



# 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 19 (9.5. bis 15.5.2022)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 19. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 19. KW bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche, die Werte sind in allen Altersgruppen gesunken oder stabil geblieben.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 19. KW 2022 insgesamt 85 (66 %) der 128 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 21 (16 %) Proben mit Influenzaviren, 20 (16 %) mit Rhinoviren, 18 (14 %) mit SARS-CoV-2, 13 (10 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), zwölf (9 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) und zehn (8 %) mit Parainfluenzaviren (PIV). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden nicht nachgewiesen.

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 den Altersgruppen der Kinder (0 bis 14 Jahre) kam es jedoch in der 19. KW erneut zu einem Anstieg der Fallzahlen.

Für die 19. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 1.957 labor-diagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 17.5.2022).

Die Influenza-Positivenrate (bzw. die untere Grenze des Konfidenzintervalls) hat seit der 17. KW 2022 eine Höhe erreicht, die die Definition der saisonalen Grippewelle, die sonst typischerweise im Winter auftritt, erfüllt. Im Winter steigt dann zeitgleich auch die ARE-Aktivität an. Dies ist bisher in Deutschland noch nicht der Fall.

### 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 2022 ist die Krankheitslast wegen ARE in Deutschland insgesamt rückläufig. Nach den Osterferien haben sich bei Kindern zunehmend Influenzaviren ausgebreitet. Seit der 17. KW sind die virologischen Kriterien für den Beginn einer Grippewelle erfüllt, die Influenza-Aktivität ist bisher nur geringfügig erhöht.

In der WHO Region Europa sank die Influenza-Positivenrate seit der 14. KW und lag in der 18. KW bei 14 %. Informationen zur Situation in Europa sind abrufbar unter <https://flunewseurope.org/>.

In Europa und auch in Deutschland zirkulieren Influenza A(H3N2)-Viren dominant. Sowohl Influenza A(H1N1)pdm09- als auch Influenza B-Viren der Victoria-Linie werden nur sporadisch nachgewiesen.

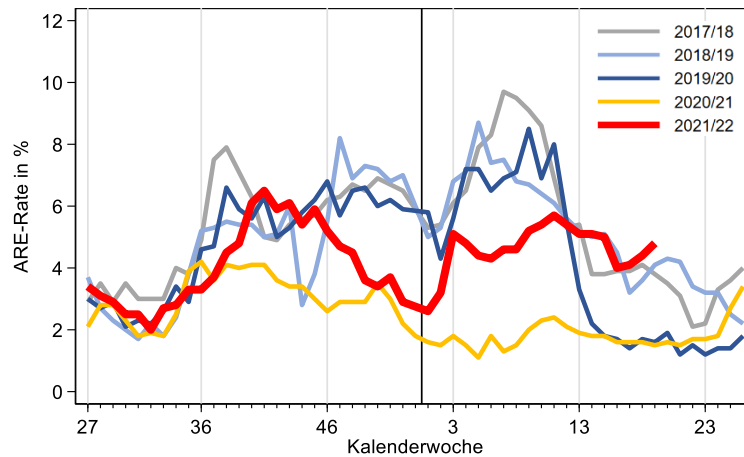
Eine späte Grippewelle mit deutlich steigender klinischer Aktivität sollte möglichst verhindert werden, indem Personen mit akuter Atemwegssymptomatik zu Hause bleiben und sich auskurieren oder zumindest den Kontakt zu größeren Personengruppen (wie z. B. in der Schule, am Arbeitsplatz oder bei privaten Treffen in Innenräumen) strikt meiden. Saisonale Faktoren begünstigen den Rückgang der Atemwegsinfektionen insgesamt weiterhin.

\* 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 19. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen (4,8 %; Vorwoche: 4,4 %). Dabei gab es einen deutlichen Anstieg der ARE-Rate bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre), bei den 0- bis 4-jährigen gingen die Werte im Vergleich zur Vorwoche zurück. Die ARE-Rate lag in der 19. KW im oberen Bereich der Werte der vorpandemischen Jahre (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 4,8 % einer Gesamtzahl von knapp vier 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 19. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

### Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex sind in der 19. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit leicht gesunken, nur in vereinzelt AGI-Regionen kam es zu einem Anstieg der Werte. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1).

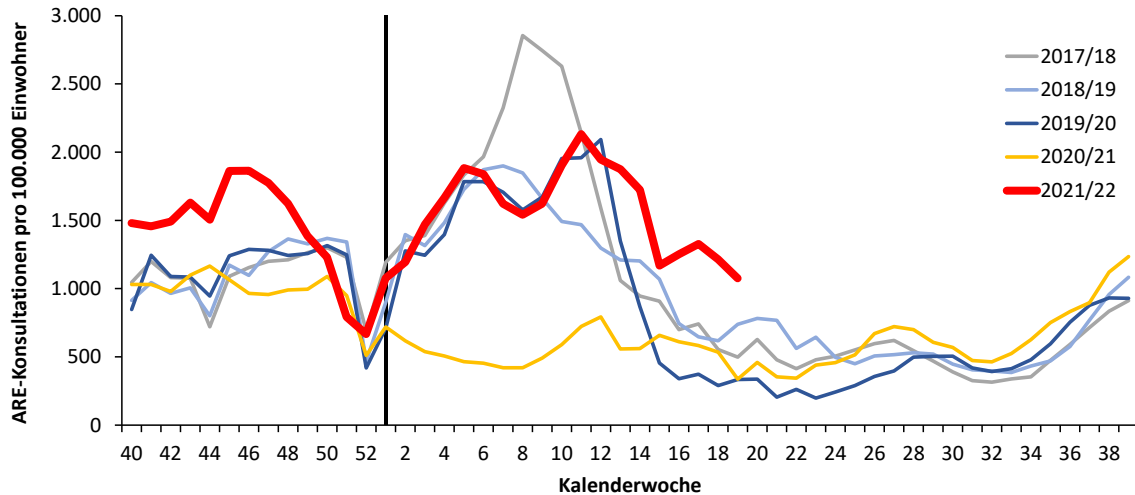
**Tab. 1:** Praxisindex\* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 12. KW bis zur 19. KW 2022.

| AGI-(Groß-)Region           | 12. KW     | 13. KW     | 14. KW     | 15. KW     | 16. KW     | 17. KW     | 18. KW     | 19. KW     |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Süden</b>                | 229        | 210        | 181        | 161        | 166        | 152        | 139        | 128        |
| Baden-Württemberg           | 222        | 191        | 168        | 158        | 162        | 136        | 134        | 126        |
| Bayern                      | 236        | 229        | 194        | 163        | 170        | 168        | 143        | 129        |
| <b>Mitte (West)</b>         | 208        | 191        | 171        | 138        | 156        | 145        | 133        | 118        |
| Hessen                      | 214        | 194        | 169        | 129        | 158        | 157        | 140        | 126        |
| Nordrhein-Westfalen         | 211        | 193        | 172        | 161        | 156        | 122        | 117        | 136        |
| Rheinland-Pfalz, Saarland   | 200        | 186        | 171        | 123        | 154        | 157        | 141        | 91         |
| <b>Norden (West)</b>        | 189        | 185        | 181        | 160        | 151        | 136        | 139        | 122        |
| Niedersachsen, Bremen       | 182        | 189        | 180        | 186        | 157        | 132        | 126        | 113        |
| Schleswig-Holstein, Hamburg | 197        | 181        | 183        | 133        | 144        | 140        | 151        | 132        |
| <b>Osten</b>                | 242        | 191        | 191        | 146        | 147        | 133        | 117        | 110        |
| Brandenburg, Berlin         | 192        | 169        | 157        | 145        | 148        | 122        | 108        | 102        |
| Mecklenburg-Vorpommern      | 272        | 194        | 214        | 179        | 136        | 137        | 126        | 162        |
| Sachsen                     | 221        | 187        | 144        | 129        | 142        | 118        | 88         | 105        |
| Sachsen-Anhalt              | 247        | 205        | 274        | 122        | 192        | 149        | 138        | 88         |
| Thüringen                   | 277        | 198        | 165        | 153        | 118        | 140        | 123        | 91         |
| <b>Gesamt</b>               | <b>216</b> | <b>194</b> | <b>176</b> | <b>151</b> | <b>156</b> | <b>139</b> | <b>127</b> | <b>120</b> |

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

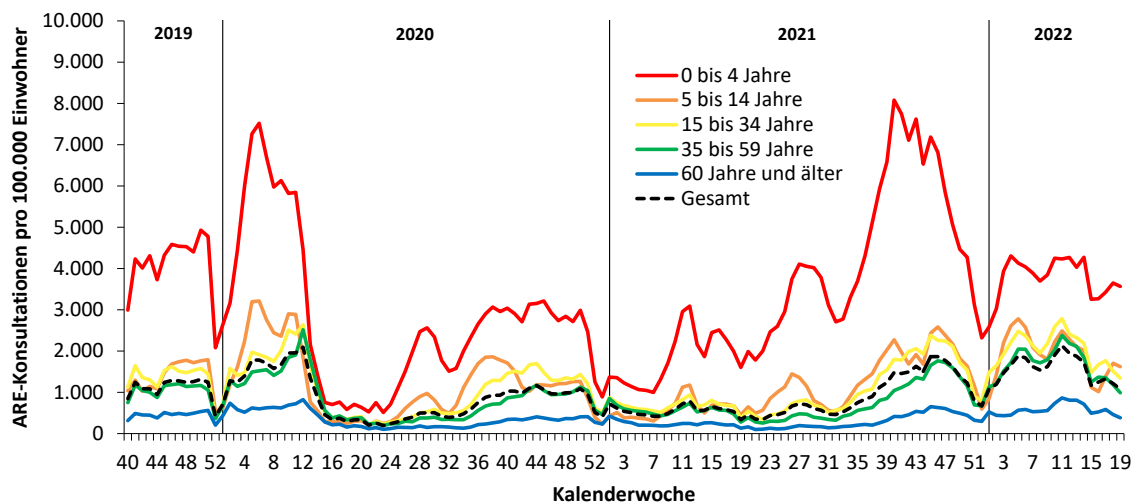
\* Praxisindex bis 115: Hintergrund-Aktivität; 116 bis 135: geringfügig erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 136 bis 155: moderat erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 156 bis 180: deutlich erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex > 180: stark erhöhte ARE-Aktivität

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 19. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 19. 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 19. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 19. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken oder stabil geblieben. In den Altersgruppen ab 35 Jahre sind die Werte am deutlichsten gesunken (Rückgang um jeweils 17 %) (Abb. 3). Die Werte lagen in der 19. KW 2022 mit Ausnahme der Kleinkinder (0 bis 4 Jahre) in allen anderen Altersgruppen 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.



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 19. 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 19. KW 2022 lagen 428 Meldungen vor, darunter 266 Meldungen über das SEED<sup>ARE</sup>-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 19. KW 2022 insgesamt 128 Sentinelproben von 42 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 19. KW 2022 in insgesamt 85 (66 %) der 128 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 20 (16 %) Proben mit Rhinoviren, 18 (14 %) mit SARS-CoV-2, 13 (10 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) der Typen OC43, HKU1, 229E oder NL63, zwölf (9 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) und zehn (8 %) mit Parainfluenzaviren (PIV). Außerdem wurden in 21 (16 %; 95 %-Konfidenzintervall [10; 24]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter 20 Proben mit Influenza A(H3N2)-Viren und eine Probe mit Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (Tab. 2). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 19. KW nicht nachgewiesen.

In der 19. KW 2022 gab es insgesamt sechs Doppel- und zwei Dreifachinfektionen.

**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 17.5.2022.

|                                | 15. KW | 16. KW | 17. KW | 18. KW | 19. KW | Gesamt ab<br>40. KW 2021 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| Anzahl eingesandter Proben*    | 83     | 87     | 140    | 135    | 128    | 5.073                    |
| Probenanzahl mit Virusnachweis | 59     | 59     | 89     | 83     | 85     | 3.139                    |
| Anteil Positive (%)            | 71     | 68     | 64     | 61     | 66     | 62                       |
| Influenza                      |        |        |        |        |        |                          |
| A (nicht subtypisiert)         | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 3                        |
| A(H3N2)                        | 6      | 12     | 29     | 30     | 20     | 186                      |
| A(H1N1)pdm09                   | 1      | 1      | 0      | 1      | 1      | 12                       |
| B(Victoria)                    | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 2                        |
| B(Yamagata)                    | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0                        |
| Anteil Positive (%)            | 8      | 15     | 21     | 23     | 16     | 4                        |
| RSV                            | 0      | 0      | 0      | 2      | 0      | 635                      |
| Anteil Positive (%)            | 0      | 0      | 0      | 1      | 0      | 13                       |
| hMPV                           | 24     | 14     | 12     | 10     | 12     | 389                      |
| Anteil Positive (%)            | 29     | 16     | 9      | 7      | 9      | 8                        |
| PIV (1 – 4)                    | 0      | 1      | 8      | 5      | 10     | 220                      |
| Anteil Positive (%)            | 0      | 1      | 6      | 4      | 8      | 4                        |
| Rhinoviren                     | 12     | 10     | 16     | 17     | 20     | 832                      |
| Anteil Positive (%)            | 14     | 11     | 11     | 13     | 16     | 16                       |
| hCoV                           | 4      | 7      | 14     | 15     | 13     | 585                      |
| Anteil Positive (%)            | 5      | 8      | 10     | 11     | 10     | 12                       |
| SARS-CoV-2                     | 18     | 20     | 18     | 11     | 18     | 653                      |
| Anteil Positive (%)            | 22     | 23     | 13     | 8      | 14     | 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 19. KW 2022 ist die Influenza-Positivenrate nach einem kontinuierlichen Anstieg wieder gesunken (Abb. 4). 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 für eine Grippewelle, sind seit der 17. KW 2022 erfüllt. Allerdings steigt die ARE-Aktivität insgesamt bisher nicht deutlich an, sodass die Influenza-Aktivität nur geringfügig erhöht ist. Influenzaviren werden in allen Altersgruppen zwischen 0 und 59 Jahren detektiert, am häufigsten in respiratorischen Proben von Schulkindern (5 bis 14 Jahre).

Während die Influenza-Positivenrate in der 19. KW im Vergleich zur Vorwoche sowohl bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) und Erwachsenen (15 Jahre und älter) gesunken ist, ist die SARS-CoV-2-Positivenrate in beiden Altersgruppen gestiegen. Bei den Erwachsenen war die SARS-CoV-2-Positivenrate seit der 4. KW 2022 kontinuierlich höher als bei den Kindern, während die Influenza-Positivenrate bei den Kindern bis 14 Jahre höher war (Abb. 5). SARS-CoV-2 wurden hauptsächlich im Erwachsenenalter ab 35 Jahren (25 % – 43 %) detektiert, aber auch die Säuglinge (0 bis 1 Jahr) waren in der 19. KW betroffen (19 %; 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 17.5.2022).

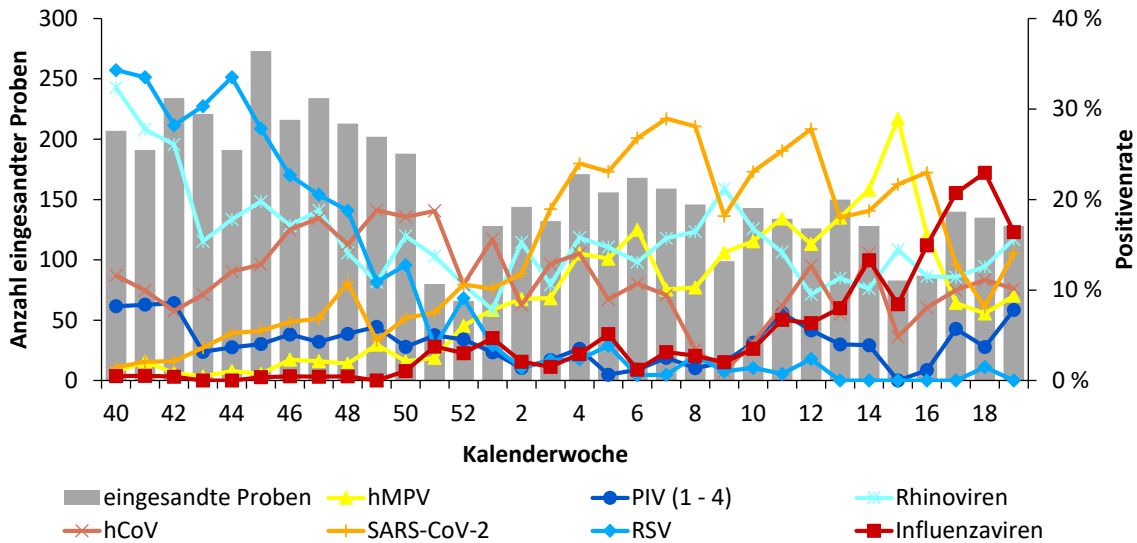


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivensrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 19. KW 2022.

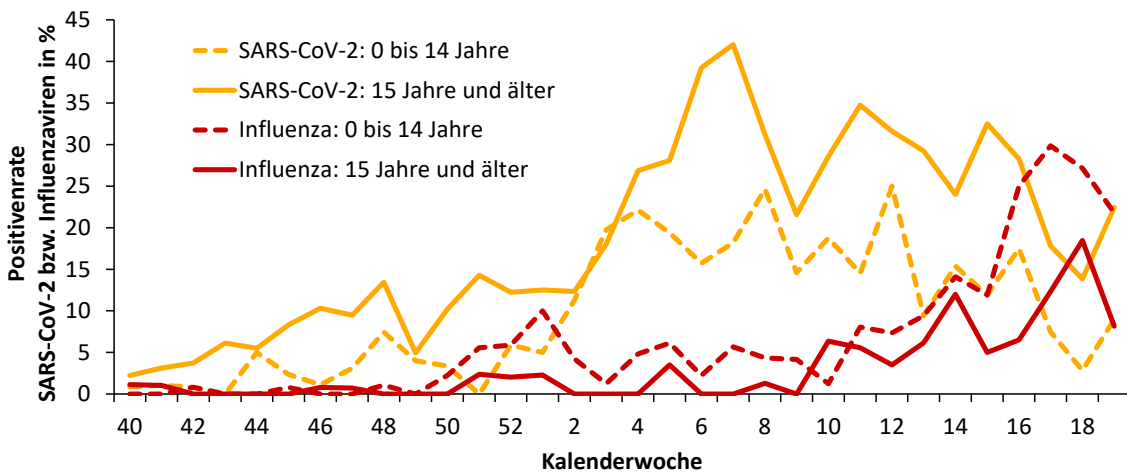


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 oder Influenzaviren in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre sowie 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 19. KW 2022.

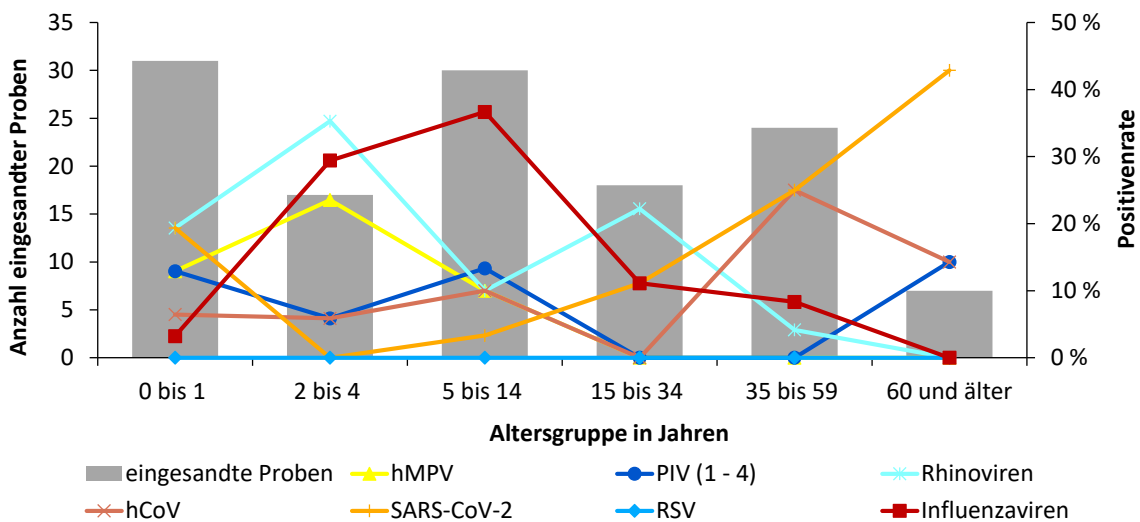


Abb. 6: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 19. KW 2022.

## Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 268 Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren, sechs A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren, drei Influenza B-Viren der Victoria-Linie und ein A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)v-Virus mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert (aus dem Sentinel und Einsendungen von Laboren). Alle Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Impfstamm (A/Cambodia/eo826360/2020), während die Influenza B-Viren mit B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria/2/87 (del162-164B)-lineage) reagierten. Die A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019). Das A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)v-Virus wurde von gegen porcine avian-like H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>-Viren gerichtetem Hyperimmenserum erkannt.

Aus Proben des Sentinels wurden 67 Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 101 Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 168 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden drei A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren aus dem Sentinel und zwei weitere A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)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. Die abschließende genetische Analyse einer Sentinelprobe vom März 2022 ergab den Nachweis eines A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)v-Virus der Linie 1C.2.2, die bei Schweinen häufig kommt.

Alle untersuchten Influenzaviren zeigten sich gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich (160 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-, fünf A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren und ein B/Victoria-Virus). Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sequenzierten A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-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 19. MW 2022 wurden bislang 1.957 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt. Seit der 9. MW wird ein steigender Trend der übermittelten Fälle gemäß IfSG beobachtet (Tab. 3). Bei 239 Fällen (12 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 17.5.2022). Für die 19. MW 2022 lag die Zahl der übermittelten Influenzafälle deutlich über dem Niveau der Vorjahre um diese Zeit (19. MW 2020: 285 Fälle; 2019: 196 Fälle; 2018: 74 Fälle).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 12.626 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte insgesamt sehr niedrig. Bei 2.224 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)

|  | 14. MW     | 15. MW     | 16. MW       | 17. MW       | 18. MW       | 19. MW       | Gesamt ab<br>40. MW 2021 |
|--|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|
| Influenza A (nicht subtypisiert)       | 731        | 905        | 900          | 1.247        | 1.510        | 1.786        | 11.121                   |
| A(H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> )pdm09 | 2          | 3          | 3            | 9            | 5            | 5            | 54                       |
| A(H <sub>3</sub> N <sub>2</sub> )      | 38         | 27         | 25           | 51           | 54           | 65           | 412                      |
| nicht nach A / B differenziert         | 48         | 39         | 65           | 87           | 62           | 81           | 630                      |
| B                                      | 19         | 16         | 16           | 23           | 20           | 20           | 409                      |
| <b>Gesamt</b>                          | <b>838</b> | <b>990</b> | <b>1.009</b> | <b>1.417</b> | <b>1.651</b> | <b>1.957</b> | <b>12.626</b>            |

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 32 Influenza A-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt (sechs zusätzliche zur Vorwoche), darunter neun Ausbrüche in Kindergärten bzw. Horten, sieben in privaten Haushalten, jeweils fünf in Krankenhäusern oder in Alten-/Pflegeheimen, vier in Schulen sowie jeweils ein Ausbruch in einer Kaserne und im Zusammenhang mit einer Busfahrt.

Bislang wurden 65 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>.

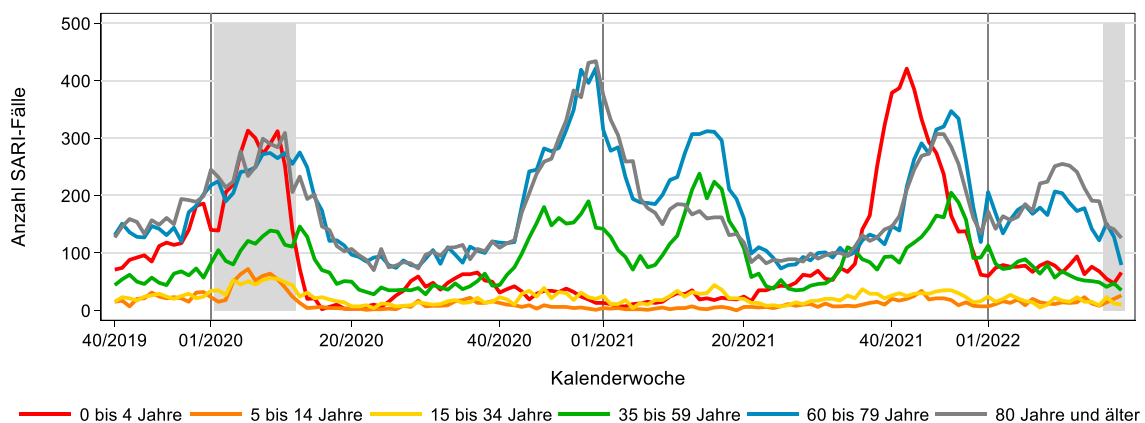
### Berichte aus den Bundesländern (Nordrhein-Westfalen)

Von den Landesgesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen wurde ein Fall einer zoonotischen Influenzainfektion mit einem porcinen Influenza A(H1N1)v-Virus berichtet. Der Fall erkrankte im März 2022 mit grippe-typischer Symptomatik und wurde in einer AGI-Sentinelpraxis beprobt. Das NRZ für Influenzaviren meldete zunächst den Influenza A-Nachweis an das zuständige Gesundheitsamt und konnte nach Vollgenomsequenzierung am 5. Mai 2022 ein porcines Influenzavirus A(H1N1) bestätigen. Bei dem Patienten traten nur milde Symptome auf, eine Hospitalisierung war nicht erforderlich. Der Patient gab an, keinen direkten Kontakt zu Schweinen gehabt zu haben, jedoch Personen im Freundeskreis zu haben, die als Landwirte in der Schweinemast bzw. -Aufzucht tätig sind. Nach Ermittlungen des zuständigen Gesundheitsamts entwickelten diese Personen zu keiner Zeit einschlägige Symptome. Auch die einzige Kontaktperson während der symptomatischen Phase des Patienten entwickelte keine Symptome. Der Fall wurde dann als zoonotische Influenzaerkrankung an das RKI übermittelt. Das RKI hat den Fall entsprechend der internationalen Gesundheitsvorschriften an ECDC und WHO berichtet. Nähere Informationen zur virologischen Charakterisierung sind im Abschnitt zu Ergebnissen aus dem NRZ für Influenzaviren weiter vorne im Bericht aufgeführt. Weitere Informationen des RKI zu zoonotischen Influenzafällen sind abrufbar unter:

<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>.

### 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 19. KW 2022 sind die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen ab 15 Jahren gesunken, bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) kam es jedoch zu einem Anstieg. Dabei liegen die SARI-Fallzahlen in den meisten Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

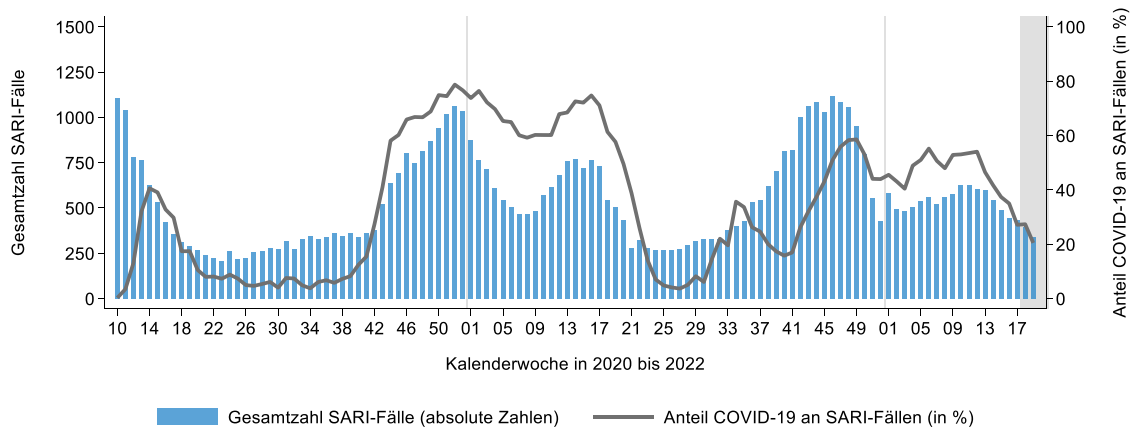


**Abb. 7:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 19. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist in der 19. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. So wurden in der 19. KW 2022 bei insgesamt 20 % (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

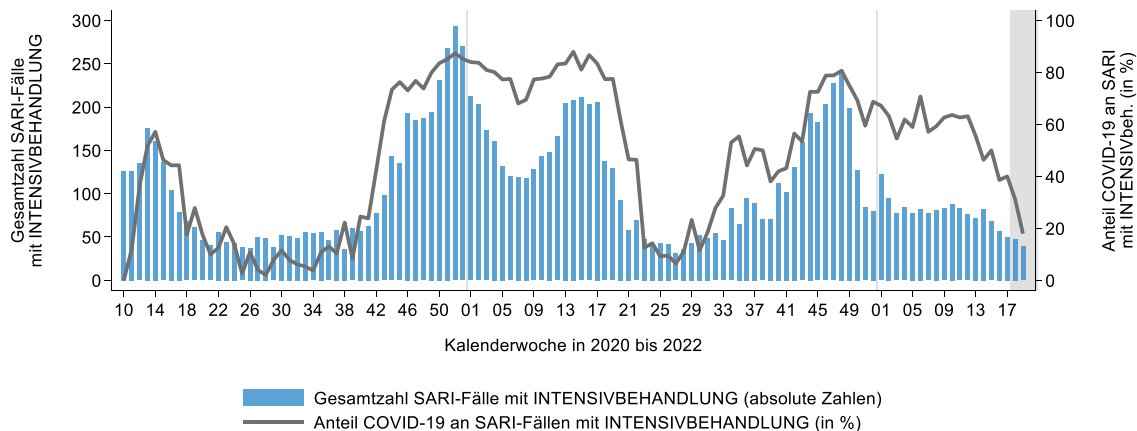
\* Seit dem Monatsbericht der 21. – 24. KW 2021 wurde eine Anpassung der SARI-Falldefinition vorgenommen. Damit wurden (auch rückwirkend) mehr Patienten und Patientinnen in die Berichterstattung eingeschlossen. Näheres dazu findet sich im ARE-Wochenbericht der 41. KW 2021, unter: [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021\\_2022/2021-41.pdf](https://influenza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

Altersgruppen ab 35 Jahre in der 19. KW 2022 bei etwa jedem dritten SARI-Fall (zwischen 23 % und 34 %) eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert. Seit der 13. KW 2022 wird bei SARI-Patientinnen und Patienten zudem vermehrt Influenza diagnostiziert. In der 19. KW 2022 waren davon insbesondere die Altersgruppen unter 35 Jahren betroffen, hier lag der Anteil an Influenza-Diagnosen bei SARI-Fällen bei 23 %.



**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 19. 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 19. KW 2022 bei insgesamt 18 % (Vorwoche: 31 %).



**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 19. 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 ist in der aktuellen Saison deutlich höher als in der Saison 2020/21, blieb 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 18. KW 2022 bei 14 %. Zwei Länder meldeten in der 18. KW noch eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten von über 30 % (Finnland: 70 %; Niederlande: 35 %).



Allerdings beurteilten nicht alle Länder die hohen Positivenraten auch im Sinne einer mittleren oder gar hohen klinischen Influenza-Aktivität: Von 40 Ländern berichteten 22 Länder über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 14 Länder (darunter Deutschland) über eine niedrige, zwei Länder (Georgien, Lettland) über eine mittlere Influenza-Aktivität, ein Land (Luxemburg) über eine hohe und ein Land (Finnland) über eine sehr hohe Influenza-Aktivität. Zum Teil kann die 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 zusammenhängen.

Für die 18. KW 2022 wurden in 128 (14 %) von 932 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, bis auf zwei (2 %) Influenza B-Virusnachweise waren alle positiv für Influenza A-Viren (98 %). In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 6.675 (12 %) von 56.824 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden zu 99 % Influenza A-Viren und 1 % Influenza B-Viren detektiert. Unter den 5.471 subtypisierten Influenza A-Viren waren 5.099 (93 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 372 (7 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Von dreizehn charakterisierten Influenza B-Viren gehörten alle zur Victoria-Linie.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus 13 Ländern 1.746 SARI-Fälle für die 18. KW 2022 übermittelt. Es wurden 290 (17 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 21 (7 %) positiv für Influenzaviren. In der 18. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 21 % (17. KW: 21 %).

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

### 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](mailto: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 19/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10040