



# ARE-Wochenbericht

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe\*

## Kalenderwoche 9 (27.2. bis 5.3.2023)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Der Anstieg der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in der Bevölkerung (GrippeWeb) aus den letzten Wochen hat sich in der 9. KW 2023 weiter fortgesetzt. Der aktuelle Wert lag im oberen 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 9. KW 2023 insgesamt 75 (50 %) der 149 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter jeweils 24 (16 %) Proben mit Rhinoviren bzw. mit Influenzaviren, 17 (11 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), neun (6 %) mit SARS-CoV-2 und jeweils fünf (3 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) bzw. mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV). Respiratorischen Synzytialviren (RSV) wurden nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit einigen Wochen stabil und liegt 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 9. KW 2023 stabil mit 20 %, der Anteil an Influenza-Diagnosen stieg leicht an auf 6 %. Der Anteil an RSV-Diagnosen lag bei 2 %.

Die ARE-Aktivität ist in der 9. KW 2023 auf die Zirkulation unterschiedlicher Atemwegserreger zurückzuführen, insbesondere Rhino- und Influenzaviren, gefolgt von hMPV. Bei den Influenzaviren handelt es sich weiterhin größtenteils um Influenza B-Viren. Es wurden auch andere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels (SARS-CoV-2, PIV, hCoV) detektiert.

### 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 in der aktuellen Saison bereits in der 50. KW 2022 den Höhepunkt und ging dann sehr rasch zurück. Von der 5. KW bis zur 7. KW 2023 war ein erneuter Anstieg der Influenza-Positivenrate auf 18 % zu beobachten, nun verursacht durch die Zirkulation von Influenza B-Viren. In der 8. KW und 9. KW lag die Influenza-Positivenrate dann etwas niedriger stabil bei 16 %. 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>

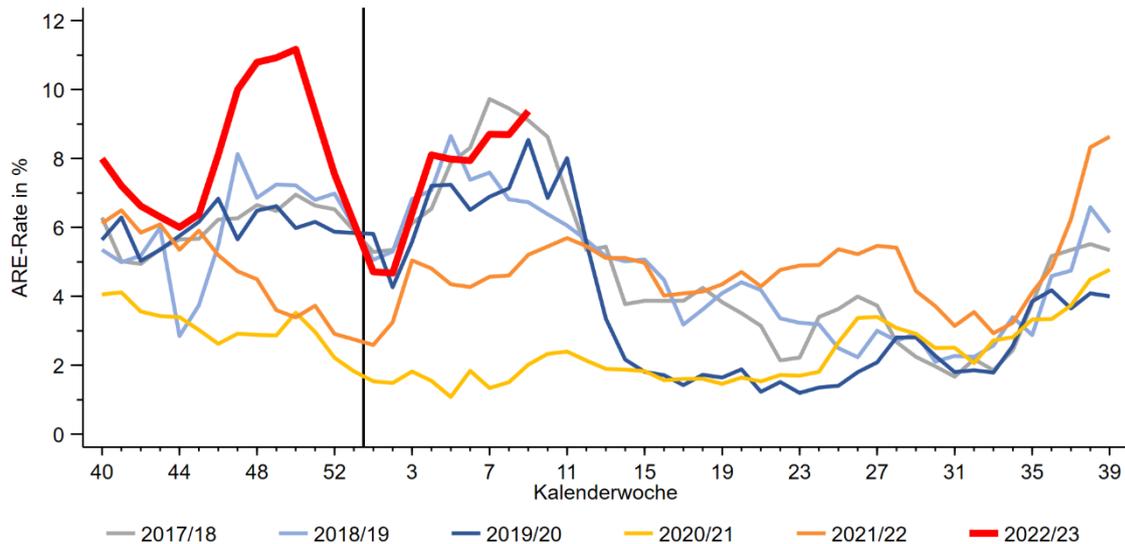
Ausbrüche kontrollieren: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Checkliste\\_Respiratorischer\\_Ausbruch.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.pdf)

\* 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 9. KW 2023 weiter fortgesetzt hat (9,4 %; Vorwoche: 8,7 %) (Abb. 1). Der Anstieg der ARE-Rate ist hauptsächlich auf die Erwachsenen zurückzuführen, bei den Kindern ist seit der 3. KW ein leicht sinkender Trend zu beobachten. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Der aktuelle Wert lag im oberen Bereich 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 9. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

### Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

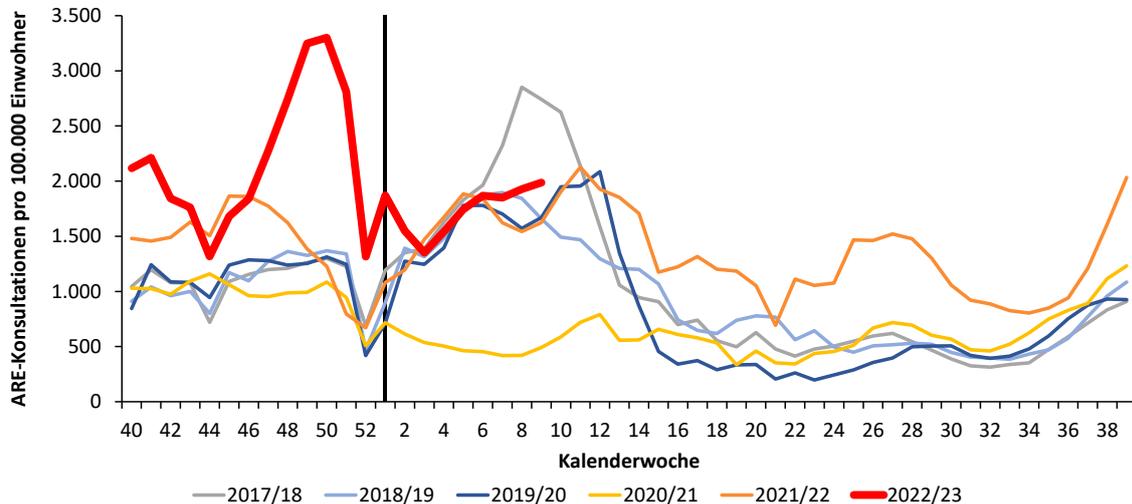
Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 9. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Tab. 1), wobei sich der Vorwochenwert (8. KW) durch Nachmeldungen erhöht hat. Die rund 2.000 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,7 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

**Tab. 1:** ARE-Konsultationsinzidenz/100.000 Einwohner (gerundet) in den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 3. KW bis zur 9. KW 2023.

AGI-Region	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW
Baden-Württemberg	1.300	1.400	1.600	1.800	2.000	1.900	2.200
Bayern	1.400	1.600	1.900	2.200	2.100	2.000	2.200
Hessen	1.300	1.500	1.600	1.900	1.900	1.800	2.300
Nordrhein-Westfalen	1.400	1.700	1.900	2.000	2.000	2.200	2.400
Rheinland-Pfalz, Saarland	1.300	1.600	1.700	2.100	1.800	1.800	2.000
Niedersachsen, Bremen	1.300	1.300	1.700	1.400	1.500	1.800	1.500
Schleswig-Holstein, Hamburg	1.400	1.600	1.700	2.000	1.800	1.900	1.500
Brandenburg, Berlin	1.400	1.600	1.600	1.700	1.800	1.900	1.700
Mecklenburg-Vorpommern	2.000	2.200	2.500	1.900	1.200	1.700	1.800
Sachsen	1.200	1.200	1.500	1.500	1.300	1.400	1.300
Sachsen-Anhalt	1.000	1.400	1.300	700	1.200	1.100	800
Thüringen	1.300	1.500	1.500	1.800	1.600	2.100	1.800
<b>Gesamt</b>	<b>1.400</b>	<b>1.500</b>	<b>1.700</b>	<b>1.900</b>	<b>1.800</b>	<b>1.900</b>	<b>2.000</b>

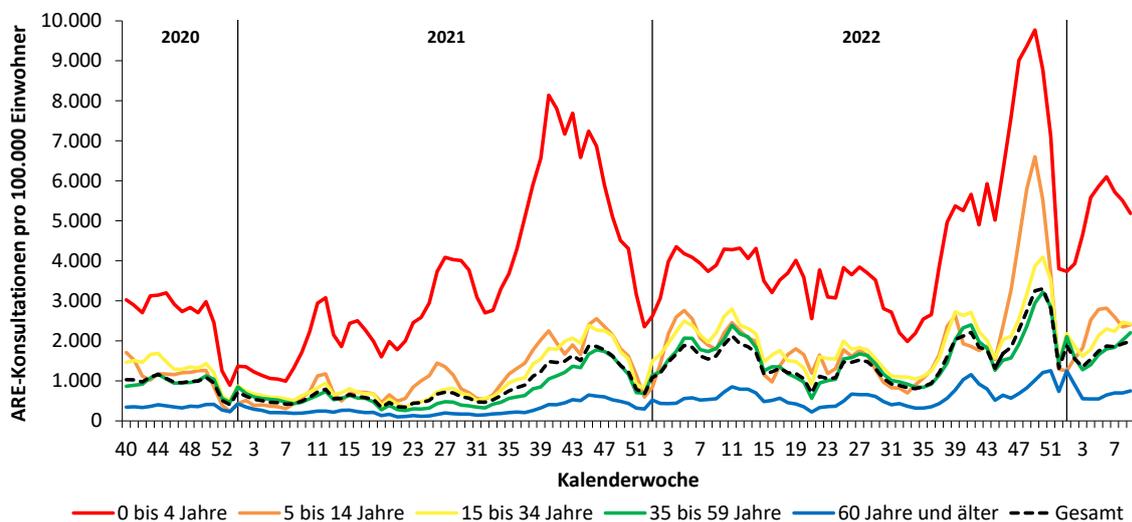
Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 9. KW 2023 im Wertebereich der vorpandemischen Jahre zur 9. KW (Abb. 2). In den vorpandemischen Saisons begann die Grippewelle meist erst nach dem Jahreswechsel, was mit einer erhöhten Influenza-Aktivität einherging. Dagegen ist die Influenza-Aktivität nach dem Ende der frühen Grippewelle mit starker Zirkulation von Influenza A(H3N2)-Viren derzeit vergleichsweise niedrig. Die ARE-Aktivität ist aktuell auch auf die Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen.



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 9. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen seit der 7. KW zurückgegangen. 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 9. 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 9. KW 2023 insgesamt 149 Sentinelproben von 47 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 75 (50 %) der 149 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab eine Dreifach- und sieben Doppelinfektionen, dabei wurden häufig Rhinoviren 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 7.3.2023.

	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	165	168	167	144	149	4.177
Probenanzahl mit Virusnachweis	101	108	108	85	75	2.840
Anteil Positive (%)	61	64	65	59	50	68
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	2
A(H3N2)	3	1	1	0	0	1.072
A(H1N1)pdm09	6	3	4	3	3	69
B (Victoria)	15	18	25	20	21	123
B (Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	15	13	18	16	16	30
RSV	9	12	6	1	0	537
Anteil Positive (%)	5	7	4	1	0	13
hMPV	18	30	31	24	17	204
Anteil Positive (%)	11	18	19	17	11	5
PIV (1 – 4)	2	1	3	0	5	133
Anteil Positive (%)	1	1	2	0	3	3
Rhinoviren	31	34	22	20	24	472
Anteil Positive (%)	19	20	13	14	16	11
hCoV	17	10	17	11	5	257
Anteil Positive (%)	10	6	10	8	3	6
SARS-CoV-2	12	14	12	14	9	254
Anteil Positive (%)	7	8	7	10	6	6

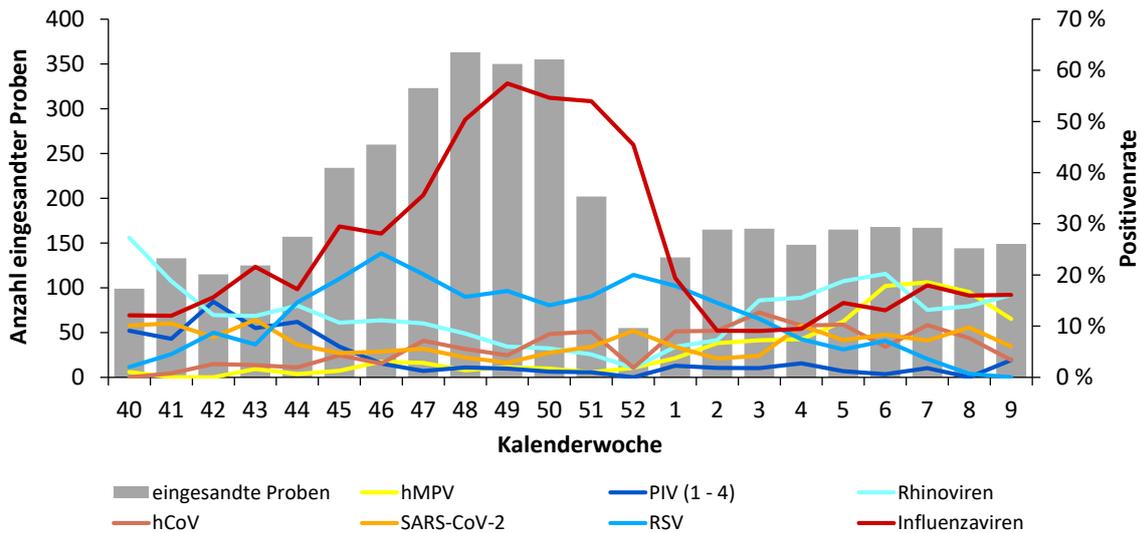
\* Die Anzahl der eingesandten Proben kann von der Summe der negativen und positiven Proben abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

In der 9. KW 2023 zirkulierten hauptsächlich Rhino- und Influenzaviren, gefolgt von hMPV (Tab. 2, Abb. 4). Nachdem die Nachweisrate von hMPV seit dem Jahreswechsel deutlich angestiegen war, zeigt sie nun einen sinkenden Trend.

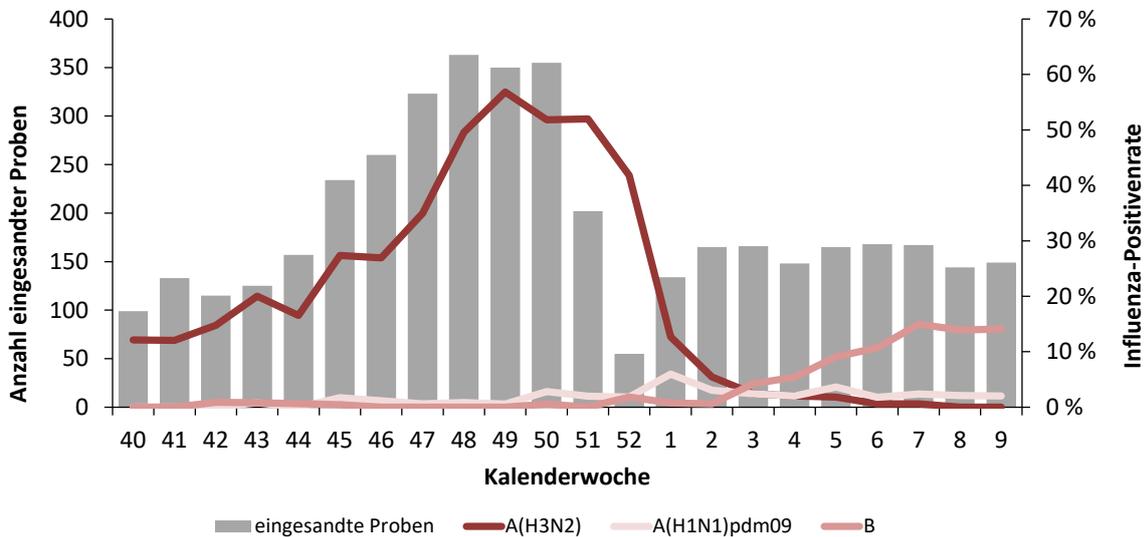
Seit der 3. KW 2023 nahm der Anteil an Influenza B-Virusnachweisen (Victoria-Linie) bis zur 7. KW kontinuierlich zu. Diese ist in der 8. KW und 9. KW stabil geblieben (Abb. 5). Die Influenza-Positivenrate insgesamt lag in der 9. KW bei 16 % (95 %-Konfidenzintervall [10; 24]). Die Grippewelle, die hauptsächlich geprägt war durch die Zirkulation von Influenza A(H3N2)-Viren, 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 und liegt seit der 4. KW 2023 unter 10 %, in der 9. KW wurden RSV nicht nachgewiesen. 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.

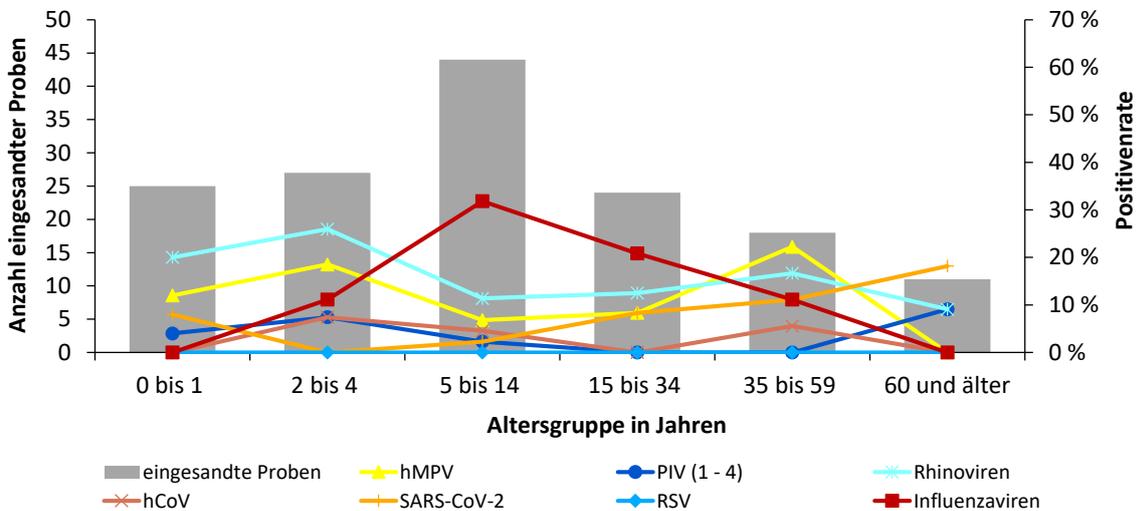
In der 9. KW 2023 wurden Rhinoviren und hMPV in allen Altersgruppen nachgewiesen, diese waren bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) die hauptsächlich nachgewiesenen Erreger (Abb. 6). Influenzaviren zirkulierten weiterhin vorwiegend bei den Schulkindern und jungen Erwachsenen (5 bis 34 Jahre). Die SARS-CoV-2-Positivenrate war bei den ab 60-jährigen am höchsten.



**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 2022 bis zur 9. KW 2023.



**Abb. 5:** Anteil der Nachweise für Influenza A(H3N2)-, A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 9. KW 2023.



**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) für die 9. KW 2023.

## Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des Sentinels wurden 394 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 250 Viren der A/Bangladesh/4005/2020-Subgruppe und weitere 112 Viren der A/Slovenia/8720/2022-Subgruppe zuzuordnen; 27 Viren gehören zu einer weiteren Subgruppe mit den Substitutionen HA1: E50K, D53N, S91N, N96S, N122D, I192F, I223V, HA2:N49S im Hämagglutinin und fünf 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 vier charakterisierten B/Victoria-Viren gehören zur Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021).

Seit der 40. KW 2022 wurden 378 Influenza A(H3N2)-Viren, 64 Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und 97 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 223 A(H3N2)-, 48 A(H1N1)pdm09- und 19 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 (426 A(H3N2), 37 A(H1N1)pdm09, zwei B/Victoria und ein H3N2+B/Victoria-Doppelisolat) 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](http://www.rki.de/nrz-influenza).

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

In der 9. MW 2023 wurden bislang 2.721 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 417 (15 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand: 7.3.2023).

Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 272.990 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 38.489 (14 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

		4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza	A (nicht subtypisiert)	1.341	1.138	994	858	700	596	243.979
	A(H1N1)pdm09	16	13	16	18	16	20	641
	A(H3N2)	18	13	2	7	6	4	5.241
	nicht nach A / B differenziert	53	52	88	95	133	106	13.001
	B	530	717	1.098	1.478	1.702	1.995	10.128
<b>Gesamt</b>		<b>1.958</b>	<b>1.933</b>	<b>2.198</b>	<b>2.456</b>	<b>2.557</b>	<b>2.721</b>	<b>272.990</b>

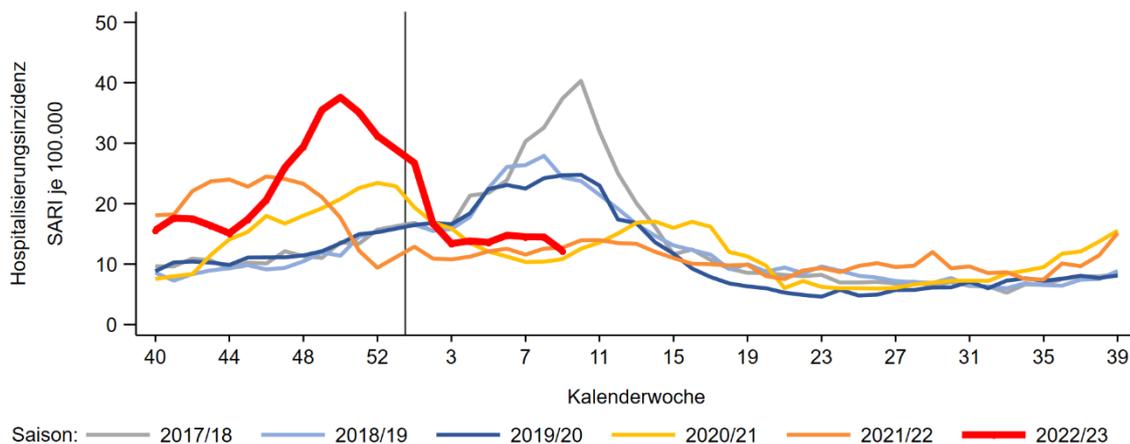
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Es wurden seit der 40. MW 2022 bisher 466 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 115 in Kindergärten / Horten, 107 Ausbrüche in Schulen, 76 in privaten Haushalten, 63 in Alten- / Pflegeheimen, 55 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 938 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 889 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, 28 nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und 21 Infektionen mit Influenza B-Viren.

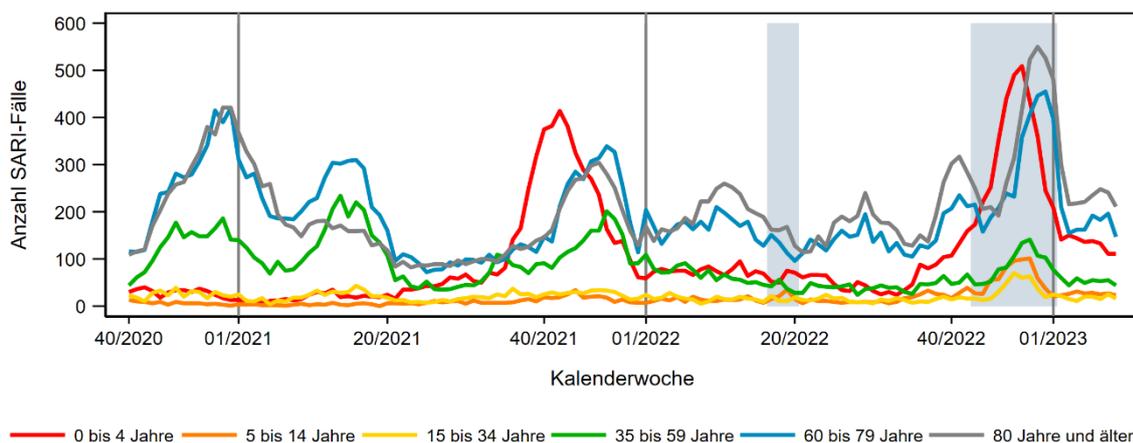
## Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 3. KW 2023 weitestgehend stabil und liegt auf dem niedrigen Niveau, das im Februar der Jahre 2021 und 2022 verzeichnet wurde. Damit ist die Inzidenz der SARI-Fälle aktuell geringer als in den vorpandemischen Jahren um diese Zeit beobachtet wurde. 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. 7).



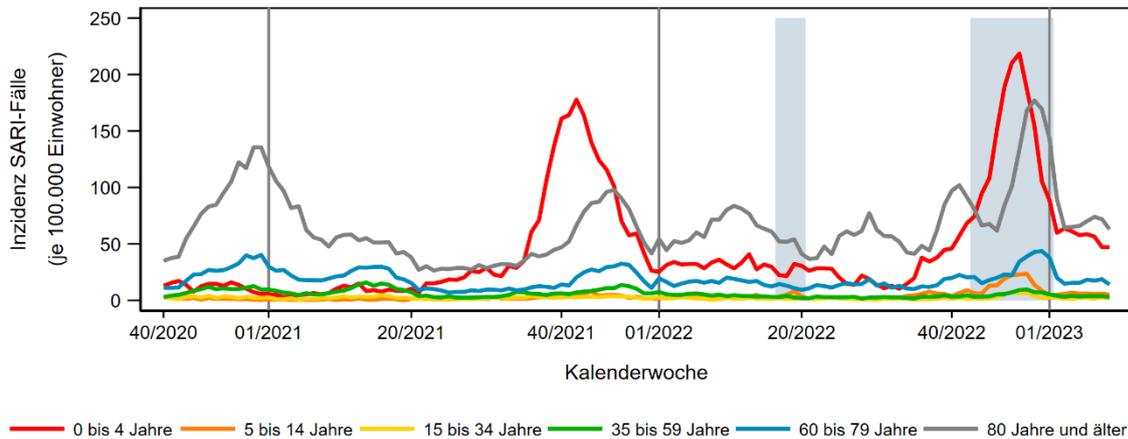
**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 9. KW 2023), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der 9. KW 2023 kam es in den Altersgruppen ab 5 Jahre zu einem Rückgang der SARI-Fallzahlen. In der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre blieb die Zahl der SARI-Fälle stabil. In der Altersgruppe 80 Jahre und älter waren die SARI-Fallzahlen in der 9. KW 2023 erhöht. In den anderen Altersgruppen befanden sich die Werte auf einem niedrigen Niveau, das bei den 35- bis 59-jährigen zudem deutlich unter den Werten aus den Vorsaisons lag (Abb. 8).



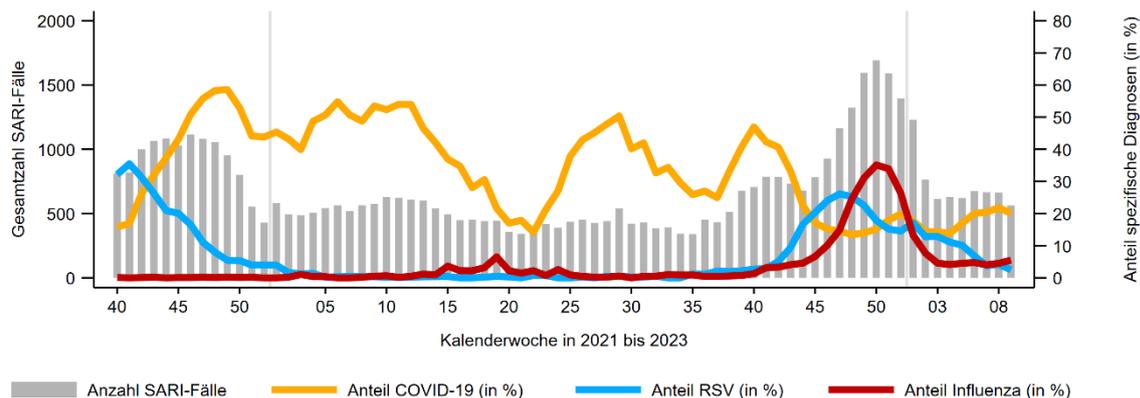
**Abb. 8:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 9. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist farbig hinterlegt.

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. 9). Hierbei fallen die starken Fallzahlenstiege 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.



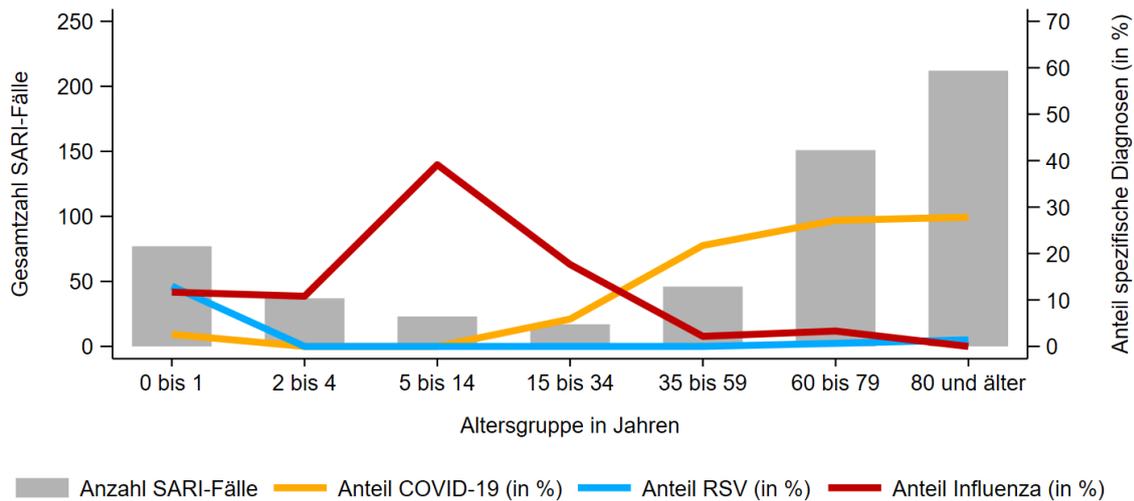
**Abb. 9:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 9. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippeperiode ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Diagnosen ist in der 9. 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. Bei 6 % der SARI-Fälle wurde eine Influenzavirus-Infektion diagnostiziert und damit etwas mehr als in der Vorwoche. Der Anteil an RSV-Diagnosen lag in der 8. KW 2023 bei 2 % (Abb. 10).



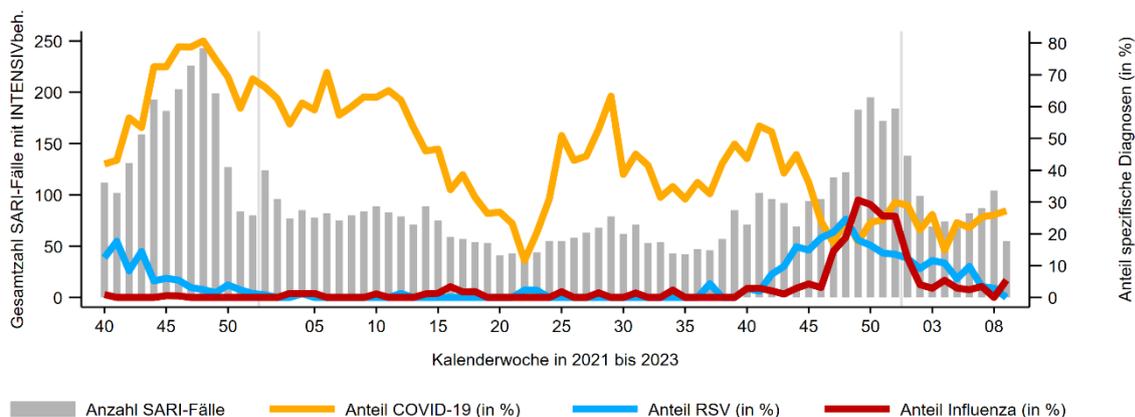
**Abb. 10:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen,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

Es wurden in der 9. KW 2023 bei etwa einem Viertel (zwischen 22 % bis 28 %) der ab 35-jährigen SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 11). Influenza-Diagnosen wurden vorwiegend in der Altersgruppe unter 35 Jahre vergeben, am höchsten war der Anteil bei den Schulkindern (38 %). In den letzten Wochen wurde bei unter 2-jährigen noch häufig RSV diagnostiziert. In der 9. KW erhielten 13 % der 0- bis 1-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose und damit etwas weniger als in der Vorwoche. In den Altersgruppen ab 60 Jahren wurden vereinzelt RSV-Diagnosen vergeben.



**Abb. 11:** Anzahl der in der 9. 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. 12 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Es wurde in der 9. KW 2023 bei insgesamt 27 % der SARI-Fälle mit Intensivbehandlung eine COVID-19-Diagnose vergeben. Darüber hinaus wurden bei drei Fällen eine Influenza-Diagnose vergeben, RSV wurde nicht diagnostiziert. Insgesamt war die Anzahl der SARI-Fälle mit Intensivbehandlung in der 9. KW 2023 deutlich niedriger als in den Vorwochen, in denen sich ein leichter Anstieg andeutete (Abb. 12, graue Balken). Insbesondere bei Fällen mit Intensivbehandlung kann sich der Vorwochenwert durch Nachmeldungen noch erhöhen.



**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 9. 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 (8. KW 2023)

Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region in der 45. KW 2022 begonnen. In der 8. 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 zunächst rückläufig,

stieg aber zwischen der 5. und 7. KW 2023 im Zusammenhang mit einer erhöhten Zirkulation von Influenza B-Viren erneut an.

Von den 38 Ländern, die für die 8. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten sechs Länder (darunter Deutschland) eine Influenza-Hintergrundaktivität, elf Länder eine niedrige Influenza-Aktivität, 19 Länder eine mittlere und zwei Länder eine hohe Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks ist in der 8. KW 2023 im Vergleich zur 7. KW leicht gesunken (25 %; 7. KW: 28 %). Dabei ist der Anteil an Influenza B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen in den letzten Wochen weiter angestiegen.

Für die 8. KW 2023 wurden in 836 (25 %) von 3.306 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, davon waren 30 % Influenza A-Viren und 70 % Influenza B-Viren. Unter den 159 subtypisierten Influenza A-Viren waren 13 % Influenza A(H3N2) und 87 % Influenza A(H1N1)pdm09. Alle 136 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 5.839 SARI-Fälle für die 8. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 8. KW bei 11 % (7. KW: 11 %).

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

#### Vorgeschlagene Zitierweise

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe: ARE-Wochenbericht KW 9/2023; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/11187