



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 50 (12.12. bis 18.12.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Der nächste ARE-Wochenbericht mit den Ergebnissen aus der 51. und 52. KW 2022 erscheint am 4.1.2023. Wir bitten die teilnehmenden Sentinelpraxen, ihre wöchentlichen Meldungen (inklusive Urlaubsmeldungen) fortzusetzen, die Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert. Das Robert Koch-Institut wünscht ein besinnliches Weihnachtsfest und einen gesunden Start in das neue Jahr 2023.

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 50. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken. Die Werte liegen aktuell weiterhin über dem Niveau der Vorjahre zum Höhepunkt schwerer Grippewellen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 50. KW im Vergleich zur Vorwoche bundesweit ebenfalls gesunken. Die Zahl der Arztbesuche liegt etwa im Bereich der Spitzenwerte schwerer Grippewellen. Sowohl in der Bevölkerung als auch bei den Arztbesuchen ergibt sich der Rückgang der ARE-Aktivität im Vergleich zur Vorwoche durch einen Rückgang der Werte bei den Kindern bis 14 Jahre.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 50. KW 2022 in insgesamt 272 (82 %) der 332 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 182 (55 %) Proben mit Influenzaviren, 49 (15 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV), 26 (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), 19 (6 %) mit Rhinoviren, 17 (5 %) mit SARS-CoV-2, sechs (2 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) und vier (1 %) mit Parainfluenzaviren (PIV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) liegt die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) insgesamt weiterhin auf einem sehr hohen Niveau im Bereich der Höchstwerte früherer Grippewellen. Dabei kam es in der 50. KW 2022 zu einem Rückgang der 0- bis 4-jährigen SARI-Fälle, bei den ab 80-jährigen stieg die Fallzahl dagegen an. Der Anteil der mit einer schweren Atemwegserkrankung hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einer Influenza-Diagnose lag in der 50. KW bei insgesamt 28 %, der Anteil an COVID-19-Diagnosen lag bei 11 %. Bei 0- bis 4-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten ging der Anteil der RSV-Diagnosen etwas zurück, war jedoch mit 50 % weiter sehr hoch.

Die ARE-Aktivität ist in der 50. KW 2022 hauptsächlich auf die starke Zirkulation von Influenzaviren, gefolgt von RSV, zurückzuführen. Influenzaviren verursachen aktuell den Hauptteil der akuten Atemwegserkrankungen.

Weitere Informationen zum bisherigen Verlauf der Saison 2022/23

Die ARE-Aktivität liegt seit vielen Wochen auf hohem Niveau, zunächst noch stark beeinflusst durch die Zirkulation von SARS-CoV-2, dann durch den frühen und starken Anstieg der RSV-Aktivität und inzwischen hauptsächlich verursacht durch die Influenzaviruszirkulation. Insbesondere bei Kindern unter zwei Jahren sorgt zudem die anhaltende RSV-Aktivität für Arztkonsultationen und Krankenhauseinweisungen.

Grippe: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.pdf
<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Influenza.html>

RSV: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/R/RSV/RSV.html>

COVID-19: www.rki.de/covid-19

ARE vermeiden: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Buerger/Flyer_Winter.pdf

* 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 50. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken (10,8 %; Vorwoche: 11,2 %) (Abb. 1). Dabei sind die ARE-Raten in den Altersgruppen ab 35 Jahren gestiegen. In den Altersgruppen unter 35 Jahren sind die ARE-Raten dagegen zum Teil deutlich gesunken. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von ca. 9,0 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die Gesamt-ARE-Rate lag trotz des leichten Rückgangs in der 50. KW 2022 weiterhin sehr deutlich über dem Bereich der Vorjahre zu dieser Zeit und über dem Niveau, das zum Höhepunkt der starken Grippewelle 2017/18 beobachtet wurde. Weitere Informationen unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

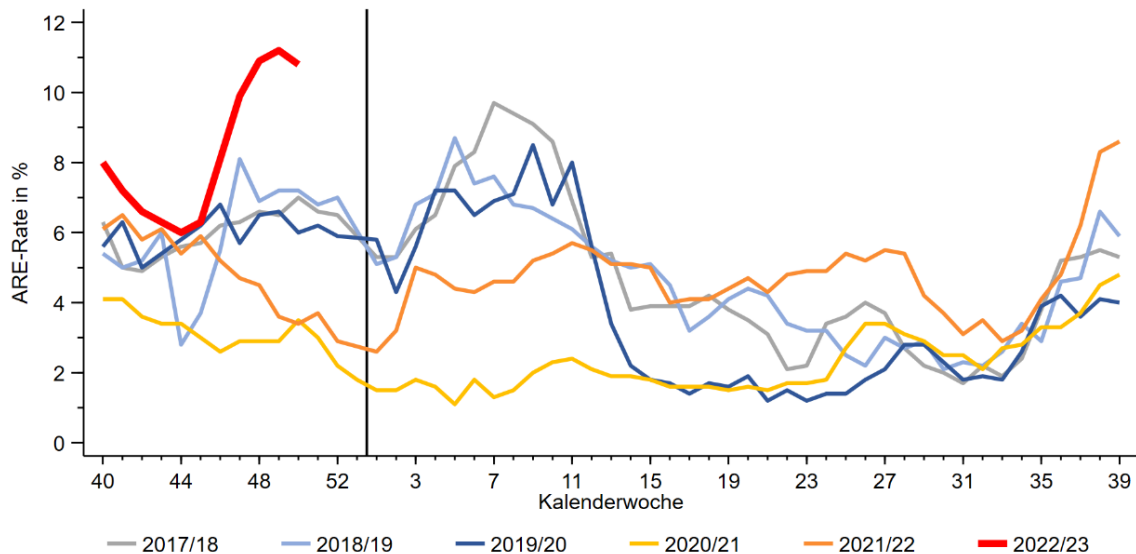


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 50. KW 2022). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 50. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken, wobei sich der Vorwochenwert zum letzten ARE-Wochenbericht noch durch nachträglich eingehende Meldungen aus den Sentinelpraxen von 2.700 auf 3.200 erhöht hat. Rund 2.800 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von ca. 2,3 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Tab. 1: ARE-Konsultationsinzidenz/100.000 Einwohner (gerundet) in den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 44. KW bis zur 50. KW 2022.

AGI-Region	44. KW	45. KW	46. KW	47. KW	48. KW	49. KW	50. KW
Baden-Württemberg	1.100	1.400	1.700	2.000	2.500	2.900	2.500
Bayern	1.400	2.000	2.000	2.400	3.100	3.500	3.100
Hessen	1.600	1.700	2.000	2.200	2.400	2.900	2.300
Nordrhein-Westfalen	1.400	1.900	2.100	2.600	2.800	3.100	3.000
Rheinland-Pfalz, Saarland	1.100	1.500	1.800	1.900	2.200	2.500	2.400
Niedersachsen, Bremen	1.200	1.400	1.600	2.000	2.300	2.700	2.800
Schleswig-Holstein, Hamburg	1.400	1.800	2.000	2.400	2.600	3.300	2.500
Brandenburg, Berlin	1.400	1.600	1.500	2.100	2.800	3.900	3.400
Mecklenburg-Vorpommern	1.300	1.900	2.600	3.800	4.500	4.400	3.800
Sachsen	1.100	1.300	1.300	1.800	2.500	3.300	2.700
Sachsen-Anhalt	700	1.100	1.400	2.000	3.300	3.700	2.200
Thüringen	1.600	1.900	2.400	2.900	3.400	4.300	2.600
Gesamt	1.300	1.700	1.900	2.300	2.700	3.200	2.800

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

Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 50. KW 2022 über den Werten der Vorjahre zu dieser Zeit und in einem Bereich, der sonst nur in Spitzenwochen starker Grippewellen erreicht wurde. Neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen kann auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten (Aufsuchen der Arztpraxen bereits bei milder ARE-Symptomatik) zu höheren Werten beitragen.

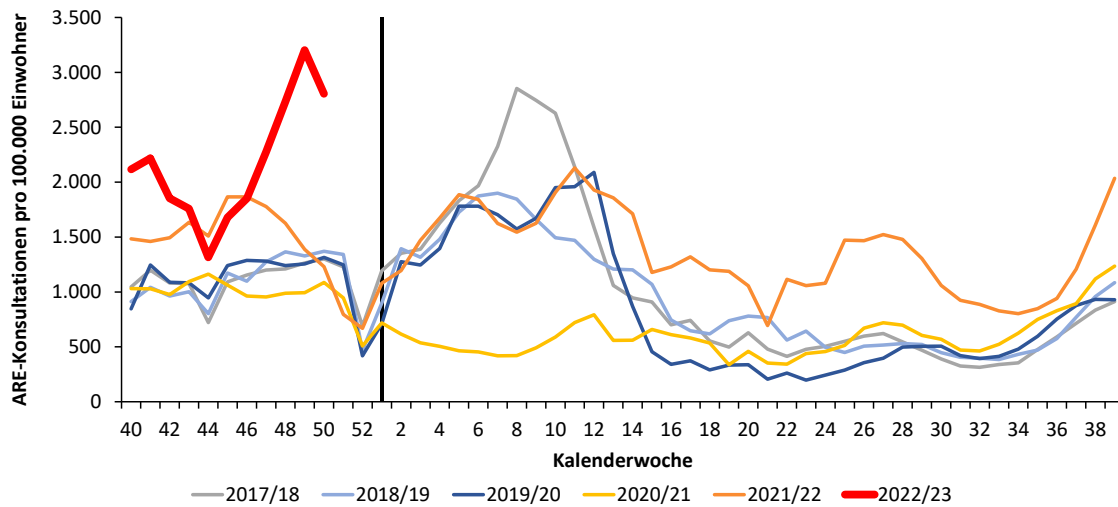


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 59. KW 2022). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 50. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) deutlich gesunken. Auch bei den Erwachsenen (ab 15 Jahre) sind die Werte gesunken, jedoch weniger deutlich (Abb. 3). In den Altersgruppen ab 5 Jahren liegen die Werte in der 50. KW deutlich über dem Wertebereich der Vorjahre zu dieser Zeit.

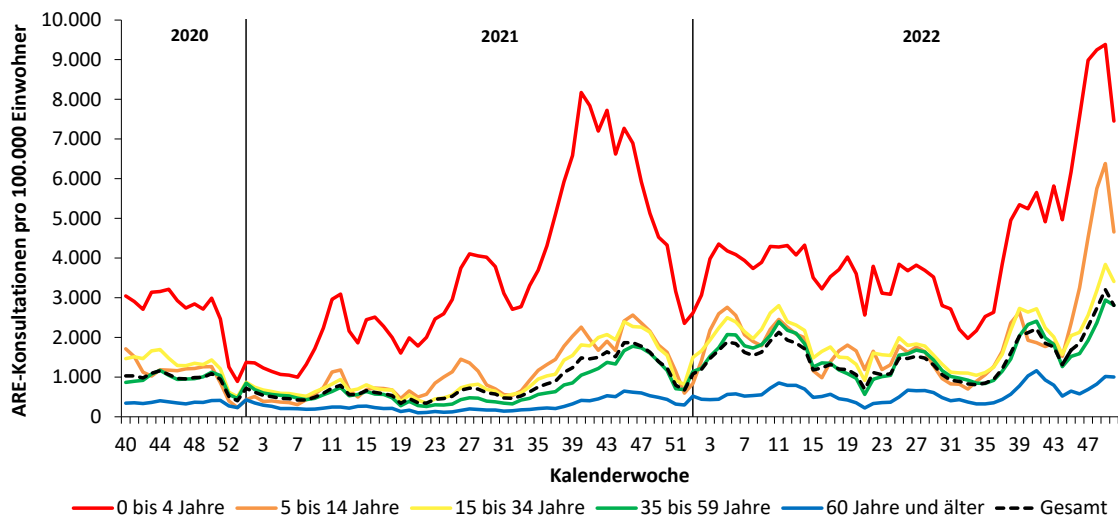


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 50. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

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

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

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) lebt von der aktiven Mitarbeit der Sentinelpraxen. Nur mit den pünktlichen Datenlieferungen (bis Montagabend) können wir für die jeweils aktuelle Berichtswoche valide Aussagen über die derzeitige ARE-Situation im ambulanten Bereich treffen. Alle Meldungen, die nach dem Datenschluss der jeweiligen Woche eintreffen, können erst in der Folgewoche für die Berichterstattung berücksichtigt werden. Wir bedanken uns sehr bei allen Sentinelpraxen für ihren wichtigen Beitrag.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 50. KW 2022 insgesamt 332 Sentinelproben von 79 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 272 (82 %) der 332 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab eine Dreifachinfektion und 32 Doppelinfektionen, darunter drei mit Influenzaviren und RSV, zwei mit Influenzaviren und SARS-CoV-2, zwei mit Influenza A(H3N2)- und A(H1N1)pdm09-Viren sowie eine mit Influenza A(H3N2)- und B-Viren.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinelns im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2022/23 (ab 40. KW 2022), Datenstand 20.12.2022.

	46. KW	47. KW	48. KW	49. KW	50. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	259	323	363	349	332	2.489
Probenanzahl mit Virusnachweis	182	243	289	291	272	1.807
	70	75	80	83	82	73
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	1	1	2
A(H3N2)	70	113	180	198	172	893
A(H1N1)pdm09	3	2	3	2	10	25
B(Victoria)	0	0	0	0	2	6
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	28	36	50	57	55	37
RSV	62	65	57	59	49	386
Anteil Positive (%)	24	20	16	17	15	16
hMPV	8	9	5	7	6	42
Anteil Positive (%)	3	3	1	2	2	2
PIV (1 – 4)	7	4	7	6	4	107
Anteil Positive (%)	3	1	2	2	1	4
Rhinoviren	29	34	31	21	19	262
Anteil Positive (%)	11	11	9	6	6	11
hCoV	7	23	20	15	26	111
Anteil Positive (%)	3	7	6	4	8	4
SARS-CoV-2	13	18	14	10	17	140
Anteil Positive (%)	5	6	4	3	5	6

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

In der 50. KW 2022 zirkulierten überwiegend Influenzaviren, gefolgt von RSV. Die Positivenrate von SARS-CoV-2 liegt insgesamt seit einigen Wochen deutlich unter 10 % (Abb. 4), allerdings ist die SARS-CoV-2-Positivenrate bei den ab 60-jährigen im Vergleich zur 49. KW angestiegen und liegt nun in dieser Altersgruppe bei 20 % (Abb. 5).

Die Influenza-Positivenrate lag in der 50. KW bei 55 % (95 %-Konfidenzintervall [49; 61]) und ist im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben. Die Grippewelle hat nach Definition des RKI in der 43. KW begonnen und hält seitdem an. Es wurden bei den Influenza A-Nachweisen hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren, sporadisch auch A(H1N1)pdm09-Viren subtypisiert.

Die RSV-Welle hat nach Definition des RKI in der 41. KW gegonnen und hält seitdem an. Die RSV-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben, bei den Kindern im ersten Lebensjahr zeigt sich weiterhin ein Anstieg.

Mit Ausnahme der 0- bis 1-jährigen wurden in der 50. KW in allen Altersgruppen am häufigsten Influenzaviren bei Arztbesuchen wegen ARE-Symptomatik nachgewiesen mit Positivenraten zwischen 39 % und 77 % (Abb. 5).

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des Sentinels (S) wurden 35 A(H3N2)-Viren der Saison 2022/23 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert. Alle A(H3N2)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2. Darunter sind 21

Viren der A/Bangladesh/4005/2020-Subclade und weitere zwölf Viren der A/Slovenia/8720/2022-Subclade zuzuordnen. Zwei weitere Viren gehören zur A/Darwin/9/2021-Subclade. Darüber hinaus wurden zwei A(H1N1)pdm09-Viren (S und andere Einsendungen) sequenziert, welche zur Clade 6B.1A.5a.2 (Referenzvirus A/Norway/25089/2022) gehören und ein B/Victoria-Virus (S) charakterisiert, das der Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021) zuzuordnen ist.

Seit der 40. KW 2022 wurden 316 Influenza A(H3N2)-Viren, 21 Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und drei Influenza B-Viren der Victoria-Linie in Zellkultur isoliert. Alle isolierten A(H3N2)-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Referenzserum (A/Darwin/9/2021) im Hämagglutinationshemmtest sehr gut erkannt. Die A(H1N1)pdm09-Viren reagierten ebenfalls sehr gut mit dem entsprechenden Referenzserum (A/Victoria/2570/2019). Die B/Victoria-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Serum (B/Austria/1359417/2021) detektiert, der Titer war jedoch gering. Diese Untersuchungen dienen der Untersuchung der Passgenauigkeit der Impfstämme; sie erlauben keine vollständigen Aussagen zur Wirksamkeit der Impfstoffe, da hier noch andere Faktoren berücksichtigt werden müssen (Abstand zur letzten Impfung, Zahl vorangegangener Antigenkontakte, Expositionsdosis, Alter u. a.).

Es wurden keine Resistenzen gegen Neuraminidaseinhibitoren (Oseltamivir, Zanamivir) bei den bisher untersuchten Viren nachgewiesen (171 A(H3N2), sieben A(H1N1)pdm09 und drei B/Victoria).

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

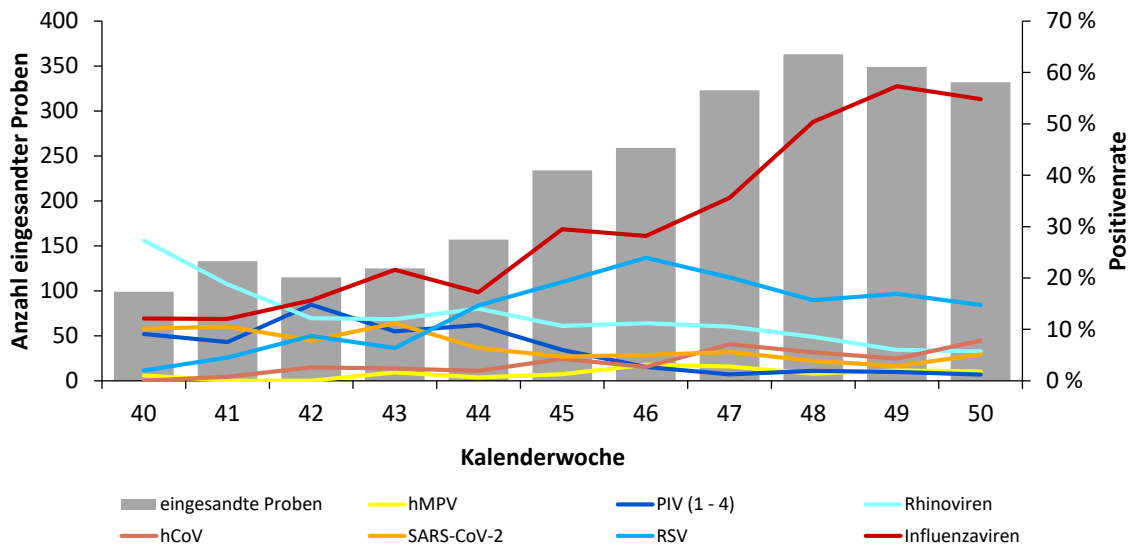


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 50. KW 2022.

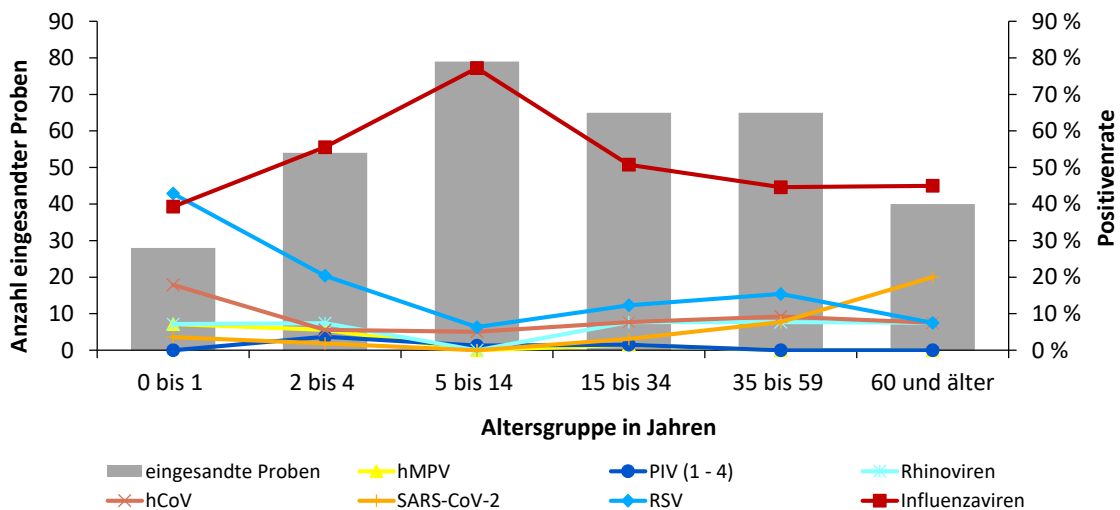


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 50. KW 2022.

Auf Basis der im Sentinel erhobenen Daten und der laufenden RSV-Welle ergibt sich eine Indikation zur Testung auf RSV in Kinderkliniken. Aufgrund des gegenwärtigen Status der Grippewelle hat die Differentialdiagnostik von Influenza in Krankenhäusern derzeit ebenfalls eine starke Bedeutung.

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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 50. MW 2022 wurden bislang 55.340 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weniger stark angestiegen. Bei 5.574 Fällen (10 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 20.12.2022).

Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 161.347 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 16.495 (10 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

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

		45. MW	46. MW	47. MW	48. MW	49. MW	50. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza	A (nicht subtypisiert)	2.981	5.740	12.484	25.658	42.175	51.437	147.996
	A(H1N1)pdm09	19	21	17	40	54	50	267
	A(H3N2)	134	236	327	597	955	930	3.544
	nicht nach A / B differenziert	188	294	831	1.710	2.438	2.663	8.656
	B	46	74	92	120	170	260	884
Gesamt		3.368	6.365	13.751	28.125	45.792	55.340	161.347

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

Es wurden seit der 40. MW 2022 bisher 307 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 99 Ausbrüche in Schulen, 99 in Kindergärten / Horten, 36 in privaten Haushalten, 23 in Alten- / Pflegeheimen, 23 in Krankenhäusern, drei in medizinischen / ambulanten Behandlungseinrichtungen, jeweils zwei in Reha- und Betreuungseinrichtungen und jeweils ein Ausbruch in einer Wohnstätte / Wohnheim, Justizanstalt, einem Flüchtlingsheim bzw. Arbeitsplatz und 16 Ausbrüche ohne Angabe des Infektionsortes.

Seit der 40. MW 2022 wurden bisher 113 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 104 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, sieben nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und zwei Infektionen mit Influenza B-Viren.

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

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 50. KW 2022 leicht gesunken, wobei sich der Vorwochenwert noch nachträglich erhöht hat. Insgesamt liegt die Inzidenz der SARI-Fälle weiterhin auf einem sehr hohen Niveau vergleichbar zum Wertebereich auf dem Höhepunkt früherer Grippewellen, jedoch noch unter den Spitzenwerten, die während der starken Grippewelle 2017/18 beobachtet wurden (Abb. 6).

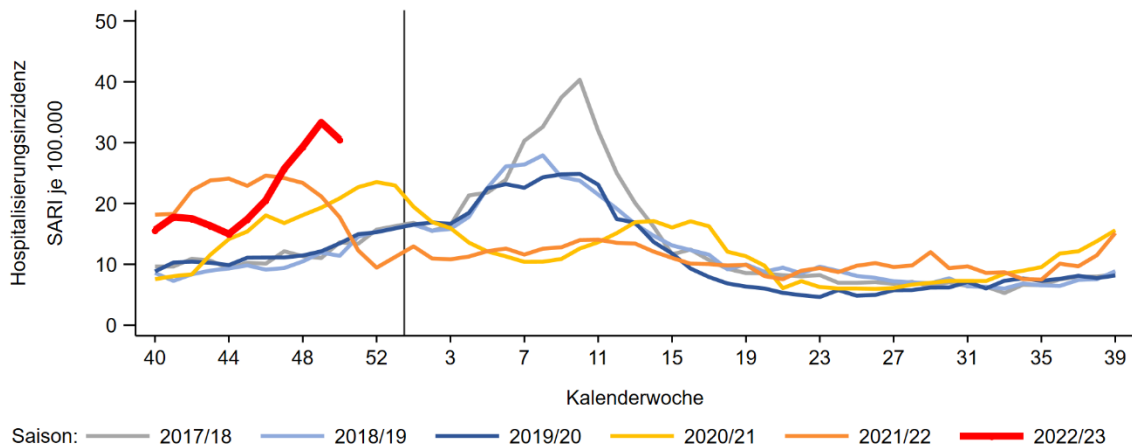


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 50. KW 2022), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre kam es in der 50. KW 2022 zu einem Rückgang der SARI-Fälle. Dennoch werden aktuell in dieser Altersgruppe etwa so viele Fälle beobachtet, wie es bisher nur zum Höhepunkt starker RSV-Wellen (Saison 2018/19 und im Jahr 2021) verzeichnet wurde. Bei den 35- bis 59-Jährigen kam es zu einem Rückgang der Fallzahlen, in der Altersgruppe 80 Jahre und älter stieg die Zahl der SARI-Fälle in der 50. KW 2022 dagegen an. In allen anderen Altersgruppen blieben die Fallzahlen weitestgehend stabil. In allen Altersgruppen, außer bei den 35- bis 59-Jährigen, liegen die SARI-Fallzahlen aktuell auf einem sehr hohen Niveau (Abb. 7).

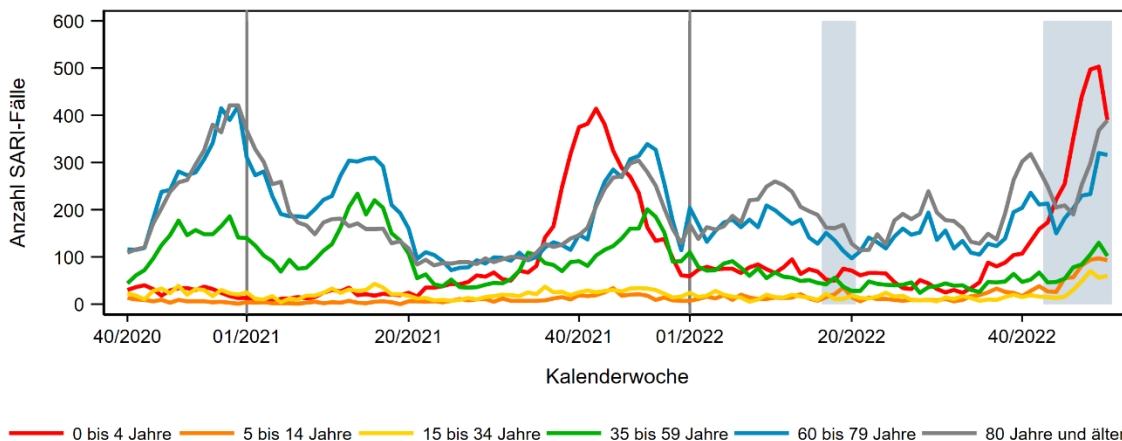


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 50. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist farbig hinterlegt.

Bei Betrachtung der SARI-Inzidenz pro 100.000 Einwohner werden die Unterschiede in den Altersgruppen hinsichtlich der generellen Einweisungshäufigkeit ins Krankenhaus mit schweren Atemwegsinfektionen deutlicher (Abb. 8). In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen fällt die RSV-Erkrankungswelle im Herbst letzten Jahres besonders auf, ebenso der starke Anstieg der Fallzahlen ab der 36. KW 2022. Aktuell ist insbesondere die jüngste Altersgruppe von schweren akuten Atemwegserkrankungen sehr stark betroffen, jedoch werden auch wieder vermehrt Patientinnen und Patienten aus der ältesten Altersgruppe mit einer SARI ins Krankenhaus eingewiesen.

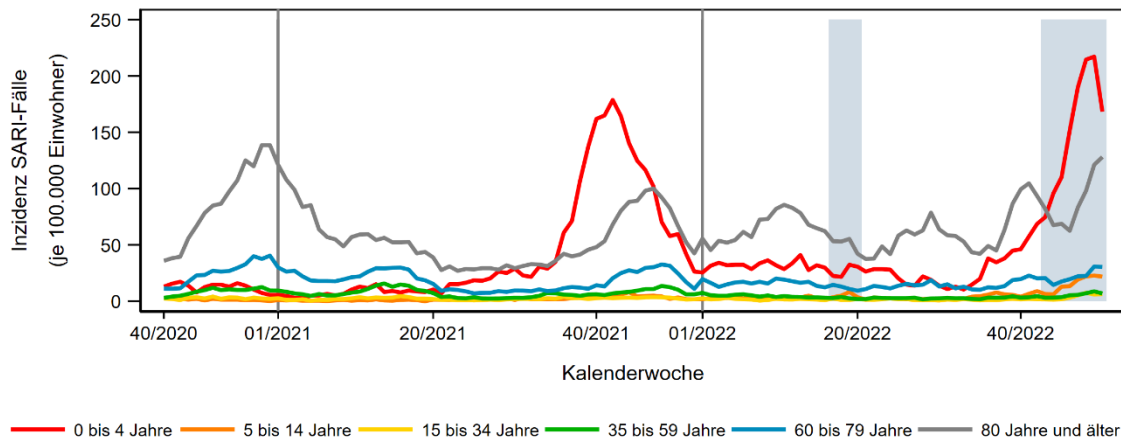


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 50. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippe-welle ist grau hinterlegt.

In den Altersgruppen bis 14 Jahre liegt die Zahl der SARI-Fälle weiterhin auf einem sehr hohen Niveau (Abb. 9). Die SARI-Inzidenz übersteigt seit einigen Wochen deutlich die bisherigen Spitzenwerte, die in früheren Saisons zum Höhepunkt der Grippewellen beobachtet wurden. In der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre wurde in der 50. KW erstmals in dieser Saison ein Rückgang der SARI-Fallzahlen verzeichnet.

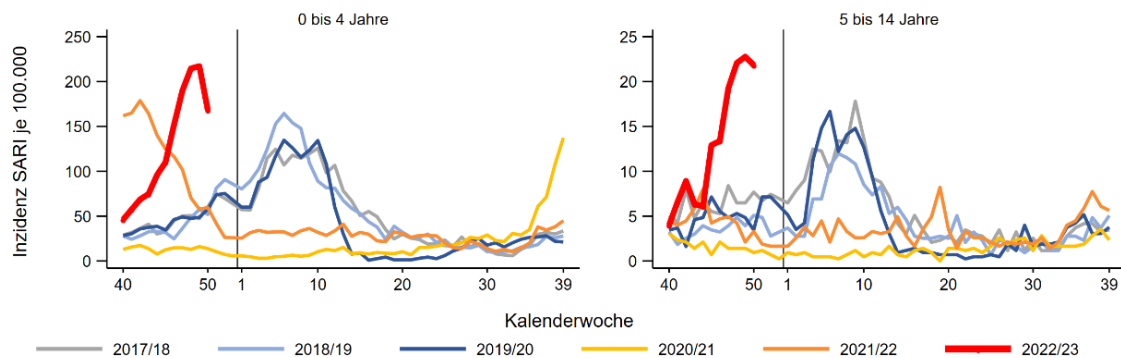


Abb. 9: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre (links) und 5 bis 14 Jahre (rechts); Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 50. KW 2022), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen hat sich in der 50. KW 2022 weiter stabilisiert. So wurde bei insgesamt 11 % (Vorwoche: 11 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben. Der Anteil der Influenza-Diagnosen ist in der 50. KW 2022 nicht weiter angestiegen und lag bei 28 % der SARI-Fälle. Dagegen ging der Anteil der diagnostizierten RSV-Infektionen unter den SARI-Fällen zurück, in der 50. KW lag dieser Anteil bei 18 % (Abb. 10).

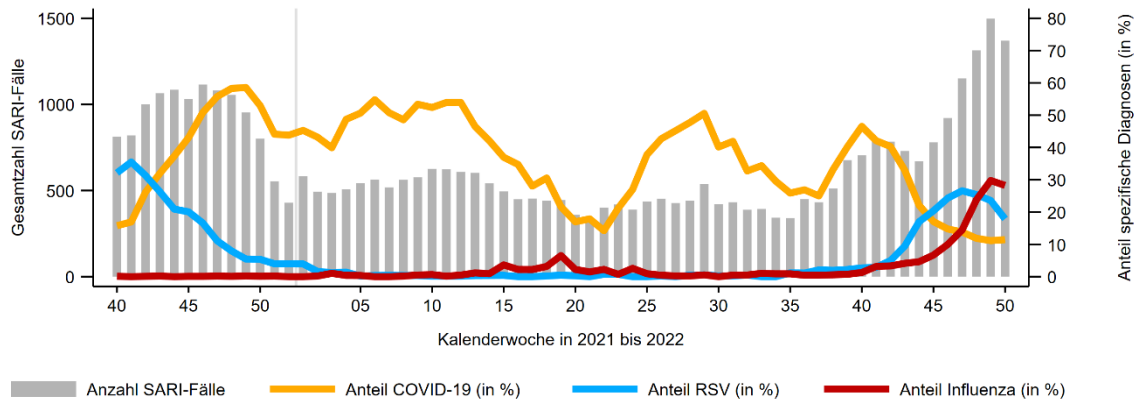


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2021 bis zur 50. KW 2022. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Es wurden in den älteren Altersgruppen häufiger COVID-19-Diagnosen vergeben. Dabei war unter den ab 80-jährigen SARI-Fällen der Anteil COVID-19-Diagnosen mit 21 % am höchsten (Abb. 11). Von einer Hospitalisierung mit Influenza waren dagegen alle Altersgruppen betroffen (zwischen 24 % und 54 %). Besonders häufig wurde eine Influenza-Diagnose bei Kindern und jungen Erwachsenen (5 bis 34 Jahre) vergeben, etwa die Hälfte der SARI-Fälle erhielt hier eine solche Diagnose. Zudem wurde in der Altersgruppe unter 5 Jahren in den letzten Wochen sehr häufig RSV diagnostiziert. In der 50. KW 2022 erhielten 57 % der 0- bis 1-jährigen und 31 % der 2- bis 4-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose. Damit ist der Anteil der mit RSV hospitalisierten Kinder insbesondere in der Altersgruppe 0 bis 1 Jahre im Vergleich zu den Vorwochen zurückgegangen.

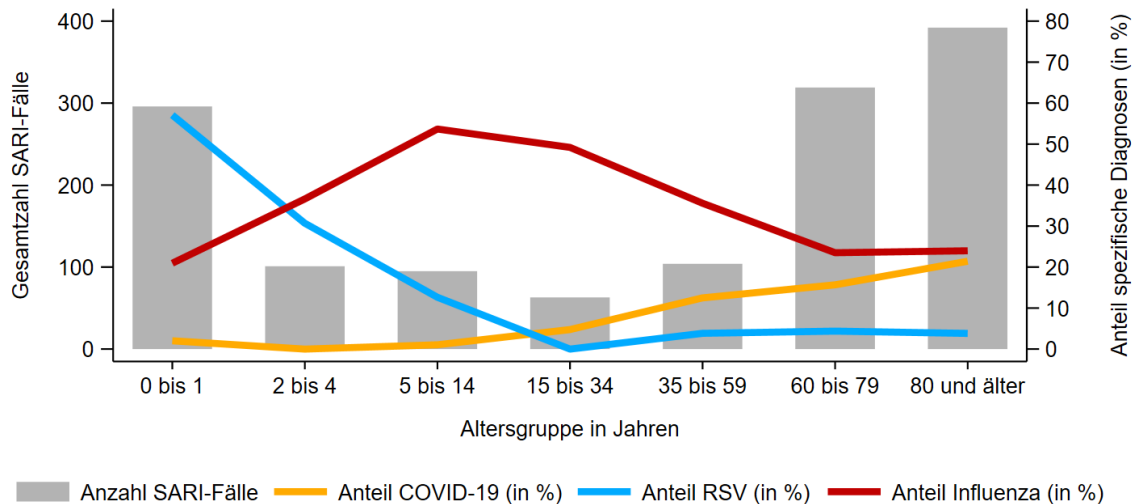


Abb. 11: Anzahl der in der 50. KW 2022 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen.

In Abb. 12 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. So wurde in der 50. KW 2022 bei insgesamt 16 % (Vorwoche: 19 %) der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben, zudem erhielten 30 % der Fälle eine Influenza-Diagnose. Bei insgesamt 16 % der intensivpflichtigen SARI-Fälle wurde eine RSV-Erkrankung diagnostiziert.

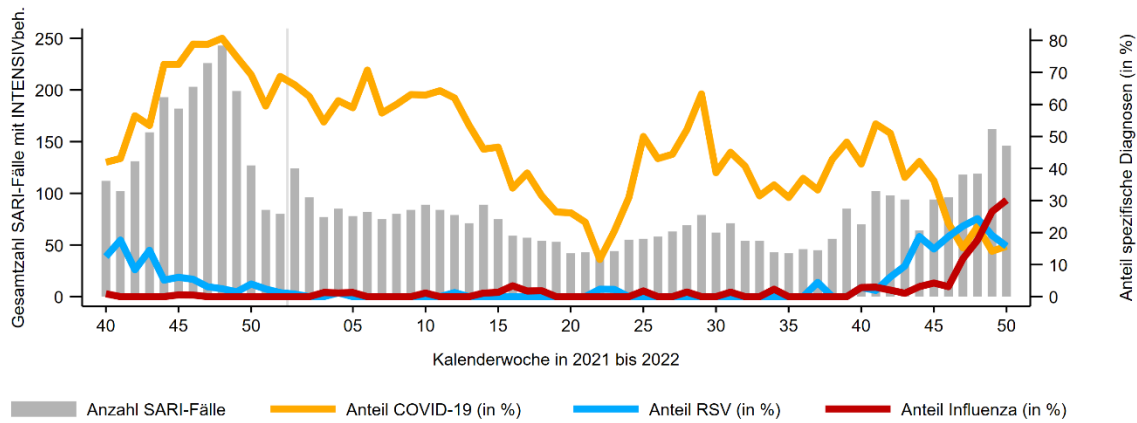


Abb. 12: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2021 bis zur 50. KW 2022. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Zu beachten ist, dass es sich um eine Auswertung vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance (49. KW 2022)

Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region in der 45. KW begonnen. Von den 39 Ländern, die in der 49. KW Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten acht Länder eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, zehn Länder eine geringe, 14 Länder (darunter Deutschland) eine mittlere, vier Länder (Kasachstan, Litauen, Malta und die Slowakei) eine hohe und zwei Länder (Russische Föderation und Österreich) eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks stieg von 22 % in der 48. KW auf 23 % in der 49. KW 2022.

Für die 49. KW 2022 wurden in 921 (23 %) von 3.937 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, 875 (95 %) waren positiv für Influenza A-Viren und 46 (5 %) für Influenza B-Viren. Unter den 658 subtypisierten Influenza A-Viren waren 540 (82 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 118 (18 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 7.834 SARI-Fälle für die 49. KW 2022 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 49. KW bei 21 % (Vorwoche: 15 %). Die SARS-CoV-2-Positivenrate bei den SARI-Fällen lag bei 2 % (48. KW: 2 %).

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

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 434 vom 12.12.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 27.11.2022. 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 Sentinelsystem gemeinsam zu überwachen. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik zu COVID-19 berücksichtigen.

Weltweit stieg die Influenza-Aktivität an, es dominieren Influenza A(H3N2)-Viren. Ein steigender Trend der Influenza-Aktivität wurde in der nördlichen Hemisphäre beobachtet, während in der südlichen Hemisphäre ein niedriges Niveau erreicht wurde.

In der nördlichen Hemisphäre lag die Influenza-Aktivität in einigen Ländern Europas im Bereich über dem nationalen Schwellenwert mit einem steigenden Trend, auch in den nordamerikanischen Ländern ist die

Influenza-Aktivität kontinuierlich angestiegen. Hier begann die Influenzawelle früher als in den vorpandemischen Saisons. In Europa und Nordamerika dominierten Influenza A(H3N2)-Viren.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre ist die Influenza-Aktivität im Berichtszeitraum weiter zurückgegangen mit Ausnahme von Südamerika. Dort stieg die Influenza-Aktivität in Argentinien und Chile an. In Ozeanien wurde über eine niedrige Influenza-Aktivität berichtet.

In den meisten Ländern der tropischen Zone wurde eine niedrige Influenza-Aktivität verzeichnet, es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen.

Vom 14.11. bis zum 27.11.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 560.422 Proben und berichteten 93.082 Influenzavirusnachweise (Datenstand: 9.12.2022). Davon wurden 98 % Influenza A-Viren und 2 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 86 % zu Influenza A(H3N2) und 14 % 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 (in englischer Sprache): <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 50/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10887