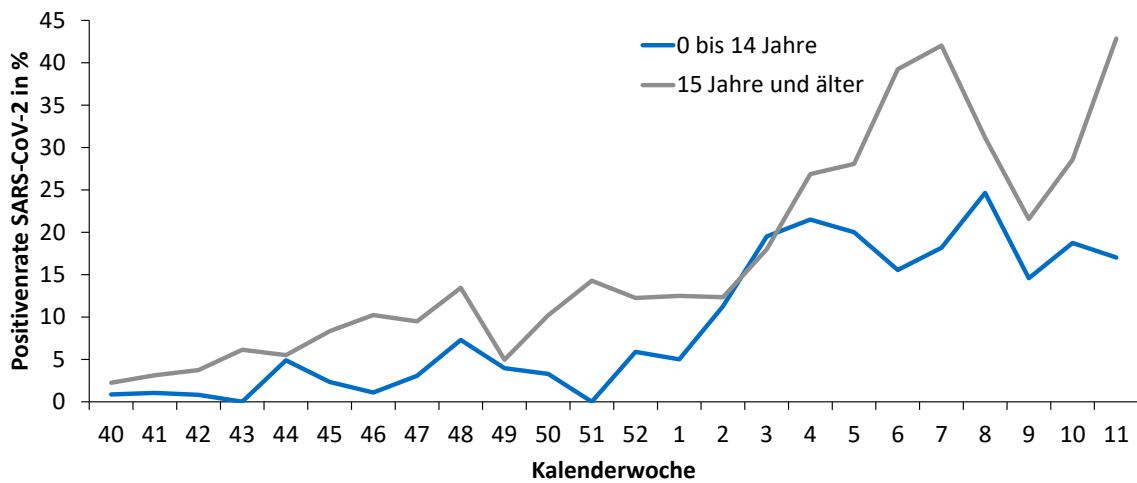


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 11. KW 2022.

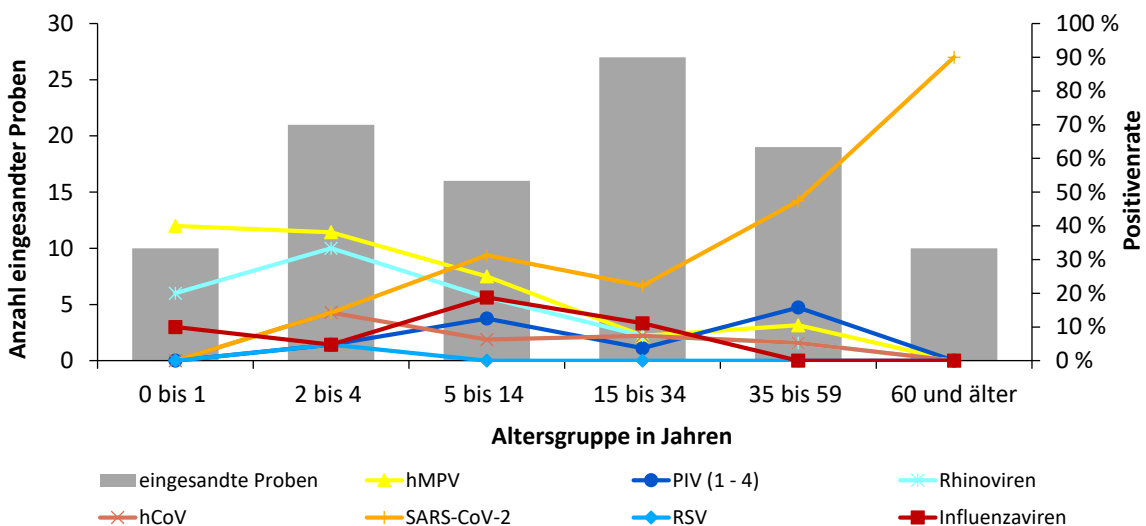


Abb. 6: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 11. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 94 Influenza A(H3N2)-Viren, zwei A(H1N1)pdm09-Viren und ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert (aus dem Sentinel und Einsendungen von Laboren). 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. Die A(H1N1)pdm09-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H1N1)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019).

Aus Proben des Sentinels wurden 27 Influenza A(H3N2)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 27 Influenza A(H3N2)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 54 A(H3N2)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden zwei A(H1N1)pdm09-Viren (aE) sequenziert, welche zur Clade 6B.1A.5a.1 (Referenzvirus A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019) gehören und ein B/Victoria-Virus (aE) charakterisiert, das der Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021) zuzuordnen ist.

Alle untersuchten Influenzaviren zeigten sich gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich (48 A(H3N2)-, 1 A(H1N1)pdm09-Viren und 1 B/Victoria-Virus). Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sequenzierten A(H3N2)-Viren nicht detektiert.

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 11. MW 2022 wurden bislang 401 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt, eine deutliche Zunahme der Fallzahlen in den letzten zwei Wochen (Tab. 3). Bei 82 Fällen (20 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 22.3.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 3.419 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte weiterhin sehr niedrig. Es wurden jedoch deutlich mehr Fälle als im Vorjahr (Stand 23.3.2021: 479) übermittelt. Bei 700 Fällen (20 %) 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)

		6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	221	196	147	157	250	359	2.834
	A(H1N1)pdm09	2	0	2	2	3	1	21
	A(H3N2)	10	5	6	2	5	3	121
	nicht nach A / B differenziert	31	16	15	11	9	25	182
	B	4	14	14	9	19	13	261
Gesamt		268	231	184	181	286	401	3.419

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

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

Bislang wurden 16 Influenzafälle an das RKI übermittelt, bei denen eine Angabe zu einer Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 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) insgesamt seit der 2. KW 2022 stabil. Dabei sind die SARI-Fallzahlen in den meisten Altersgruppen seit einigen Wochen weitestgehend stabil geblieben. In der Altersgruppe ab 80 Jahre ist die Zahl der SARI-Fälle dagegen in den letzten Wochen allmählich angestiegen (Abb. 7).

Die SARI-Fallzahlen liegen insgesamt in der 11. KW 2022 etwas unter dem Niveau der Vorsaison und damit deutlich unter den Werten der vorpandemischen Saisons, in denen es zumeist zwischen Januar und April eine Grippewelle gab. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der 11. KW 2022 in den meisten Altersgruppen niedrig, in der Altersgruppe ab 80 Jahre sind die Werte erhöht.

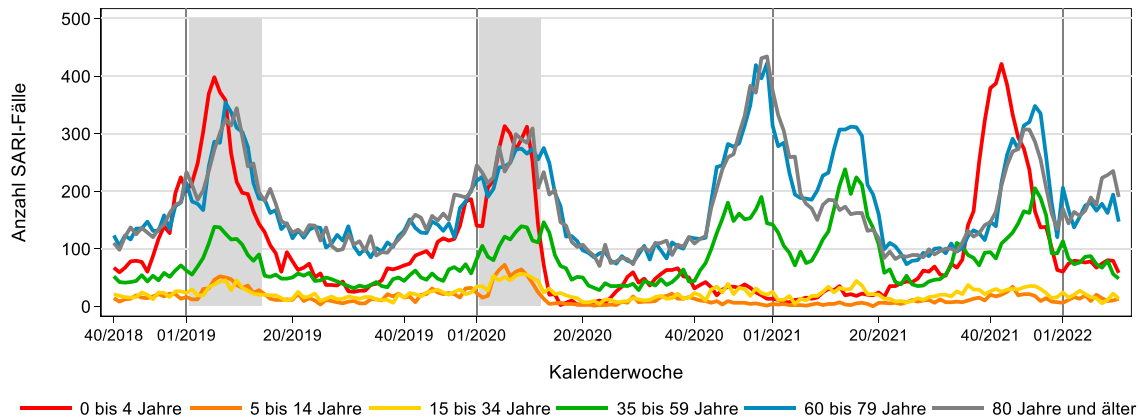


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 11. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist seit der 4. KW 2022 weitestgehend stabil. So wurden in der 11. KW 2022 bei insgesamt 50 % (Vorwoche: 53 %) 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 ab 15 Jahre wurde in der 11. KW 2022 bei mindestens der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert.

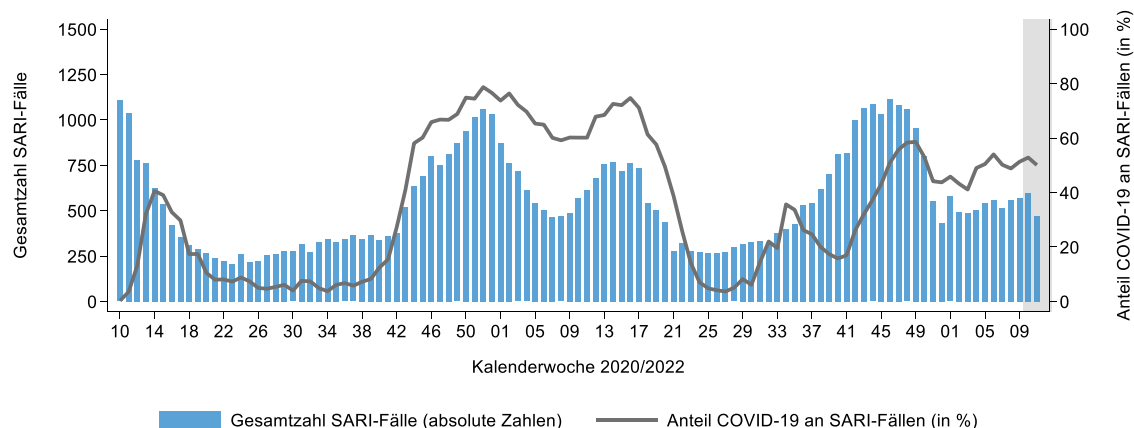


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 11. 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 lag in der 11. KW 2022 bei insgesamt 59 % (Vorwoche: 52 %).

* 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).

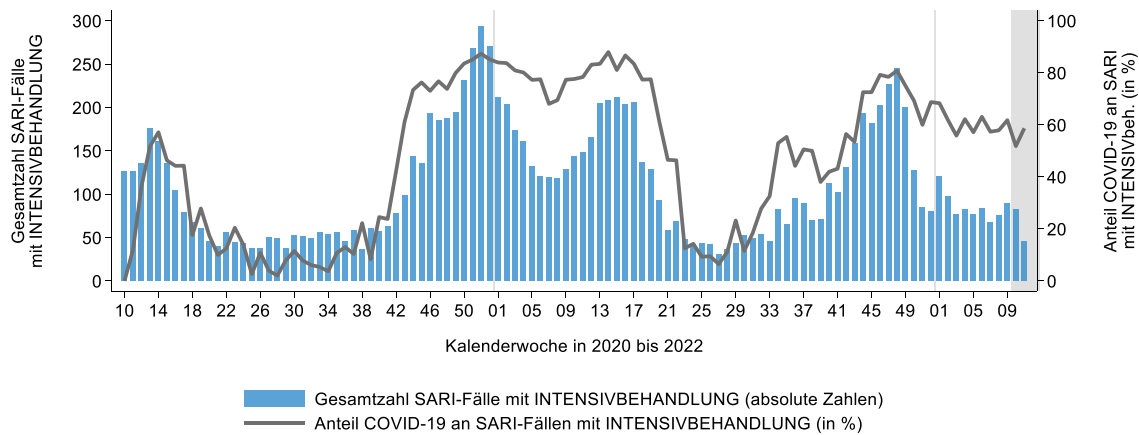


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 11. 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 insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

In der WHO Region Europa stieg die Influenza-Positivenrate in der 10. KW 2022 auf 24 % (9. KW 17 %). Der Schwellenwert für eine erhöhte Influenza-Aktivität in der Region ist 10 %. 13 Länder meldeten in der 10. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten von mindestens 10 %, einige Länder meldeten z. T. auch Influenza-Positivenraten deutlich über 30 % (z. B. Niederlande: 85 %; Ungarn: 69 %; Frankreich: 57 %; Luxemburg: 44 %).

Von 36 Ländern, die für die 10. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 16 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 14 Länder über eine niedrige, fünf Länder (darunter Belgien und Dänemark) über eine mittlere Influenza-Aktivität und Luxemburg über eine hohe Influenza-Aktivität.

Für die 10. KW 2022 wurden in 226 (24 %) von 931 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, bis auf eine waren alle positiv für Influenza A-Viren. Es wurden 166 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 95 % Influenza A(H3N2)-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 3.083 (8 %) von 39.551 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 99 % Influenza A-Virusnachweise und 1 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 2.267 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 2.094 (92 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 173 (8 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Von den 38 Influenza B-Virusnachweisen wurden sechs charakterisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus 13 Ländern 2.283 SARI-Fälle für die 10. KW 2022 übermittelt. Es wurden 246 (11 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 13 (5 %) positiv für Influenzaviren, davon waren jeweils 77 % positiv für Influenza A- und 23 % für Influenza B-Viren. In der 10. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 43 % (9. KW: 43 %). Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

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 11/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9823