



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 9 (28.2. bis 6.3.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 9. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 9. KW bundesweit mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen in der 9. KW im Bereich der jährlichen Grippewellen vor der COVID-19-Pandemie und weiterhin deutlich höher als letztes Jahr um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 9. KW 2022 in insgesamt 49 (54 %) der 90 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 20 (22 %) Proben mit Rhinoviren, 17 (19 %) mit SARS-CoV-2, 13 (14 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), zwei (2 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) sowie jeweils eine (1 %) Probe mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) bzw. Influenzaviren.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 2. KW 2022 insgesamt weitestgehend stabil geblieben.

Für die 9. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 165 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 9.3.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland ist weiterhin niedrig. Eine Grippewelle (nach Definition der AGI) auf Bevölkerungsebene hat bisher nicht begonnen. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt, im stationären Bereich ist COVID-19 weiterhin die häufigste Erkrankung unter allen schweren Atemwegsinfektionen.

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. Influenzaviren wurden seit der 50. KW 2021 zwar regelmäßig detektiert, die Influenza-Aktivität befindet sich aber weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Die ARE-Konsultationsinzidenz hatte in der aktuellen Saison 2021/22 ihren bisherigen Höhepunkt in der 5. KW 2022 mit ca. 1,6 Millionen Arztbesuchen wegen ARE. Nach einem Rückgang von der 6. bis zur 8. KW ist die ARE-Aktivität in der aktuellen Berichtswoche wieder angestiegen. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt, im stationären Bereich ist COVID-19 weiterhin die häufigste Erkrankung unter allen schweren Atemwegsinfektionen.

Auf europäischer Ebene gibt es derzeit keine Hinweise auf eine steigende Influenza-Aktivität. Eine hohe Krankheitslast durch COVID-19 bestimmt weiterhin das Infektionsgeschehen. Das Einhalten der AHA+L-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko für COVID-19, Influenza 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 9. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen (5,4 %; Vorwoche: 4,6 %). Die ARE-Rate ist mit Ausnahme der 0- bis 4-jährigen in allen Altersgruppen gestiegen, insbesondere bei den 15- bis 34-jährigen. Die ARE-Rate lag in der 9. KW deutlich über dem Vorjahreswert, aber unter den Jahren vor der Pandemie (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 5,4 % einer Gesamtzahl von knapp 4,5 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Seit dem Jahreswechsel wurde in der 9. KW 2022 die bisher höchste ARE-Rate erreicht (5,4 %), jedoch lagen die Werte im Herbst 2021 darüber (41. KW 2021: 6,5 %). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

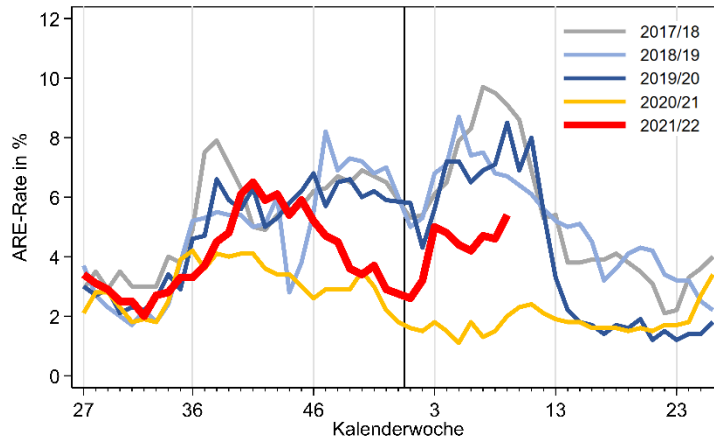


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 9. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 9. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Während in den AGI-Großregionen Süden und Osten der Praxisindex im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität lag, lag er in Mitte (West) und Norden (West) im Bereich deutlich bzw. moderat erhöhter ARE-Aktivität.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 2. KW bis zur 9. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW
Süden	107	134	173	207	210	193	188	204
Baden-Württemberg	110	130	180	198	195	187	189	206
Bayern	105	138	166	215	225	200	186	202
Mitte (West)	128	181	195	206	210	169	156	169
Hessen	117	199	199	211	218	165	141	186
Nordrhein-Westfalen	132	181	206	224	219	193	165	171
Rheinland-Pfalz, Saarland	135	163	181	183	192	148	161	151
Norden (West)	123	137	147	133	147	140	140	138
Niedersachsen, Bremen	100	126	151	145	161	137	145	151
Schleswig-Holstein, Hamburg	147	148	144	120	134	143	134	126
Osten	103	131	148	195	215	190	206	210
Brandenburg, Berlin	130	184	180	204	206	163	168	162
Mecklenburg-Vorpommern	108	130	163	175	208	268	200	280
Sachsen	66	80	112	161	176	163	175	179
Sachsen-Anhalt	108	138	149	264	314	215	261	230
Thüringen	104	122	139	170	170	143	223	201
Gesamt	115	149	170	193	200	176	172	180

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 lagen seit dem Jahreswechsel 2021/22 bis zur 9. KW 2022 im Bereich der Jahre vor der Pandemie (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag in der 9. KW 2022 bei ca. 1.600 (8. KW: 1.500, 7. KW: 1.600) Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,3 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Der bisherige Höhepunkt in der Saison 2021/22 wurde in der 5. KW mit rund 1,6 Millionen ARE-Arztbesuchen verzeichnet. Ähnlich hohe Zahlen wurden bereits im Spätherbst (45./46. KW 2021) beobachtet.

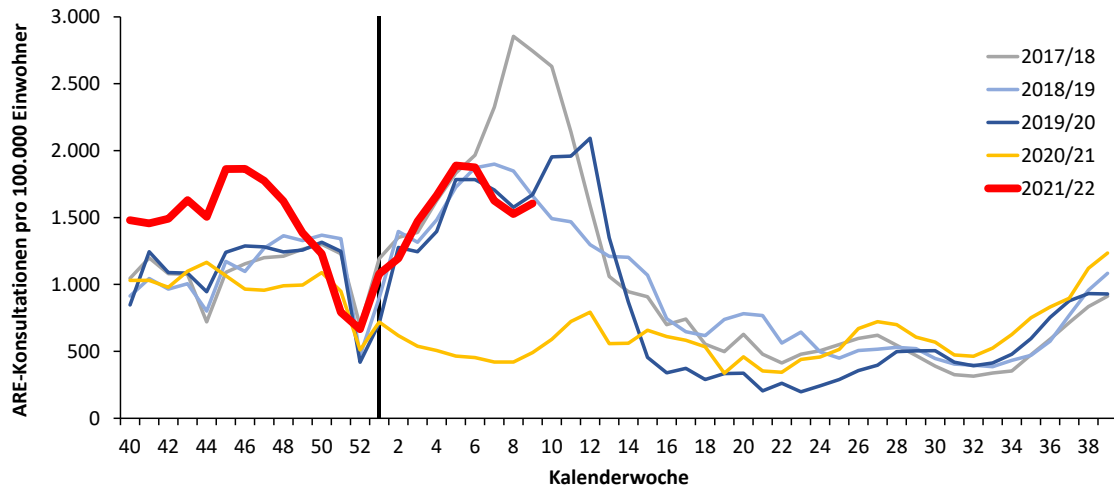


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 9. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 9. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in fast allen Altersgruppen leicht gestiegen bis auf die Altersgruppen der 5- bis 14-Jährigen und der ab 60-Jährigen (Abb. 3). Der Rückgang bei den 5- bis 14-Jährigen im Vergleich zur Vorwoche betrug 6 % und bei den ab 60-Jährigen blieb der Wert gegenüber der Vorwoche stabil. In allen anderen Altersgruppen lag der Anstieg zwischen 3 % und 9 %. Die Werte liegen in der 9. KW 2022 bei den Erwachsenen ab 15 Jahren im Bereich der jährlichen Grippewellen vor der COVID-19-Pandemie. Bei den Kindern, insbesondere bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) liegen die Werte aktuell darunter.

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

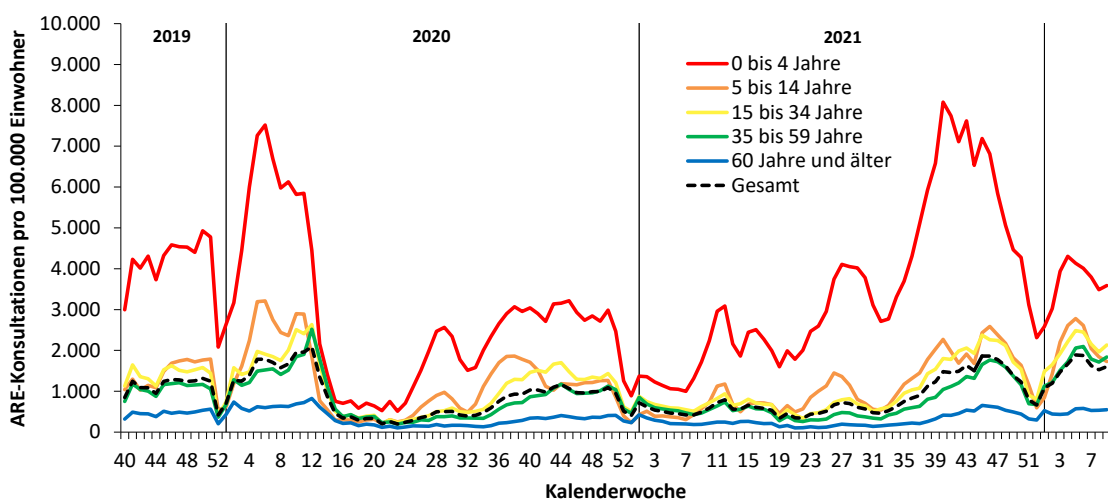


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 9. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 650 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 9. KW 2022 lagen 424 Meldungen vor, darunter 262 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 9. KW 2022 insgesamt 90 Sentinelproben von 33 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 9. KW 2022 in insgesamt 49 (54 %) der 90 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 20 (22 %) Proben mit Rhinoviren, 17 (19 %) mit SARS-CoV-2, 13 (14 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), zwei (2 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und eine (1 %) Probe mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs NL63. In der 9. KW wurde in einer (1 %; 95 %-Konfidenzintervall [0; 6]) Probe Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen (Tab. 2; Stand: 9.3.2022).

In der 9. KW 2022 gab es insgesamt fünf Doppelinfectionen. Mehrfachnachweise wurden ausschließlich in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen detektiert.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinelns im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2021/22 (ab 40. KW 2021).

	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	158	169	159	146	90	3.829
Probenanzahl mit Virusnachweis	101	103	100	88	49	2.328
Anteil Positive (%)	64	61	63	60	54	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H3N2)	8	2	4	3	1	48
A(H1N1)pdm09	0	0	0	1	0	1
B(Victoria)	0	0	1	0	0	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	5	1	3	3	1	1
RSV	6	1	1	4	0	631
Anteil Positive (%)	4	1	1	3	0	16
hMPV	21	29	16	15	13	199
Anteil Positive (%)	13	17	10	10	14	5
PIV (1 – 4)	1	2	4	2	2	166
Anteil Positive (%)	1	1	3	1	2	4
Rhinoviren	23	22	25	24	20	672
Anteil Positive (%)	15	13	16	16	22	18
hCoV	14	18	15	5	1	471
Anteil Positive (%)	9	11	9	3	1	12
SARS-CoV-2	37	45	46	41	17	415
Anteil Positive (%)	23	27	29	28	19	11

* Die Anzahl der eingesandten Proben kann von der Summe der negativen und positiven Proben abweichen, wenn Mehrfachinfectionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

In der 9. KW 2022 ist die Positivenrate für SARS-CoV-2 im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen, die Positivenraten für Rhinoviren und hMPV sind dagegen gestiegen (Abb. 4).

In der 9. KW lag die Influenza-Positivenrate bei 1 %. Eine Grippewelle hat in dieser Saison bisher nicht begonnen. Aktuell ist die ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen weiterhin auf die Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen, aber auch Rhinoviren werden relativ häufig nachgewiesen. Rhinoviren wurden hauptsächlich bei den 0- bis 4-Jährigen detektiert.

Die SARS-CoV-2-Positivenraten sind sowohl bei Kindern bis 14 Jahre als auch bei Personen ab 15 Jahre in der 9. KW im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen (Abb. 5). Die SARS-CoV-2-Positivenrate lag in der 9. KW bei den ab 60-Jährigen mit 50 % am höchsten, gefolgt von den 35- bis 59-Jährigen (23 %). Bei den Kleinkindern bis 4 Jahre lagen die SARS-CoV-2-Positivenraten zwischen 6 % und 22 % (Abb. 6). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 315 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 55 % gestiegen (Stand 9.3.2022).

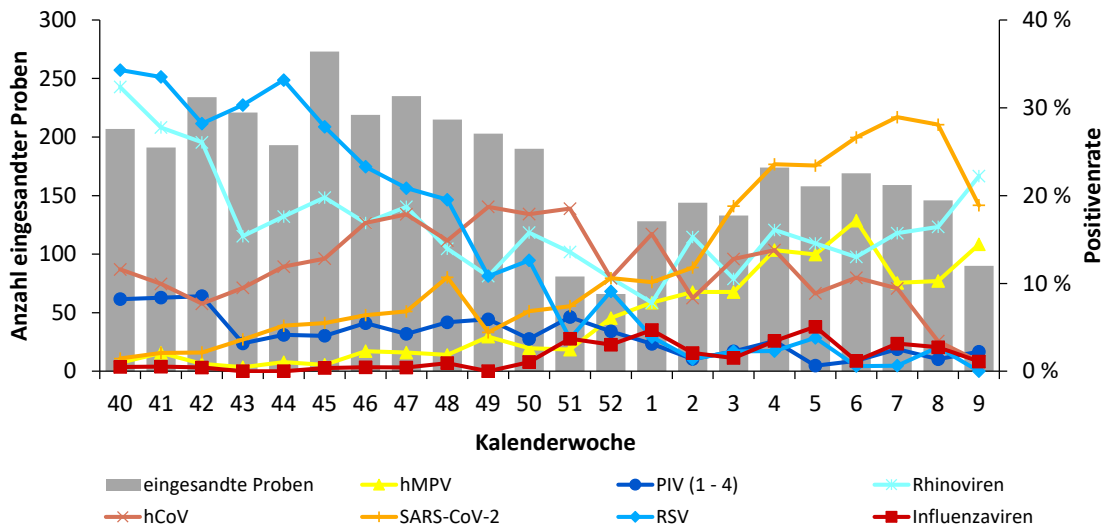


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 9. KW 2022.

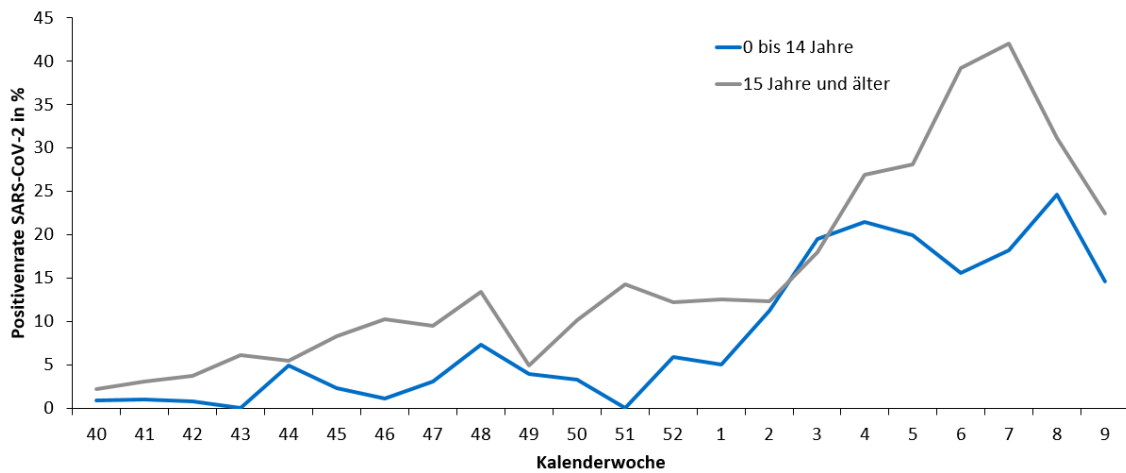


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 9. KW 2022.

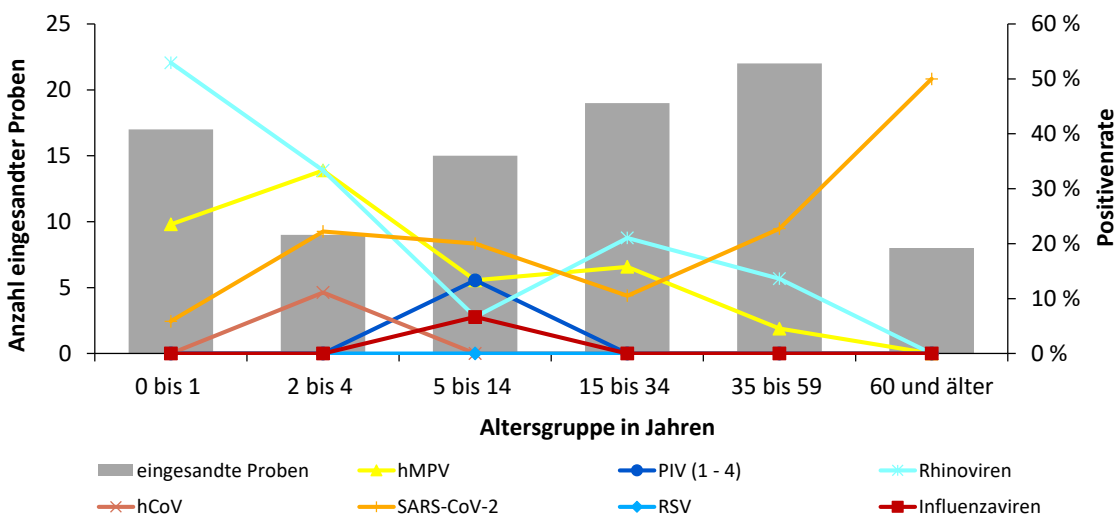


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 9. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 64 Influenza A(H₃N₂)-Viren, zwei A(H₁N₁)pdm09-Viren und ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert (aus dem Sentinel und Einsendungen von Laboren). Alle Influenza A(H₃N₂)-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H₃N₂)-Impfstamm (A/Cambodia/eo826360/2020), während das Influenza B-Virus mit B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria/2/87 (del162-164B)-lineage) reagierte. Die A(H₁N₁)pdm09-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H₁N₁)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019).

Aus Proben des Sentinels wurden 15 A(H₃N₂) Influenzaviren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 16 A(H₃N₂) Influenzaviren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 31 A(H₃N₂) Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden zwei A(H₁N₁)pdm09 Viren (aE) sequenziert, welche zur Clade 6B.1A.5a.1 (Referenzvirus A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019) gehören und ein B/Victoria Virus (aE) charakterisiert, das der Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021) zuzuordnen ist.

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 9. MW 2022 wurden bislang 165 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 22 Fällen (13 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 9.3.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 2.702 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte niedrig. Es wurden jedoch deutlich mehr Fälle als im Vorjahr (Stand 9.3.2021: 449) übermittelt. Bei 568 Fällen (21 %) 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-Falldefinitions-kategorien C-E)

		4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	235	274	220	194	140	143	2.200
	A(H ₁ N ₁)pdm09	2	1	2	0	1	2	16
	A(H ₃ N ₂)	17	7	10	5	6	2	113
	nicht nach A / B differenziert	11	17	31	15	14	9	144
	B	14	17	4	14	14	9	229
Gesamt		279	316	267	228	175	165	2.702

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

Es wurden bisher zehn Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter drei Ausbrüche in Kindergärten bzw. Horten, jeweils zwei Ausbrüche in Krankenhäusern, Schulen oder privaten Haushalten sowie ein Ausbruch in einer Kaserne. Alle Ausbrüche wurden bisher durch Influenza A-Viren verursacht.

Bislang wurden zwölf Influenzafälle an das RKI übermittelt, bei denen eine Angabe zu einer Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 vorlag.

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

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

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

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI)* ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) insgesamt seit der 2. KW 2022 stabil geblieben. Die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen unter 35 Jahre haben sich in der 9. KW 2022 weiter stabilisiert, dagegen ist die Zahl der SARI-Fälle zwischen 35 und 79 Jahre in der 9. KW 2022 gesunken. In der Altersgruppe ab 80 Jahre kam es in den letzten Wochen zu einem Anstieg der SARI-Fallzahlen (Abb. 7).

Die SARI-Fallzahlen liegen insgesamt in der 9. KW 2022 etwa auf dem Niveau der Vorsaison und damit deutlich unter den Werten der vorpandemischen Saisons, in denen es zumeist zwischen Januar und April eine Grippewelle gab. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der 9. KW 2022 in den meisten Altersgruppen niedrig, in der Altersgruppe ab 80 Jahre sind die Werte erhöht.

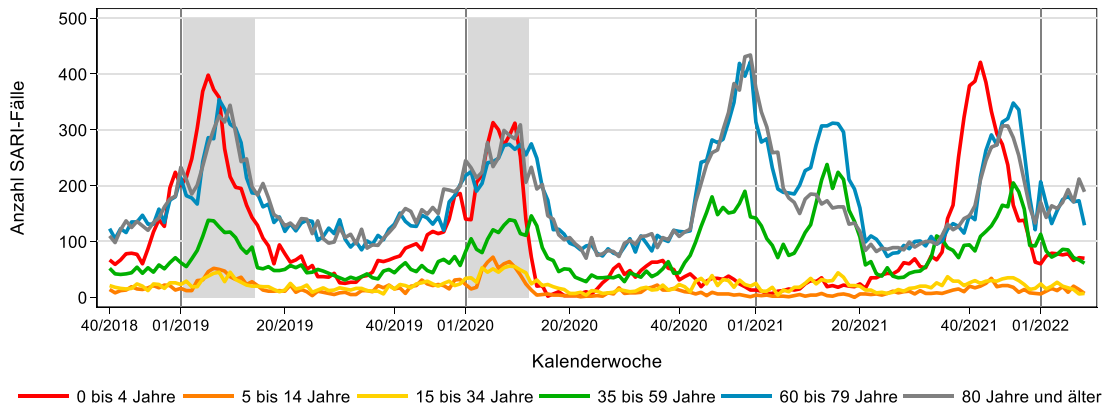


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 9. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist seit der 4. KW 2022 weitestgehend stabil. So wurden in der 9. KW 2022 bei insgesamt 51 % (Vorwoche: 49 %) 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 ab 60 Jahre wurde in der 9. KW 2022 bei mindestens der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert. Der Anteil der COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Patientinnen und Patienten zwischen 35 und 59 Jahre lag in der 9. KW 2022 bei 46 % und damit erstmals seit der 31. KW 2021 (Beginn der 4. COVID-19-Welle, siehe DOI 10.25646/9787) wieder unter 50 %.

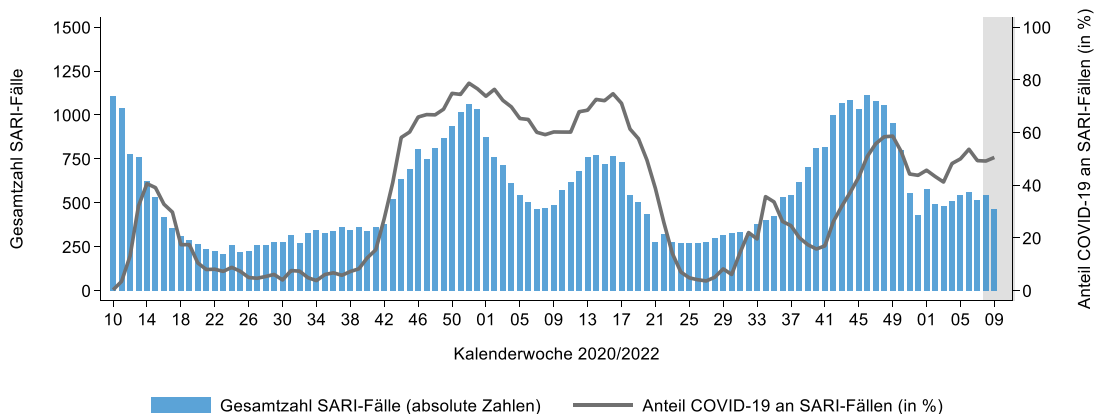


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 9. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

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

In Abb. 9 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil lag in der 9. KW 2022 bei insgesamt 61 % (Vorwoche: 51 %).

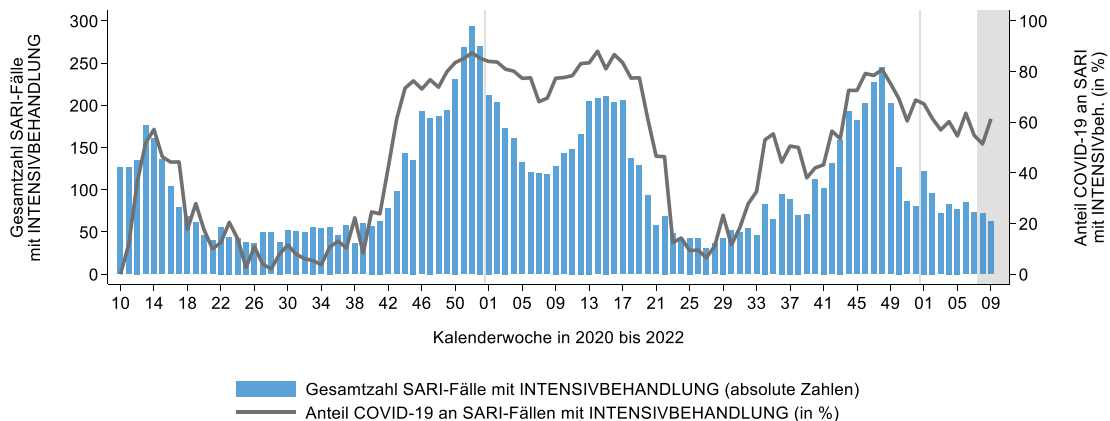


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 9. KW 2022, Daten aus 71 Sentinellkliniken. 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

Von 38 Ländern, die für die 8. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 24 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, neun Länder über eine niedrige und fünf über eine mittlere Influenza-Aktivität.

Für die 8. KW 2022 wurden in 92 (10 %) von 948 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, 91 (99 %) waren positiv für Influenza A-Viren. Es wurden 77 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 96 % Influenza A(H3N2)-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 2.546 (7 %) von 36.483 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 99 % Influenza A-Virusnachweise und 1 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 1.806 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 1.662 (92 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 144 (8 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Von den 34 Influenza B-Virusnachweisen wurden sechs charakterisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus 13 Ländern 2.597 SARI-Fälle für die 8. KW 2022 übermittelt. Es wurden 283 (11 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren vier (1 %) positiv für Influenzaviren, ausschließlich Influenza A(H3N2) (100 %). In der 8. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 39 % (7. KW: 44 %). Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

Das ECDC hat am 25.2.2022 den Bericht des Europäischen Programms zur externen Influenza-Qualitätsbewertung (EEIQAP) mit Daten aus 2020 veröffentlicht. Dieser ist abrufbar (in englischer Sprache) unter: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/european-external-influenza-virus-quality-assessment-programme-2020-data>.

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 9/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9769