



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 33 (15.8. bis 21.8.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 33. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Werte liegen nun auf dem Niveau der Vorjahre. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 33. KW bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Zahl der Arztbesuche liegt weiterhin über dem Niveau der Vorjahre (seit 2006) um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 33. KW 2022 insgesamt 26 (48 %) der 54 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter neun (17 %) Proben mit SARS-CoV-2, acht (15 %) mit Rhinoviren, sieben (13 %) mit Parainfluenzaviren, zwei (4 %) mit Influenzaviren und eine (2 %) Probe mit humanen saisonalen Coronaviren. Respiratorische Synzytialviren oder humane Metapneumoviren wurden nicht nachgewiesen. In den Sommerwochen werden aufgrund der Ferien- und Urlaubszeit weniger Proben eingeschickt.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 33. KW 2022 insgesamt leicht gesunken. In den Altersgruppen unter 80 Jahren liegen die SARI-Fallzahlen auf einem während der Sommermonate üblichen Niveau, bei den ab 80-Jährigen werden jedoch weiterhin noch etwas höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorsaisons.

Die im Vergleich mit den Vorjahren aktuell noch höhere ARE-Aktivität ist auf die Ko-Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen, darunter hauptsächlich SARS-CoV-2, Rhinoviren sowie Parainfluenzaviren.

Weitere Informationen zum bisherigen Verlauf der Saison 2021/22

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison ab der 40. KW 2021 durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb des typischen Zeitraums bestimmt, die im stationären Bereich mit schweren Krankheitsverläufen bei Kleinkindern einherging. Nach dem Jahreswechsel verursachten akute Atemwegsinfektionen wegen COVID-19 in der Bevölkerung im ambulanten und im stationären Bereich die größte Krankheitslast. Nach den Osterferien haben sich bei Kindern zunehmend Influenzaviren ausgebreitet. Von der 17. KW bis zur 20. KW 2022 waren die virologischen Kriterien einer Grippewelle erfüllt, wobei die Influenza-Aktivität niedrig blieb. Seit der 22. KW 2022 liegt die Influenza-Positivenrate unter 10 %. Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurde in den letzten Wochen eine gleichbleibend niedrige Anzahl von Influenzafällen übermittelt.

Die COVID-19-Aktivität war in der 33. KW 2022 niedriger als in den Vorwochen. Seit der 24. KW 2022 liegt die SARS-CoV-2-Positivenrate zwischen 17 % – 30 %.

Die aktuell für diese Jahreszeit vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird momentan hauptsächlich durch SARS-CoV-2-Infektionen sowie Rhino- und Parainfluenzavirusinfektionen verursacht.

Atemwegserreger, insbesondere die leicht übertragbaren pandemischen Coronaviren der VOC Omikron mit der Sublinie BA.5, verbreiten sich aktuell besonders in der erwachsenen Bevölkerung. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen mit schweren Atemwegsinfektionen geht insgesamt seit der 30. KW 2022 zurück. Der Anteil der mit schwerer Atemwegserkrankung hospitalisierten Patienten mit einer COVID-19-Diagnose liegt mit 28 % weiterhin auf einem erhöhten Niveau.

* 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 33. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken (3,0 %; Vorwoche: 3,6 %) (Abb. 1). Während die ARE-Rate bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) erneut gestiegen ist, ist sie in den anderen Altersgruppen zurückgegangen. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von ca. 2,5 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die ARE-Rate liegt in der 33. KW nun im Bereich der Vorjahre. Weitere Informationen unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

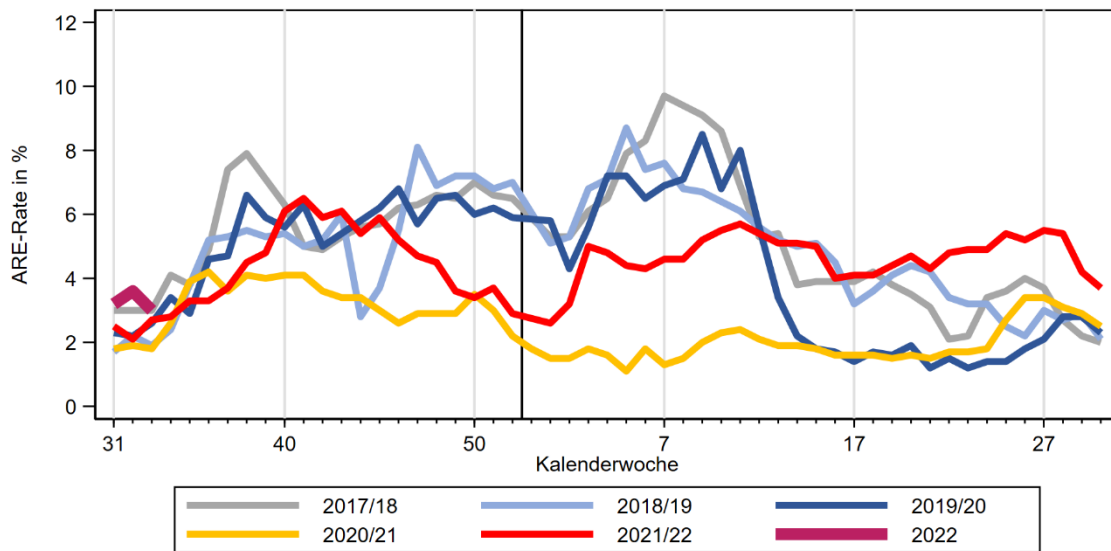


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) von der 31. KW 2017 bis zur 33. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

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

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 33. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Abb. 2). Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 33. KW 2022 bei ca. 800 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 650.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 33. KW 2022 weiterhin über den Werten der Vorsaisons seit Beginn der ganzjährigen ARE-Surveillance in 2006.

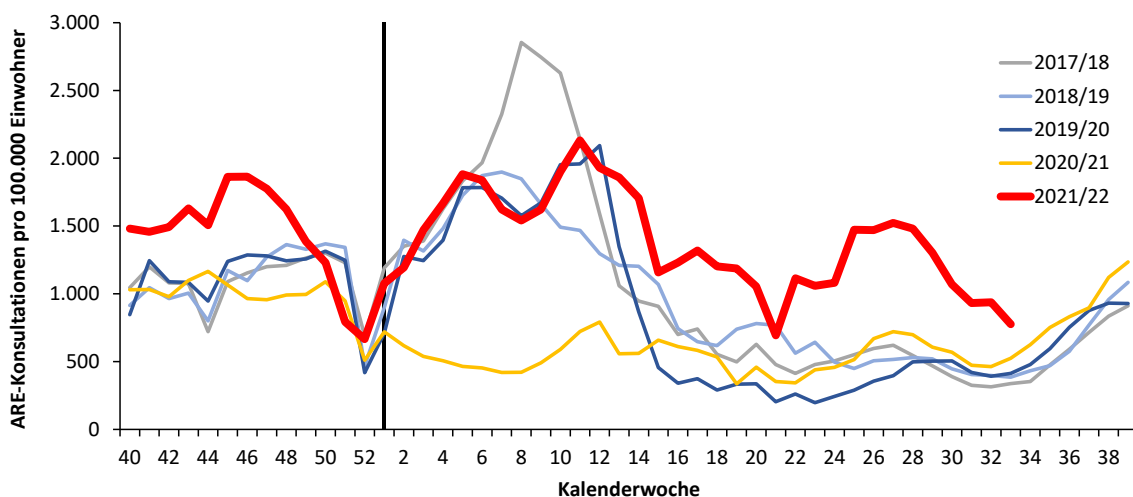


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 33. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 33. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3). Bei den Kindern liegen die Werte aktuell wieder in einem Bereich, wie sie vor der COVID-19-Pandemie beobachtet wurden. Bei den Erwachsenen wurde jedoch weiterhin eine deutlich höhere ARE-Konsultationsinzidenz beobachtet mit mehr als doppelt so hohen Werten wie in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie zu dieser Zeit. Dazu kann neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten beitragen.

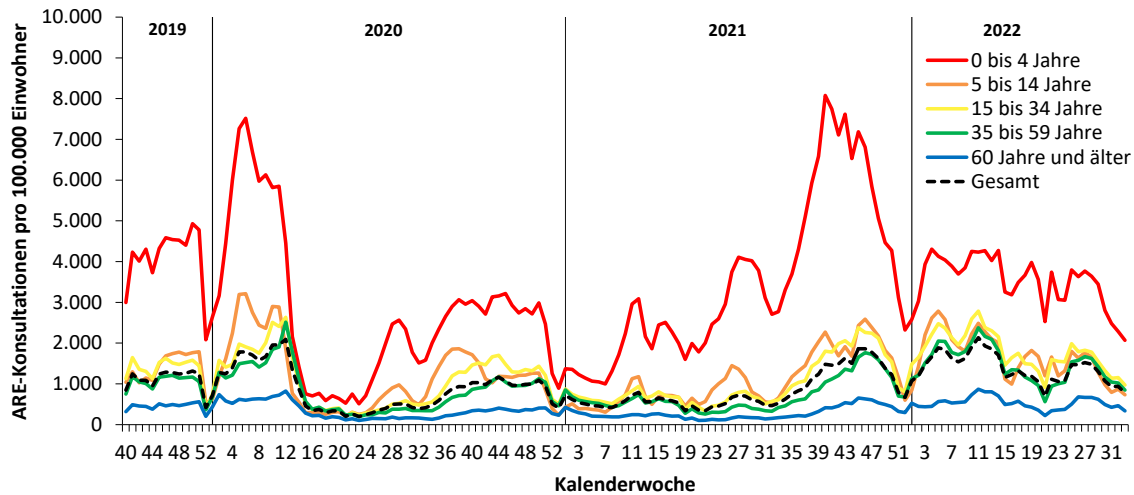


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 33. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 33. KW 2022 insgesamt 26 (48 %) der 54 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

Tab. 1: 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 23.8.2022.

	29. KW	30. KW	31. KW	32. KW	33. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	71	100	67	57	54	6.317
Probenanzahl mit Virusnachweis	37	55	32	28	26	3.845
Anteil Positive (%)	52	55	48	49	48	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	3
A(H ₃ N ₂)	1	2	0	2	2	272
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	0	0	0	13
B(Victoria)	0	0	0	0	0	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	1	2	0	4	4	5
RSV	0	3	0	0	0	640
Anteil Positive (%)	0	3	0	0	0	10
hMPV	1	2	0	1	0	429
Anteil Positive (%)	1	2	0	2	0	7
PIV (1 – 4)	14	19	8	6	7	401
Anteil Positive (%)	20	19	12	11	13	6
Rhinoviren	14	11	5	6	8	1.029
Anteil Positive (%)	20	11	7	11	15	16
hCoV	0	2	0	0	1	616
Anteil Positive (%)	0	2	0	0	2	10
SARS-CoV-2	12	18	20	13	9	855
Anteil Positive (%)	17	18	30	23	17	14

* 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 den Sommerwochen werden aufgrund der Ferien- und Urlaubszeit weniger Proben eingeschickt.

In der 33. KW 2022 zirkulierten hauptsächlich SARS-CoV-2, Rhinoviren und Parainfluenzaviren (PIV) (13 % bis 17 %; Abb. 4).

Die Influenza-Positivenrate lag zwischen der 22. KW und 25. KW 2022 mit leichten Schwankungen bei rund 8 %. Seit der 26. KW 2022 wurden noch sporadisch Influenzaviren nachgewiesen, in der aktuellen Berichtswoche gab es zwei Influenzavirusnachweise (4 %).

Die SARS-CoV-2-Positivenrate ist in der 33. KW im Vergleich zur Vorwoche gesunken auf 17 %. Seit der 24. KW 2022 liegt die SARS-CoV-2-Positivenrate zwischen 17 % – 30 %. Die PIV- und die Rhinoviren-Positivenrate sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen.

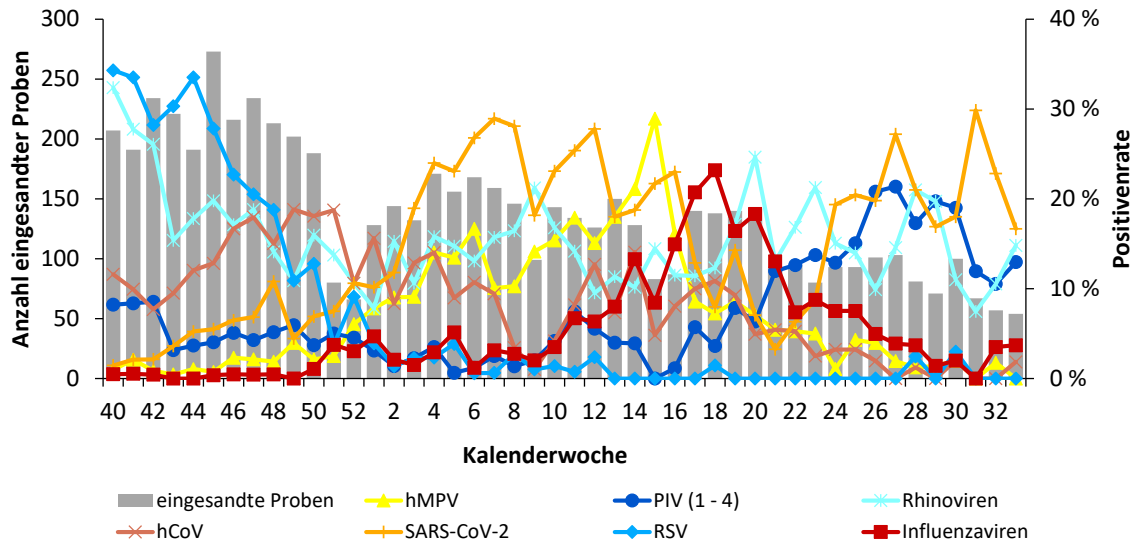


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 33. KW 2022.

Diagramme für Deutschland und die zwölf AGI-Regionen mit täglich aktualisierten Ergebnissen aus der virologischen Surveillance der AGI sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 33. MW 2022 wurden bislang 188 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 2). Bei 30 Fällen (16 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 23.8.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 19.273 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 3.440 Fällen (18 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren. Seit der 40. MW 2021 wurden 36 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion übermittelt.

Bislang wurden 111 Influenzafälle an das RKI übermittelt, bei denen eine Angabe zu einer Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 vorlag.

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

		28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	191	135	129	140	128	160	16.885
	A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	2	84
	A(H3N2)	7	3	4	4	5	4	672
	nicht nach A / B differenziert	16	31	24	12	29	19	1.103
	B	4	6	6	2	4	3	529
Gesamt		218	175	163	158	166	188	19.273

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

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 33. KW 2022 insgesamt leicht zurückgegangen. In den Altersgruppen unter 80 Jahren liegt die Zahl der SARI-Fälle auf einem üblichen niedrigen Niveau entsprechend der Jahreszeit. Bei den ab 80-jährigen werden jedoch weiterhin noch etwas mehr Fälle beobachtet als in den Vorsaisons (Abb. 5).

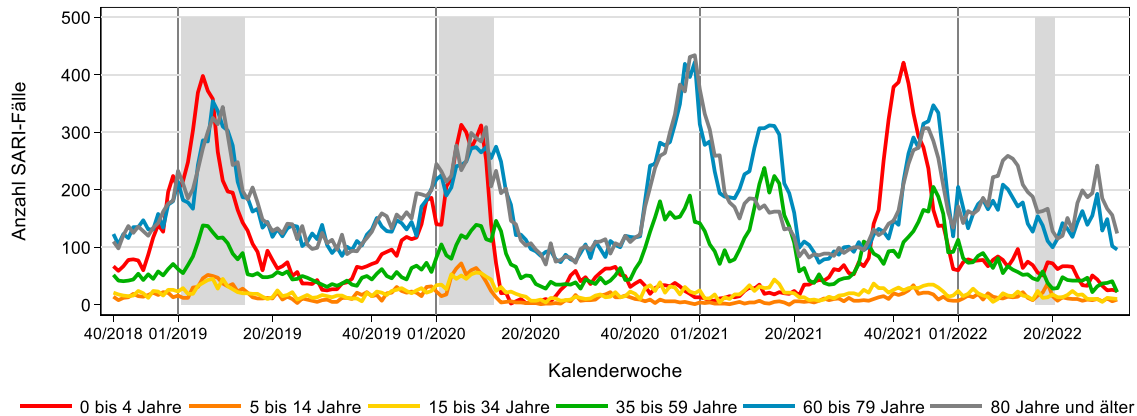


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 33. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen ist in der 33. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. So wurden in der 33. KW 2022 bei insgesamt 28 % (Vorwoche: 30 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 6). Zwischen der 15. KW und der 19. KW 2022 wurde bei SARI-Patientinnen und -Patienten vermehrt Influenza diagnostiziert. Ab der 20. KW 2022 ist die Zahl der Influenza-Diagnosen jedoch wieder gesunken und liegt seit in der 25. KW 2022 insgesamt unter 1 %.

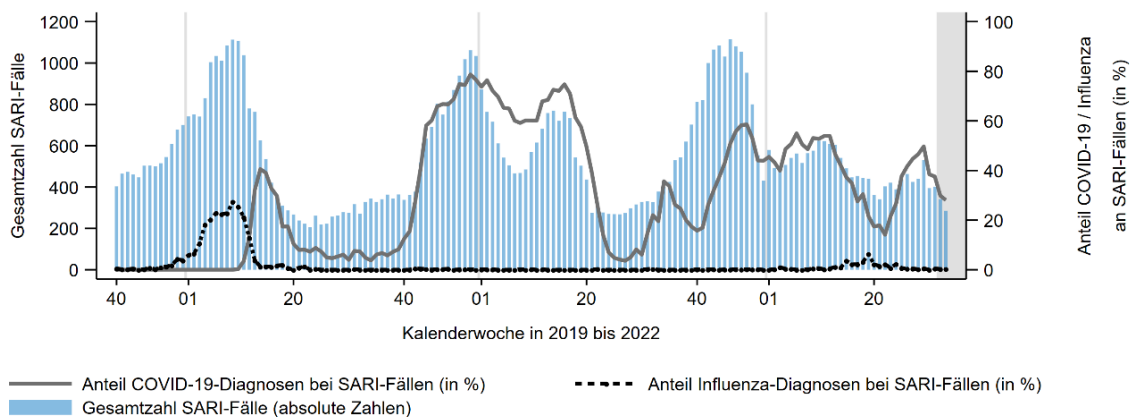


Abb. 6: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 33. KW 2022. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist aufgrund von Nachmeldungen noch mit Änderungen zu rechnen.

In Abb. 7 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Dieser Anteil lag in der 33. KW 2022 bei insgesamt 28 % (Vorwoche: 27 %). Bei intensivpflichtigen SARI-Fällen wurde in der 33. KW 2022 keine Influenza-Diagnose vergeben.

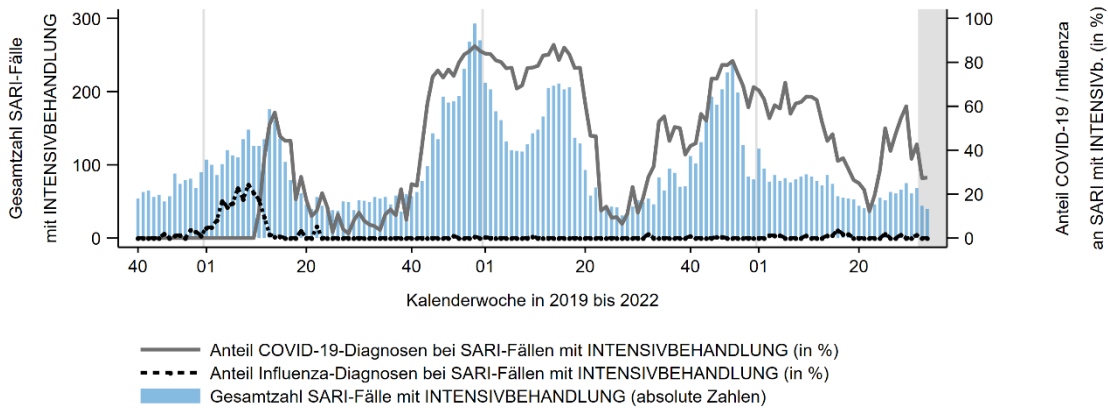


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 33. 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 globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 426 vom 22.8.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 7.8.2022. Die WHO weist darauf hin, dass die Ergebnisse mit Einschränkungen zu interpretieren sind, da die COVID-19-Pandemie in vielen Ländern die Systeme der Influenzasurveillance beeinflusst. Den Ländern wird empfohlen, Influenza und COVID-19 in einem Sentinel-System gemeinsam zu überwachen. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik zu COVID-19 berücksichtigen.

Weltweit ging die Influenza-Aktivität nach einem Höhepunkt im März 2022 kontinuierlich zurück, mit Ausnahme von Südostasien.

In der südlichen Hemisphäre ist die Influenza-Aktivität zurückgegangen. In Ozeanien nahm die Influenza-Aktivität ab und auch in einigen Inselstaaten ging die zuvor gestiegene ILI-Aktivität auf ein niedriges Niveau zurück. Es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren detektiert. Im südlichen Afrika nahm die Influenza-Aktivität ebenfalls insgesamt ab, es wurden jedoch weiterhin Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza A(H3N2)- und einige wenige Influenza B-Viren nachgewiesen.

In der nördlichen Hemisphäre lag die Influenza-Aktivität in Europa und Nordamerika im Bereich der Hintergrund-Aktivität auf einem jahreszeitlich üblichen niedrigen Niveau. Es dominierten Influenza A(H3N2)-Viren.

Vom 25.7. bis zum 7.8.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 263.527 Proben und meldeten 6.193 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 98 % Influenza A-Viren und bei 2 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 94 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren und 6 % zu A(H1N1)pdm09. 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>.

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 33/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10420