



# 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, Krupka S, Haas W und die AGI-Studiengruppe\*

## Kalenderwoche 18 (1.5. bis 7.5.2023)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 18. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Rate lag über den Werten der vorpandemischen Jahre zu dieser Zeit. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Die Zahl der Arztbesuche lag über dem Wertebereich der vorpandemischen Jahre zu dieser Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 18. KW 2023 in insgesamt 37 (49 %) der 75 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter elf (15 %) Proben mit Parainfluenzaviren (PIV), zehn (13 %) mit Rhinoviren, sieben (9 %) mit Influenzaviren, sechs (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), vier (5 %) mit SARS-CoV-2 und zwei Proben (3 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 18. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den letzten Wochen gesunken und lag in der 18. KW 2023 weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Insgesamt ist der Anteil der mit einer schweren Atemwegserkrankung hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Diagnose in der 18. KW 2023 leicht gesunken und lag bei 11 %. Der Anteil an Influenza-Diagnosen ist in der 18. KW 2023 leicht angestiegen und lag bei 4 %. Wie in der Vorwoche wurde bei 1 % der SARI-Fälle eine RSV-Diagnose vergeben.

Die ARE-Aktivität in der Bevölkerung ist für die Jahreszeit in der 18. KW 2023 immer noch vergleichsweise hoch. Sie ist auf die Zirkulation unterschiedlicher Viren zurückzuführen, insbesondere auf Parainfluenzaviren, Rhinoviren, Influenzaviren und hCoV. Nach Definition des Robert Koch-Instituts endete die zweite, Influenza B-dominierte Grippewelle der Saison 2022/23 mit der 14. KW 2023.

### Weitere Informationen zum bisherigen Verlauf der Saison 2022/23

Schon zu Beginn der Saison 2022/23 lag die ARE-Aktivität auf einem hohen Niveau, verursacht durch die Zirkulation von SARS-CoV-2. Dann stieg die RSV-Aktivität deutlich an und die RSV-Welle erstreckte sich von der 41. KW 2022 bis zur 3. KW 2023. Fast zeitgleich stieg die Influenza-Aktivität an und nachfolgend wurde die ARE-Aktivität durch die Influenza A(H3N2)-dominierte Grippewelle von der 43. KW 2022 bis zur 1. KW 2023 bestimmt. Während in den vorpandemischen Saisons die Grippewelle meist erst nach dem Jahreswechsel begann, erreichte die Influenza-Aktivität in der aktuellen Saison bereits in der 50. KW 2022 den Höhepunkt und ging dann sehr rasch zurück. Ab der 5. KW 2023 wurde ein erneuter Anstieg der Influenza-Positivenrate verzeichnet, nun verursacht durch die Zirkulation von Influenza B-Viren. Diese zweite, Influenza B-dominierte Grippewelle hielt von der 9. KW 2023 bis zur 14. KW 2023 an. Die vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird weiterhin durch die zeitgleiche Zirkulation verschiedener Atemwegserreger, inklusive der typischen Erkältungsviren, hervorgerufen. Die Übertragungswahrscheinlichkeit in geschlossenen Räumen kann durch ein entsprechendes Verhalten reduziert werden.

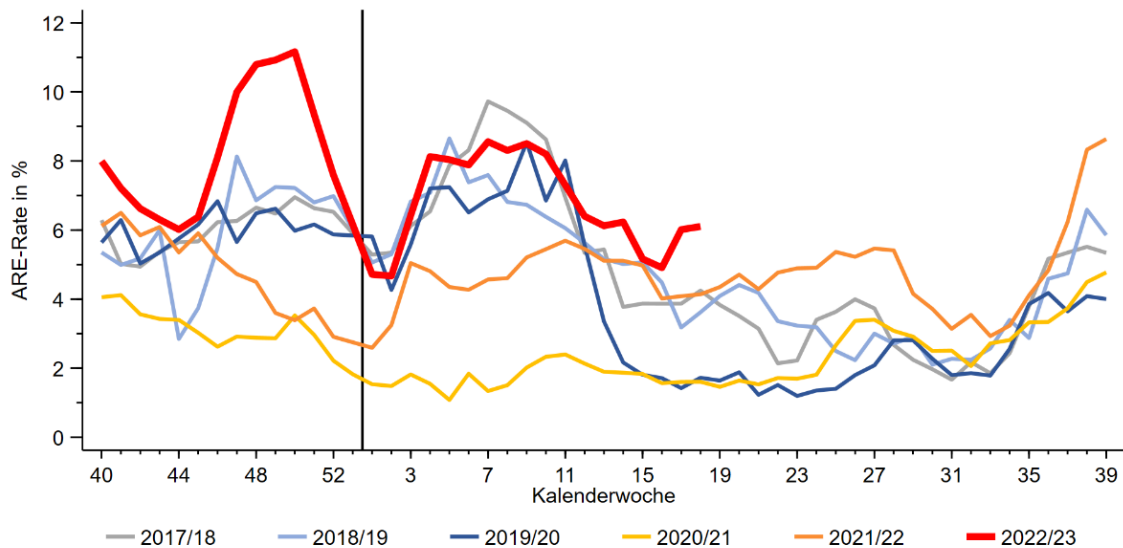
Weitere Informationen des RKI zu akuten Atemwegsinfektionen wie saisonale Influenza und COVID-19: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/ARE\\_Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/ARE_Tab.html)

\* Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <https://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

## Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

### Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 18. KW mit 6,1 % im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 1). Dabei ist die ARE-Rate bei den Kleinkindern bis 4 Jahren und bei den Erwachsenen ab 60 Jahren gesunken, in den anderen Altersgruppen ist sie angestiegen. Die aktuelle ARE-Rate von 6,1 % entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,1 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Der aktuelle Wert liegt über dem Niveau der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Weitere Informationen unter <https://www.rki.de/grippeweb>.



**Abb. 1:** Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 18. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

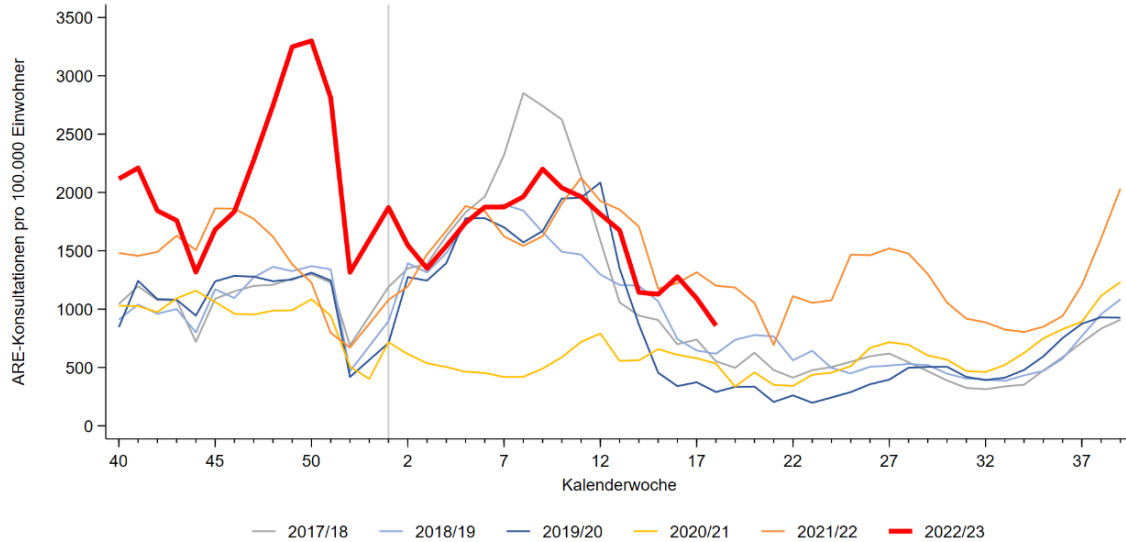
Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 18. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Tab. 1). Die rund 900 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 750.000 Arztbesuchen wegen akuten Atemwegserkrankungen.

**Tab. 1:** ARE-Konsultationsinzidenz/100.000 Einwohner (gerundet) in den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 12. KW bis zur 18. KW 2023.

AGI-Region	12. KW	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW	18. KW
Baden-Württemberg	1.600	1.600	1.200	1.100	1.200	1.100	800
Bayern	1.900	1.800	1.200	1.300	1.300	1.100	900
Hessen	1.800	1.700	1.100	1.000	1.200	1.100	700
Nordrhein-Westfalen	1.900	1.600	1.100	1.100	1.300	1.000	800
Rheinland-Pfalz, Saarland	1.700	1.500	800	1.100	1.300	1.000	1.000
Niedersachsen, Bremen	1.800	1.500	900	1.100	1.100	900	1.000
Schleswig-Holstein, Hamburg	2.000	1.800	1.400	1.100	1.200	1.200	1.000
Brandenburg, Berlin	1.700	1.600	1.000	1.400	1.300	1.200	900
Mecklenburg-Vorpommern	2.400	2.400	1.700	1.100	2.000	1.300	1.000
Sachsen	1.600	1.700	1.400	1.000	1.400	1.200	800
Sachsen-Anhalt	1.700	1.400	1.100	1.300	800	900	700
Thüringen	2.100	1.800	1.200	1.100	1.400	1.200	800
<b>Gesamt</b>	<b>1.800</b>	<b>1.700</b>	<b>1.100</b>	<b>1.100</b>	<b>1.300</b>	<b>1.100</b>	<b>900</b>

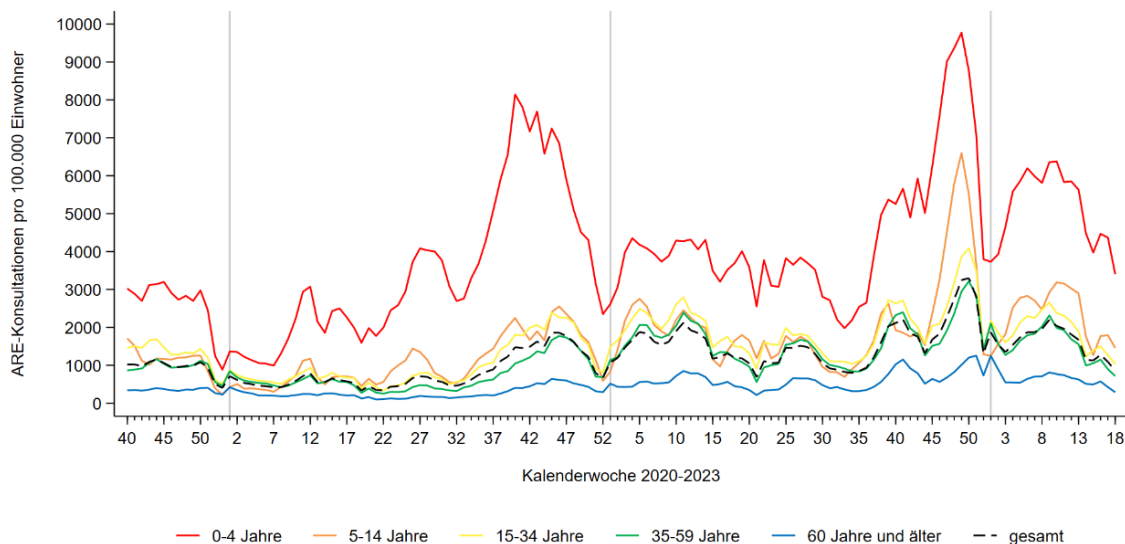
Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 18. KW 2023 über dem Wertebereich der vorpandemischen Jahre zu dieser Zeit (Abb. 2). In den vorpandemischen Saisons ging die Grippewelle häufig im April zu Ende, was zumeist mit einem deutlichen Rückgang der ARE-Aktivität einherging. Nach der ungewöhnlich frühen (ersten) Grippewelle waren von der 9. KW bis zur 14. KW 2023 die Kriterien für eine zweite Grippewelle in der Saison 2022/23 erfüllt. Die ARE-Aktivität ist aktuell auf die zeitgleiche Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen.



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 18. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 18. KW in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Abb. 3).



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 18. KW 2023 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.

Diagramme für Deutschland (gesamt) und die zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter:

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

## Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 18. KW 2023 insgesamt 75 Sentinelproben von 30 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 37 (49 %) der 75 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab drei Doppelinfektionen, vorwiegend mit Rhinoviren und Parainfluenzaviren (PIV).

**Tab. 2:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2022/23 (ab 40. KW 2022), Datenstand 9.5.2023.

	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW	18. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	74	65	102	107	75	5.258
Probenanzahl mit Virusnachweis	44	29	53	57	37	3.474
Anteil Positive (%)	59	45	52	53	49	66
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	2
A(H3N2)	0	0	0	0	0	1.072
A(H1N1)pdm09	0	1	0	3	0	87
B(Victoria)	21	6	9	13	7	329
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	28	11	9	15	9	28
RSV	0	0	0	0	0	538
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	10
hMPV	6	7	5	8	2	321
Anteil Positive (%)	8	11	5	7	3	6
PIV (1 – 4)	5	8	12	10	11	201
Anteil Positive (%)	7	12	12	9	15	4
Rhinoviren	9	3	16	21	10	610
Anteil Positive (%)	12	5	16	20	13	12
hCoV	3	6	8	6	6	342
Anteil Positive (%)	4	9	8	6	8	7
SARS-CoV-2	4	0	3	1	4	315
Anteil Positive (%)	5	0	3	1	5	6

\* 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 2023 zirkulierten hauptsächlich PIV, gefolgt von Rhinoviren, Influenzaviren und hCoV (Tab. 2, Abb. 4).

Die Influenza-Positivenrate lag in der 18. KW bei 9 % (95 %-Konfidenzintervall [3; 19]). Die Influenza A(H3N2)-dominierte Grippewelle begann in der 43. KW 2022 und endete nach elf Wochen mit der 1. KW 2023. Seit der 3. KW 2023 nahm der Anteil an Influenza B-Virusnachweisen (Victoria-Linie) deutlich zu (Abb. 5). Ab der 9. KW 2023 waren die Kriterien für den Beginn einer zweiten Grippewelle erfüllt. Die zweite, Influenza B-dominierte Grippewelle endete nach sechs Wochen mit der 14. KW 2023.

Seit dem Jahreswechsel ist die RSV-Positivenrate allmählich gesunken und seit der 11. KW 2023 sind keine RSV nachgewiesen worden. Die RSV-Erkrankungswelle in Deutschland begann in der 41. KW 2022 und endete nach 15 Wochen mit der 3. KW 2023.

Während in der 18. KW bei den Säuglingen (0 bis 1 Jahr) am häufigsten PIV nachgewiesen wurden, wurden bei den Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) vorwiegend Rhinoviren identifiziert. Bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) dominierten Influenzaviren. Bei den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) zirkulierten hauptsächlich hCoV. Bei den 35- bis 59-jährigen waren SARS-CoV-2 die am häufigsten nachgewiesenen Atemwegsviren (Abb. 6).

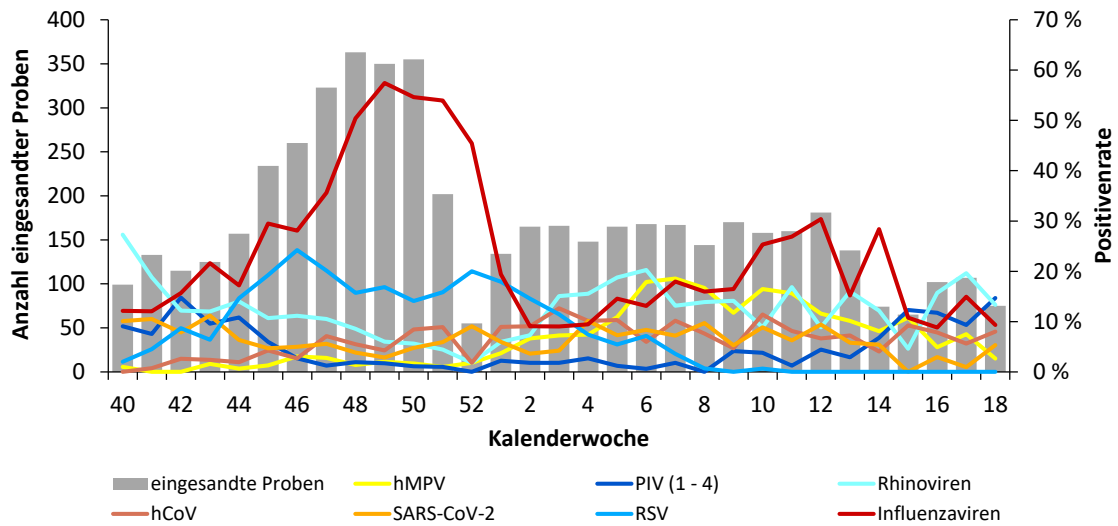


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 18. KW 2023.

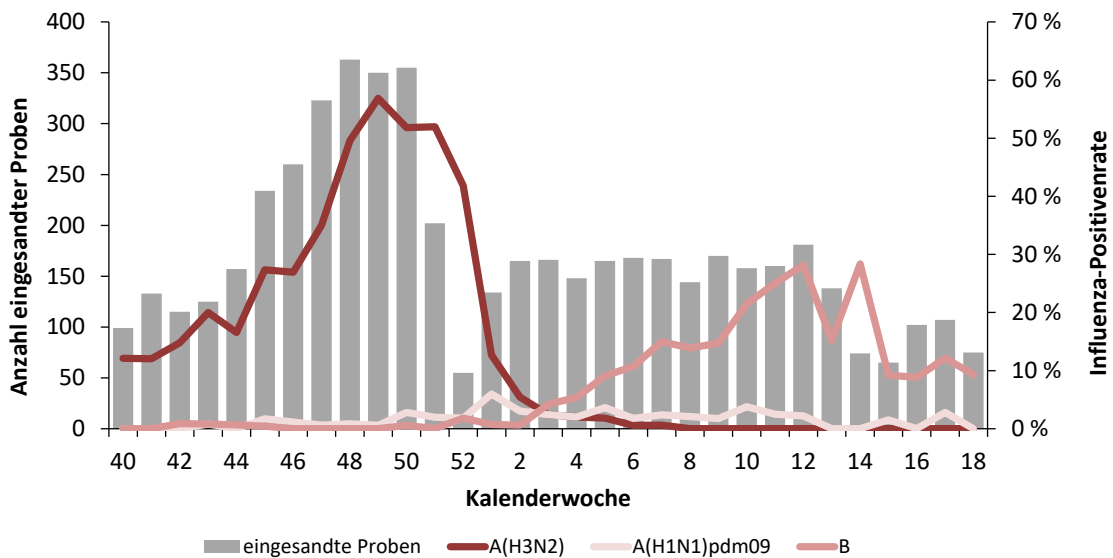


Abb. 5: Anteil der Nachweise für Influenza A(H3N2)-, A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 18. KW 2023.

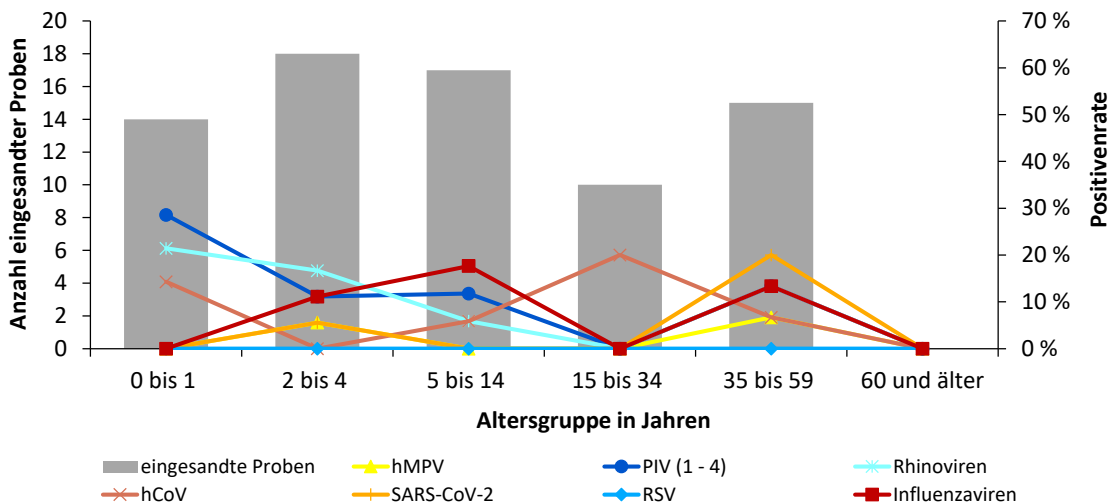


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) für die 18. KW 2023.

## Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des Sentinels wurden 447 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren der Saison 2022/23 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert. Alle A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2. Darunter sind 282 Viren der A/Bangladesh/4005/2020-Subgruppe und weitere 132 Viren der A/Slovenia/8720/2022-Subgruppe zuzuordnen; 26 Viren gehören zu einer weiteren Subgruppe mit den Substitutionen HA1: E50K, D53N, S91N, N96S, N122D, I192F, I223V, HA2:N49S im Hämagglutinin und sechs weitere Viren teilen die meisten Substitutionen mit dieser Subgruppe bis auf HA1: S91N und N122D. Ein weiteres Virus dieser Subgruppe, ohne die Substitutionen HA1: E50K, S91N, N122D, I223V weist die zusätzliche Substitution I140M auf. Darüber hinaus wurden 37 A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09 Viren sequenziert, welche alle zur Clade 6B.1A.5a.2 gehören. Darunter sind sechs Viren der A/Norway/25089/2022-Subgruppe und drei Viren der A/Sydney/5/2021-Subgruppe zuzuordnen; 28 Viren gehören zu drei weiteren Subgruppen. Die 25 charakterisierten B/Victoria-Viren gehören zur Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021).

Seit der 40. KW 2022 wurden 381 Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren, 81 Influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren und 201 Influenza B-Viren der Victoria-Linie in Zellkultur isoliert. Alle isolierten A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Referenzserum (A/Darwin/9/2021) im Hämagglutinationshemmtest sehr gut erkannt. Die A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren reagierten ebenfalls sehr gut mit dem entsprechenden Referenzserum (A/Victoria/2570/2019). Die B/Victoria-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Serum (B/Austria/1359417/2021) ebenfalls detektiert. Diese Untersuchungen dienen der Untersuchung der Passgenauigkeit der Impfstämme; sie erlauben keine vollständigen Aussagen zur Wirksamkeit der Impfstoffe, da hier noch andere Faktoren berücksichtigt werden müssen (Abstand zur letzten Impfung, Zahl vorangegangener Antigenkontakte, Expositionsdosis, Alter u. a.).

Es wurden keine Resistenzen gegen Neuraminidaseinhibitoren (Oseltamivir, Zanamivir) bei den bisher untersuchten Viren nachgewiesen, hierbei wurden 248 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-, 81 A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09- und 141 B/Victoria-Viren sowie ein H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>+B/Victoria-Doppelisolat untersucht. Molekulare Marker, die mit einer Resistenz gegen den Polymerase-Inhibitor Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den untersuchten Influenzavirusgenen (464 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>), 41 A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09, vier B/Victoria und ein H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>+B/Victoria-Doppelisolat) ebenfalls nicht nachgewiesen.

Unter <https://nextstrain.org/groups/WHO-euro-flu/> werden die aktuell und in früheren Saisons ko-zirkulierenden Influenzavirusvarianten abgebildet und weitere interaktive Datenvisualisierungen bereitgestellt.

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter [www.rki.de/nrz-influenza](http://www.rki.de/nrz-influenza).

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

In der 18. MW 2023 wurden bislang 551 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 122 (22 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand: 9.5.2023).

Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 291.597 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 42.300 (15 %) Fällen 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-Falldefinitionskategorien C-E)

		13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza	A (nicht subtypisiert)	315	156	169	119	83	85	246.517
	A(H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> )pdm09	4	7	5	4	3	5	723
	A(H <sub>3</sub> N <sub>2</sub> )	1	1	0	1	1	0	5.248
	nicht nach A / B differenziert	98	79	48	47	32	30	13.753
	B	2.353	1.463	1.072	823	606	431	25.356
<b>Gesamt</b>		<b>2.771</b>	<b>1.706</b>	<b>1.294</b>	<b>994</b>	<b>725</b>	<b>551</b>	<b>291.597</b>

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

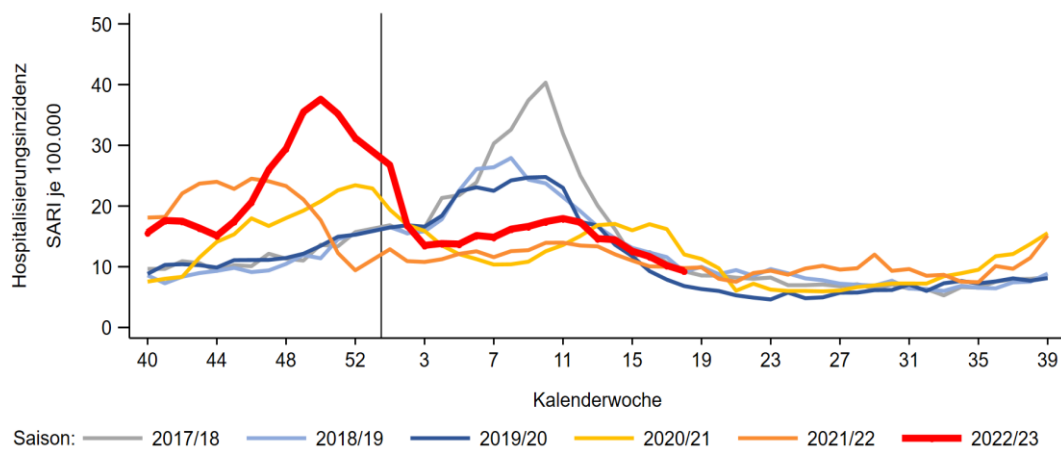
Es wurden seit der 40. MW 2022 bisher 490 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 119 in Kindergärten / Horten, 107 Ausbrüche in Schulen, 88 in privaten Haushalten,

63 in Alten- / Pflegeheimen, 59 in Krankenhäusern, acht in medizinischen / ambulanten Behandlungseinrichtungen, sieben in Rehaeinrichtungen, drei in Wohnstätten / Seniorentagestätten, jeweils zwei in Justizvollzugsanstalten bzw. Betreuungseinrichtungen und jeweils ein Ausbruch in einem Flüchtlingsheim bzw. Arbeitsplatz sowie 30 Ausbrüche ohne Angabe des Infektionsortes.

Seit der 40. MW 2022 wurden bisher 1.024 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 952 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, 31 nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und 41 Infektionen mit Influenza B-Viren.

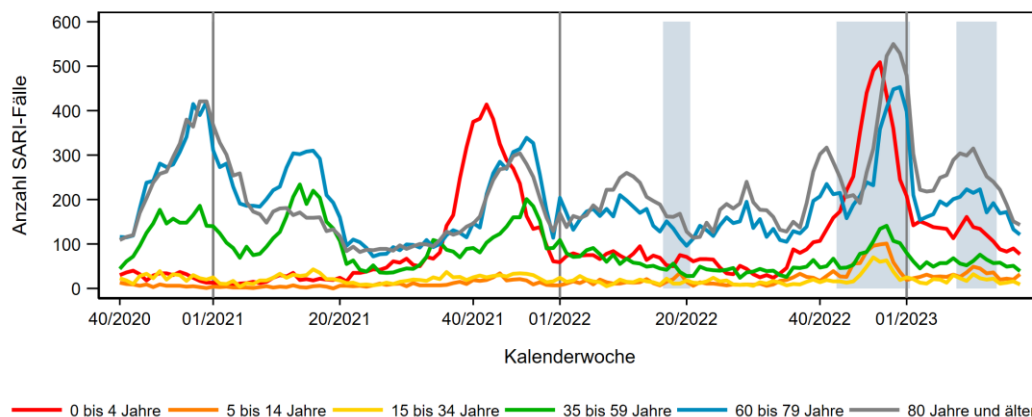
## Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) von der 8. KW bis einschließlich der 12. KW 2023 auf einem erhöhten Niveau, jedoch noch unter den Werten, die in den vorpandemischen Jahren um diese Zeit beobachtet wurden. Seit der 13. KW 2023 ist die SARI-Inzidenz deutlich gesunken und liegt aktuell auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).



**Abb. 7:** Wöchentlich Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 18. KW 2023), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

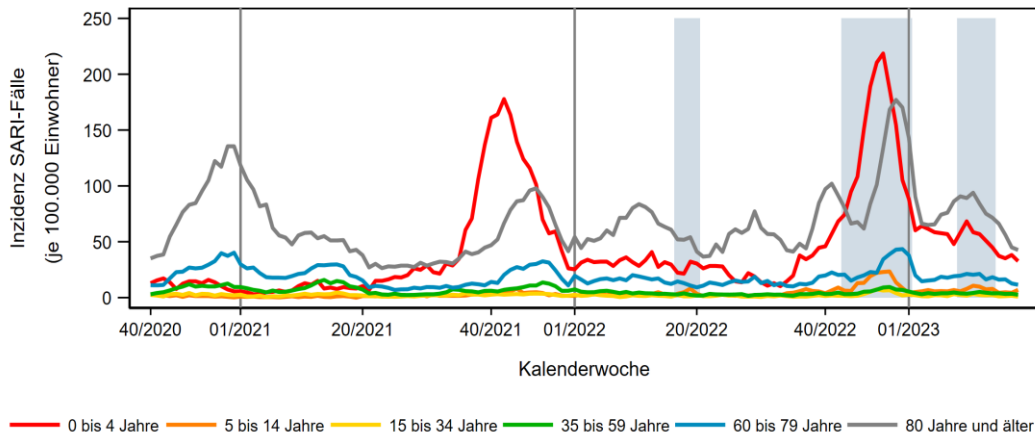
In der 18. KW 2023 kam es in den meisten Altersgruppen zu einem Rückgang der SARI-Fallzahlen. In der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lagen in der 18. KW 2023 auf einem erhöhten Niveau. In allen anderen Altersgruppen befanden sich die Werte auf einem niedrigen Niveau (Abb. 8).



**Abb. 8:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 18. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist farbig hinterlegt.

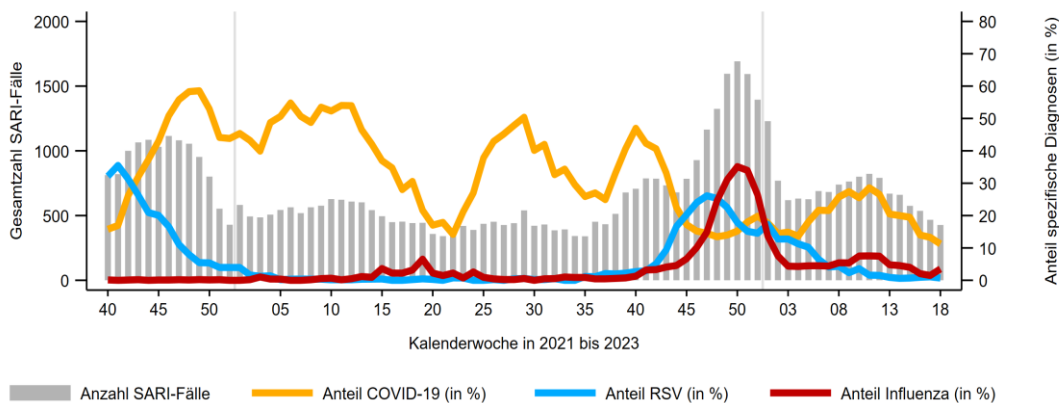
Bei Betrachtung der SARI-Inzidenz pro 100.000 Einwohner werden die Unterschiede in den Altersgruppen hinsichtlich der generellen Einweisungshäufigkeit ins Krankenhaus mit schweren Atemwegsinfektionen

deutlicher (Abb. 9). Hierbei fallen die starken Fallzahlenstiege bei den 0- bis 4-jährigen und den ab 80-jährigen vor dem Jahreswechsel 2022/23 auf. Nach einem starken Abfall der SARI-Fallzahlen nach dem Jahreswechsel 2022/23 zeigte sich in den ältesten Altersgruppen ein erneuter Anstieg, der bis zur 9. KW 2023 anhielt. Aktuell sind weiterhin die jüngste und die älteste Altersgruppe von schweren akuten Atemwegserkrankungen am häufigsten betroffen, jedoch wurden seit der 10. KW 2023 wieder deutlich weniger Patientinnen und Patienten aus diesen Altersgruppen mit einer SARI ins Krankenhaus eingewiesen.



**Abb. 9:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 18. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippe- welle ist grau hinterlegt.

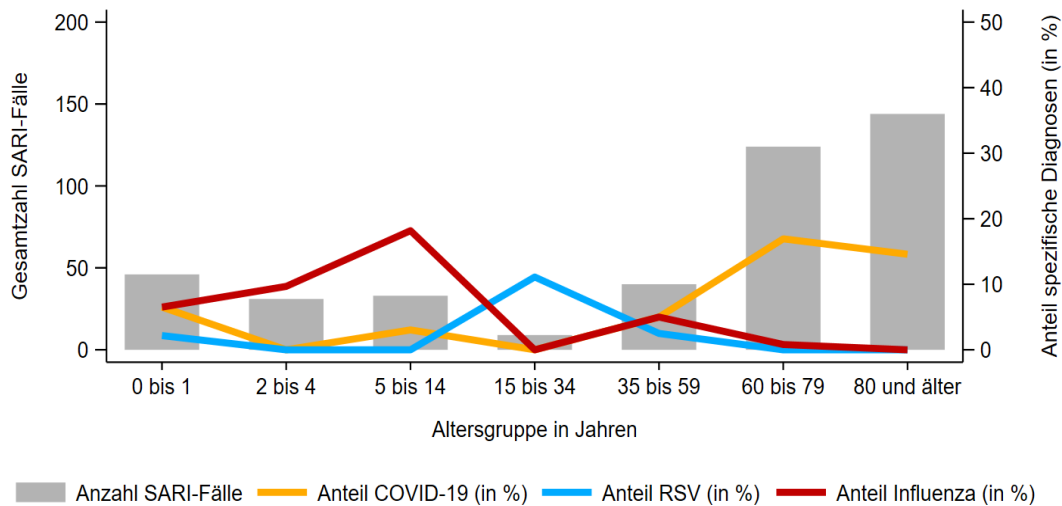
Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen ist in der 18. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. So wurde bei insgesamt 11 % aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben. Im Vergleich zur Vorwoche ist der Anteil von diagnostizierten Influenzavirus-Infektionen an allen SARI-Fällen leicht gestiegen und lag bei 4 %. Der Anteil an RSV-Diagnosen lag in der 18. KW 2023 unverändert bei 1 % (Abb. 10).



**Abb. 10:** 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!), 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 2021 bis zur 18. KW 2023. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

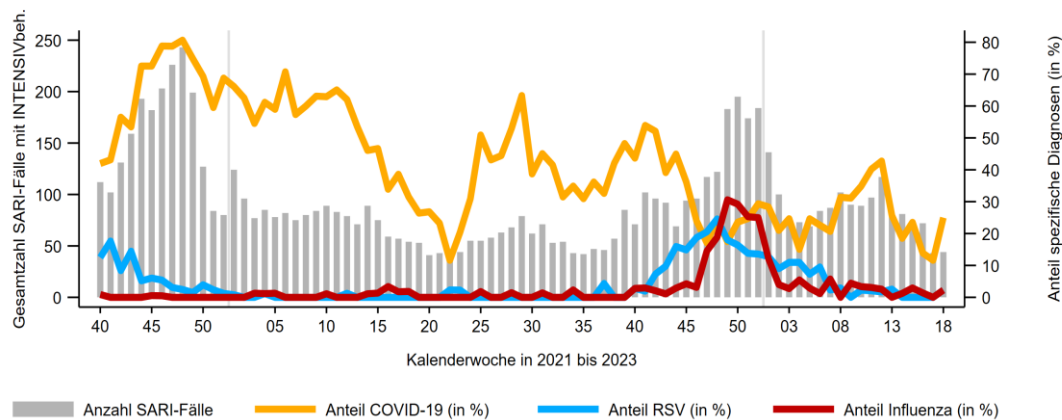
Es wurde in der 18. KW 2023 vor allem bei SARI-Fällen ab 60 Jahren eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 11). Influenza-Diagnosen gab es vorwiegend in den Altersgruppen der unter 15-jährigen und bei 35- bis 59-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten. In der 18. KW 2023 erhielten 2 % der 0- bis 1-jährigen und 3 % der 35- bis 59-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose.





**Abb. 11:** Anzahl der in der 18. KW 2023 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe 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.

In Abb. 12 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. In der 18. KW 2023 ist der Anteil der COVID-19 Diagnosen an SARI-Fällen mit Intensivbehandlung angestiegen und lag bei 25 %. Bei 4 % der intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten wurde eine Influenzadiagnose vergeben. Die Diagnose einer RSV-Infektion wurde bei 2 % der intensivbehandelten SARI-Fälle vergeben.



**Abb. 12:** 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!), 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 2021 bis zur 18. KW 2023. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist 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 (17. KW 2023)

Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region (im englischen Sprachraum auch Influenza season genannt) in der 45. KW 2022 begonnen. Nach der 15. KW 2023 lag die Influenza-Positivenrate unter dem Schwellenwert von 10 %.

Von den 42 Ländern, die für die 17. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 18 Länder eine Influenza-Aktivität unterhalb der nationalen Schwellenwerte (darunter Deutschland), 23 Länder eine niedrige Influenza-Aktivität und ein Land eine mittlere Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks ist in der 17. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken (7 %; 16. KW: 9 %). Für die 17. KW 2023 wurden in 133 (7 %) von 1.909 Sentinelproben Inflenzaviren detektiert. Davon waren 33 (25 %) Influenza A-Viren und 100 (75 %) Influenza B-Viren. Unter den 13 subtypisierten Influenza A-Viren wurde zwölfmal Influenza A (H1N1)pdm09 und einmal Influenza A(H3N2) nachgewiesen. Alle 33 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 1.669 SARI-Fälle für die 17. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 17. KW bei 3 % (16. KW: 2 %).

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

### Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 444 vom 1.5.2023)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 16.4.2023.

Weltweit ist die Influenza-Aktivität weiter gesunken, was auf einen Rückgang der Influenzaviruszirkulation in der nördlichen Hemisphäre zurückzuführen ist. Einige Länder der südlichen Hemisphäre berichteten dagegen in den letzten Wochen einen Anstieg der Influenzavirusnachweise.

In der nördlichen Hemisphäre lagen in den nordamerikanischen Ländern die meisten Indikatoren für die Influenza-Aktivität auf einem Niveau, das typischerweise außerhalb der Saison beobachtet wird. In den USA dominierten Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren, während in Kanada hauptsächlich Influenza B-Viren zirkulierten. In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre blieb die Influenza-Aktivität im Berichtszeitraum auf einem für diese Jahreszeit üblichen niedrigen Niveau, stieg jedoch in Chile und Australien leicht an.

In Ostasien ging die Influenza-Aktivität insgesamt zurück. Allerdings gab es einen starken Anstieg der Nachweise von hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09-Viren in der Sonderverwaltungsregion Hongkong.

Vom 3.4.2023 bis zum 16.4.2023 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 355.524 Proben und berichteten 27.958 Influenzavirusnachweise (Datenstand: 28.4.2023). Davon waren 21.176 (76 %) positiv für Influenza A-Viren und 6.782 (24 %) positiv für Influenza B-Viren. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 12.988 (70 %) zu A(H1N1)pdm09 und 5.525 (30 %) zu Influenza A(H3N2). Unter den 839 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten alle der Victoria-Linie an.

Weitere Informationen sind abrufbar in den Influenza Updates der WHO unter (in englischer Sprache): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>.

Die WHO hat am 5.5.2023 eine Erklärung zur fünfzehnten Sitzung des Notfallausschusses der IGV (2005) zur COVID-19-Pandemie abgeben, in der u. a. COVID-19 nicht mehr als öffentlicher Gesundheitsnotstand von internationaler Tragweite eingestuft wurde.

Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).

#### Vorgeschlagene Zitierweise

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Haas W und die AGI-Studiengruppe: ARE-Wochenbericht KW 18/2023; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/11428