



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 14 (4.4. bis 10.4.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 14. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 14. KW bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 14. KW 2022 in insgesamt 85 (70 %) der 121 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 26 (21 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 21 (17 %) Proben mit SARS-CoV-2, 18 (15 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), 16 (13 %) mit Influenzaviren, 13 (11 %) mit Rhinoviren und fünf (4 %) mit Parainfluenzaviren (PIV). In keiner Probe wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 14. KW 2022 erstmals seit dem Jahreswechsel 2021/22 gesunken. Zuvor waren die Werte wochenlang weitestgehend stabil geblieben.

Für die 14. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 788 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 12.4.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland ist im Vergleich zur Vorwoche angestiegen. 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 jedoch noch auf einem niedrigen Niveau. Die Influenzameldefälle gemäß IfSG zeigen seit einigen Wochen einen steigenden Trend. Die von wechselndem Testverhalten unabhängigeren Sentinelergebnisse zeigen im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls einen Anstieg der Influenzaaktivität.

Die ARE-Konsultationsinzidenz hat in der aktuellen Saison 2021/22 ihren bisherigen Höhepunkt in der 11. KW 2022 mit ca. 1,8 Millionen Arztbesuchen erreicht. 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 ist die Influenza-Aktivität stabil geblieben. Die Influenza-Positivenrate für Europa lag von der 10. bis 13. KW bei durchschnittlich 27 %. Der hohe Infektionsdruck durch COVID-19 bestimmt weiterhin hauptsächlich das Infektionsgeschehen der akuten Atemwegserkrankungen.

Das Einhalten der AHA+L-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko für COVID-19, Influenza und weitere ARE. Dazu gehört auch eine Minimierung von Kontakten ab Symptombeginn bei Schnupfen, Husten oder Halsschmerzen unabhängig vom Ergebnis eines Labortests.

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 14. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben (5,3 %; Vorwoche: 5,3 %), wobei die ARE-Raten der 0- bis 14-Jährigen gestiegen sind und die der Erwachsenen zurückgingen. Die ARE-Rate lag in der 14. KW im Bereich der vorpandemischen Jahre (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 5,3 % einer Gesamtzahl von ca. 4,4 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

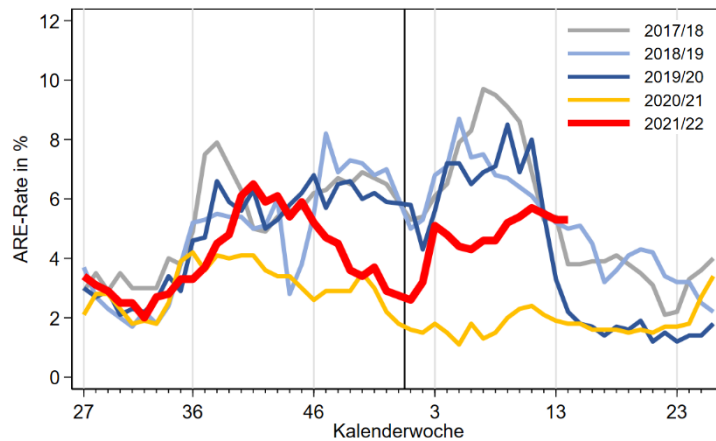


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 14. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 14. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen AGI-Regionen gesunken. Sie lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Die AGI-Großregionen Süden, Mitte (West) und Norden (West) liegen im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität, die Großregion Osten im Bereich moderat erhöhter ARE-Aktivität.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 7. KW bis zur 14. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	13. KW	14. KW
Süden	193	187	193	233	241	225	209	170
Baden-Württemberg	186	184	189	219	227	218	189	163
Bayern	200	190	198	247	256	232	228	177
Mitte (West)	171	153	163	174	209	211	194	162
Hessen	165	136	171	167	210	211	198	174
Nordrhein-Westfalen	194	164	170	181	233	213	194	153
Rheinland-Pfalz, Saarland	154	160	147	173	185	209	190	160
Norden (West)	143	141	139	166	195	186	187	166
Niedersachsen, Bremen	141	148	150	163	197	185	184	166
Schleswig-Holstein, Hamburg	144	135	129	168	193	186	190	166
Osten	185	201	203	237	266	254	201	148
Brandenburg, Berlin	163	169	163	185	199	191	169	132
Mecklenburg-Vorpommern	248	179	215	284	321	342	255	204
Sachsen	163	175	196	205	233	215	186	120
Sachsen-Anhalt	219	253	207	224	275	247	212	152
Thüringen	132	227	232	288	303	277	182	131
Gesamt	177	171	176	202	227	216	195	158

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

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

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 14. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche erneut gesunken, allerdings hat sich der Vorwochenwert (13. KW) durch Nachmeldungen noch erhöht. Der zweigipfelige Verlauf der Werte nach dem Jahreswechsel ähnelt dem Verlauf in der Saison 2019/20 (Abb. 2). Vor zwei Jahren spiegelte das ARE-Konsultationsverhalten im ersten Gipfel die Grippewelle und im zweiten Gipfel die erste COVID-19-Welle wider, während sich in der aktuellen Saison die beiden Gipfel durch die Verbreitung der Omikron-Sublinien Ba.1 gefolgt von BA.2 erklären lassen. Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 14. KW 2022 bei rund 1.500 (13. KW: 1.800, 12. KW: 2.000) 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.

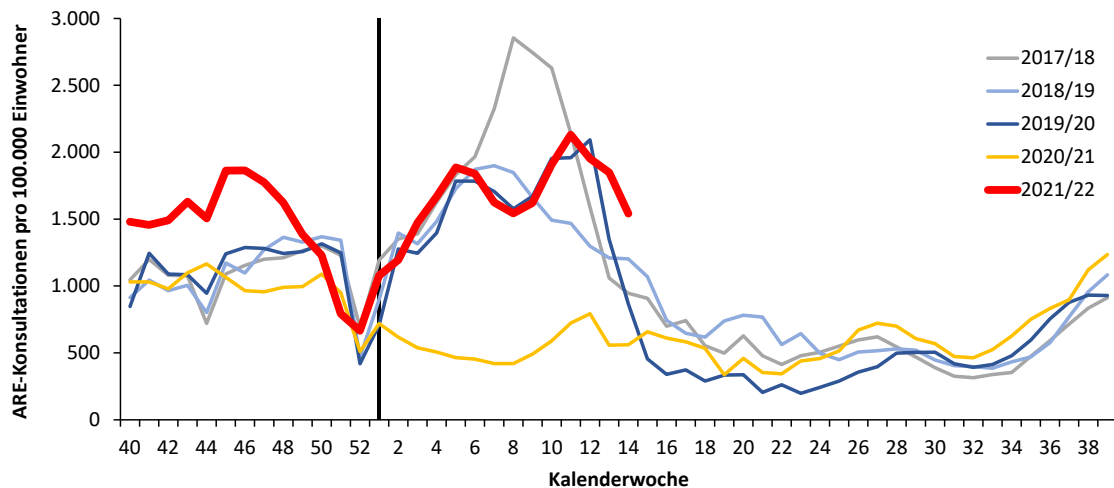


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 14. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 14. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3). Den deutlichsten Rückgang gab es im Vergleich zur Vorwoche bei den 35- bis 59-jährigen (21 %). Die Werte lagen in der 14. KW 2022 in vier der fünf Altersgruppen in einem Bereich, der etwas höher ist als vor der Pandemie, da in den meisten vorpandemischen Saisons die Grippe-Aktivität zu dieser Zeit bereits deutlich zurückging. Bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) liegen die Werte aktuell im Bereich der früheren Werte.

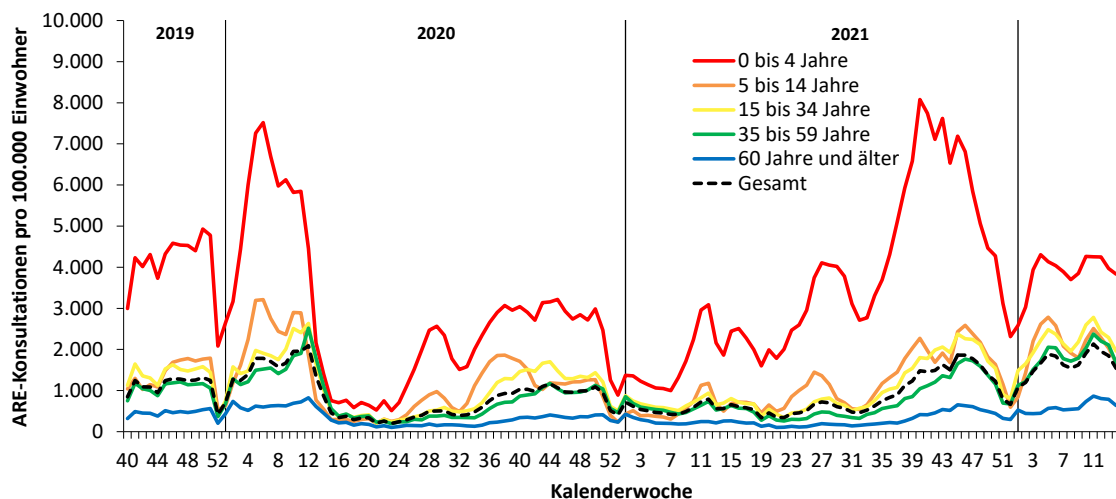


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 14. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 654 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 14. KW 2022 lagen 393 Meldungen vor, darunter 255 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 14. KW 2022 insgesamt 121 Sentinelproben von 40 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 14. KW 2022 in insgesamt 85 (70 %) der 121 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 26 (21 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 21 (17 %) Proben mit SARS-CoV-2, 18 (15 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) der Typen HKU1, 229E, OC43 sowie NL63, 13 (11 %) mit Rhinoviren und fünf (4 %) mit Parainfluenzaviren (PIV). In keiner Probe wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) nachgewiesen. Außerdem wurden in 16 (13 %; 95 %-Konfidenzintervall [7; 21]) Proben Influenzaviren identifiziert, davon waren 14 Influenza A(H3N2) und jeweils eine Probe Influenza A(H1N1)pdm09 bzw. Influenza A (nicht subtypisiert) (Tab. 2).

In der 14. KW 2022 gab es insgesamt 14 Doppelinfektionen, darunter häufig Kombinationen von hMPV mit unterschiedlichen anderen viralen Erregern. In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen wurde eine Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 und Influenzaviren bestätigt.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2021/22 (ab 40. KW 2021), Datenstand 12.04.2022.

	10. KW	11. KW	12. KW	13. KW	14. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	143	134	126	150	121	4.493
Probenanzahl mit Virusnachweis	84	92	85	93	85	2.759
Anteil Positive (%)	59	69	67	62	70	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	1	0	1	3
A(H3N2)	4	6	6	11	14	88
A(H1N1)pdm09	1	3	1	1	1	8
B(Victoria)	0	0	0	0	0	2
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	3	7	6	8	13	2
RSV	2	1	3	0	0	633
Anteil Positive (%)	1	1	2	0	0	14
hMPV	22	24	19	27	26	316
Anteil Positive (%)	15	18	15	18	21	7
PIV (1 – 4)	6	10	7	6	5	196
Anteil Positive (%)	4	7	6	4	4	4
Rhinoviren	24	19	12	17	13	757
Anteil Positive (%)	17	14	10	11	11	17
hCoV	6	11	16	11	18	532
Anteil Positive (%)	4	8	13	7	15	12
SARS-CoV-2	33	34	35	27	21	565
Anteil Positive (%)	23	25	28	18	17	13

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

In der 14. KW 2022 ist die Positivenrate für SARS-CoV-2 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Auch die Positivenrate für Rhinoviren ist gesunken, dagegen sind die Positivenraten für hCoV und hMPV gestiegen. Die Influenza-Positivenrate ist seit der 6. KW kontinuierlich gestiegen und lag in der 14. KW bei 13 % (Abb. 4). Eine Grippewelle nach Definition der AGI 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, auch hMPV, hCoV und Rhinoviren werden relativ häufig nachgewiesen. HMPV wurden hauptsächlich bei den 0- bis 4-Jährigen detektiert, Influenzaviren in den Altersgruppen unter 35 Jahre.

Die SARS-CoV-2-Positivenrate ist bei Kindern bis 14 Jahre in der 14. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen, während sie bei den Erwachsenen ab 15 Jahre gesunken ist (Abb. 5). Die SARS-CoV-2-Positivenrate war in der 14. KW bei den unter 2-Jährigen und bei den ab 35-Jährigen mit 32 bzw. 38 % am höchsten und bei den 15- bis 34-Jährigen mit 5 % am niedrigsten (Abb. 6). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 426 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 93 % gestiegen (Stand 12.4.2022).

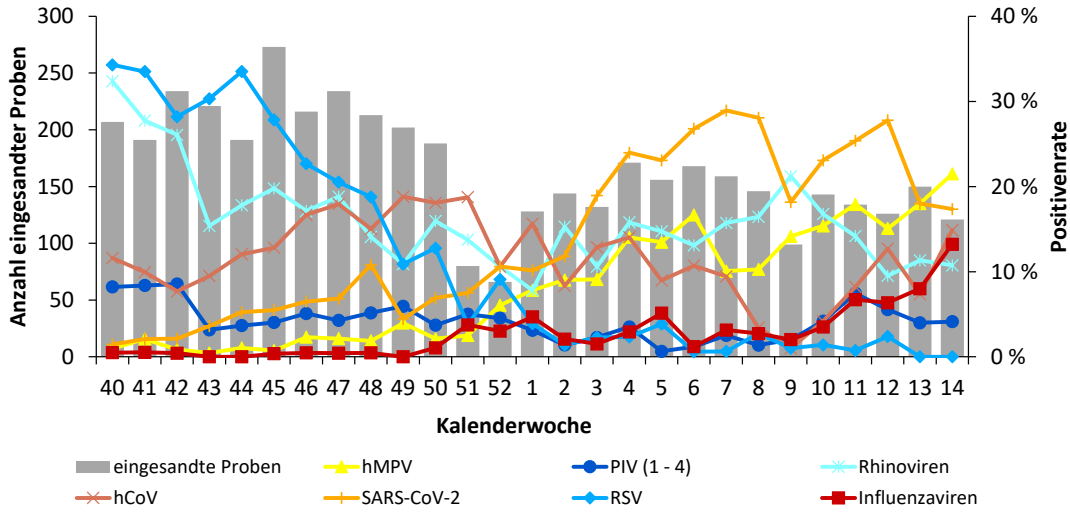


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 14. KW 2022.

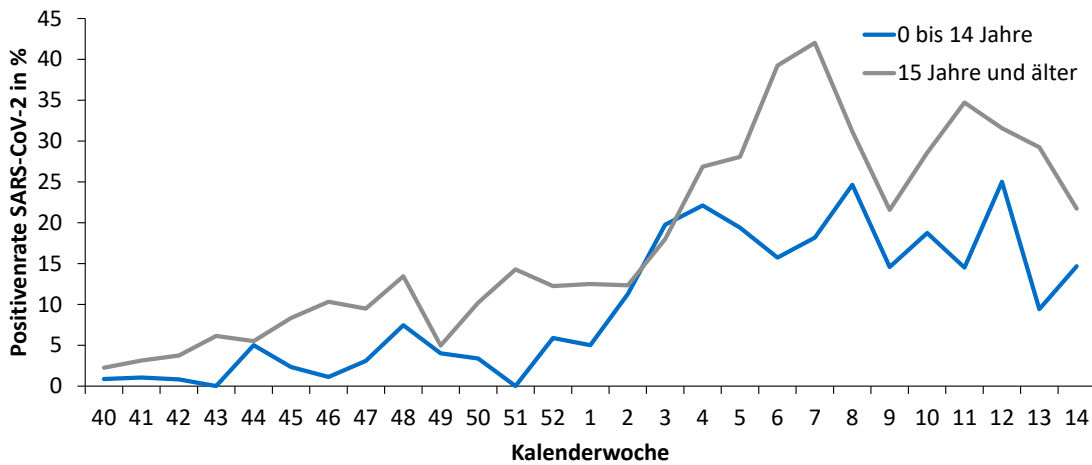


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 14. KW 2022.

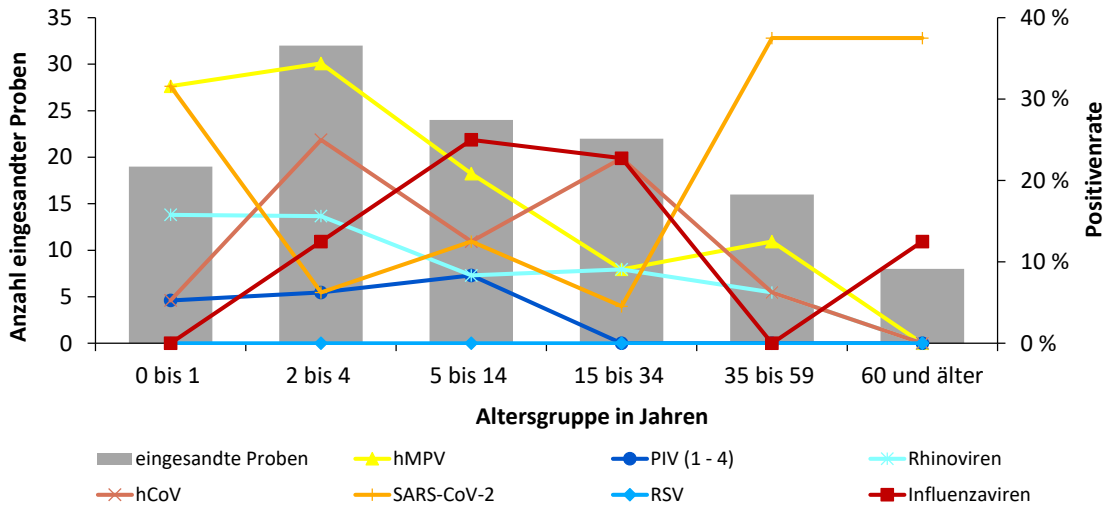


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 14. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 117 Influenza A(H3N2)-Viren, drei 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 27 Influenza A(H3N2)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 27 Influenza A(H3N2)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 54 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.

Alle untersuchten Influenzaviren zeigten sich gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich (102 A(H3N2)-, drei A(H1N1)pdm09-Viren und ein B/Victoria-Virus). Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sequenzierten A(H3N2)-Viren nicht detektiert.

Zusätzliche Informationen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter:

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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 14. MW 2022 wurden bislang 788 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt, eine deutliche Zunahme der Fallzahlen ist seit der 9. KW zu beobachten (Tab. 3). Bei 135 Fällen (17 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 12.4.2022). Wegen der unbekanntem Zahl durchgeführter Tests auf Influenza im Meldewesen ist die Einschätzung schwierig, ob der Anstieg der Meldefälle eine tatsächliche Zunahme der Influenzaviruszirkulation in Deutschland bedeutet. Die von wechselndem Testverhalten unabhängigeren Sentinel-ergebnisse zeigen im Vergleich zur Vorwoche jetzt ebenfalls einen Anstieg der Influenzaaktivität. Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 5.511 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte weiterhin sehr niedrig. Es wurden jedoch deutlich mehr Fälle als im Vorjahr (Stand 13.4.2021: 508) übermittelt. Bei 1.074 Fällen (19 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzotyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza A (nicht subtypisiert)	158	255	392	542	581	691	4.692
A(H1N1)pdm09	2	4	1	3	2	2	29
A(H3N2)	2	8	5	12	13	30	181
nicht nach A / B differenziert	11	9	24	20	45	46	293
B	9	21	15	14	17	19	316
Gesamt	182	297	437	591	658	788	5.511

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

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

Bislang wurden 23 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 in der 14. KW 2022 erstmals seit dem Jahreswechsel 2021/22 gesunken. Zuvor waren die Werte wochenlang weitestgehend stabil. Die SARI-Fallzahlen liegen in der 14. KW 2022 unter dem Niveau der Vorsaison und auch deutlich unter den Werten der vorpandemischen Saisons, in denen es zumeist zwischen Januar und April eine Grippewelle gab.

Die SARI-Fallzahlen sind in der 14. KW 2022 in fast allen Altersgruppen gesunken, jedoch kam es bei den 5- bis 14-Jährigen zu einer Zunahme der SARI-Fälle. Die Fallzahlen in der Altersgruppe ab 80 Jahre liegen noch auf einem erhöhten Niveau, in den anderen Altersgruppen liegen die Werte weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

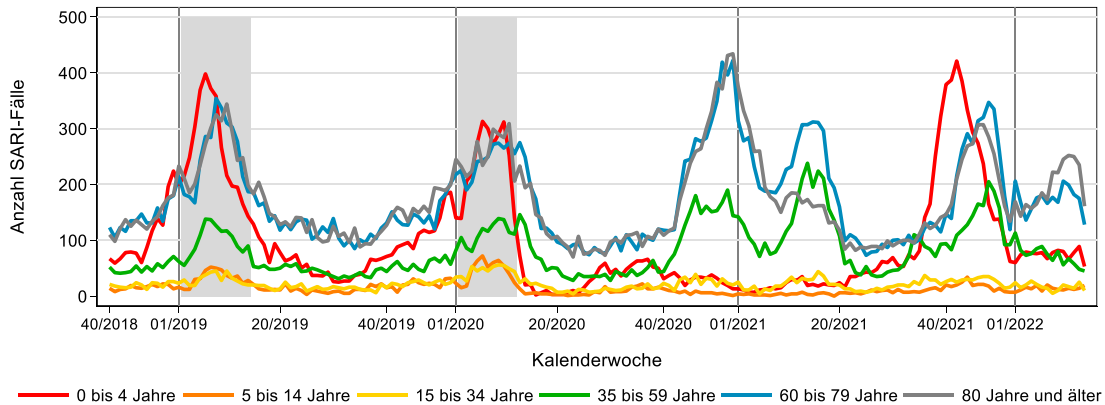


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 14. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist in der 14. KW 2022 weiter leicht zurückgegangen. So wurden in der 14. KW 2022 bei insgesamt 41 % (Vorwoche: 45 %) 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 14. KW 2022 bei etwa der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert.

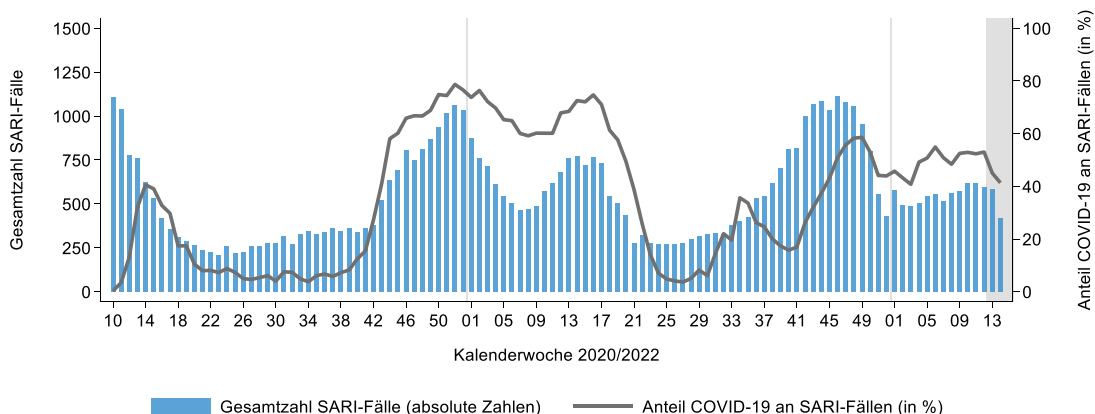


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 14. 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 14. KW 2022 bei insgesamt 46 % (Vorwoche: 49 %).

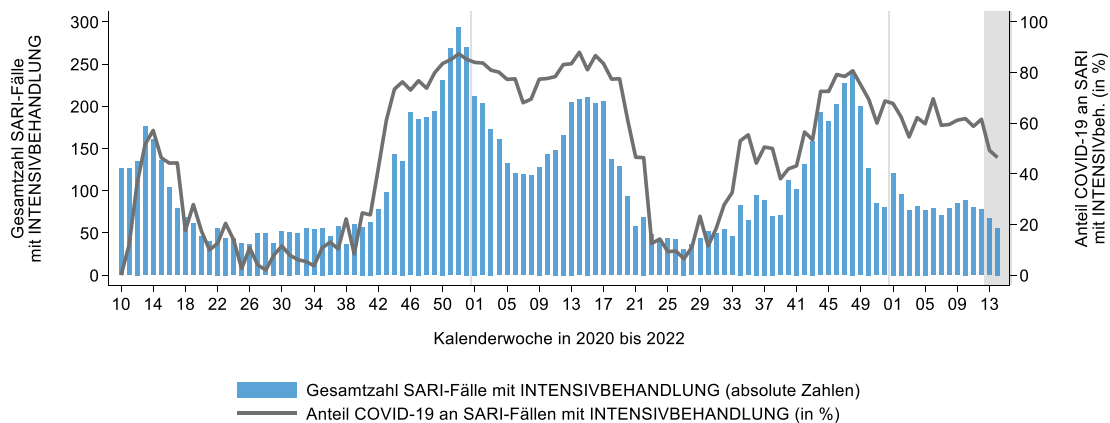


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 14. 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

In der WHO Region Europa liegt die Influenza-Positivenrate seit der 10. KW 2022 auf einem Wertepateau von ca. 27 % und damit auf dem bisherigen Höchststand in der Saison 2021/22. Die Influenza-Aktivität für die aktuelle Saison ist deutlich höher als in der Saison 2020/21, aber im Vergleich mit den vorpandemischen Saisons auf einem niedrigen Niveau. Elf Länder meldeten in der 13. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten über 30 % (u. a.: Niederlande: 72 %; Luxemburg: 62 %; Norwegen: 62 %; Frankreich: 60 %; Italien: 53 %; Ungarn: 51 %; Polen: 50 %; Belgien: 40 %)

Von 38 Ländern, die für die 13. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 15 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 14 Länder über eine niedrige, sechs Länder (darunter Belgien, Dänemark, Estland, Frankreich, Island und Rumänien) über eine mittlere Influenza-Aktivität, ein Land (Bulgarien) über eine hohe Influenza-Aktivität und ein Land (Luxemburg) über eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Für die 13. KW 2022 wurden in 432 (28 %) von 1.534 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, bis auf neun (2 %) waren alle positiv für Influenza A-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 4.824 (10 %) von 46.304 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden zu 99 % Influenza A-Viren und 1 % Influenza B-Viren detektiert. Unter den 3.772 subtypisierten Influenza A-Viren waren 3.488 (92 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 284 (8 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Von sieben charakterisierten Influenza B-Viren gehörten alle zur Victoria-Linie.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus elf Ländern 2.102 SARI-Fälle für die 13. KW 2022 übermittelt. Es wurden 270 (14 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 20 (7 %) positiv für Influenzaviren, darunter waren 85 % Influenza A- und 15 % Influenza B-Viren. In der 13. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 36 % (12. KW: 11 %). Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

Für die Saison 2021/2022 sind erste Ergebnisse zur Schätzung der Wirksamkeit der Influenzaimpfung aus der gepoolten europäischen Analyse, weiteren Ländern in Europa und aus den USA verfügbar:

<https://flunewseurope.org/Vaccine>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 416 vom 4.4.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 20.3.2022.

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

Weltweit blieb die Influenza-Aktivität im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren niedrig, sie ist aber nach einem Rückgang im Januar seit Februar wieder gestiegen.

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre nahm die Influenza-Aktivität zu oder war stabil. Es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und Influenza B-Viren der Victoria-Linie nachgewiesen.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre wurde insgesamt über eine weiterhin niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Eine Ausnahme bildeten einige Länder in der gemäßigten Zone Südamerikas und Südafrikas mit einer steigenden Anzahl von Influenza A(H3N2)-Virusnachweisen.

Vom 7.3. bis 20.3.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 377.735 Proben und meldeten 32.703 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 89 % Influenza A-Viren und bei 11 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 94 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren. Unter den charakterisierten Influenza B-Viren gehörten 100 % der Victoria-Linie an.

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>.

Hinweis in eigener Sache: Das RKI bittet um Ihre Unterstützung

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) lebt von der aktiven Mitarbeit der Sentinelpraxen. Jedes Jahr scheiden altersbedingt oder aus anderen Gründen Arztpraxen aus der AGI aus. Wir suchen ständig engagierte neue Haus- und Kinderarztpraxen, die an der AGI teilnehmen wollen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich auf unserer Homepage informieren unter <https://influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx> oder unter der E-Mail-Adresse agi@rki.de weitere Informationen anfordern.

Auch das Online Portal GrippeWeb, das die ARE- und ILI-Aktivität direkt aus der Bevölkerung erfasst, sucht ständig Teilnehmende, um die Aussagekraft der Daten weiter zu verbessern. Eine Registrierung bei GrippeWeb ist in wenigen Schritten unter: <https://grippeweb.rki.de/Register.aspx> möglich.

Vorgeschlagene Zitierweise

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe: ARE-Wochenbericht KW 14/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9918