



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 18 (2.5. bis 8.5.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 18. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern gestiegen, während sie bei den Erwachsenen gesunken ist. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 18. KW bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche, nur bei den Schulkindern wurde ein erneuter Anstieg beobachtet.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 18. KW 2022 in insgesamt 66 (59 %) der 112 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 26 (23 %) Proben mit Influenzaviren, jeweils elf (10 %) mit Rhinoviren bzw. SARS-CoV-2, jeweils acht (7 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) bzw. humanen Metapneumoviren (hMPV), vier (4 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und zwei (2 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) geht die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 14. KW 2022 insgesamt leicht zurück. In der Altersgruppe der Schulkinder kam es jedoch in der 18. KW erneut zu einem Anstieg der Fallzahlen.

Für die 18. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 1.613 labor-diagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 10.5.2022).

Die Influenza-Positivenrate (bzw. die untere Grenze des Konfidenzintervalls) hat in der 17. KW und 18. KW 2022 eine Höhe erreicht, die im Winter den Beginn der saisonalen Grippewelle bedeuten würde (hier: 17. KW 2022). Allerdings geht dies im Winter mit einer steigenden ARE-Aktivität einher. Noch steigt die ARE-Aktivität aber nicht deutlich an.

Weitere Informationen zur Saison 2021/22

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb des typischen Zeitraums bestimmt, die im stationären Bereich mit schweren Krankheitsverläufen bei Kleinkindern einherging. Nach dem Jahreswechsel verursachten akute Atemwegsinfektionen wegen COVID-19 in der Bevölkerung, im ambulanten und im stationären Bereich die größte Krankheitslast. Seit der 11. KW ist die Krankheitslast wegen ARE in Deutschland insgesamt rückläufig. Nach den Osterferien scheinen sich bei Kindern allerdings zunehmend Influenzaviren des Subtyps A(H3N2) auszubreiten. In der 18. KW 2022 lag die Influenza-Positivenrate bei 23 % (Vorwoche mit Nachmeldungen: 21 %).

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 Kriterien sind seit der 17. KW jetzt erfüllt. Allerdings steigt die ARE-Aktivität insgesamt bisher nicht deutlich an, sodass die Influenza-Aktivität nur geringfügig erhöht ist. Eine späte Grippewelle mit deutlich steigender klinischer Aktivität sollte möglichst verhindert werden, indem Personen mit akuter Atemwegssymptomatik zu Hause bleiben und sich auskurieren oder zumindest den Kontakt zu größeren Personengruppen (wie z. B. in der Schule, am Arbeitsplatz oder bei privaten Treffen in Innenräumen) strikt meiden. Saisonale Faktoren begünstigen den Rückgang der Atemwegsinfektionen insgesamt weiterhin.

Auf europäischer Ebene sank die Influenza-Positivenrate langsam und lag in der 17. KW bei 17 %. Weitere Informationen zur Situation in Europa sind abrufbar unter <https://flunewseurope.org/>.

* 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 18. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben (4,2 %; Vorwoche: 4,2 %). Die ARE-Rate ist in der Altersgruppe der Kinder bis 14 Jahre erneut gestiegen und bei den Erwachsenen (ab 15 Jahren) gesunken. Die ARE-Rate lag in der 18. KW im Bereich der vorpandemischen Jahre (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 4,2 % einer Gesamtzahl von ca. 3,5 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

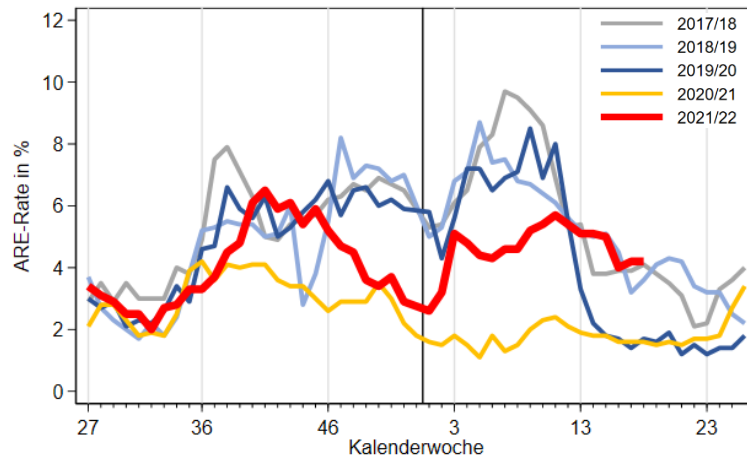


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 18. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex sind in der 18. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit und in den meisten AGI-Regionen gesunken. Sie lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität (Tab. 1).

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 11. KW bis zur 18. KW 2022.

| AGI-(Groß-)Region | 11. KW | 12. KW | 13. KW | 14. KW | 15. KW | 16. KW | 17. KW | 18. KW |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Süden | 241 | 229 | 210 | 181 | 160 | 166 | 146 | 118 |
| Baden-Württemberg | 227 | 222 | 191 | 168 | 158 | 162 | 132 | 117 |
| Bayern | 256 | 236 | 229 | 194 | 162 | 171 | 160 | 118 |
| Mitte (West) | 207 | 208 | 191 | 171 | 138 | 159 | 145 | 131 |
| Hessen | 210 | 214 | 194 | 169 | 129 | 159 | 155 | 151 |
| Nordrhein-Westfalen | 233 | 211 | 193 | 172 | 160 | 159 | 122 | 113 |
| Rheinland-Pfalz, Saarland | 178 | 200 | 186 | 171 | 123 | 160 | 158 | 129 |
| Norden (West) | 195 | 189 | 185 | 181 | 160 | 149 | 132 | 128 |
| Niedersachsen, Bremen | 197 | 182 | 189 | 180 | 187 | 157 | 129 | 115 |
| Schleswig-Holstein, Hamburg | 193 | 197 | 181 | 183 | 133 | 140 | 135 | 141 |
| Osten | 264 | 242 | 191 | 191 | 145 | 150 | 133 | 98 |
| Brandenburg, Berlin | 199 | 192 | 169 | 157 | 145 | 148 | 120 | 103 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 304 | 272 | 194 | 214 | 179 | 137 | 142 | 101 |
| Sachsen | 240 | 221 | 187 | 144 | 125 | 142 | 112 | 70 |
| Sachsen-Anhalt | 275 | 247 | 205 | 274 | 122 | 194 | 154 | 137 |
| Thüringen | 303 | 277 | 198 | 165 | 153 | 130 | 138 | 81 |
| Gesamt | 227 | 216 | 194 | 176 | 151 | 157 | 136 | 114 |

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 ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 18. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 18. KW 2022 bei knapp 1.100 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von rund 900.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE liegt aktuell höher als in den Vorsaisons seit 2006 (Beginn der ganzjährigen ARE-Surveillance der AGI) (Abb. 2).

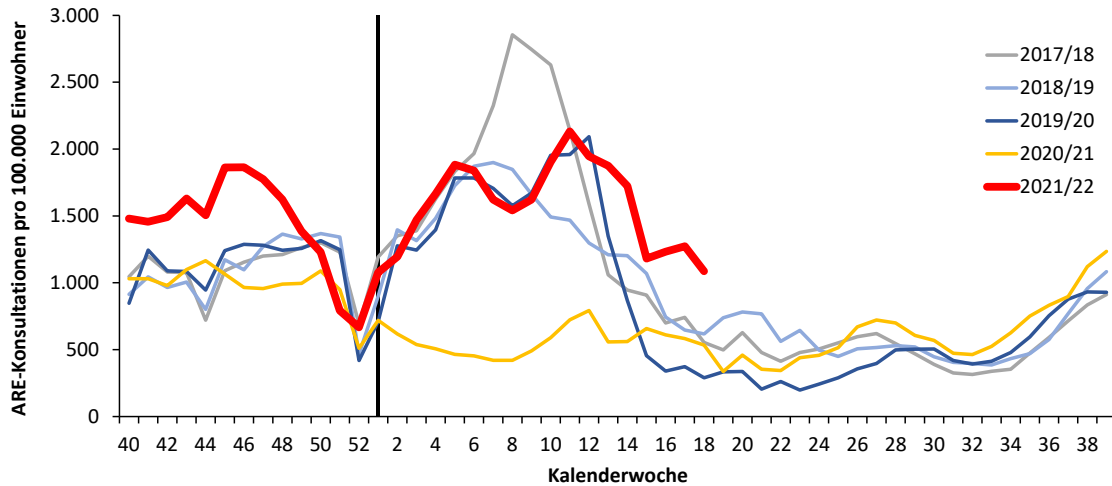


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 18. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 18. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) um 17 % gestiegen, bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) dagegen stabil geblieben. In den Altersgruppen ab 15 Jahre sind die Werte gesunken, insbesondere bei den ab 60-jährigen um 33 % (Abb. 3). Die Werte lagen in der 18. KW 2022 bei den Erwachsenen ab 15 Jahre in einem Bereich, der höher ist als vor der Pandemie, da in den meisten vorpandemischen Saisons die Influenza-Aktivität zu dieser Zeit bereits deutlich zurückgegangen war. Auch bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) ist dies seit dieser Berichtswoche festzustellen. Bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) liegen die Werte in der 18. KW im Bereich der früheren Werte.

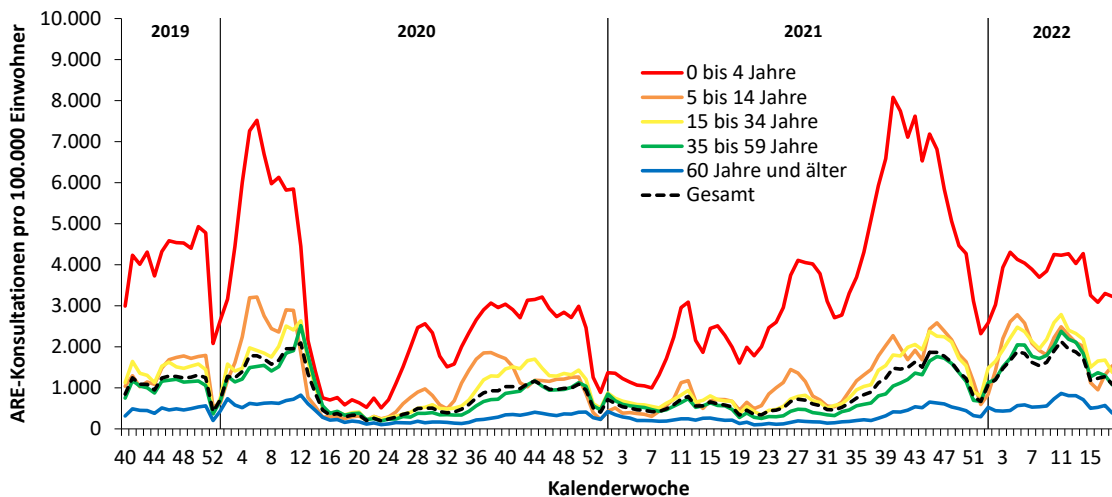


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 18. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 655 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 18. KW 2022 lagen 404 Meldungen vor, darunter 269 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 18. KW 2022 insgesamt 112 Sentinelproben von 37 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 18. KW 2022 in insgesamt 66 (59 %) der 112 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter jeweils elf (10 %) Proben mit Rhinoviren bzw. SARS-CoV-2, jeweils acht (7 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) der Typen HKU1, 229E oder NL6 bzw. mit humanen Metapneumoviren (hMPV), vier (4 %) Proben mit Parainfluenzaviren (PIV) und zwei (2 %) mit Respiratorische Synzytialviren (RSV.) Außerdem wurden in 26 (23 %; 95 %-Konfidenzintervall [15; 33]) Proben Influenza A(H3N2)-Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 18. KW 2022 gab es insgesamt vier Doppelinfektionen. In zwei Proben wurden zusätzlich zu Influenzaviren einmal SARS-CoV-2 und einmal hMPV detektiert.

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), Datenstand 10.5.2022.

| | 14. KW | 15. KW | 16. KW | 17. KW | 18. KW | Gesamt ab 40. KW 2021 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| Anzahl eingesandter Proben* | 128 | 83 | 87 | 140 | 112 | 4.922 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis | 90 | 59 | 59 | 89 | 66 | 3.037 |
| Anteil Positive (%) | 70 | 71 | 68 | 64 | 59 | 62 |
| Influenza | | | | | | |
| A (nicht subtypisiert) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| A(H3N2) | 15 | 6 | 12 | 29 | 26 | 162 |
| A(H1N1)pdm09 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 10 |
| B(Victoria) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| B(Yamagata) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Anteil Positive (%) | 13 | 8 | 15 | 21 | 23 | 4 |
| RSV | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 635 |
| Anteil Positive (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 13 |
| hMPV | 27 | 24 | 14 | 12 | 8 | 375 |
| Anteil Positive (%) | 21 | 29 | 16 | 9 | 7 | 8 |
| PIV (1 – 4) | 5 | 0 | 1 | 8 | 4 | 209 |
| Anteil Positive (%) | 4 | 0 | 1 | 6 | 4 | 4 |
| Rhinoviren | 13 | 12 | 10 | 16 | 11 | 806 |
| Anteil Positive (%) | 10 | 14 | 11 | 11 | 10 | 16 |
| hCoV | 18 | 4 | 7 | 14 | 8 | 565 |
| Anteil Positive (%) | 14 | 5 | 8 | 10 | 7 | 11 |
| SARS-CoV-2 | 24 | 18 | 20 | 18 | 11 | 635 |
| Anteil Positive (%) | 19 | 22 | 23 | 13 | 10 | 13 |

* 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 18. KW 2022 ist die Positivenrate für SARS-CoV-2 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Dagegen ist die Influenza-Positivenrate weiter angestiegen (Abb. 4). Die Kriterien sind seit der 17. KW jetzt erfüllt. Allerdings steigt die ARE-Aktivität insgesamt bisher nicht deutlich an, sodass die Influenza-Aktivität nur geringfügig erhöht ist. In der 18. KW 2022 zirkulierten Influenza-Viren in allen Altersgruppen ab 2 Jahre, dabei hauptsächlich bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre).

Aktuell ist die eher moderate ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen hauptsächlich auf die Zirkulation von Influenzaviren, gefolgt von Rhinoviren und SARS-CoV-2 zurückzuführen.

Die SARS-CoV-2-Positivenrate ist in der 18. KW im Vergleich zur Vorwoche sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gesunken, wobei sie bei den Erwachsenen seit der 4. KW 2022 kontinuierlich höher lag als bei den Kindern (Abb. 5). SARS-CoV-2 wurden hauptsächlich im Erwachsenenalter ab 15 Jahren (13 % – 21 %) detektiert. Aber auch die Kleinkinder waren betroffen (Abb. 6).

Bisher wurden seit der 48. KW 2021 519 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 100 % gestiegen (Stand 10.5.2022).

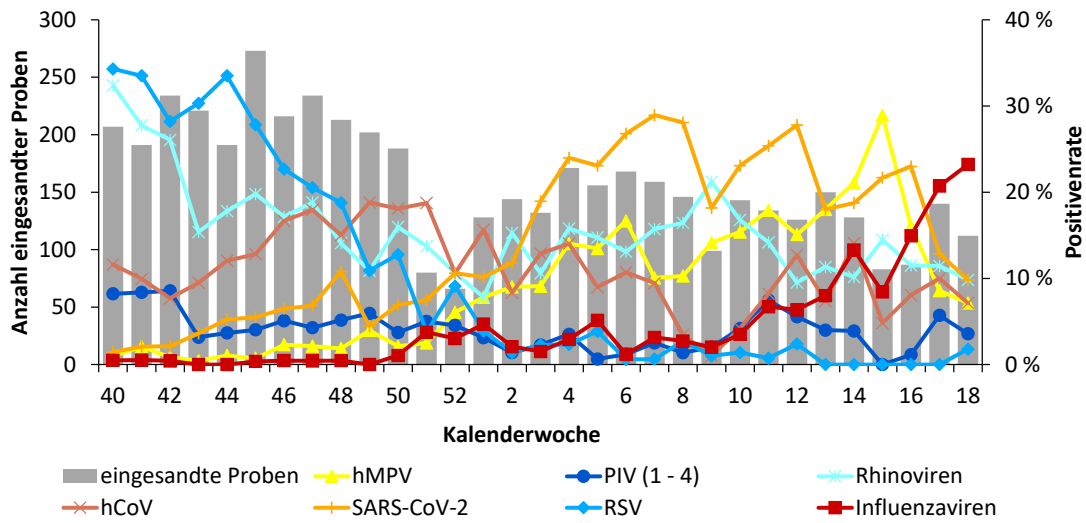


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 18. KW 2022.

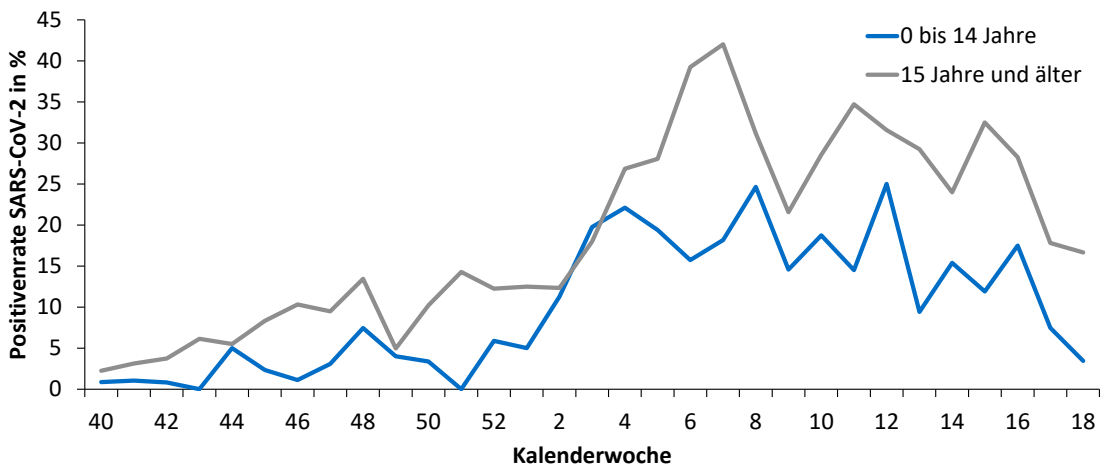


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre sowie 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 18. KW 2022.

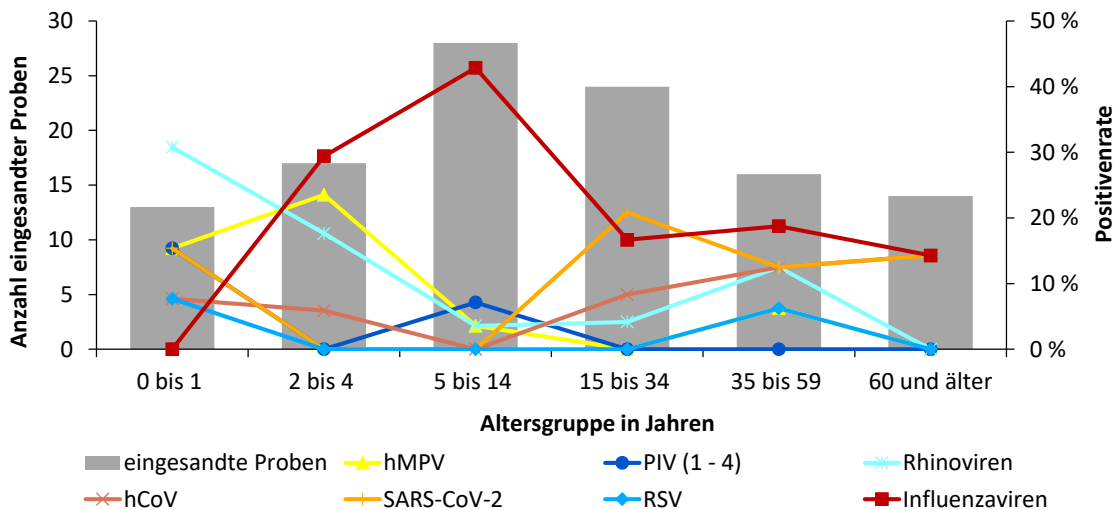


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 18. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 226 Influenza A(H₃N₂)-Viren, fünf 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 32 Influenza A(H₃N₂)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 56 Influenza A(H₃N₂)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 88 A(H₃N₂)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden ein A(H₁N₁)pdm09-Virus aus dem Sentinel und zwei weitere A(H₁N₁)pdm09-Viren (aE) sequenziert, welche zur Clade 6B.1A.5a.1 (Referenzvirus A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019) gehören. Zusätzlich wurde ein B/Victoria-Virus (aE) untersucht, 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 (137 A(H₃N₂)-, fünf A(H₁N₁)pdm09-Viren und ein B/Victoria-Virus). Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sequenzierten A(H₃N₂)-Viren nicht detektiert.

Zusätzliche Informationen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter:

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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 18. MW 2022 wurden bislang 1.613 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt. Seit der 9. MW wird ein steigender Trend der übermittelten Fälle gemäß IfSG beobachtet (Tab. 3). Bei 178 Fällen (11 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 10.5.2022). Für die 18. MW 2022 lag die Zahl der übermittelten Influenzafälle deutlich über dem Niveau der Vorjahre um diese Zeit (18. MW 2020: 119 Fälle; 2019: 359 Fälle; 2018: 182 Fälle).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 10.621 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte insgesamt sehr niedrig. Bei 1.964 Fällen (18 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

| | 13. MW | 14. MW | 15. MW | 16. MW | 17. MW | 18. MW | Gesamt ab 40. MW 2021 |
|--|------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|
| Influenza A (nicht subtypisiert) | 592 | 729 | 905 | 898 | 1.241 | 1.478 | 9.294 |
| A(H ₁ N ₁)pdm09 | 2 | 2 | 3 | 3 | 9 | 5 | 49 |
| A(H ₃ N ₂) | 14 | 38 | 27 | 25 | 51 | 50 | 343 |
| nicht nach A / B differenziert | 45 | 48 | 38 | 65 | 87 | 61 | 547 |
| B | 17 | 19 | 16 | 16 | 23 | 19 | 388 |
| Gesamt | 670 | 836 | 989 | 1.007 | 1.411 | 1.613 | 10.621 |

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

Es wurden seit der 40. MW 2021 bisher 26 Influenza A-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt (vier zusätzliche zur Vorwoche), darunter sieben Ausbrüche in Kindergärten bzw. Horten, sechs in privaten Haushalten, fünf in Krankenhäusern, vier in Alten-/Pflegeheimen, zwei in Schulen sowie jeweils ein Ausbruch in einer Kaserne und im Zusammenhang mit einer Busfahrt.

Bislang wurden 58 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)* geht die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 14. KW 2022 insgesamt leicht zurück. Zuvor waren die Werte seit dem Jahreswechsel 2021/22 weitestgehend stabil. In der 18. KW 2022 sind die SARI-Fallzahlen in den meisten Altersgruppen gesunken. In der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) kam es jedoch zu einem Anstieg, in der Altersgruppe 80 Jahre und älter sind die Fallzahlen stabil geblieben. Dabei liegen die SARI-Fallzahlen in allen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

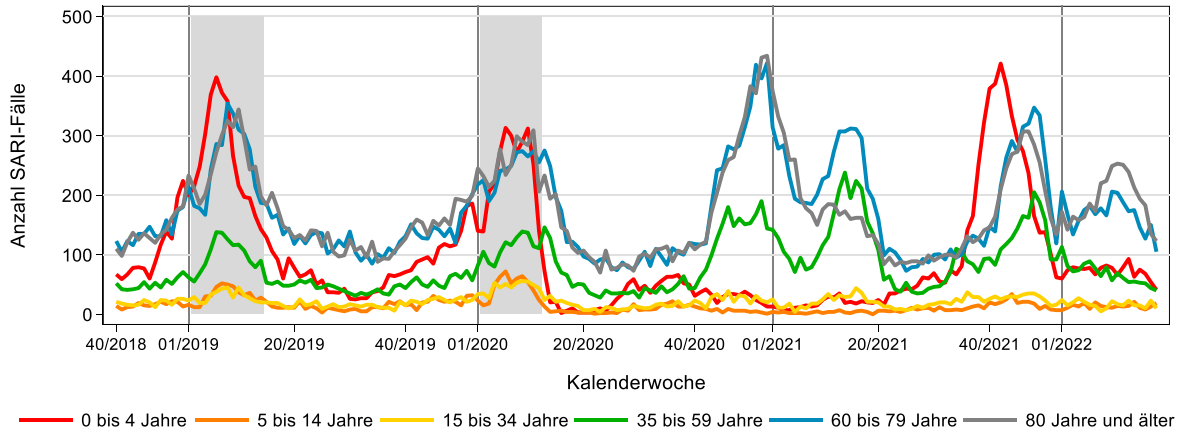


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 18. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist in der 18. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. So wurden in der 18. KW 2022 bei insgesamt 26 % (Vorwoche: 27 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 8). Dabei wurde in den Altersgruppen ab 35 Jahre in der 18. KW 2022 bei etwa jedem dritten SARI-Fall (zwischen 27 % und 34 %) eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert. Seit der 13. KW 2022 wird bei SARI-Patientinnen und Patienten zudem vermehrt Influenza diagnostiziert. In der 18. KW 2022 waren davon insbesondere die Altersgruppen unter 35 Jahren betroffen, hier lag der Anteil an Influenza-Erkrankungen bei SARI-Fällen bei 15 %.

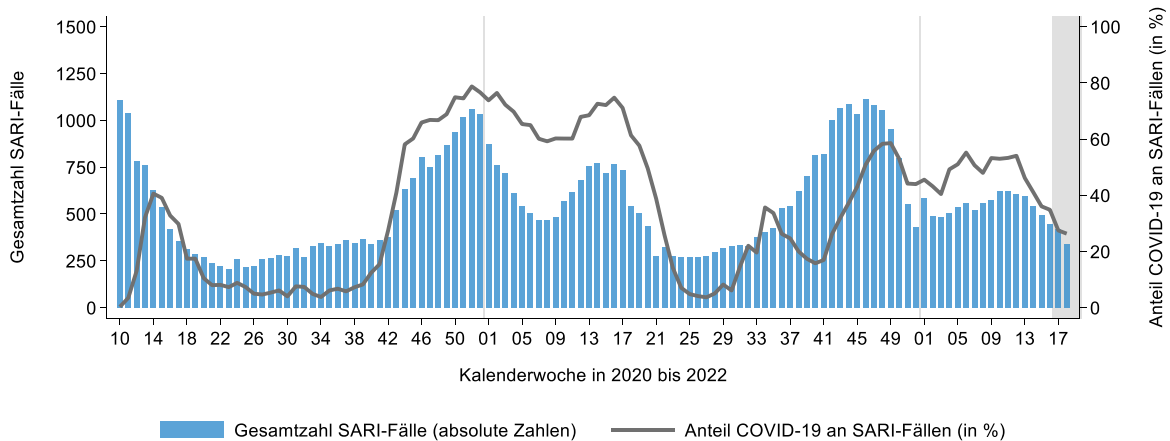


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 18. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

* 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).

In Abb. 9 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil lag in der 18. KW 2022 bei insgesamt 27 % (Vorwoche: 40 %).

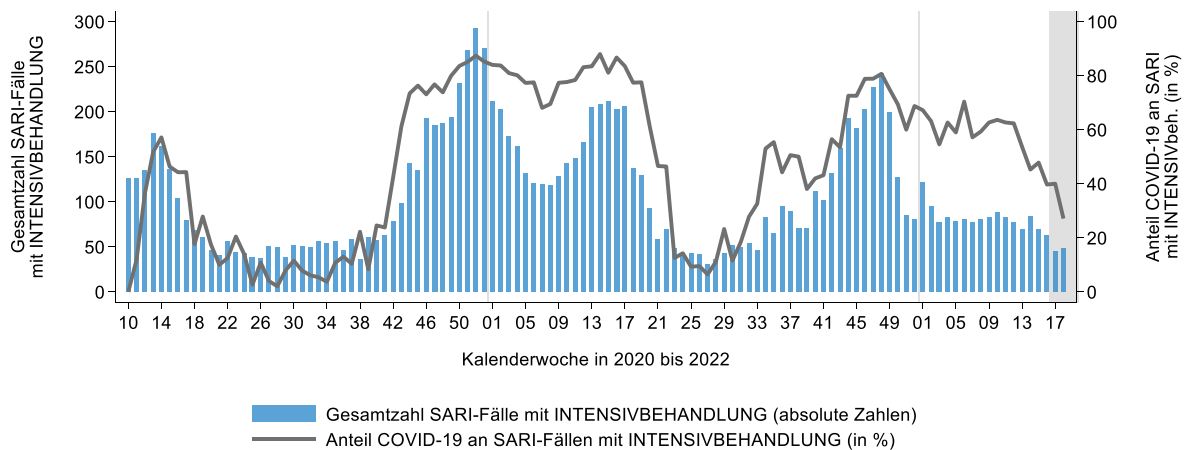


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 18. 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

Die Influenza-Aktivität für die aktuelle Saison ist deutlich höher als in der Saison 2020/21, aber im Vergleich mit den vorpandemischen Saisons auf einem niedrigen Niveau.

In der WHO Region Europa lag die Influenza-Positivenrate seit der 10. KW 2022 auf einem Werteplateau zwischen 25 % und 30 %, seit der 16. KW 2022 sank die Positivenrate und lag in der 17. KW 2022 bei 17 %. Sieben Länder meldeten in der 17. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten von über 30 % (Finnland: 80 %; Niederlande: 60 %; Polen: 50 %; Serbien: 38; Frankreich: 33 %).

Allerdings beurteilten nur wenige dieser Länder die hohen Positivenraten auch im Sinne einer mittleren oder gar hohen klinischen Influenza-Aktivität: Von 37 Ländern berichteten 16 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 15 Länder über eine niedrige, vier Länder (Georgien, Kasachstan, Lettland und Litauen) über eine mittlere Influenza-Aktivität, ein Land (Estland) über eine hohe und ein Land (Luxemburg) über eine sehr hohe Influenza-Aktivität. Möglicherweise hängt diese Diskrepanz zwischen hohen Influenza-Positivenraten und niedriger klinischer Influenza-Aktivität mit einem selektiveren oder geänderten Konsultations- oder Testverhalten in den Sentinelpraxen in einigen europäischen Ländern zusammen.

Für die 17. KW 2022 wurden in 173 (17 %) von 1.036 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, bis auf fünf (3 %) Influenza B-Virusnachweise waren alle positiv für Influenza A-Viren (97 %). In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 6.381 (12 %) von 53.041 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden zu 99 % Influenza A-Viren und 1 % Influenza B-Viren detektiert. Unter den 5.171 subtypisierten Influenza A-Viren waren 4.807 (93 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 364 (7 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Von dreizehn charakterisierten Influenza B-Viren gehörten alle zur Victoria-Linie.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus zwölf Ländern 1.878 SARI-Fälle für die 17. KW 2022 übermittelt. Es wurden 235 (13 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren drei (1 %) positiv für Influenzaviren. In der 17. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 17 % (16. KW: 22 %).

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

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 418 vom 2.5.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 17.4.2022.

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 blieb die Influenza-Aktivität im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren niedrig und sie ging im Vergleich zu den Vorwochen weiter zurück.

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre, bis auf Nordamerika, nahm die Influenza-Aktivität ab. Es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und Influenza B-Viren der Victoria-Linie nachgewiesen.

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

Vom 4.4.2022 bis 17.4.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 336.269 Proben und meldeten 33.676 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 98 % Influenza A-Viren und bei 2 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 91 % 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>.

Hinweis in eigener Sache: Das RKI bittet um Ihre Unterstützung

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) lebt von der aktiven Mitarbeit der Sentinelpraxen. Jedes Jahr scheiden altersbedingt oder aus anderen Gründen Arztpraxen aus der AGI aus. Wir suchen ständig engagierte neue Haus- und Kinderarztpraxen, die an der AGI teilnehmen wollen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich auf unserer Homepage informieren unter <https://influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx> oder unter der E-Mail-Adresse agi@rki.de weitere Informationen anfordern.

Auch das Online Portal GrippeWeb, das die ARE- und ILI-Aktivität direkt aus der Bevölkerung erfasst, sucht ständig Teilnehmende, um die Aussagekraft der Daten weiter zu verbessern. Eine Registrierung bei GrippeWeb ist in wenigen Schritten unter: <https://grippeweb.rki.de/Register.aspx> möglich.

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 18/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10017