



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 4 (24.1. bis 30.1.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 4. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt und bei Kindern gesunken, bei Erwachsenen leicht gestiegen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 4. KW bundesweit insgesamt etwa gleich viele Arztbesuche wegen ARE registriert wie in der Vorwoche. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen in der 4. KW im Bereich der Jahre vor der COVID-19-Pandemie zu Beginn der jährlichen Grippewellen und aktuell deutlich höher als letztes Jahr um diese Zeit.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 4. KW 2022 in insgesamt 97 (72 %) der 135 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 30 (22 %) Proben mit SARS-CoV-2, 23 (17 %) mit Rhinoviren, 21 (16 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 19 (14 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43, 229E oder NL63, jeweils fünf (4 %) mit Influenza A(H3N2)-Viren bzw. Parainfluenzaviren (PIV) und vier (3 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 4. KW 2022 insgesamt stabil geblieben.

Für die 4. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 268 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 1.2.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland ist in der 4. KW wieder etwas gestiegen. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich zunehmend durch die Omikron-Welle mitbestimmt.

Weitere Informationen zur Saison 2021/22

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb der bisherigen typischen Zeiträume bestimmt. Die RSV-Saison endete nach Definition des RKI in der 50. KW 2021 (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/05_22.pdf). Influenzaviren wurden seit der 50. KW 2021 regelmäßig detektiert, bei den bisher subtypisierten Viren handelte es sich hauptsächlich um Influenza A(H3N2)-Viren. Die Influenza-Aktivität befindet sich noch auf einem niedrigen Niveau. Der Anstieg bis zur 1. KW 2022 hatte sich zunächst nicht fortgesetzt, die Influenza-Positivenrate ist aber zur 4. KW wieder gestiegen. Die Positivenrate für SARS-CoV-2 und die damit einhergehenden Arztbesuche mit akuten Atemwegsinfektionen wegen COVID-19 haben seit dem Jahreswechsel deutlich zugenommen, im Vergleich zur 3. KW hat sich die Zahl der ARE-Arztbesuche in der 4. KW nicht mehr erhöht. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird nun in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich zunehmend durch die Omikron-Welle mitbestimmt.

In Europa ist die Influenza-Aktivität in der 3. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Eine hohe Krankheitslast durch COVID-19 bestimmt das Infektionsgeschehen. Das Einhalten der AHA-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko für beide Erkrankungen und weitere respiratorisch übertragbare akute Infektionen.

Sentinel-Ergebnisse aus der syndromischen und virologischen Surveillance zu COVID-19 werden donnerstags im RKI-Wochenbericht zu COVID-19 aufgeführt:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html.

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

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Rate ist in der 4. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt und bei den Kindern bis 14 Jahren gesunken (4,8 %; Vorwoche mit Nachmeldungen: 5,1 %), bei den 15- bis 34-Jährigen wurde aber ein weiterer Anstieg der ARE-Rate beobachtet. Die ARE-Rate lag in der 4. KW zwar deutlich über dem Vorjahreswert, aber unter den Jahren vor der Pandemie (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>.

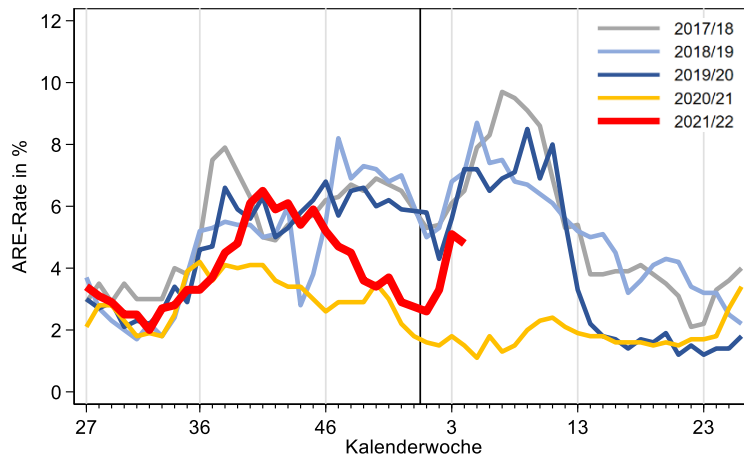


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 4. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 4. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lagen insgesamt im Bereich moderat erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Während in der AGI-Großregion Norden (West) der Praxisindex im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität lag, lag dieser in Mitte (West) im stark erhöhten Bereich.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 49. KW 2021 bis zur 4. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	49. KW	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW
Süden	139	110	91	76	108	106	131	156
Baden-Württemberg	133	99	85	86	106	108	125	166
Bayern	144	122	97	67	111	105	138	146
Mitte (West)	138	124	100	93	123	126	178	181
Hessen	136	120	88	92	87	112	195	198
Nordrhein-Westfalen	138	123	101	111	140	131	179	162
Rheinland-Pfalz, Saarland	140	130	111	77	142	134	160	183
Norden (West)	152	127	99	124	152	119	131	119
Niedersachsen, Bremen	161	133	102	137	107	97	122	134
Schleswig-Holstein, Hamburg	144	122	97	111	197	142	140	105
Osten	165	140	102	95	113	103	129	148
Brandenburg, Berlin	120	122	72	75	132	132	177	163
Mecklenburg-Vorpommern	195	163	130	116	124	106	129	189
Sachsen	150	118	99	98	87	66	81	106
Sachsen-Anhalt	193	148	117	102	127	108	139	149
Thüringen	166	148	92	83	97	104	122	131
Gesamt	144	124	97	95	121	113	145	153

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

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

Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen aktuell deutlich höher als im letzten Jahr und seit dem Jahreswechsel 2021/22 im Bereich der Jahre vor der Pandemie (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben und lag in der 4. KW 2022 bei ca. 1.470 (Vorwoche: 1.450) Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,2 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

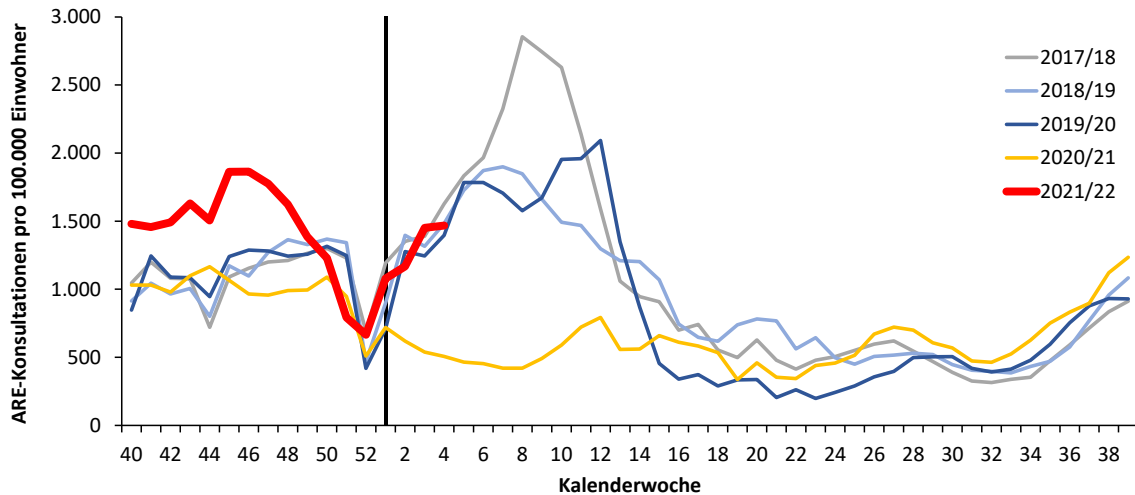


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 4. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 4. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in vier der fünf Altersgruppen relativ stabil geblieben oder leicht gesunken, nur bei den 5- bis 14-jährigen Kindern ist der Wert gestiegen (Abb. 3). Die Werte liegen in der 4. KW 2022 in vier der fünf Altersgruppen im Bereich der Jahre vor der COVID-19-Pandemie zu Beginn der jährlichen Grippewellen, bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) liegen die Werte aktuell noch etwas darunter.

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

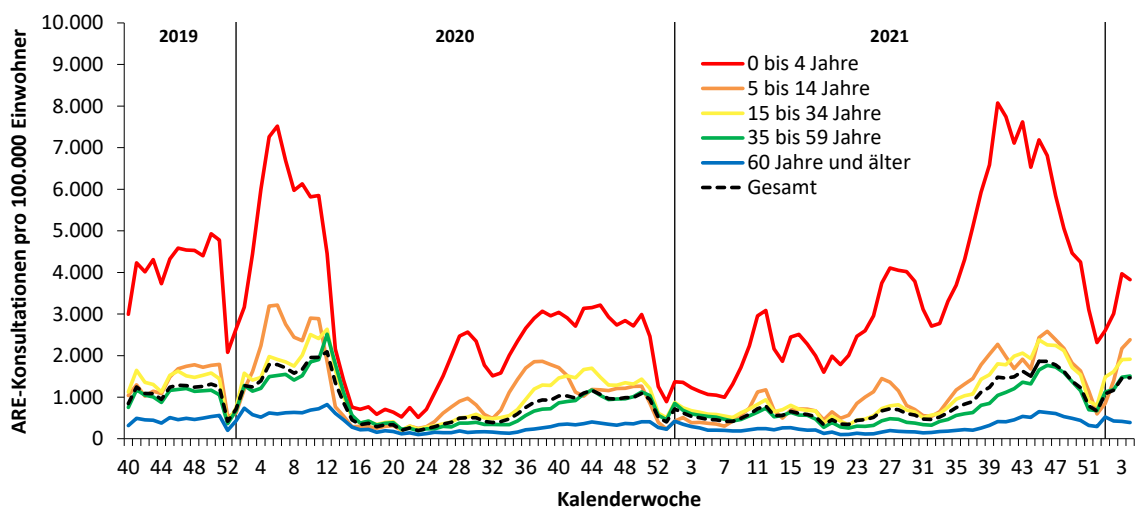


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 4. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 643 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 4. KW 2022 lagen 442 Meldungen vor, darunter 270 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 4. KW 2022 insgesamt 135 Sentinelproben von 42 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 4. KW 2022 in insgesamt 97 (72 %) der 135 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 30 (22 %) Proben mit SARS-CoV-2, 23 (17 %) mit Rhinoviren, 21 (16 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 19 (14 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43, 229E oder NL63, fünf (4 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und vier (3 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV). In der 4. KW wurden in fünf (4 %; 95 %-Konfidenzintervall [1; 9]) Proben Influenza A(H₃N₂)-Viren nachgewiesen (Tab. 2; Stand: 1.2.2022). In der 4. KW 2022 gab es insgesamt eine Dreifach- und acht Doppelinfektionen, alle bei Kindern bis 14 Jahren.

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).

	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	66	128	144	133	135	3.068
Probenanzahl mit Virusnachweis	31	63	67	73	97	1.863
Anteil Positive (%)	47	49	47	55	72	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H ₃ N ₂)	2	6	3	2	5	29
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	0	0	0	0
B(Victoria)	0	0	0	0	0	2
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	3	5	2	2	4	1
RSV	6	5	2	3	4	619
Anteil Positive (%)	9	4	1	2	3	20
hMPV	4	10	13	12	21	102
Anteil Positive (%)	6	8	9	9	16	3
PIV (1 – 4)	3	4	2	3	5	154
Anteil Positive (%)	5	3	1	2	4	5
Rhinoviren	7	10	22	14	23	553
Anteil Positive (%)	11	8	15	11	17	18
hCoV	7	20	12	17	19	413
Anteil Positive (%)	11	16	8	13	14	13
SARS-CoV-2	7	13	17	25	30	218
Anteil Positive (%)	11	10	12	19	22	7

* 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.

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb der bisherigen typischen Zeiträume bestimmt. Die RSV-Saison dauerte 16 Wochen an und endete in der 50. KW 2021 (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/05_22.pdf). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann nicht eingeschätzt werden, ob und wann es in dieser Saison gegebenenfalls zu einem erneuten Anstieg von RSV-Fällen kommen wird. Influenzaviren wurden in dieser Saison bisher am häufigsten in der 1. KW 2022 mit einer Positivenrate von 5 % detektiert.

Die hMPV-Positivenrate zeigt seit der 51. KW einen steigenden Trend. Seit dem Jahreswechsel zirkulieren hMPV, Rhinoviren und hCoV in etwa gleich häufig (4. KW: zwischen 14 – 17 %).

Aktuell ist die ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen zunehmend auf die Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen. Die SARS-CoV-2-Positivenrate zeigt seit der 49. KW 2021 einen steigenden Trend und ist bis zur 4. KW 2022 auf 22 % angestiegen. Wenn die SARS-CoV-2-Positivenrate getrennt nach Kindern bis 14 Jahre und Personen ab 15 Jahre betrachtet wird, zeigt sich ein früherer Anstieg der Positivenrate bei den Älteren. In der Altersgruppe der Kinder ist ein deutlicher Anstieg erst seit der 2. KW 2022 zu verzeichnen (Abb. 5).

SARS-CoV-2 wurde in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen mit 37 % am häufigsten nachgewiesen. (Abb. 6). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 141 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 gestiegen: 50. KW 2021 8 %, 51. KW 2021 33 %, 52. KW 2021 40 %, 1. KW 2022: 83 %, 2. KW 2022 87 %, 3. KW 2022 100 %, 4. KW 2022 94 % (Stand 2.2.2022).

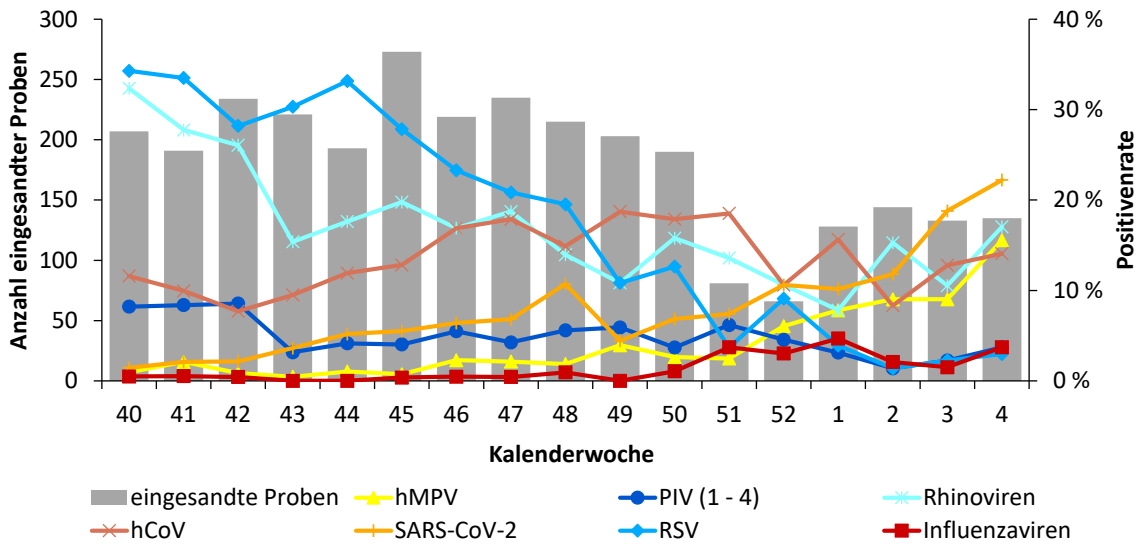


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivensrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 4. KW 2022.

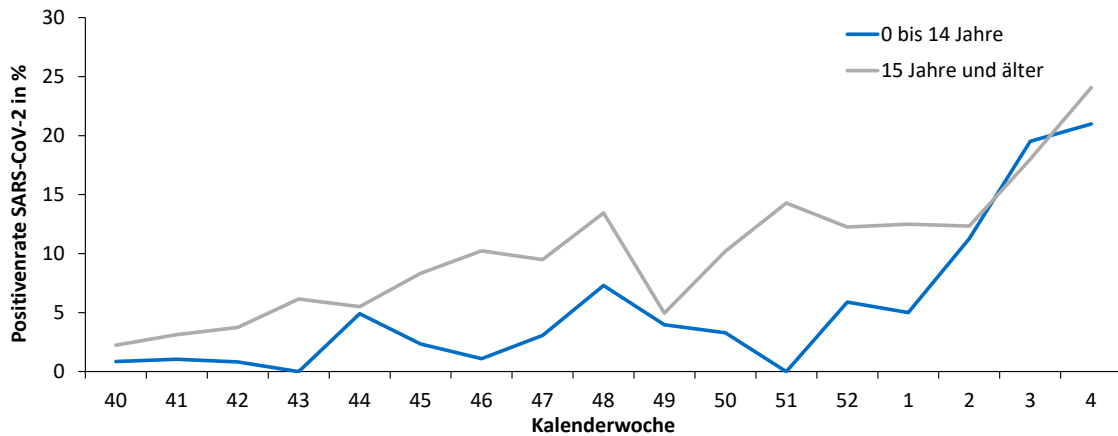


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 an allen an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben von der 40. KW 2021 bis zur 4. KW 2022 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter.

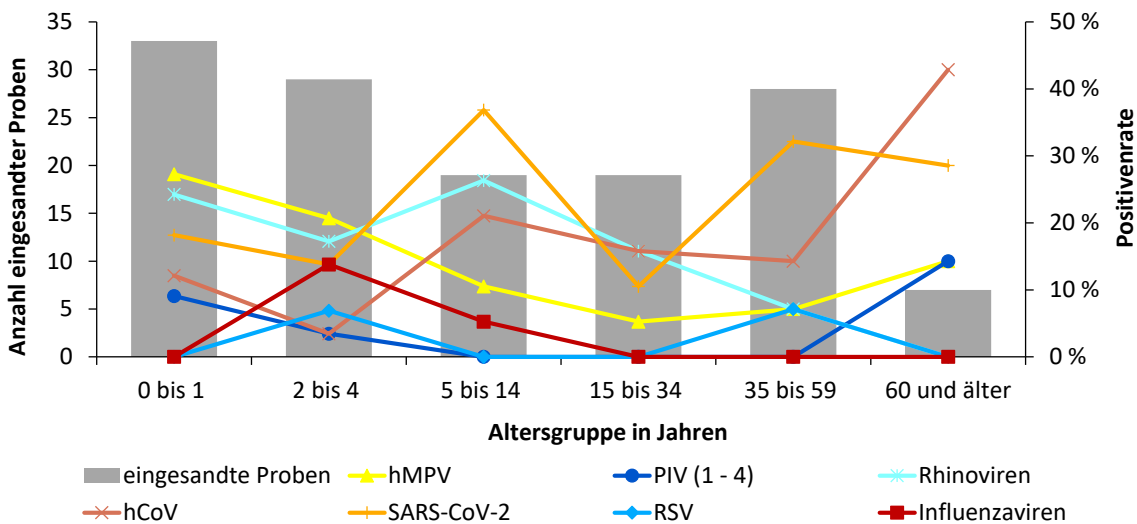


Abb. 6: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 4. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 28 Influenza A(H₃N₂)-Viren und ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert. 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. Neun Influenzaviren wurden sequenziert und genetisch analysiert. Das Influenza B-Virus der Victoria-Linie gehört zur Clade V1A.3a.2; die acht untersuchten A(H₃N₂)-Viren clustern alle in der Clade 3C.2a1b.2a.2.

Informationen des NRZ für Influenzaviren zur Charakterisierung der zirkulierenden Viren und Übereinstimmung mit den im Impfstoff enthaltenen Stämmen sind abrufbar unter:

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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 4. MW 2022 wurden bislang 268 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 52 Fällen (19 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 1.2.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 1.530 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte noch niedrig. Es wurden jedoch deutlich mehr Fälle als im Vorjahr (Stand 2.2.2021: 387) übermittelt. Bei 371 Fällen (24 %) 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)

		51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4 MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	60	65	148	204	222	225	1.213
	A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	3	2	9
	A(H3N2)	7	7	7	13	8	16	81
	nicht nach A / B differenziert	6	2	7	1	8	11	57
	B	5	9	7	9	4	14	170
Gesamt		78	83	169	227	245	268	1.530

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

Es wurden bisher sechs Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter jeweils zwei Ausbrüche in Krankenhäusern oder Kindergärten bzw. Horten und jeweils ein Ausbruch in einer Schule oder Kaserne. Alle Ausbrüche wurden bisher durch Influenza A-Viren verursacht.

Die Zahl der an das RKI übermittelten Influenzafälle bundesweit und für die zwölf AGI-Regionen ist täglich aktualisiert abrufbar auf den AGI-Internetseiten (jeweils unterstes Diagramm) unter:

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

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

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI)* ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 4. KW 2022 insgesamt stabil geblieben. Dabei sind die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre sowie 80 Jahre und älter leicht zurückgegangen. Die Zahl der SARI-Fälle ist in den anderen Altersgruppen weitestgehend stabil geblieben (Abb. 7).

Nach dem Rückgang der SARI-Fallzahlen vor dem Jahreswechsel liegen die Werte insgesamt seit der 52. KW 2021 unter dem Niveau der Vorsaisons. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der 4. KW 2022 in allen Altersgruppen niedrig. Dabei liegen die Fallzahlen in den Altersgruppen unter 35 Jahre aktuell deutlich über

* 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).

den Werten der Vorsaison, in den Altersgruppen ab 35 Jahre jedoch sehr deutlich unter den Werten der Vorsaison.

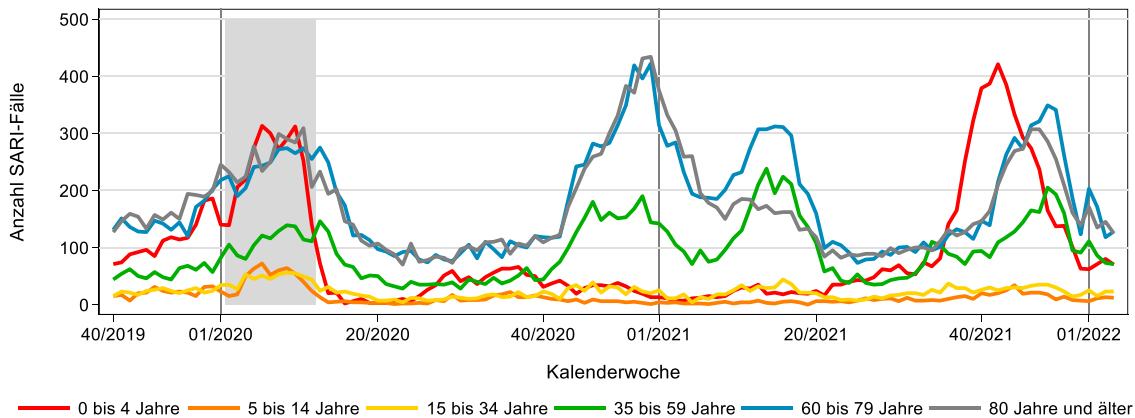


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 4. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist trotz leicht schwankender SARI-Fallzahlen seit der 51. KW 2021 weitestgehend stabil. In der 4. KW 2022 wurden bei insgesamt 46 % (Vorwoche: 42 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 8). In den Altersgruppen zwischen 15 und 59 Jahre wurde in der 4. KW 2022 bei mehr als der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert.

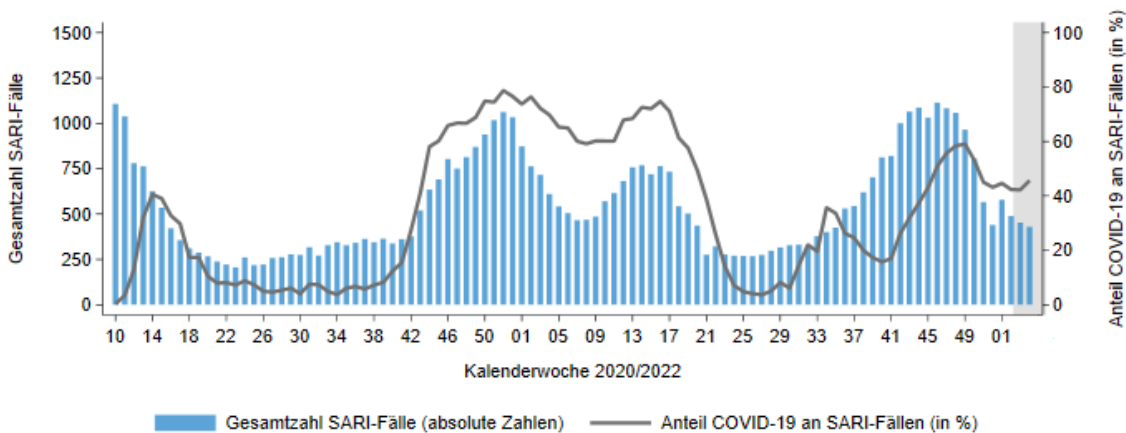


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 4. 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 ist in der 4. KW 2022 gestiegen und lag bei insgesamt 61 % (Vorwoche: 53 %).

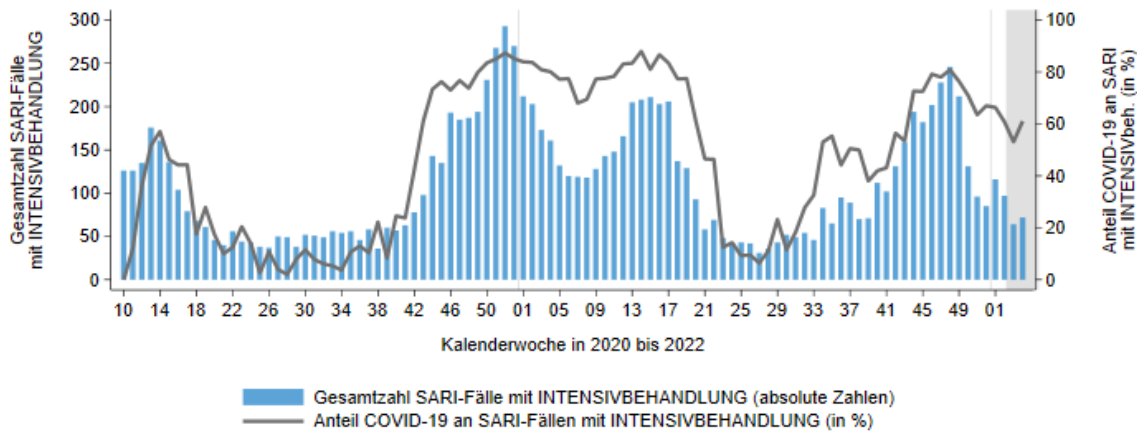


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 4. 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

Für die WHO Region Europa hat die Grippesaison mit erhöhter Influenza-Aktivität in der 49. KW 2021 begonnen. In der 3. KW 2022 lag die Influenza-Positivenrate mit 7 % jedoch unter dem regionalen Schwellenwert (10 %). Sieben Länder meldeten in der 3. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten z. T. deutlich über 10 %.

Von 38 Ländern, die für die 3. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 19 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, zwölf Länder über eine niedrige und sieben Länder über eine mittlere Influenza-Aktivität.

Für die 3. KW 2022 wurden in 115 (7 %) von 1.674 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, darunter ausschließlich Nachweise mit Influenza A-Viren. Es wurden 76 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 95 % Influenza A(H3N2)-Viren und 5 % Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 1.823 (7 %) von 26.915 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 99 % Influenza A-Virusnachweise und 1 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 1.237 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 1.167 (94 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 70 (6 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Von den 25 Influenza B-Virusnachweisen wurden fünf subtypisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus elf Ländern 2.962 SARI-Fälle für die 3. KW 2022 gemeldet. Es wurden 523 (18 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 40 (8 %) positiv für Influenzaviren, darunter ausschließlich Influenza A (100 %). In der 3. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 51 %.

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

Das ECDC hat am 25.1.2022 den dritten Bericht zur Charakterisierung der aktuell zirkulierenden Influenzaviren der Saison 2021/22 veröffentlicht. Der Bericht ist abrufbar unter:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characterisation-summary-europe-december-2021>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 411 vom 24.1.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 9.1.2022.

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 be-

einflusst. Angesichts der zunehmenden Influenzafallzahlen während der COVID-19-Pandemie wird den Ländern empfohlen, sich auf die gemeinsame Verbreitung von Influenza und SARS-CoV-2 vorzubereiten. Sie werden ermutigt, die integrierte gleichzeitige Überwachung von Influenza und COVID-19 zu verbessern. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik berücksichtigen.

Weltweit wurde über eine weiterhin niedrige und eher rückläufige Influenza-Aktivität berichtet. In einigen Ländern erreichte die Influenza-Aktivität das Niveau, das zu dieser Zeit vor der COVID-19-Pandemie zu beobachten war.

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde über eine niedrige und in einigen Ländern über eine steigende Aktivität mit hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren berichtet, in China wurden Influenza B-Viren der Victoria-Linie detektiert.

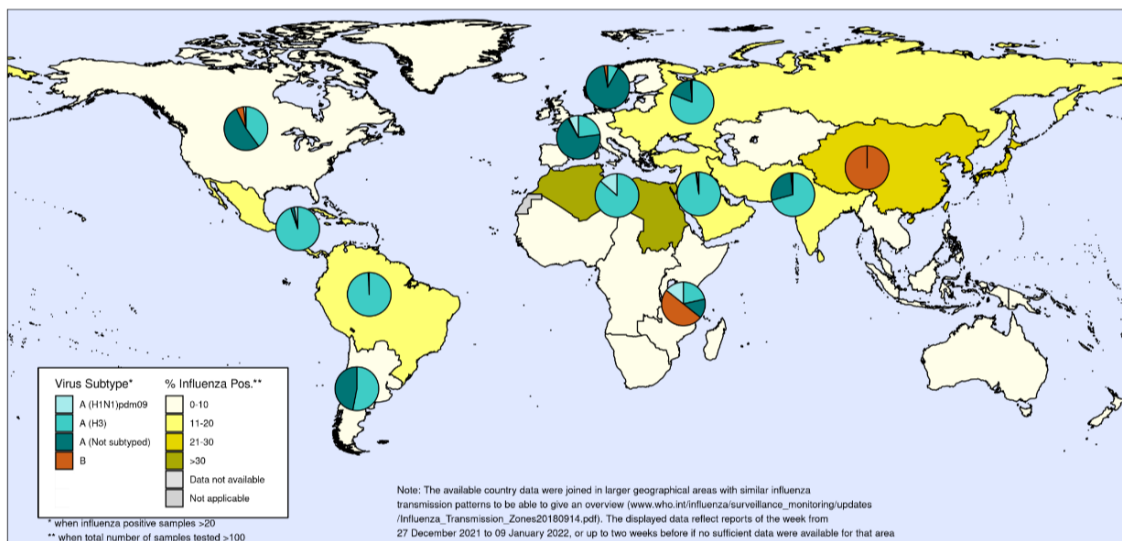
Im tropischen Südamerika wurde eine weiterhin erhöhte Zirkulation von Influenza A(H3N2)-Viren verzeichnet. Im tropischen Afrika wurde über eine sinkende Influenza-Aktivität berichtet.

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

Vom 27.12.2021 bis 9.1.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 317.198 Proben und meldeten 16.862 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 64 % Influenza A-Viren und bei 36 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 96 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren. Unter den subtypisierten Influenza B-Viren gehörten 100 % der Victoria-Linie an (Abb. 10).

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>.



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



Data source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flu-net)
Copyright WHO 2022. All rights reserved.

Abb. 10: Anteil Influenzavirus-positiver Proben nach Typ und Subtyp in den verschiedenen WHO Influenzatransmissionszonen. Datenstand 21.1.2022, mit Daten vom 27.12.2021 bis zum 9.1.2022 (Quelle:

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/influenza-updates/2021/2022_01_24_surveillance_update_411.pdf, zuletzt abgerufen am 1.2.2022)

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 4/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9580