



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 8 (20.2. bis 26.2.2023)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Aufgrund eines Feiertags in Berlin erscheint der nächste ARE-Wochenbericht am Donnerstag, den 9.3.2023.

Der Anstieg der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in der Bevölkerung (GrippeWeb) aus den letzten Wochen hat sich in der 8. KW 2023 nicht weiter fortgesetzt. Der aktuelle Wert lag im Wertebereich der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Zahl der Arztbesuche lag im Wertebereich der vorpandemischen Jahre.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 8. KW 2023 in insgesamt 81 (62 %) der 130 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 24 (18 %) Proben mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 21 (16 %) mit Influenzaviren, 18 (14 %) mit Rhinoviren, 14 (11 %) mit SARS-CoV-2, elf (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und eine (1 %) Probe mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV). Parainfluenzaviren (PIV) wurden nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) leicht gesunken und lag auf einem niedrigen Niveau unter den in vorpandemischen Jahren beobachteten Werten. Insgesamt blieb der Anteil der mit einer schweren Atemwegserkrankung hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Diagnose in der 8. KW 2023 stabil mit 20 %, der Anteil an Influenza-Diagnosen lag unverändert bei 4 %. Der Anteil an RSV-Diagnosen ist in den letzten Wochen leicht zurückgegangen und lag bei 3 %.

Die ARE-Aktivität ist in der 8. KW 2023 auf die Zirkulation unterschiedlicher Atemwegserreger zurückzuführen, insbesondere hMPV, gefolgt von Influenza- und Rhinoviren. Jedoch wurden auch andere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels (hCoV, SARS-CoV-2, RSV) detektiert. Der Anteil der Influenza B-Viren an allen Influenzaviren steigt weiterhin an.

Weitere Informationen zum bisherigen Verlauf der Saison 2022/23

Schon zu Beginn der Saison 2022/23 lag die ARE-Aktivität auf einem hohen Niveau, verursacht durch die Zirkulation von SARS-CoV-2. Dann stieg die RSV-Aktivität deutlich an und nachfolgend wurde die ARE-Aktivität durch die A(H3N2)-dominierte Grippewelle von der 43. KW 2022 bis zur 1. KW 2023 bestimmt. Während in den vorpandemischen Saisons die Grippewelle meist erst nach dem Jahreswechsel begann, erreichte die Influenza-Aktivität bereits in der 50. KW 2022 den Höhepunkt und ging dann sehr rasch zurück. Seit der 5. KW 2023 ist ein erneuter Anstieg der Influenza-Positivenrate zu beobachten, nun verursacht durch die Zirkulation von Influenza B-Viren. Parallel zum Anstieg der Influenzanachweise kam es in den letzten Wochen auch zu einem erneuten Anstieg von bakteriellen Infektionen mit Gruppe-A-Streptokokken und Pneumokokken (s. Update EpidBull). Die vergleichsweise hohe ARE-Aktivität auch nach dem Ende der Grippewelle und der RSV-Welle scheint durch die Kombination der Zirkulation verschiedener Atemwegserreger, inklusive der typischen Erkältungsviren, hervorgerufen zu werden. Die Übertragungswahrscheinlichkeit im Winter in geschlossenen Räumen kann durch ein entsprechendes Verhalten reduziert werden.

ARE vermeiden: <http://www.rki.de/are-wintertipps>

Ausbrüche kontrollieren: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.pdf

Anstieg bakterieller Infektionen (Update):

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2023/Ausgaben/o8_23.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 zeigte seit der 3. KW einen steigenden Trend, der sich in der 8. KW 2023 jedoch nicht weiter fortgesetzt hat (8,8 %; Vorwoche: 9,0 %) (Abb. 1). Bei den Kindern schwankt die ARE-Rate seit fünf Wochen auf einem relativ hohen Niveau, bei den Erwachsenen ist ein steigender Trend zu beobachten. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,3 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Der aktuelle Wert lag im Wertebereich der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

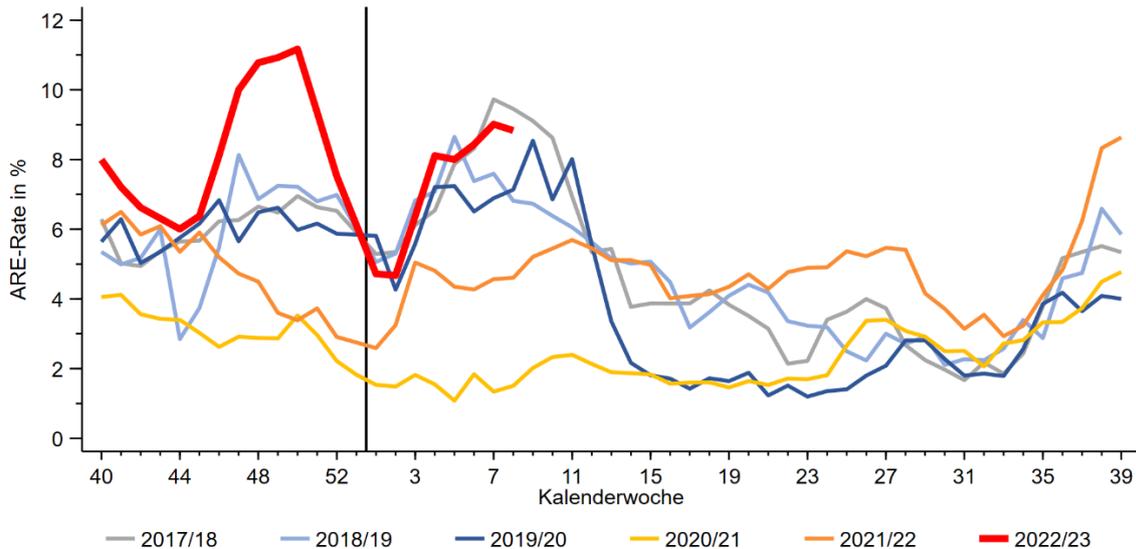


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 8. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 8. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Tab. 1). Die rund 1.800 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,5 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Tab. 1: ARE-Konsultationsinzidenz/100.000 Einwohner (gerundet) in den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 2. KW bis zur 8. KW 2023.

AGI-Region	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW
Baden-Württemberg	1.600	1.300	1.400	1.600	1.800	2.000	1.800
Bayern	1.700	1.400	1.600	2.000	2.200	2.100	2.100
Hessen	1.600	1.300	1.500	1.700	1.800	1.800	1.800
Nordrhein-Westfalen	1.600	1.400	1.700	1.900	2.000	2.100	2.000
Rheinland-Pfalz, Saarland	1.500	1.300	1.600	1.800	2.000	1.800	1.700
Niedersachsen, Bremen	1.200	1.300	1.300	1.600	1.400	1.500	1.600
Schleswig-Holstein, Hamburg	1.500	1.400	1.600	1.700	2.000	1.700	1.400
Brandenburg, Berlin	1.500	1.400	1.600	1.500	1.600	1.600	1.600
Mecklenburg-Vorpommern	2.100	2.000	2.200	2.500	1.800	1.200	1.300
Sachsen	1.400	1.200	1.200	1.500	1.400	1.300	1.400
Sachsen-Anhalt	1.300	1.000	1.400	1.500	1.100	1.700	1.300
Thüringen	1.600	1.300	1.500	1.600	1.700	1.600	2.000
Gesamt	1.500	1.400	1.500	1.800	1.900	1.800	1.800

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

Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 8. KW 2023 im Wertebereich der vorpandemischen Jahre zur 8. KW (Abb. 2). In den vorpandemischen Saisons begann die Grippewelle meist erst nach dem Jahreswechsel, was mit einem Anstieg der Influenza-Aktivität einherging. Dagegen ist die Influenza-Aktivität nach dem Ende der frühen Grippewelle mit starker Zirkulation von Influenza A(H3N2)-Viren derzeit niedrig. Die ARE-Aktivität ist aktuell auch auf die Zirkulation weiterer Atemwegserreger zurückzuführen.

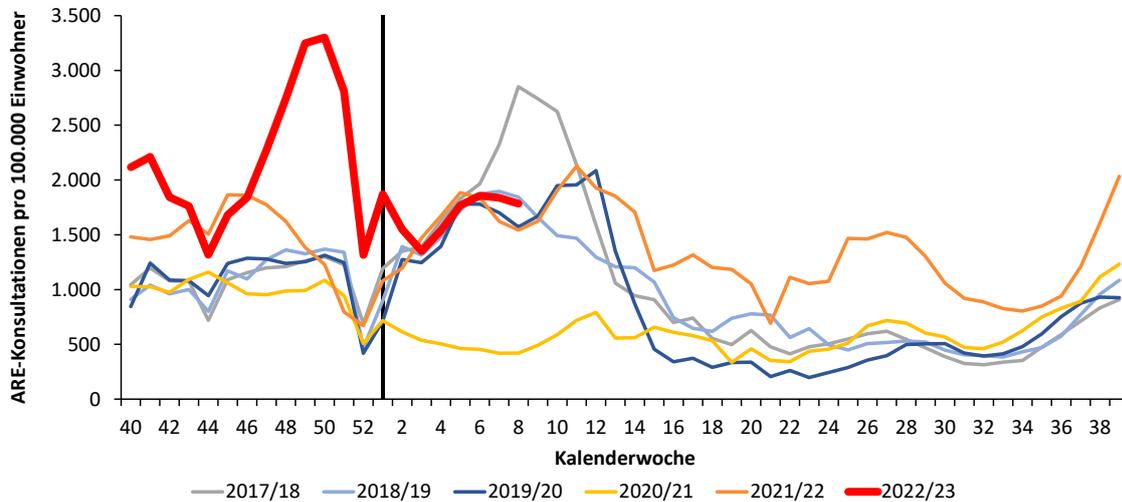


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 8. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 8. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen die zweite Woche in Folge gesunken, nachdem sie seit dem Jahreswechsel wieder gestiegen war. In den Altersgruppen der Erwachsenen ab 15 Jahren sind die Werte in den letzten Wochen leicht gestiegen oder stabil geblieben (Abb. 3).

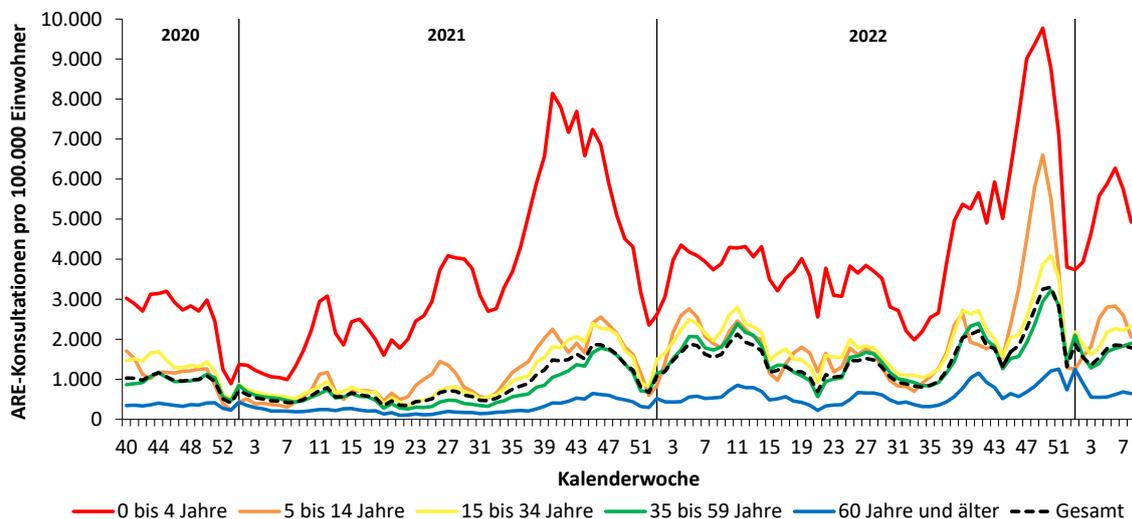


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 8. KW 2023 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

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

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

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 8. KW 2023 insgesamt 130 Sentinelproben von 47 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 81 (62 %) der 130 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab acht Doppelinfektionen, dabei wurden häufig hMPV nachgewiesen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2022/23 (ab 40. KW 2022), Datenstand 28.2.2023.

	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	148	165	168	167	130	4.014
Probenanzahl mit Virusnachweis	79	101	108	108	81	2.761
Anteil Positive (%)	53	61	64	65	62	69
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	2
A(H3N2)	3	3	1	1	0	1.072
A(H1N1)pdm09	3	6	3	4	2	65
B(Victoria)	8	15	18	25	19	101
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	9	15	13	18	16	31
RSV	11	9	12	6	1	537
Anteil Positive (%)	7	5	7	4	1	13
hMPV	11	18	30	31	24	187
Anteil Positive (%)	7	11	18	19	18	5
PIV (1 – 4)	4	2	1	3	0	128
Anteil Positive (%)	3	1	1	2	0	3
Rhinoviren	23	31	34	22	18	446
Anteil Positive (%)	16	19	20	13	14	11
hCoV	15	17	10	17	11	252
Anteil Positive (%)	10	10	6	10	8	6
SARS-CoV-2	15	12	14	12	14	245
Anteil Positive (%)	10	7	8	7	11	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 8. KW 2023 zirkulierten hauptsächlich hMPV, gefolgt von Influenzaviren und Rhinoviren (Tab. 2, Abb. 4). Die Nachweisrate von hMPV ist seit dem Jahreswechsel deutlich angestiegen, ist jedoch seit der 6. KW 2023 stabil geblieben (18 % bis 19 %).

Seit der 3. KW 2023 nimmt der Anteil an Influenza B-Virusnachweisen (Victoria-Linie) kontinuierlich zu. Die Influenza-Positivenrate lag in der 8. KW bei 16 % (95 %-Konfidenzintervall [10; 24]). Die Grippewelle hat nach Definition des RKI in der 43. KW 2022 begonnen und endete nach elf Wochen mit der 1. KW 2023.

Seit dem Jahreswechsel ist die RSV-Positivenrate allmählich gesunken, sie liegt seit der 4. KW 2023 unter 10 % und ist in der 8. KW nochmals deutlich gesunken. Die RSV-Welle in Deutschland hat nach Definition des RKI in der 41. KW 2022 begonnen und endete nach 15 Wochen mit der 3. KW 2023.

In der 8. KW 2023 wurde hMPV in allen Altersgruppen nachgewiesen, hauptsächlich bei Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) und den Älteren ab 60 Jahre (Abb. 5). Influenzaviren zirkulierten vorwiegend bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre). Die SARS-CoV-2-Positivenrate lag bei den ab 60-jährigen mit 45 % am höchsten.

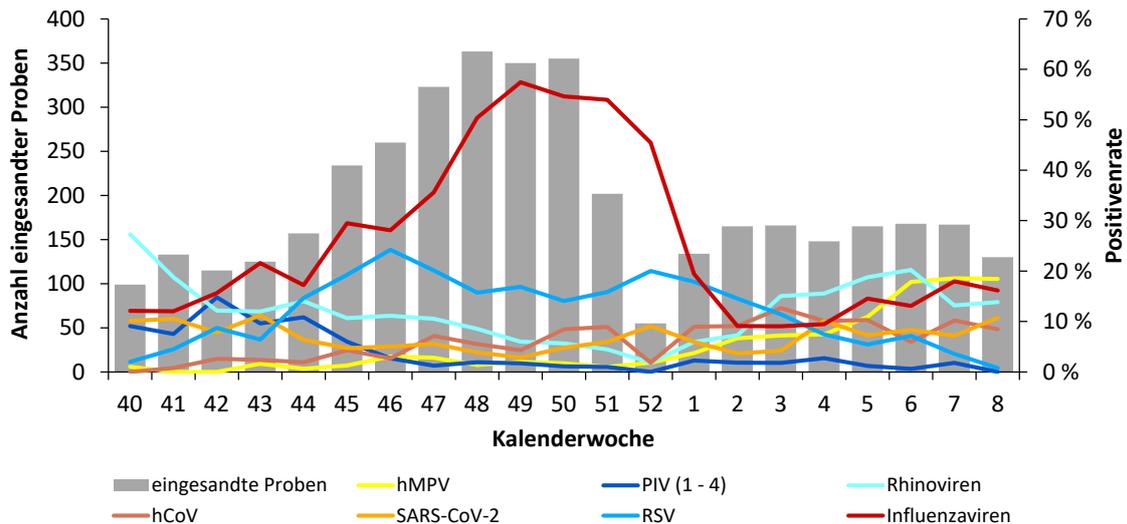


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 8. KW 2023.

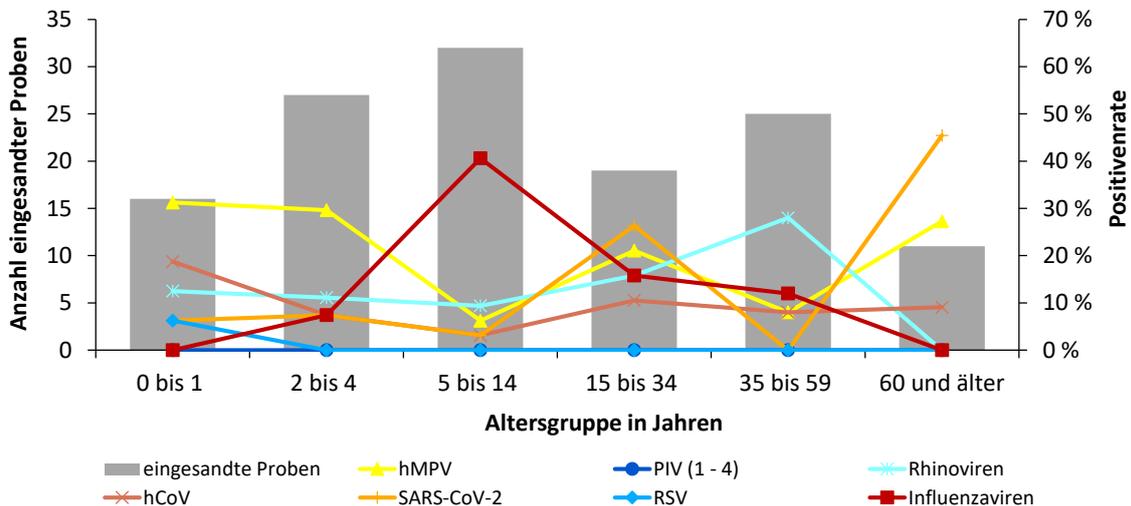


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) für die 8. KW 2023.

Charakterisierung der Inflenzaviren

Aus Proben des Sentinels wurden 348 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 221 Viren der A/Bangladesh/4005/2020-Subgruppe und weitere 100 Viren der A/Slovenia/8720/2022-Subgruppe zuzuordnen; 24 Viren gehören zu einer weiteren Subgruppe mit den Substitutionen HA₁: E50K, D53N, S91N, N96S, N122D, I192F, I223V, HA₂: N49S im Hämagglutinin und drei weitere Viren teilen die meisten Substitutionen mit dieser Subgruppe bis auf HA₁: S91N und N122D. Darüber hinaus wurden 30 A(H₁N₁)pdm09 Viren sequenziert, welche alle zur Clade 6B.1A.5a.2 gehören. Darunter sind fünf Viren der A/Norway/25089/2022-Subgruppe und drei Viren der A/Sydney/5/2021-Subgruppe zuzuordnen; 22 Viren gehören zu drei weiteren Subgruppen. Die zwei charakterisierten B/Victoria-Viren gehören zur Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021).

Seit der 40. KW 2022 wurden 375 Influenza A(H₃N₂)-Viren, 61 Influenza A(H₁N₁)pdm09-Viren und 86 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) ebenfalls detektiert. 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, hierbei wurden 219 A(H₃N₂)-, 39 A(H₁N₁)pdm09- und zehn B/Victoria-Viren sowie jeweils ein H₃N₂+H₁N₁pdm09- und ein H₃N₂+B/Victoria-Doppelisolat aus Mischinfektionen untersucht. Molekulare Marker, die mit einer Resistenz gegen den Polymerase-Inhibitor Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den untersuchten Influenzavirusgenen (234 A(H₃N₂), sieben A(H₁N₁)pdm09, zwei B/Victoria) ebenfalls nicht nachgewiesen.

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.

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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

In der 8. MW 2023 wurden bislang 2.511 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche wieder leicht gestiegen. Dabei hat die Zahl der Influenza B-Virusnachweise weiter zugenommen. Bei 421 (17 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand: 28.2.2023). Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 270.169 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 37.939 (14 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

		3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza	A (nicht subtypisiert)	2.033	1.341	1.138	988	859	689	243.329
	A(H ₁ N ₁)pdm09	14	16	13	16	17	14	618
	A(H ₃ N ₂)	30	18	13	2	7	5	5.236
	nicht nach A / B differenziert	59	53	56	89	94	132	12.898
	B	429	530	716	1.093	1.471	1.671	8.088
Gesamt		2.565	1.958	1.936	2.188	2.448	2.511	270.169

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 464 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 115 in Kindergärten / Horten, 107 Ausbrüche in Schulen, 75 in privaten Haushalten, 63 in Alten- / Pflegeheimen, 54 in Krankenhäusern, sieben in medizinischen / ambulanten Behandlungseinrichtungen, fünf in Rehaeinrichtungen, drei in Wohnstätten / Seniorentagestätten, jeweils zwei in Justizvollzugsanstalten bzw. Betreuungseinrichtungen und jeweils ein Ausbruch in einem Flüchtlingsheim bzw. Arbeitsplatz und 29 Ausbrüche ohne Angabe des Infektionsortes.

Seit der 40. MW 2022 wurden bisher 916 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 869 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, 29 nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und 18 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 8. KW 2023 leicht gesunken. Insgesamt liegt die Inzidenz der SARI-Fälle seit einigen Wochen auf dem niedrigen Niveau, das im Februar der Jahre 2021 und 2022 verzeichnet wurde und damit unter den Werten, die üblicherweise in den vorpandemischen Jahren um diese Zeit beobachtet wurden. In den Jahren 2020 und 2021 gab es im ersten Quartal keine Grippewelle, die sonst üblicherweise im Februar eine hohe Zahl an Krankenhausaufnahmen mit SARI verursachte (Abb. 6).

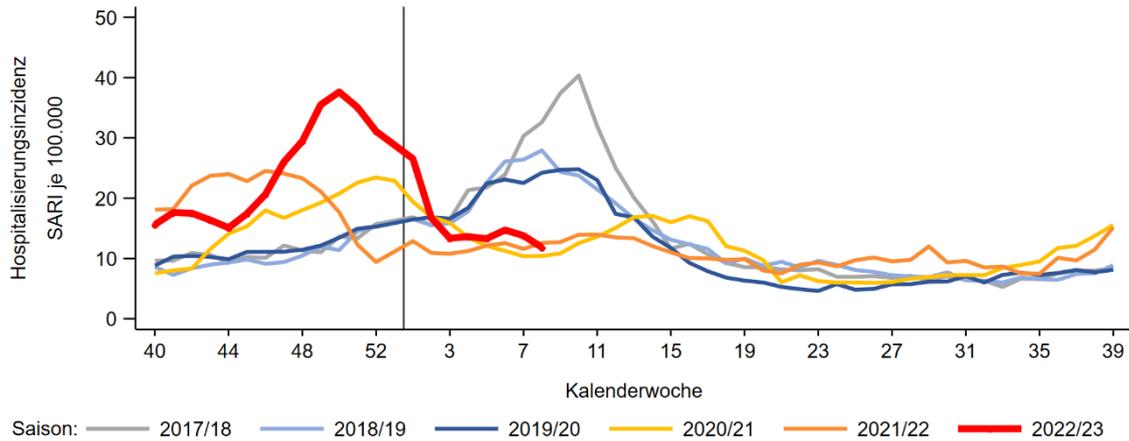


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 8. KW 2023), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der 8. KW 2023 kam es in der jüngsten und in der ältesten Altersgruppe zu einem Rückgang der SARI-Fallzahlen. In der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre kam es zu einem Anstieg, in anderen Altersgruppen blieb die Zahl der SARI-Fälle stabil. In allen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 8. KW auf einem niedrigen Niveau, das bei den 35- bis 59-jährigen zudem deutlich unter den Werten aus den Vorsaisons lag (Abb. 7).

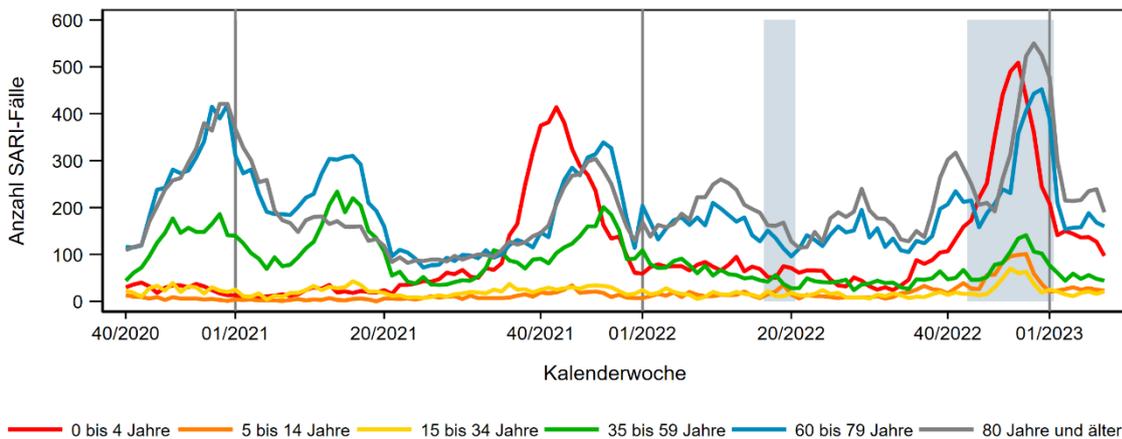


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 8. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist farbig hinterlegt.

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). Hierbei fallen die starken Fallzahlenanstiege bei den 0- bis 4-jährigen und den ab 80-jährigen vor dem Jahreswechsel 2022/23 auf. Aktuell sind weiterhin die jüngste und die älteste Altersgruppe von schweren akuten Atemwegserkrankungen am häufigsten betroffen, jedoch wurden seit dem Jahreswechsel 2022/23 wieder deutlich weniger Patientinnen und Patienten aus diesen Altersgruppen mit einer SARI ins Krankenhaus eingewiesen.

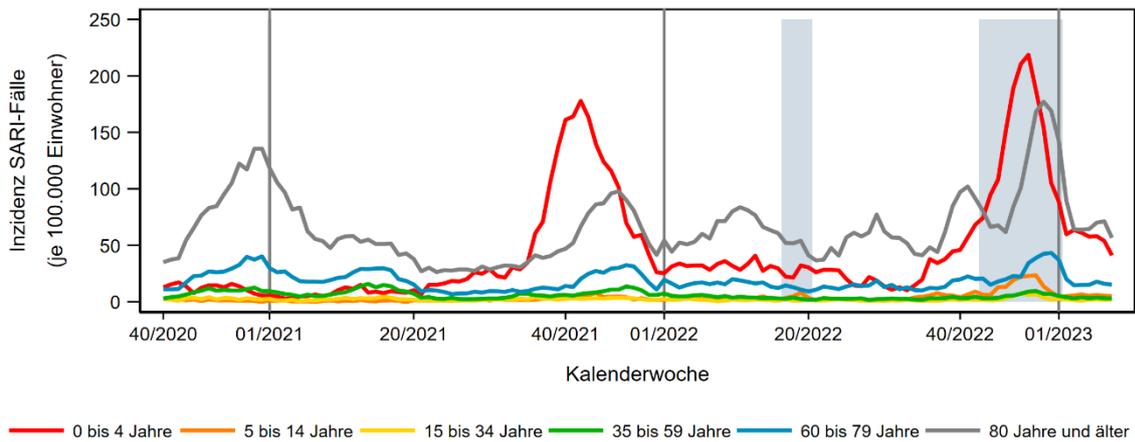


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 8. KW 2023, Daten aus 71 Sentinellkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippe- welle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Diagnosen ist in der 8. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. So wurde bei insgesamt 20 % aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben. In den letzten Wochen deutete sich ein leichter Anstieg des Anteils COVID-19-Diagnosen an, jedoch ist der Anteil seit der 44. KW 2023 mit weniger als 25 % relativ niedrig. Wie in der Vorwoche wurde bei 4 % der SARI-Fälle eine Influenzavirus-Infektion diagnostiziert. Der Anteil an RSV-Diagnosen lag in der 8. KW 2023 bei 3 %, in den letzten Wochen wurde hier ein leichter Rückgang verzeichnet (Abb. 9).

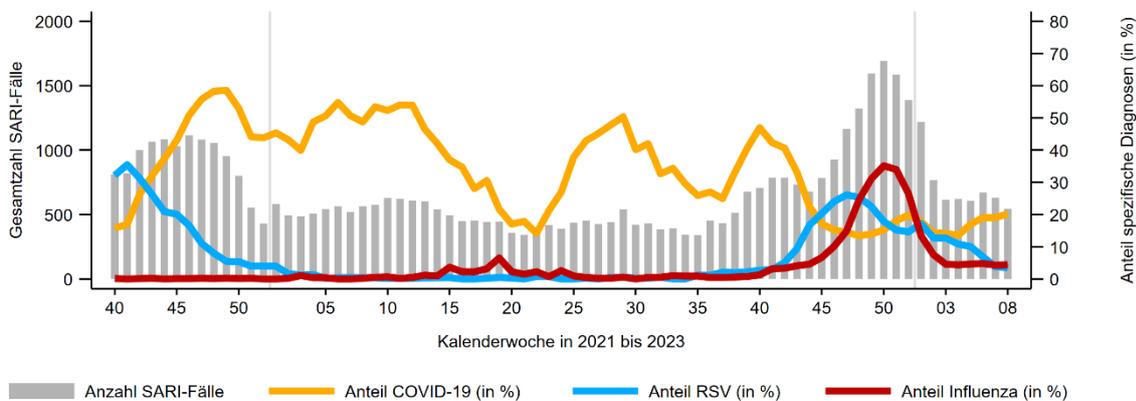


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2021 bis zur 8. KW 2023. Daten aus 71 Sentinellkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Es wurden in der 8. KW 2023 bei etwa einem Viertel (zwischen 22 % bis 28 %) der ab 35-jährigen SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 10). Influenza-Diagnosen wurden vorwiegend in der Altersgruppe 5 bis 14 Jahre vergeben (33 %). In den letzten Wochen wurde bei Kleinkindern, hauptsächlich bei unter 2-jährigen, noch häufig RSV diagnostiziert. In der 8. KW erhielten 17 % der 0- bis 1-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose und damit ähnlich viele wie in der Vorwoche. Auch in anderen Altersgruppen wurden noch vereinzelt RSV-Diagnosen vergeben.

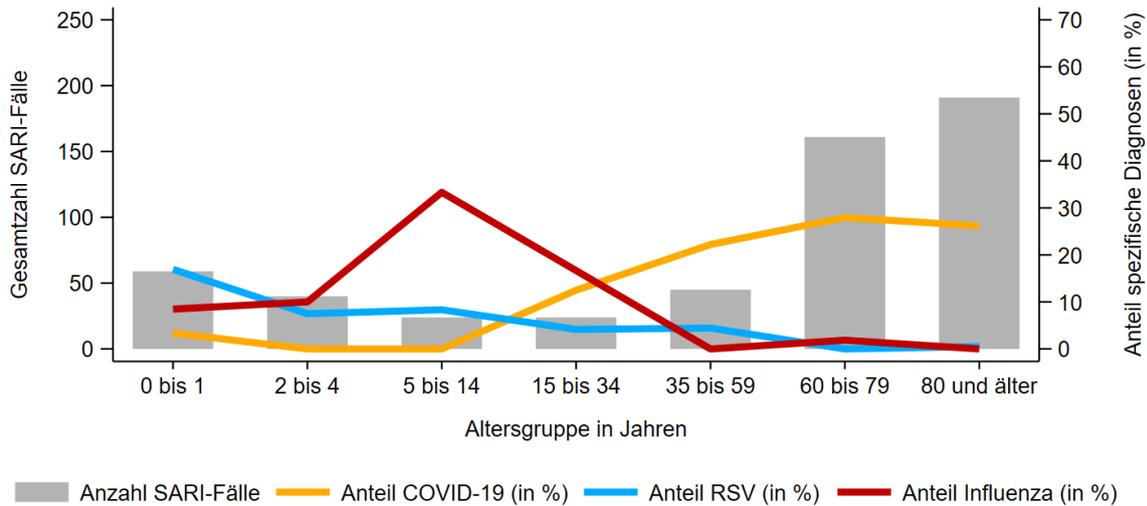


Abb. 10: Anzahl der in der 8. KW 2023 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen.

In Abb. 11 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Es wurde in der 8. KW 2023 bei insgesamt 21 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben. Darüber hinaus wurden bei keinem SARI-Fall mit Intensivbehandlung eine Influenza- oder RSV-Diagnose vergeben.

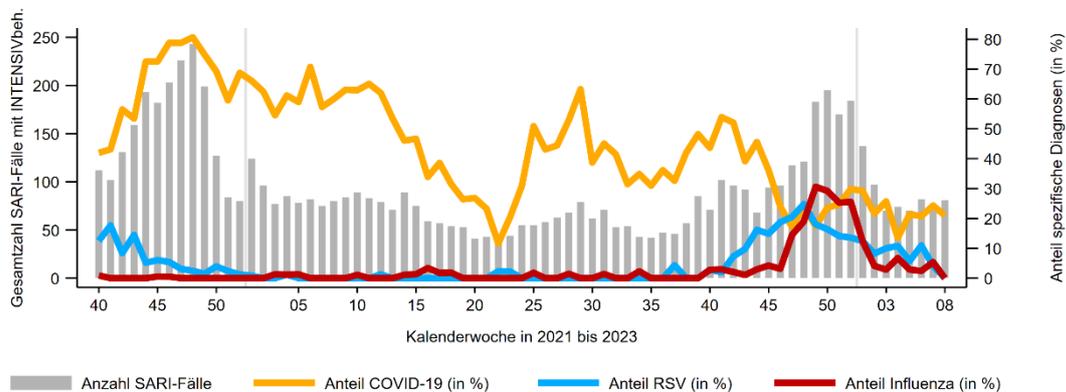


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2021 bis zur 8. KW 2023. 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 (7. KW 2023)

Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region in der 45. KW 2022 begonnen. In der 7. KW 2023 lag die Influenza-Positivenrate weiterhin über dem Schwellenwert von 10 % bei den Sentinelproben. Die Influenza-Aktivität war bis zur 4. KW 2023 in der gesamten Region rückläufig, ist aber seit der 5. KW 2023 im Zusammenhang mit einer erhöhten Zirkulation von Influenza B-Viren erneut angestiegen.

Von den 39 Ländern, die in der 7. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten neun Länder (darunter Deutschland) eine Influenza-

Hintergrundaktivität, acht Länder eine niedrige Influenza-Aktivität, 17 Länder eine mittlere, vier Länder eine hohe und ein Land eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks ist in der 7. KW 2023 im Vergleich zur 6. KW leicht gestiegen (30 %; 6. KW: 27 %). Dabei ist der Anteil an Influenza B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen in den letzten Wochen weiter angestiegen.

Für die 7. KW 2023 wurden in 957 (30 %) von 3.224 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, davon waren 430 (45 %) positiv für Influenza A-Viren und 527 (55 %) für Influenza B-Viren. Unter den 313 subtypisierten Influenza A-Viren waren 86 (20 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 250 (80 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Alle 128 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 2.599 SARI-Fälle für die 7. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 7. KW bei 20 % (6. KW: 13 %). Die SARS-CoV-2-Positivenrate bei den SARI-Fällen lag bei 1 % (6. KW: 1 %).

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

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 439 vom 20.2.2023)

Weltweit war die Influenza-Aktivität im Vergleich zum Höhepunkt Ende 2022 zurückgegangen. Influenza A-Viren dominierten, wobei ein etwas größerer Anteil Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen wurde. Der Anteil der Influenza B-Virusnachweise stieg in dem Berichtszeitraum an.

In der nördlichen Hemisphäre sanken in den nordamerikanischen Ländern die meisten Indikatoren für die Influenza-Aktivität auf Werte, die ähnlich oder niedriger waren als die Werte, die normalerweise gegen Ende der Saison beobachtet werden. Influenza A-Viren überwogen, in den USA Influenza A(H3N2)-Viren, in Kanada dagegen A(H1N1)pdm09-Viren. In Nordafrika blieb die Aktivität erhöht, wobei in Marokko und Tunesien weiterhin alle saisonalen Influenza-Subtypen nachgewiesen wurden.

Vom 23.1.2023 bis zum 5.2.2023 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 435.112 Proben und berichteten 27.978 Influenzavirusnachweise (Datenstand: 17.2.2023). Davon waren 69 % positiv für Influenza A-Viren und 31 % positiv für Influenza B-Viren. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 58 % zu A(H1N1)pdm09 und 42 % zu Influenza A(H3N2). Unter den charakterisierten Influenza B-Viren gehörten 100 % der Victoria-Linie an.

Weitere Informationen sind abrufbar in den Influenza Updates der WHO unter (in englischer Sprache): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>.

Empfehlung für die Influenza-Impfstoffkomponenten für die Nordhalbkugel in der Saison 2023/24

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 24.2.2023 die Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs in der nördlichen Hemisphäre für die Saison 2023/24 veröffentlicht. Gegenüber der Empfehlung für die Saison 2022/23 für die Nordhalbkugel und 2022 für die Südhalbkugel wurde die Komponente im Impfstoff gegen Influenza A(H1N1)pdm09 aktualisiert. Die anderen Komponenten wurden beibehalten. Weitere Informationen und der ausführliche Bericht zur Empfehlung sind abrufbar (in englischer Sprache) unter: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2023-2024-northern-hemisphere-influenza-season>.

Eine hilfreiche Zusammenfassung findet sich in den Antworten auf häufig gestellte Fragen (in englischer Sprache) unter: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-influenza-recommendations/vcm-northern-hemisphere-recommendation-2023-2024/202302_qanda_recommendation.pdf. In den FAQ wird auch auf die globale epidemiologische Situation eingegangen. Unter anderem wird berichtet, dass es seit März 2020 keine bestätigten Nachweise von Influenza B-Viren der Yamagata-Linie gab (bzw. nur Nachweise, die sich auf B-Viren aus Lebendimpfstoffen gegen Influenza zurückführen lassen).

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 8/2023; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/11166