



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
31. Kalenderwoche (29.7. bis 4.8.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Seit einigen Wochen liegt die ARE-Aktivität insgesamt auf einem vergleichsweise hohen Niveau für diese Jahreszeit, sie scheint sich aktuell aber etwas abzuschwächen. Das ARE-Geschehen wird hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. Die SARS-CoV-2-Aktivität hat sich in den letzten Wochen stabilisiert. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen bleibt insgesamt auf einem niedrigen Niveau. COVID-19 wird vorwiegend bei älteren SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert. Die Sommerferien können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität und die Surveillance-Systeme haben.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 31. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 31. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 31. KW 2024 in insgesamt 33 der 63 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (19 %) und SARS-CoV-2 (19 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 6 %), Adenoviren (5 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 3 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 2 %). Influenzaviren und Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 31. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 31. KW 2024 leicht gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ist stabil geblieben, in der 31. KW wurde bei 12 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 31. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 30. MW gesunken. In Deutschland sind die Sublinien KP.3 und KP.3.1.1 vorherrschend. Ihr Anteil lag zusammengefasst für die 28. und 29. KW bei jeweils 33 %.

Im Abwassermonitoring ist die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast in den letzten drei Wochen relativ stabil.

Weitere Informationen zur Saison 2023/24 in Deutschland

- Das Risiko einer Atemwegsinfektion kann (unabhängig vom Impfstatus) durch die bekannten Verhaltensweisen reduziert werden: FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen?“:
https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#FAQId16765454.
- Beschluss für die Empfehlung der STIKO zum Wechsel von quadrivalenten zu trivalenten Influenza-Impfstoffen: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/31_24.html.
- Beschluss zur Empfehlung der STIKO zur RSV-Impfung bei Senioren:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/32_24.html.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 15.7.2024), ergänzt um Hinweise zu einer intensivierten Surveillance bei hospitalisierten Influenzapatienten während der Sommermonate:
<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>

Internationale ARE-Situation bei COVID-19-, Influenza- und RSV-Infektionen

- European Respiratory Virus Surveillance Summary (Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Daten zu Influenza, RSV und COVID-19):
<https://erviss.org/>
- WHO-Updates (Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19):
<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen (ARE) – Syndromische Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 31. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag insgesamt bei rund 3.900 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.200; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,3 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland. Die Werte sind aktuell noch höher als in allen bisherigen Vorsaisons um diese Jahreszeit (seit dem Start von GrippeWeb im Jahr 2011).

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden zeigte seit Mitte Mai einen steigenden Trend. Sie ist jedoch in den letzten zwei Wochen wieder leicht auf rund 600 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. gesunken. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

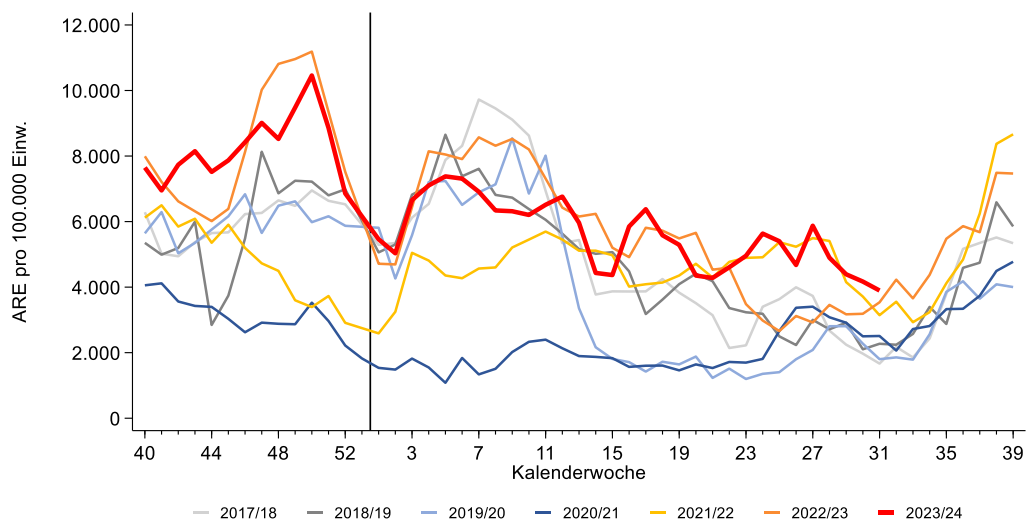


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 31. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 31. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 2). Die ca. 800 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 31. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 660.000 Arztbesuchen wegen akuten Atemwegserkrankungen.

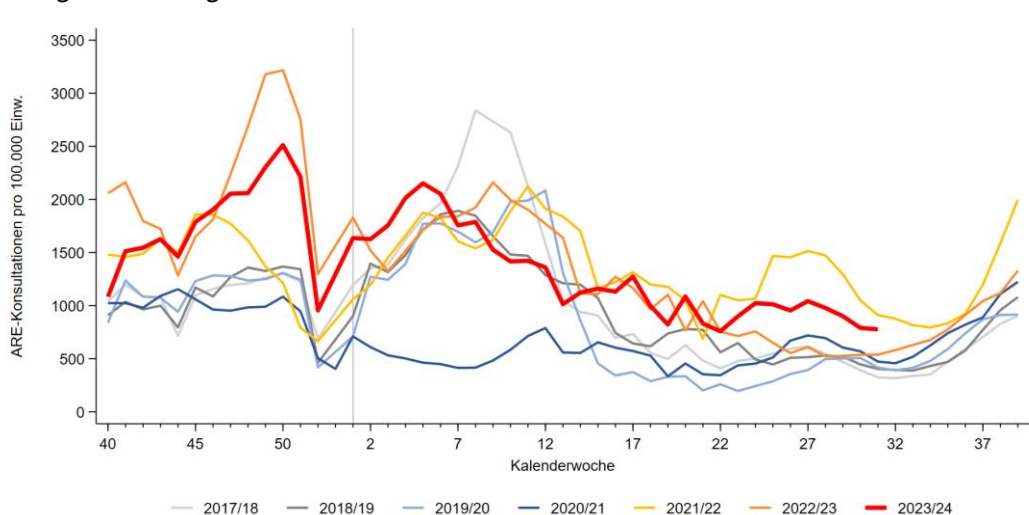


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 31. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Sommerferien in mehreren Bundesländern können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität haben (Feriendichte in der 31. KW: bis zu 97 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte>).

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE in der aktuellen Berichtswoche ist im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen stabil geblieben (Abb. 3).

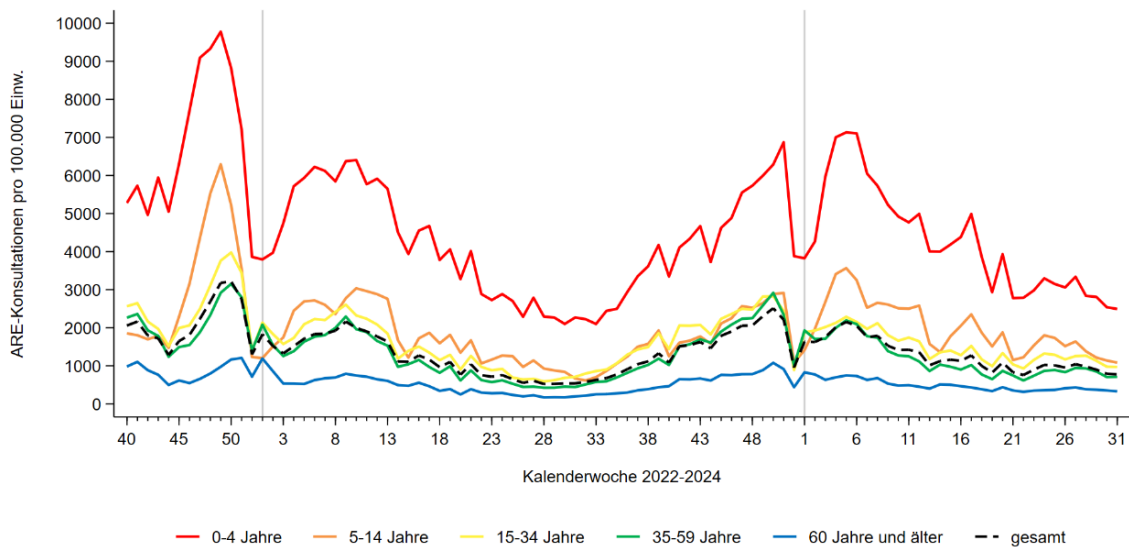


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 31. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden, ist in der 31. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz>.

Virologische Analysen von Atemwegserregern

Virologische Sentinel-Surveillance im ambulanten Bereich (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 31. KW 2024 insgesamt 63 Sentinelproben von 23 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 33 (52 %) der 63 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 31. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 19 %) und SARS-CoV-2 (PR 19 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 6 %), Adenoviren (PR 5 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; PR 3 %) sowie humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 2 %).

Influenzaviren und Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 31. KW nicht nachgewiesen.

SARS-CoV-2 wurde vorrangig bei ARE-Patientinnen und -Patienten ab 15 Jahren nachgewiesen, Rhinoviren wurden in fast allen Altersgruppen detektiert.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 6.8.2024.

	27. KW	28. KW	29. KW	30. KW	31. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	113	106	101	79	63	7.837
Probenanzahl mit Virusnachweis	58	55	53	42	33	4.801
Anteil Positive	51 %	52 %	52 %	53 %	52 %	61%
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	8
A(H ₃ N ₂)	1	0	0	0	0	55
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	0	0	0	1.128
B(Victoria)	0	0	0	0	0	188
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	15	19	21	13	12	849
RSV	0	0	0	0	0	559
hMPV	5	4	1	3	2	214
PIV (1 – 4)	9	7	5	5	4	328
Rhinoviren	29	24	27	18	12	1.458
hCoV	1	0	0	1	1	350
Adenoviren**	4	4	2	4	3	303

* 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.

** nicht untersucht von der 40. KW 2023 bis zur 44. KW 2023; die Untersuchungen wurden erst in der 45. KW 2023 aufgenommen

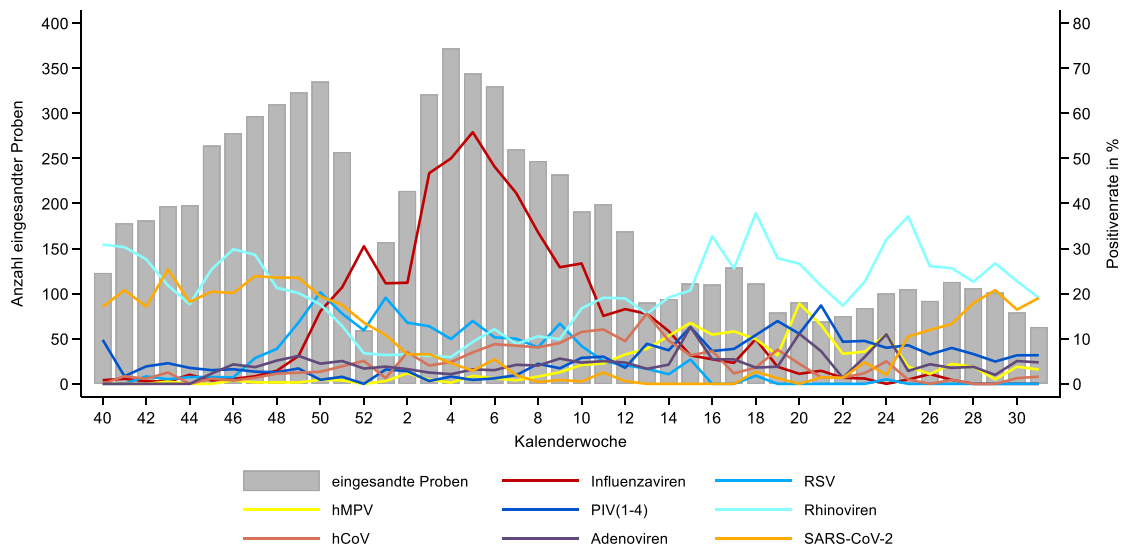


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 31. KW 2024.

Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hat am 2.8.2024 die Zusammenfassung der Inflenzavirus-Charakterisierung für 2024 herausgegeben und die Ergebnisse in Zusammenhang mit der Influenza-Impfempfehlung für die Nordhalbkugel Saison 2024/25 bewertet:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characterization-summary-europe-may-2024>.

Ergebnisse der Untersuchungen des NRZ für Inflenzaviren zu den zirkulierenden Viren, einschließlich der Analysen zur Passgenauigkeit der Impfstämme wurden während der Grippewelle regelmäßig veröffentlicht und sind abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2023_24.html.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Inflenzaviren sind abrufbar unter www.rki.de/nrz-influenza.

In eigener Sache: Trotz der Ferienzeit bitten wir alle an der virologischen Sentinelsurveillance beteiligten Praxen, weiterhin kontinuierlich Patientinnen und Patienten mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion zu beproben, um Änderungen der ARE-Aktivität bezüglich der verursachenden viralen Erreger besser einschätzen zu können.

Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

Für die 28. und 29. KW 2024 stehen aktuell 240 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (6.8.2024). Derzeit zirkulieren in Deutschland verschiedene Sublinien die sich von der als VOI eingestuften Variante JN.1 ableiten, darunter auch KP.2, KP.3 und KP.3.1.1. Die Sublinien KP.2 und KP.3 sind seit dem 3.5.2024, die Sublinie KP.3.1.1 seit dem 19.7.2024 von der WHO¹ separat als VUM eingestuft. Die Sublinie KP.3 wurde in der 28. und 29. KW zusammengefasst mit einem Anteil von 33 % nachgewiesen. Der Anteil der Sublinie KP.3.1.1 ist in diesem Zeitraum weiter gestiegen und lag ebenfalls bei 33 %, während die Sublinie KP.2 mit einem abnehmenden Anteil von 11 % nachgewiesen wurde.

Unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien sind KP.3 (einschließlich aller Sublinien, mit Ausnahme KP.3.1.1) und KP.3.1.1 dominant. Im Vergleich zur übergeordneten Linie JN.1 zeichnen sich die Sublinien KP.2 und KP.3 durch jeweils drei zusätzliche Aminosäureaustausche im S-Protein aus (KP.2: R346T, F456L, V1104L; KP.3: F456L, Q493E, SV1104L). Die Sublinie KP.3.1.1 ist im Vergleich zur Elternlinie KP.3 durch eine Aminosäuredeletion im S-Protein gekennzeichnet (Deletion S31). Das von den derzeit als VOI oder VUM klassifizierten SARS-CoV-2-Varianten sowie ihren Sublinien ausgehende Risiko für die öffentliche Gesundheit wird von der WHO weiterhin als gering eingestuft.

Aufgrund von Nachmeldungen kann es zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegenden Berichtszeiträume kommen. Die aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sowie Informationen und detaillierte Darstellungen zu den Varianten, die als besorgniserregend eingestuft sind (Variants of Concern; VOC) oder unter Beobachtung stehen (Variants of Interest; VOI und Variants under Monitoring; VUM) sind im Dashboard abrufbar unter:

https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den Vorwochen etwas über den in den Vorjahren während der Sommerzeit beobachteten Werten. Die Inzidenz ist in der 31. KW 2024 leicht zurückgegangen. Insgesamt liegt die SARI-Inzidenz weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 5).

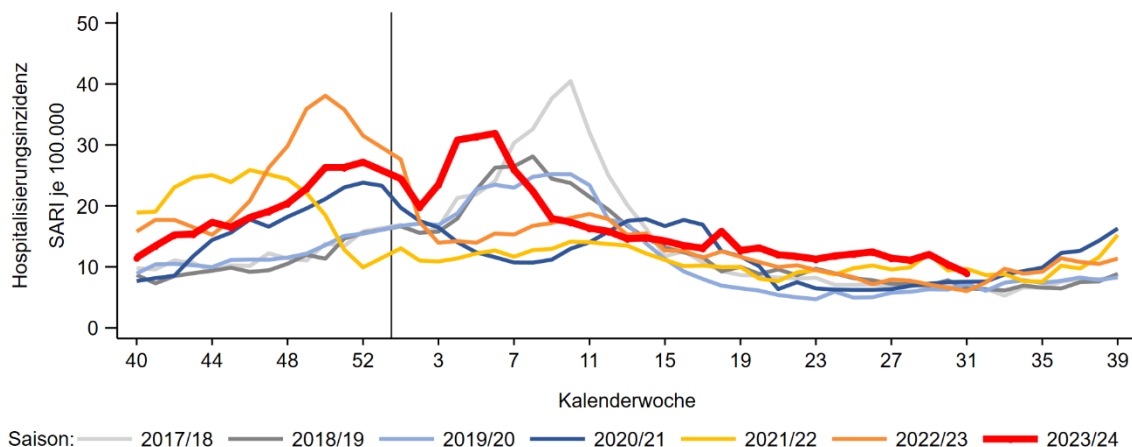


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 31. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/18122023_jn.1_ire_clean.pdf

Seit der 20. KW 2024 bewegten sich die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen der Schulkinder und der jungen Erwachsenen (5 bis 14 Jahre, 15 bis 34 Jahre) auf einem erhöhten Niveau. Hierbei wurden zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. Auch in der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen wurde seit der 24. KW eine etwas höhere Zahl an hospitalisierten Fällen mit einer SARI beobachtet. In Relation zum Jahresmittel liegen die Werte in dieser Altersgruppe aber weiterhin auf niedrigem Niveau. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 31. KW 2024 ebenfalls auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

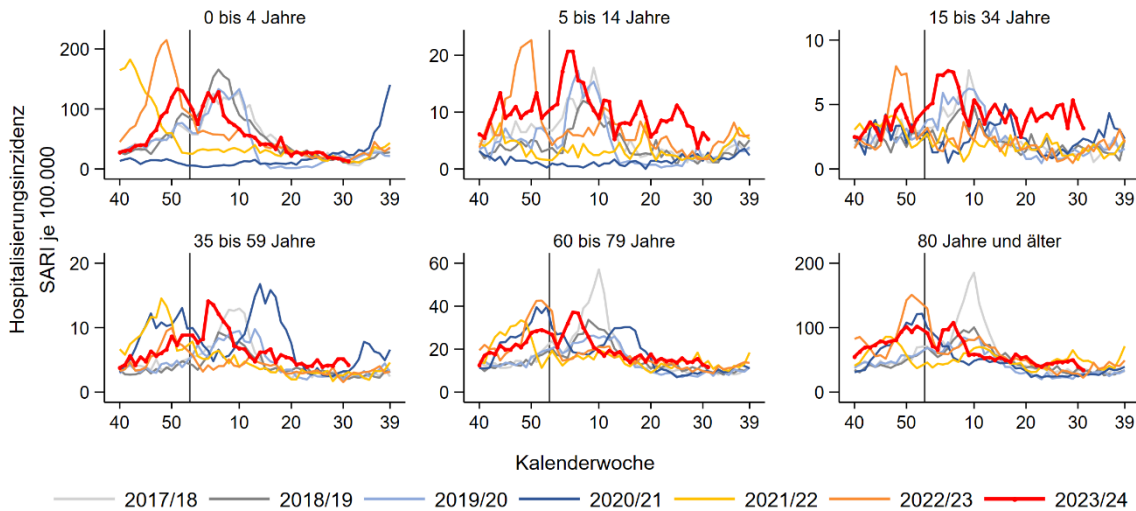


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 31. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 31. KW 2024 erhielten 12 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose. Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen ist damit seit der 28. KW stabil geblieben. In den letzten Wochen wurden COVID-19-Diagnosen überwiegend in den Altersgruppen ab 60 Jahren vergeben, insbesondere bei den ab 80-Jährigen. Es wurde in der 31. KW bei weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza-Diagnose vergeben. Es wurden keine RSV-Erkrankungen diagnostiziert (Abb. 7).

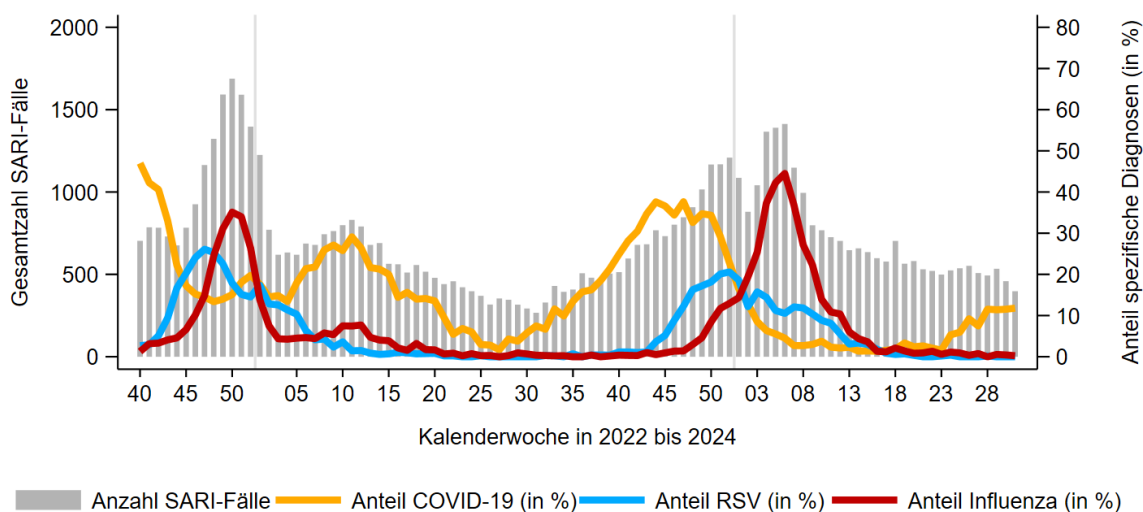


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 31. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 69 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

In Abb. 8 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI Patientinnen und -Patienten dargestellt. Nach dem Ende der Grippewelle blieb die Inzidenz intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle vergleichsweise niedrig und es wurden nur noch vereinzelt krankheitsspezifische Diagnosen vergeben. Seit der 24. KW 2024 wurden wieder etwas mehr COVID-19-Erkrankungen diagnostiziert. Insgesamt blieb die Inzidenz von intensivbehandelten SARI-Fällen mit COVID-19-Diagnose jedoch weiterhin auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (wöchentlich weniger als zwei Fälle je 1 Million Einw. seit der 7. KW 2024). In der 31. KW 2024 erhielten sieben (16 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose. Es wurden keine Influenza- oder RSV-Diagnosen bei intensivpflichtigen SARI-Fällen vergeben.

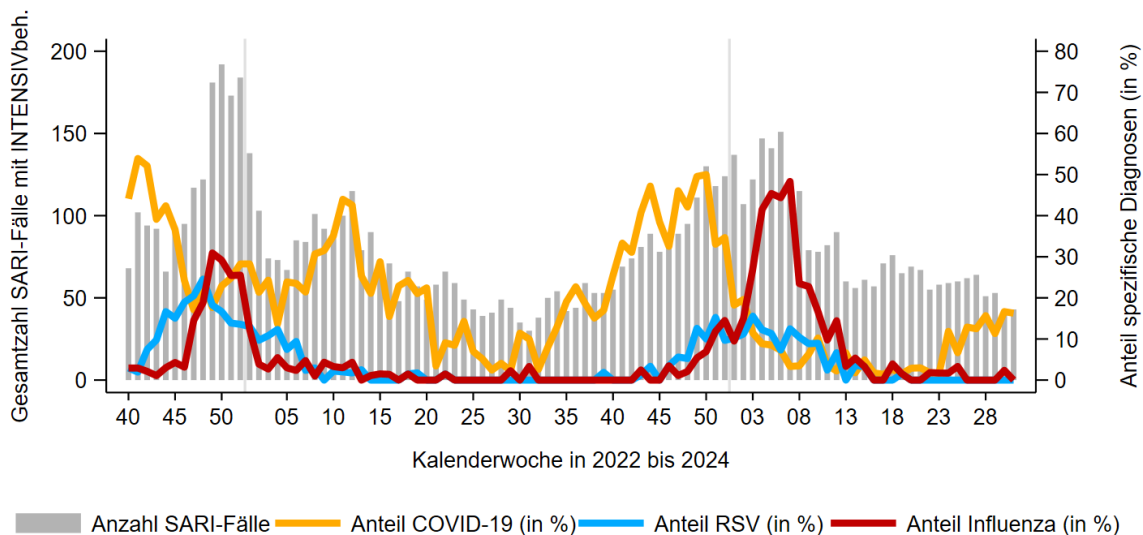


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 31. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 69 Sentinelkliniken.

Zu beachten ist, dass es sich um Auswertungen vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 31. MW 2024 wurden bislang insgesamt 77 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 77 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei zwölf (16 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 31. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 6.8.2024). Die Fallzahlen sind nach einer vierwöchigen stabilen Phase in der 31. MW gesunken.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 214.586 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 213.834 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.447 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.129 Todesfälle (+ 1 zur Vorwoche) mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Von 1.128 Todesfällen mit Angabe zum Alter gehörten 89 % zur Altersgruppe ab 60 Jahre, 9 % zur Altersgruppe 35 bis 59 Jahre.

Tab. 2: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzatypp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	75	54	62	61	67	52	181.975
A(H1N1)pdm09	4	5	3	0	1	0	6.034
A(H3N2)	0	3	3	1	1	0	147
nicht nach A / B differenziert	4	2	8	5	3	3	5.027
B	57	34	25	35	28	22	20.651
Gesamt	140	98	101	102	100	77	213.834
Hospitalisierte Fälle	41	34	22	29	24	12	44.447

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

COVID-19

Für die 31. MW 2024 wurden bislang 4.361 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.176 (27 %) Fällen wurde für die 31. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 6.8.2024). In der 31. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 369.447 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 125.547 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 6.954 (+ 51 zur Vorwoche) Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt, 96 % der Verstorbenen waren 60 Jahre oder älter.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	3.478	3.650	4.500	4.771	4.861	4.361	369.447
Hospitalisierte Fälle	1.190	1.201	1.531	1.526	1.522	1.176	125.547

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

RSV-Infektionen

Für die 31. MW 2024 wurden bislang insgesamt 14 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) entsprechen. Alle 14 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei zwei Fällen (14 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 31. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 6.8.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.588 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.543 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.565 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Daten zu Todesfällen mit RSV-Infektion werden derzeit noch validiert und deshalb hier nicht berichtet.

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	36	46	30	24	18	14	57.543
Hospitalisierte Fälle	12	18	13	8	1	2	17.565

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

Abwassermonitoring von SARS-CoV-2

Die Abb. 9 zeigt den Verlauf der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser. Nach einem Anstieg der aggregierten Viruslast seit Mitte Mai 2024 (20. KW) haben sich die Werte seit einigen Wochen stabilisiert.

In der 31. KW lagen Daten aus 107 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere, wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnern nachmelden.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.rki.de/abwassersurveillance>.

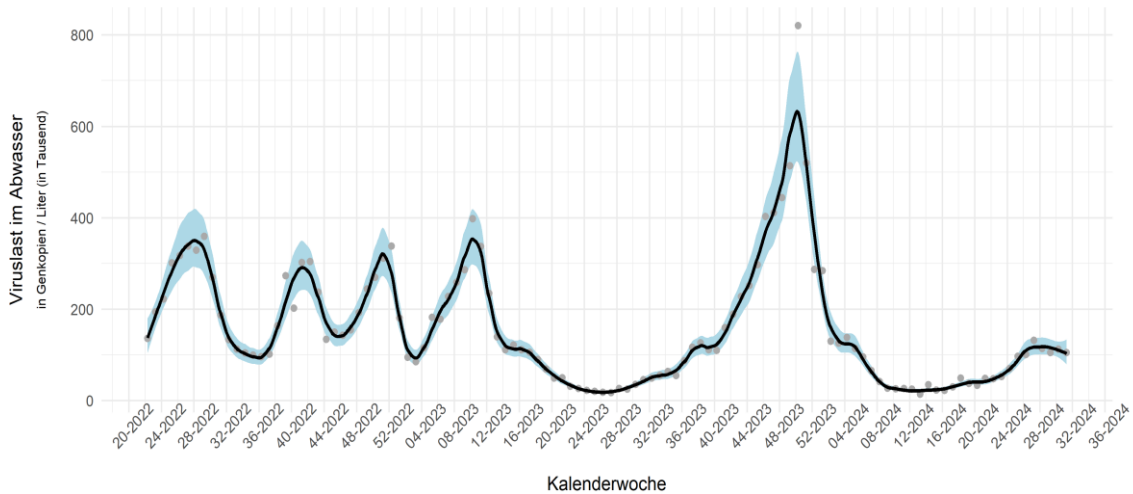


Abb. 9: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 6.8.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (31.7.2024, 30. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert.

Weitere Daten und Berichte zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in Deutschland

Daten zu verschiedenen Indikatoren werden als Open Data in Zenodo und auf GitHub bereitgestellt:

<https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut> und <https://github.com/robert-koch-institut/>.

So werden zum Beispiel die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 5 und 6 im ARE-Wochenbericht) wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

- Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel): <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340322> bzw. https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts
- Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340315> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/ARE-Konsultationsinzidenz>
- Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8382330> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/SARI-Hospitalisierungsinzidenz>

Die grafische Aufbereitung der Daten ist im ARE-Dashboard realisiert (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags), abrufbar unter: <https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick>.

Trends relevanter Indikatoren werden im Infektionsradar des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verfügung gestellt: <https://infektionsradar.gesund.bund.de/de>.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Ein Bericht über die Intensivbettenkapazität in Deutschland wird täglich veröffentlicht und ist abrufbar unter: <http://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage>.

Informationen zur Notaufnahmesurveillance akuter Atemwegsinfektionen sind im Dashboard unter <https://public.data.rki.de/t/public/views/Notaufnahmesurveillance/DashboardSyndrome> zu finden.

Übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise sind über SurvStat@RKI individuell abfragbar: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/SurvStat/survstat_node.html.

Die Daten des COVID-19 Impfquotenmonitorings stehen wöchentlich dienstags aktualisiert auf der RKI-Webseite bereit: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html.

Autoren und Redaktionsteam:

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Gvaladze T, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 31/2024 | DOI: 10.25646/12472