



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 10 (6.3. bis 12.3.2023)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist seit der 4. KW 2023 relativ stabil auf hohem Niveau. 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 gesunken. Die Zahl der Arztbesuche lag im Wertebereich der vorpandemischen Jahre.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 10. KW 2023 in insgesamt 97 (66 %) der 147 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 37 (25 %) Proben mit Influenzaviren, 24 (16 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 16 (11 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), jeweils 13 (9 %) mit Rhinoviren bzw. SARS-CoV-2, sechs (4 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und eine (1 %) Probe mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit einigen Wochen weitestgehend 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 10. KW 2023 mit 22 % stabil, der Anteil an Influenza-Diagnosen lag unverändert bei 6 %. Der Anteil an RSV-Diagnosen blieb ebenfalls stabil und lag bei 3 %.

Die ARE-Aktivität ist in der 10. KW 2023 auf die Zirkulation unterschiedlicher Atemwegserreger zurückzuführen, insbesondere Influenzaviren gefolgt von hMPV und hCoV. Bei den Influenzaviren handelt es sich weiterhin größtenteils um Influenza B-Viren, hauptsächlich betroffen ist die Altersgruppe der Schulkinder. Durch die seit einigen Wochen langsam steigende Influenza-Positivenrate sind die Kriterien des RKI für eine zweite Grippewelle (ausgelöst durch die Zirkulation von Influenza B-Viren) seit der 9. KW 2023 erfüllt.

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 10. KW 2023 war ein erneuter Anstieg der Influenza-Positivenrate auf 25 % zu beobachten, nun verursacht durch die Zirkulation von Influenza B-Viren. In der 9. KW und 10. KW lagen die unteren Konfidenzintervalle der Influenza-Positivenraten jeweils über 10 %, damit ist die Definition für den Beginn einer zweiten Grippewelle erfüllt. Allerdings stieg die Influenza-Aktivität langsamer und deutlich geringer an als zu Beginn der A(H3N2)-dominierten Grippewelle vor dem Jahreswechsel. Die weiterhin vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird durch die zeitgleiche Zirkulation verschiedener Atemwegserreger, inklusive der typischen Erkältungsviren, hervorgerufen. 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

* 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 fiel um den Jahreswechsel 2022/23 zunächst stark ab, stieg dann schnell wieder an und lag seit der 4. KW 2023 relativ stabil zwischen 8,0 % und 8,8 % (Abb. 1). Während die ARE-Rate bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) in der 10. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen ist, ist sie bei den Erwachsenen (ab 15 Jahre) gesunken. Die aktuelle ARE-Rate von 8,4 % entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,0 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>.

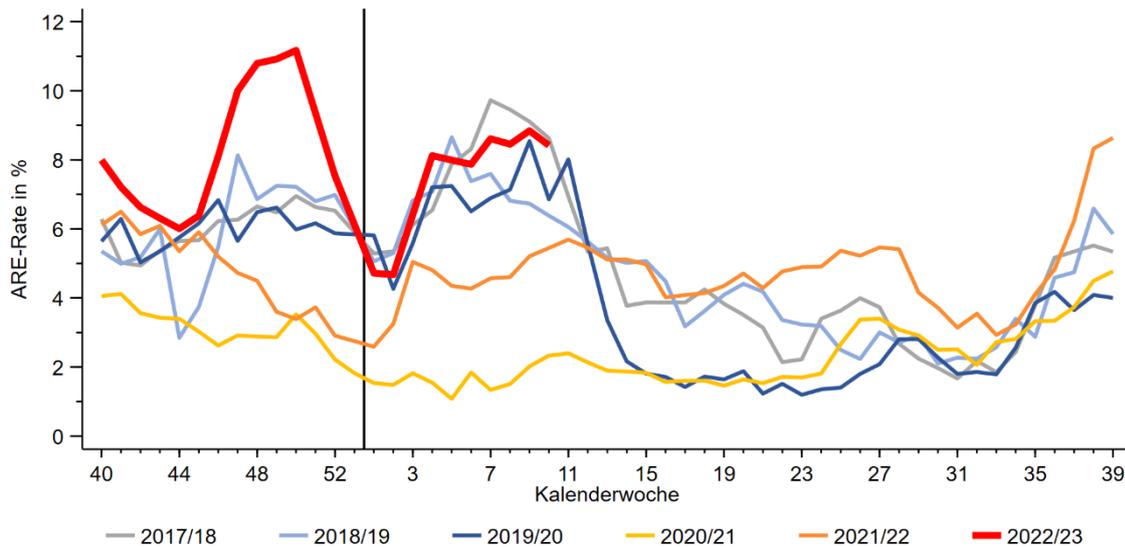


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 10. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 10. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (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 4. KW bis zur 10. KW 2023.

AGI-Region	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW
Baden-Württemberg	1.400	1.600	1.900	2.100	2.000	2.500	1.800
Bayern	1.600	1.900	2.200	2.200	2.000	2.300	1.900
Hessen	1.500	1.600	1.800	1.900	1.900	2.200	1.600
Nordrhein-Westfalen	1.700	1.900	2.000	2.000	2.200	2.600	2.000
Rheinland-Pfalz, Saarland	1.600	1.700	2.100	1.800	1.700	2.300	2.000
Niedersachsen, Bremen	1.300	1.700	1.400	1.600	1.900	1.700	1.700
Schleswig-Holstein, Hamburg	1.600	1.700	2.000	1.800	1.900	2.000	1.500
Brandenburg, Berlin	1.600	1.600	1.700	1.800	1.900	1.900	1.800
Mecklenburg-Vorpommern	2.200	2.500	1.800	1.100	2.000	2.100	2.100
Sachsen	1.200	1.500	1.400	1.200	1.400	1.400	1.500
Sachsen-Anhalt	1.400	1.300	900	1.800	1.600	1.700	1.600
Thüringen	1.500	1.500	1.800	1.600	2.200	2.200	1.900
Gesamt	1.500	1.700	1.900	1.900	2.000	2.200	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 10. KW 2023 im Wertebereich der vorpandemischen Jahre zur 10. KW (Abb. 2). In den vorpandemischen Saisons begann die Grippewelle meist erst nach dem Jahreswechsel, was mit einer erhöhten Influenza-Aktivität einherging. Nach der ungewöhnlich frühen (ersten) Grippewelle sind seit der 9. KW 2023 die virologischen Kriterien für eine zweite Grippewelle in der Saison 2022/23 erfüllt. Die ARE-Aktivität ist aktuell auch auf die zeitgleiche Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen.

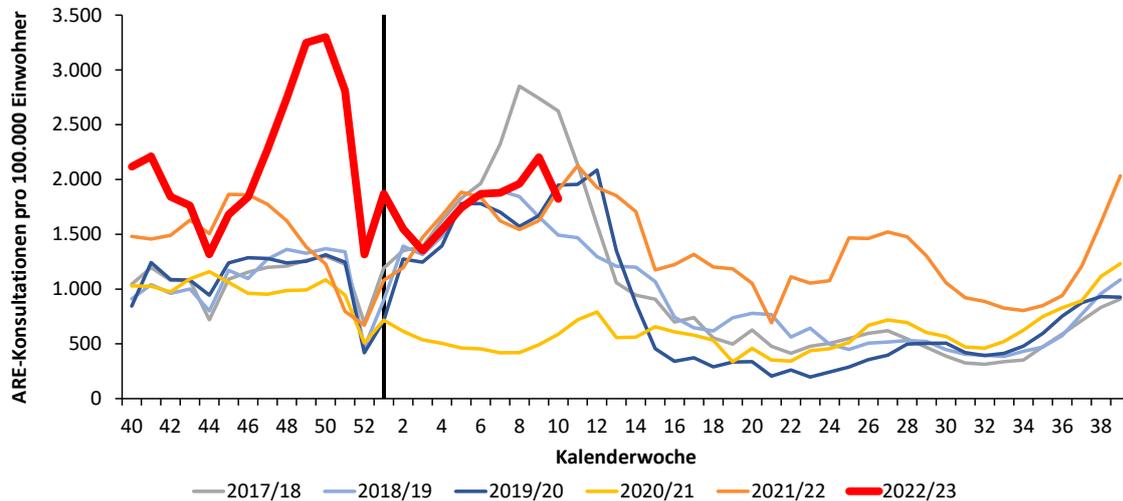


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 10. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen. In den Altersgruppen der Erwachsenen ab 15 Jahren sind die seit der 3. KW kontinuierlich gestiegenen Werte in der 10. KW gesunken (Abb. 3).

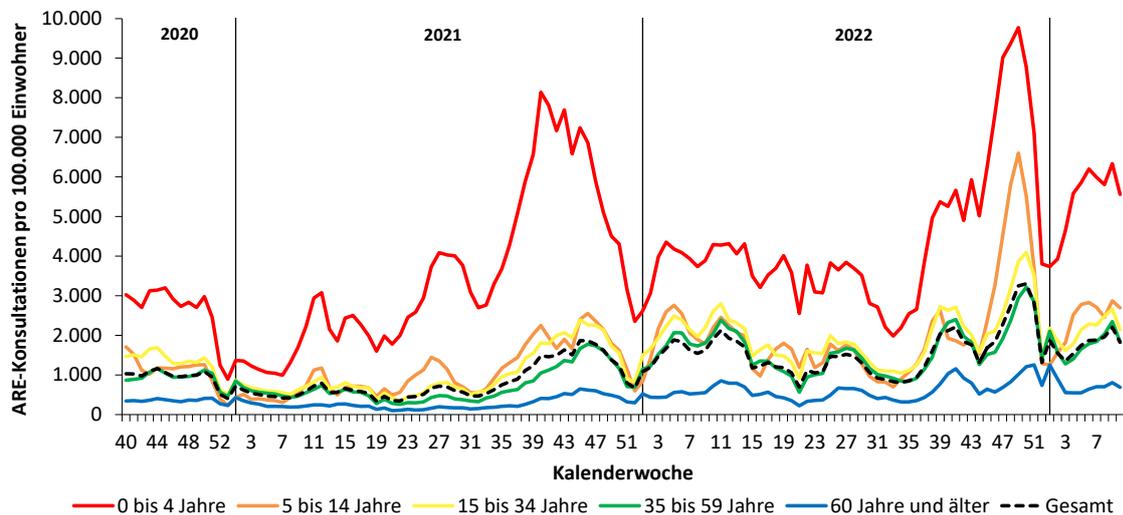


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 10. KW 2023 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

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 10. KW 2023 insgesamt 147 Sentinelproben von 45 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 97 (66 %) der 147 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab 14 Doppelinfektionen, dabei wurden häufig hMPV (u.a. drei Proben mit hMPV und Influenza B-Viren) 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 14.3.2023.

	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	168	167	144	170	147	4.345
Probenanzahl mit Virusnachweis	108	108	85	87	97	2.949
Anteil Positive (%)	64	65	59	51	66	68
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	2
A(H3N2)	1	1	0	0	0	1.072
A(H1N1)pdm09	3	4	3	3	4	73
B(Victoria)	18	25	20	25	33	160
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	13	18	16	16	25	30
RSV	12	6	1	0	1	538
Anteil Positive (%)	7	4	1	0	1	12
hMPV	30	31	24	20	24	231
Anteil Positive (%)	18	19	17	12	16	5
PIV (1 – 4)	1	3	0	7	6	141
Anteil Positive (%)	1	2	0	4	4	3
Rhinoviren	34	22	20	24	13	485
Anteil Positive (%)	20	13	14	14	9	11
hCoV	10	17	11	8	16	276
Anteil Positive (%)	6	10	8	5	11	6
SARS-CoV-2	14	12	14	9	13	267
Anteil Positive (%)	8	7	10	5	9	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 10. KW 2023 zirkulierten hauptsächlich Influenzaviren, gefolgt von hMPV und hCoV (Tab. 2, Abb. 4).

Die Influenza-Positivenrate insgesamt lag in der 10. KW bei 25 % (95 %-Konfidenzintervall [18; 33]). In der 10. KW lag das untere Konfidenzintervall der Influenza-Positivenrate ein zweites Mal in Folge über 10 %. Damit sind nach der Definition des RKI seit der 9. KW 2023 die Kriterien für eine zweite Grippewelle in der Saison 2022/23 erfüllt. Allerdings zirkulieren auch weitere Atemwegserreger seit dem Jahreswechsel in nicht geringem Ausmaß und die Influenza-Aktivität innerhalb der ARE-Aktivität stieg bisher nur sehr langsam an. Die A(H3N2)-dominierte Grippewelle begann in der 43. KW 2022 und endete nach elf Wochen mit der 1. KW 2023. Seit der 3. KW 2023 nahm der Anteil an Influenza B-Virusnachweisen (Victoria-Linie) bis zur 7. KW kontinuierlich zu. Dieser war in der 8. KW und 9. KW stabil und ist in der 10. KW deutlich auf 22 % gestiegen (Abb. 5).

Seit dem Jahreswechsel ist die RSV-Positivenrate allmählich gesunken und liegt seit der 8. KW 2023 unter 2 %. 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 10. KW 2023 wurden 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 (5 bis 14 Jahre), aber auch bei den Erwachsenen bis 59 Jahren wurden Influenzaviren recht häufig nachgewiesen. Die SARS-CoV-2- und hCoV-Positivenrate war bei den ab 60-jährigen am höchsten.

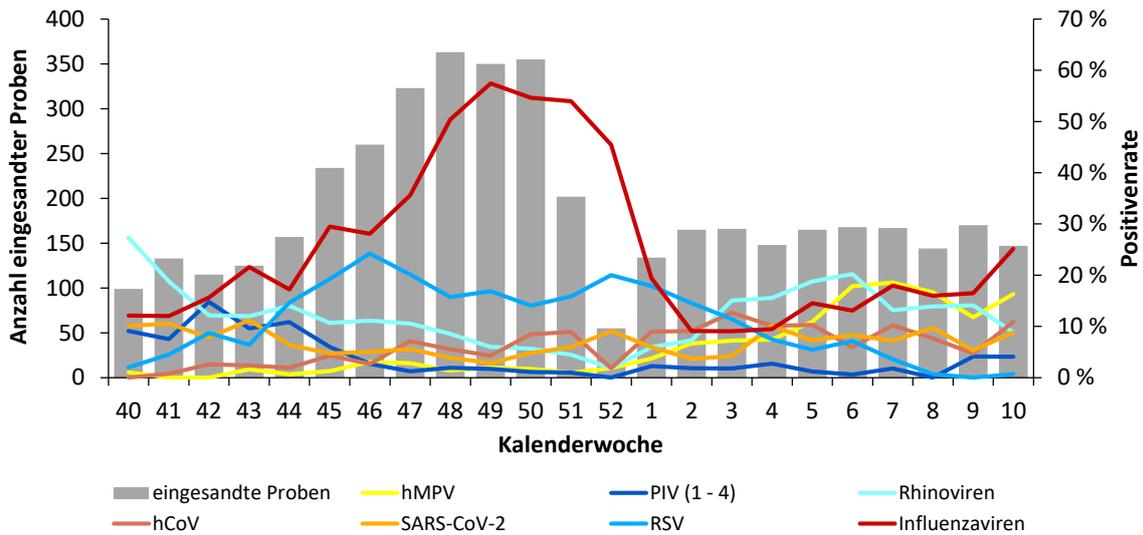


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 10. KW 2023.

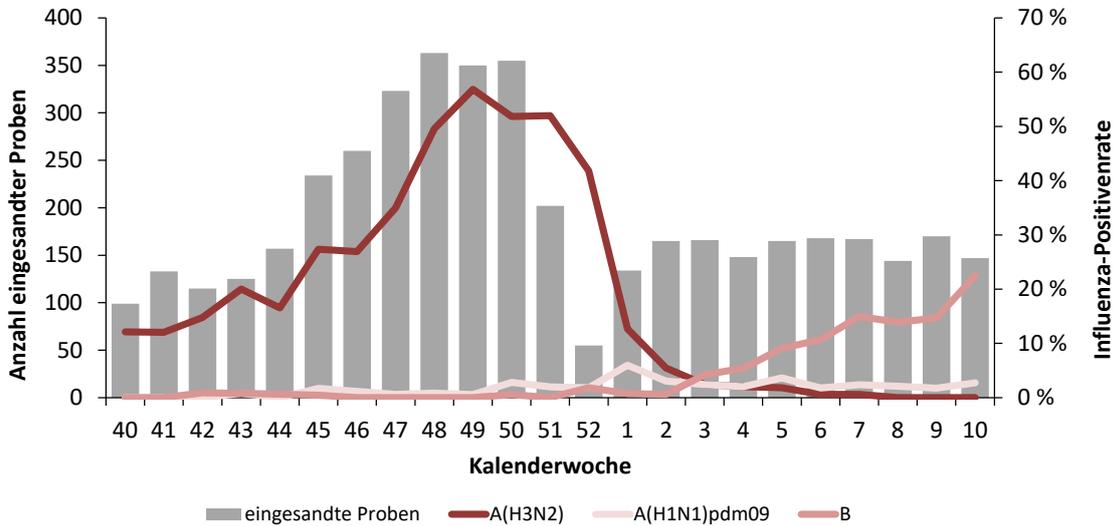


Abb. 5: Anteil der Nachweise für Influenza A(H3N2)-, A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 10. KW 2023.

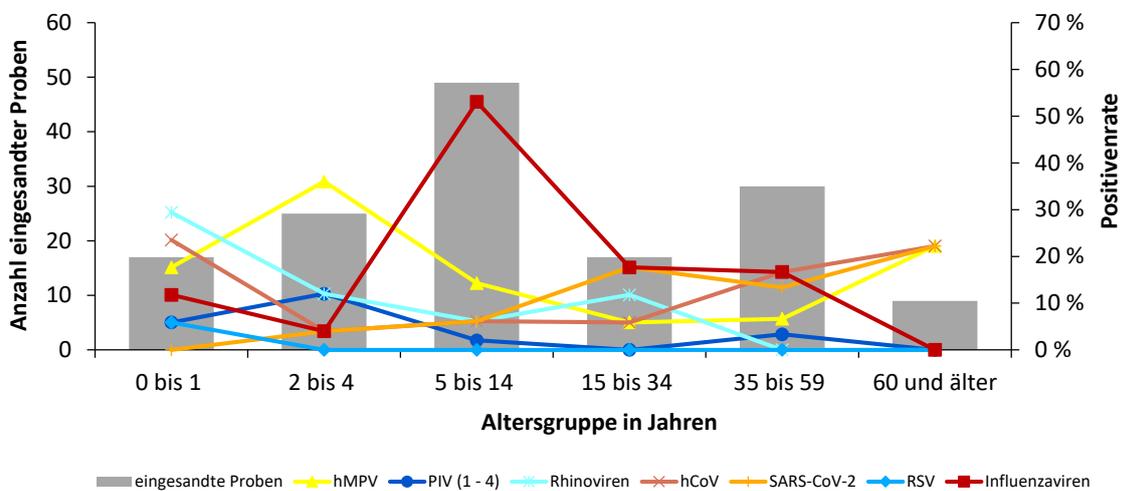


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) für die 10. KW 2023.

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, 69 Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und 115 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 227 A(H3N2)-, 51 A(H1N1)pdm09- und 29 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.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

In der 10. MW 2023 wurden bislang 3.092 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 498 (16 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand: 14.3.2023).

Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 276.135 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 39.109 (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-Falldefinitions-kategorien C-E)

		5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza	A (nicht subtypisiert)	1.139	997	858	700	592	600	244.585
	A(H1N1)pdm09	14	17	20	16	21	6	653
	A(H3N2)	13	2	7	6	4	1	5.243
	nicht nach A / B differenziert	52	88	95	132	109	109	13.112
	B	717	1.100	1.481	1.707	2.024	2.376	12.542
Gesamt		1.935	2.204	2.461	2.561	2.750	3.092	276.135

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 474 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 117 in Kindergärten / Horten, 107 Ausbrüche in Schulen, 79 in privaten Haushalten, 63 in Alten- / Pflegeheimen, 57 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 sowie 30 Ausbrüche ohne Angabe des Infektionsortes.

Seit der 40. MW 2022 wurden bisher 958 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 905 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, 29 nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und 24 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 und März 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 zu dieser Zeit eine hohe Zahl an Krankenhausaufnahmen mit SARI verursachte (Abb. 7).

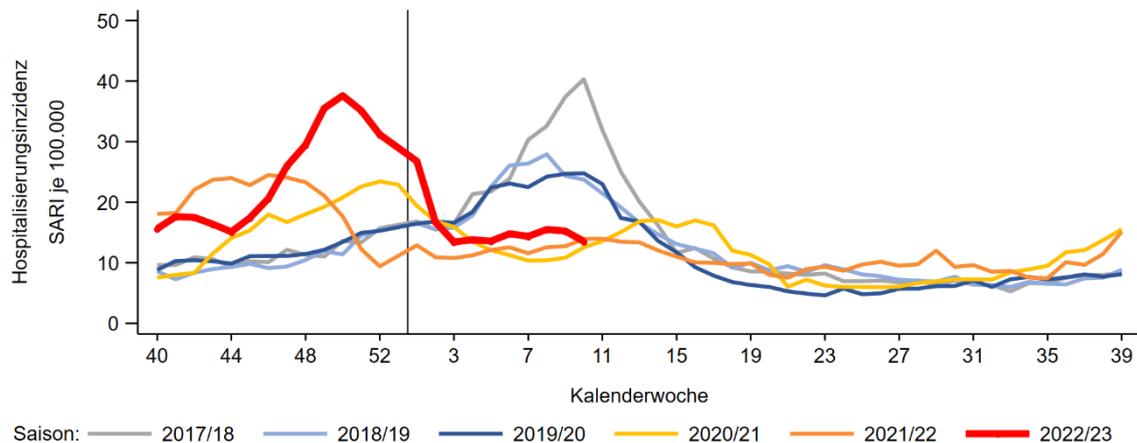


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 10. KW 2023), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der 10. KW 2023 kam es in den Altersgruppen der Kinder unter 15 Jahren zu einem leichten Anstieg der SARI-Fallzahlen. In allen anderen Altersgruppen sind die Fallzahlen gesunken. Bei den 0- bis 4-jährigen, den 5- bis 14-jährigen sowie den über 80-jährigen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 10. KW auf einem erhöhten Niveau. In den anderen Altersgruppen blieben die Fallzahlen niedrig (Abb. 8).

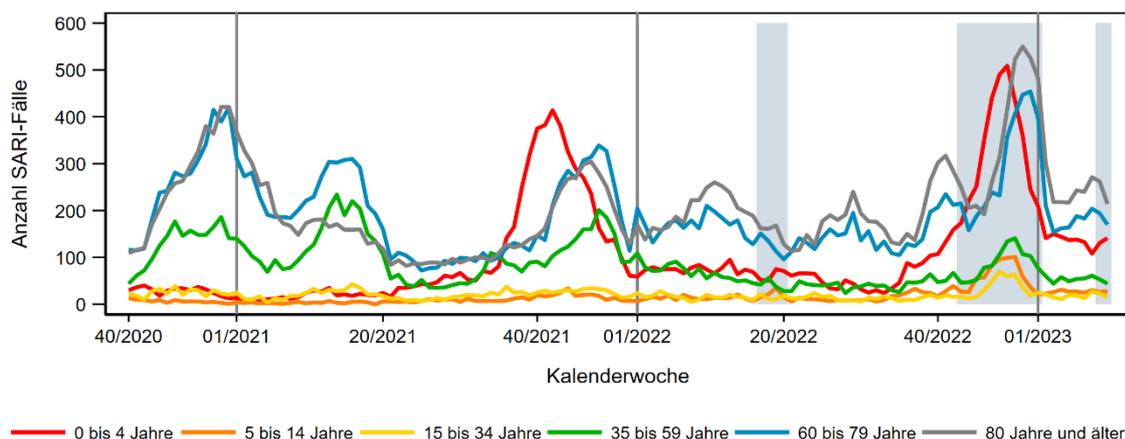


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 10. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist farbig hinterlegt.

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.

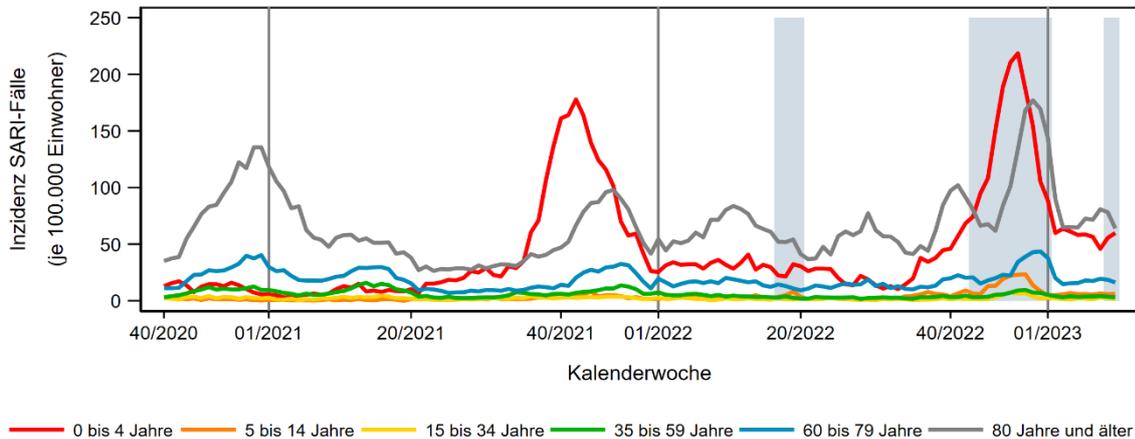


Abb. 9: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 10. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippeperiode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

Der Anteil an COVID-19-Diagnosen ist in der 10. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. So wurde bei insgesamt 22 % aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben. Wie in der Vorwoche wurde bei 6 % der SARI-Fälle eine Influenzavirus-Infektion diagnostiziert. Der Anteil an RSV-Diagnosen lag in der 10. KW 2023 unverändert bei 3 % (Abb. 10).

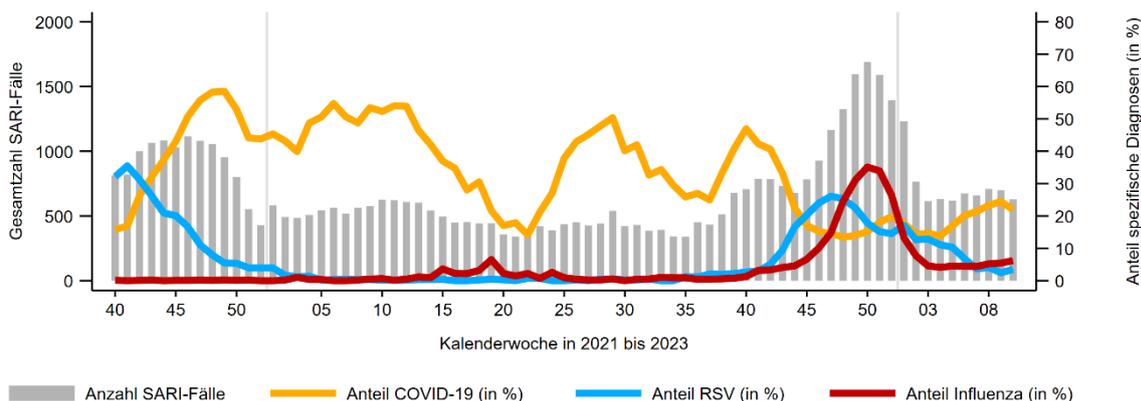


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen,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

Es wurden in der 10. KW 2023 vor Allem bei SARI-Fällen ab 15 Jahren COVID-19-Diagnosen vergeben. In der Altersgruppe der ab 80-jährigen war der Anteil der COVID-19-Diagnosen an allen SARI Fällen mit 37 % am höchsten (Abb. 11). Influenza-Diagnosen wurden vorwiegend in den Altersgruppen unter 35 Jahren vergeben. In der 10. KW erhielten 12 % der 0- bis 1-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose. Auch in anderen Altersgruppen wurden noch vereinzelt RSV-Erkrankungen diagnostiziert.

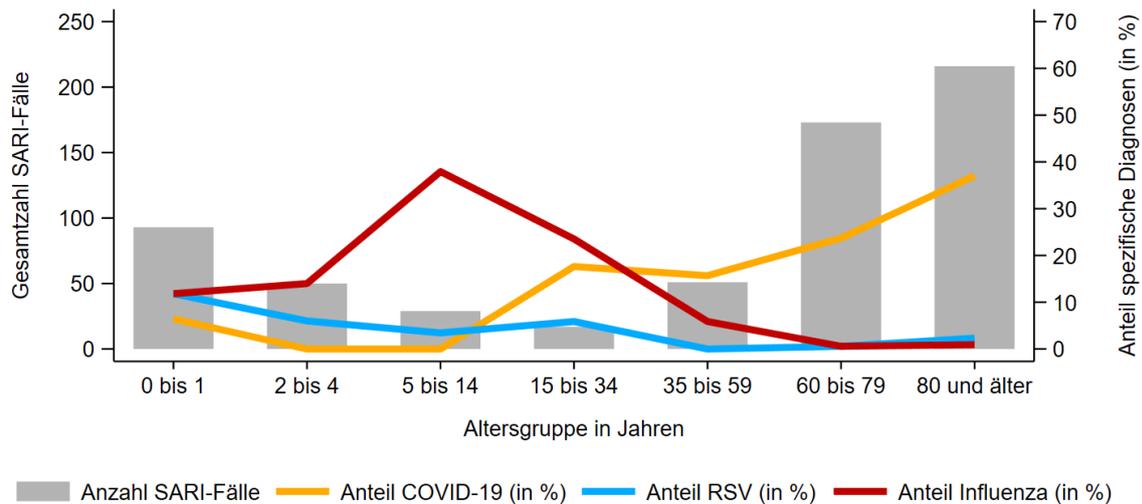


Abb. 11: Anzahl der in der 10. KW 2023 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen.

In Abb. 12 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Es wurde in der 10. KW 2023 bei insgesamt 32 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben. Darüber hinaus wurde bei zwei SARI-Fällen (2 %) mit Intensivbehandlung eine RSV-Diagnose vergeben. Bei einem SARI-Fall (1 %) wurde eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert.

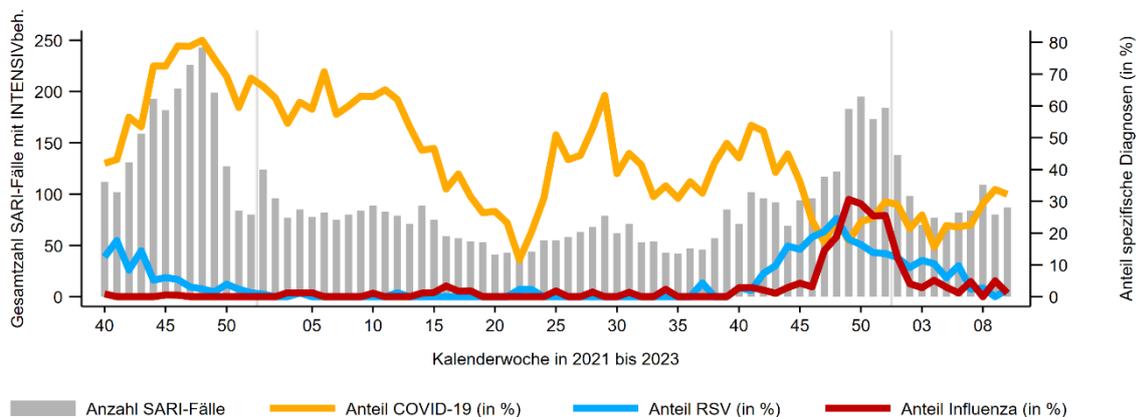


Abb. 12: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2021 bis zur 10. KW 2023. Daten aus 71 Sentinellkliniken. 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 (9. KW 2023)

Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region (im englischen Sprachraum auch Influenza season genannt) in der 45. KW 2022 begonnen. In der 9. KW 2023 lag die Influenza-Positivenrate weiterhin über dem Schwellenwert von 10 % bei den Sentinellproben. Die Influenza-Aktivität war nach ihrem Höhepunkt in der 51. KW 2022 bis zur 4. KW 2023 in der gesamten Region zunächst rückläufig, stieg aber bis zur 7. KW 2023 im Zusammenhang mit einer erhöhten Zirkulation von Influenza B-Viren erneut an.

Von den 39 Ländern, die für die 9. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten zehn Länder eine Influenza-Aktivität unterhalb der nationalen Schwellenwerte, zwölf Länder eine niedrige Influenza-Aktivität, 16 Länder eine mittlere und ein Land eine hohe Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks ist in der 9. KW 2023 im Vergleich zur 8. KW erneut leicht gesunken (24 %; 8. KW: 27 %). Für die 9. KW 2023 wurden in 864 (24 %) von 3.673 Sentinelproben Influenzaviren detektiert. Davon waren 285 (33 %) Influenza A-Viren und 579 (67 %) Influenza B-Viren. Unter den 198 subtypisierten Influenza A-Viren waren 30 (15 %) Influenza A(H3N2) und 168 (85 %) Influenza A(H1N1)pdm09. Alle 143 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 4.206 SARI-Fälle für die 9. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 9. KW bei 10 % (8. KW: 11 %).

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

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 440 vom 6.3.2023)

Weltweit ist die Influenza-Aktivität nach einem 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 im 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 war Influenza-Aktivität gering. Sie ging in Marokko und Tunesien weiter zurück.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre blieb die Influenza-Aktivität im Berichtszeitraum auf einem für diese Jahreszeit üblichen niedrigen Niveau.

Vom 6.2.2023 bis zum 19.2.2023 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 452.053 Proben und berichteten 31.912 Influenzavirusnachweise (Datenstand: 10.3.2023). Davon waren 18.760 (59 %) positiv für Influenza A-Viren und 13.152 (41 %) positiv für Influenza B-Viren. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 4.195 (66 %) zu A(H1N1)pdm09 und 2.144 (34 %) zu Influenza A(H3N2). Unter den 1.094 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten alle 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>.

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 10/2023; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/11211