



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 11 (13.3. bis 19.3.2023)

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 über dem 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 11. KW 2023 in insgesamt 104 (68 %) der 153 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 41 (26 %) Proben mit Influenzaviren, 27 (18 %) mit Rhinoviren, 24 (16 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), zwölf (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), zehn (7 %) mit SARS-CoV-2, zwei (1 %) mit Parainfluenzaviren (PIV). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) gesunken und liegt auf einem niedrigen Niveau unter den in vorpandemischen Jahren beobachteten Werten. Der Anteil der mit einer schweren Atemwegserkrankung hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Diagnose ist in der 11. KW 2023 leicht gesunken und lag bei 19 %, die Anteile an Influenza- und RSV Diagnosen blieben weitestgehend stabil bei 7 % und 2 %.

Die ARE-Aktivität ist in der 11. KW 2023 auf die Zirkulation unterschiedlicher Atemwegserreger zurückzuführen, insbesondere Influenzaviren gefolgt von Rhinoviren und hMPV. Bei den Influenzaviren handelt es sich weiterhin größtenteils um Influenza B-Viren, hauptsächlich betroffen ist die Altersgruppe der Schulkinder. Die Influenza-Aktivität ist im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben.

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. Ab der 5. KW wurde ein erneuter Anstieg der Influenza-Positivenrate verzeichnet, nun verursacht durch die Zirkulation von Influenza B-Viren. Seit der 9. KW sind die Kriterien für eine Grippewelle erneut erfüllt, die Influenza-Aktivität blieb aber bisher niedrig und ist in der 11. KW im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben. Die weiterhin vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird durch die zeitgleiche Zirkulation verschiedener Atemwegserreger, inklusive der typischen Erkältungsviren, hervorgerufen. Die Übertragungswahrscheinlichkeit 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 7,9 % und 8,6 % (Abb. 1). Im Vergleich zur Vorwoche ist die ARE-Rate insgesamt leicht gesunken. Dabei ist die ARE-Rate bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) in der 11. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und bei den Erwachsenen (ab 15 Jahre) gesunken. Die aktuelle ARE-Rate von 7,9 % entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,6 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Der aktuelle Wert lag über den Werten der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

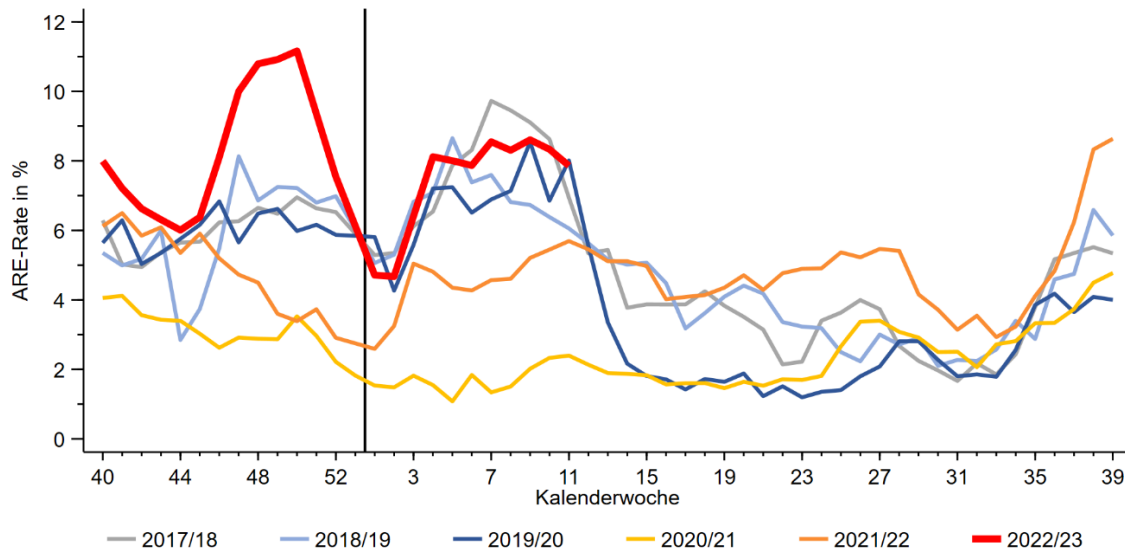


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 11. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 11. 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 5. KW bis zur 11. KW 2023.

AGI-Region	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW
Baden-Württemberg	1.600	1.900	2.100	2.000	2.500	1.900	1.700
Bayern	1.900	2.200	2.100	2.000	2.300	2.200	1.900
Hessen	1.600	1.800	1.900	1.900	2.300	1.900	1.600
Nordrhein-Westfalen	1.900	2.100	2.000	2.300	2.500	2.200	2.000
Rheinland-Pfalz, Saarland	1.700	2.100	1.800	1.700	2.300	2.000	1.600
Niedersachsen, Bremen	1.700	1.400	1.500	1.900	1.700	1.800	1.700
Schleswig-Holstein, Hamburg	1.700	2.000	1.800	1.900	2.000	1.900	1.500
Brandenburg, Berlin	1.600	1.700	1.800	1.900	2.000	2.100	2.100
Mecklenburg-Vorpommern	2.500	1.800	1.100	2.000	2.000	2.100	2.100
Sachsen	1.500	1.400	1.200	1.400	1.500	1.700	1.400
Sachsen-Anhalt	1.300	900	1.800	1.600	1.700	1.800	1.100
Thüringen	1.500	1.800	1.600	2.200	2.200	2.000	1.800
Gesamt	1.700	1.900	1.900	2.000	2.200	2.000	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 11. KW 2023 im Wertebereich der vorpandemischen Jahre zur 11. 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.

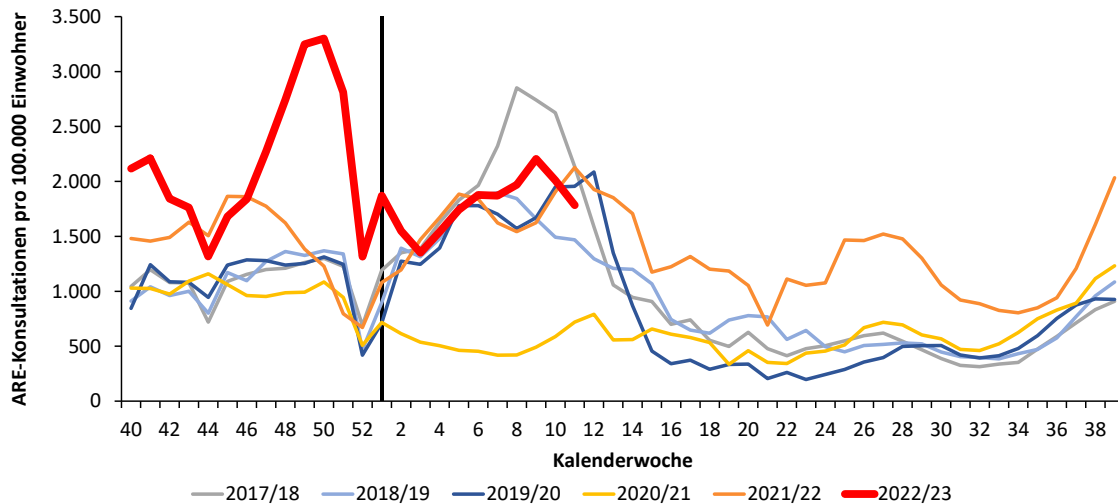


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 11. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 ab der 9. KW gesunken (Abb. 3).

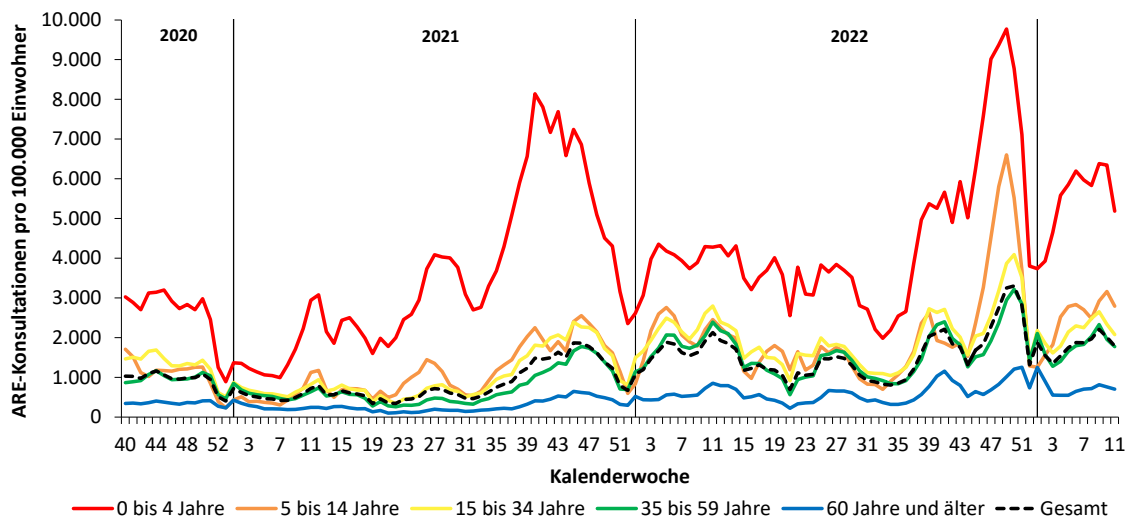


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 11. KW 2023 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

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 11. KW 2023 insgesamt 153 Sentinelproben von 52 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 104 (68 %) der 153 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab neun Doppel- und zwei Dreifachinfektionen, dabei wurden häufig hCoV und 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 21.3.2023.

	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	167	144	170	158	153	4.509
Probenanzahl mit Virusnachweis	108	85	87	104	104	3.060
Anteil Positive (%)	65	59	51	66	68	68
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	2
A(H3N2)	1	0	0	0	0	1.072
A(H1N1)pdm09	4	3	3	6	4	79
B(Victoria)	25	20	25	34	37	198
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	18	16	16	25	26	30
RSV	6	1	0	1	0	538
Anteil Positive (%)	4	1	0	1	0	12
hMPV	31	24	20	26	24	257
Anteil Positive (%)	19	17	12	16	16	6
PIV (1 – 4)	3	0	7	6	2	143
Anteil Positive (%)	2	0	4	4	1	3
Rhinoviren	22	20	24	14	27	513
Anteil Positive (%)	13	14	14	9	18	11
hCoV	17	11	8	18	12	290
Anteil Positive (%)	10	8	5	11	8	6
SARS-CoV-2	12	14	9	14	10	278
Anteil Positive (%)	7	10	5	9	7	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 11. KW 2023 zirkulierten hauptsächlich Influenzaviren, gefolgt von Rhinoviren und hMPV (Tab. 2, Abb. 4).

Die Influenza-Positivenrate insgesamt lag in der 11. KW bei 26 % (95 %-Konfidenzintervall [19; 35]). 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 zunächst stabil, stieg jedoch ab der 10. KW deutlich an und lag in der 11. KW bei 24 % (Abb. 5).

In der 9. und 10. KW lag das untere Konfidenzintervall der Influenza-Positivenrate zwei 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 nur langsam an.

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 11. KW 2023 wurden hMPV und Rhinoviren in allen Altersgruppen nachgewiesen. Diese waren bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) auch die hauptsächlich nachgewiesenen Erreger (Abb. 6). Influenzaviren zirkulierten weiterhin vorwiegend bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre), aber auch bei den Erwachsenen bis 59 Jahren wurden Influenzaviren recht häufig nachgewiesen. Die SARS-CoV-2-Positivenrate war bei den ab 60-Jährigen am höchsten. Bei den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) wurden am häufigsten hCoV nachgewiesen.

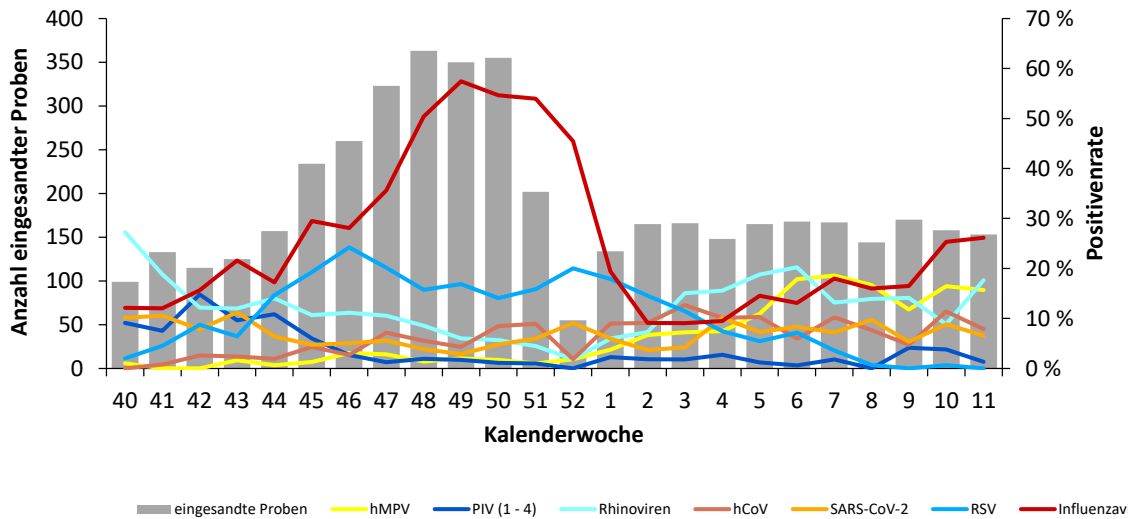


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 11. KW 2023.

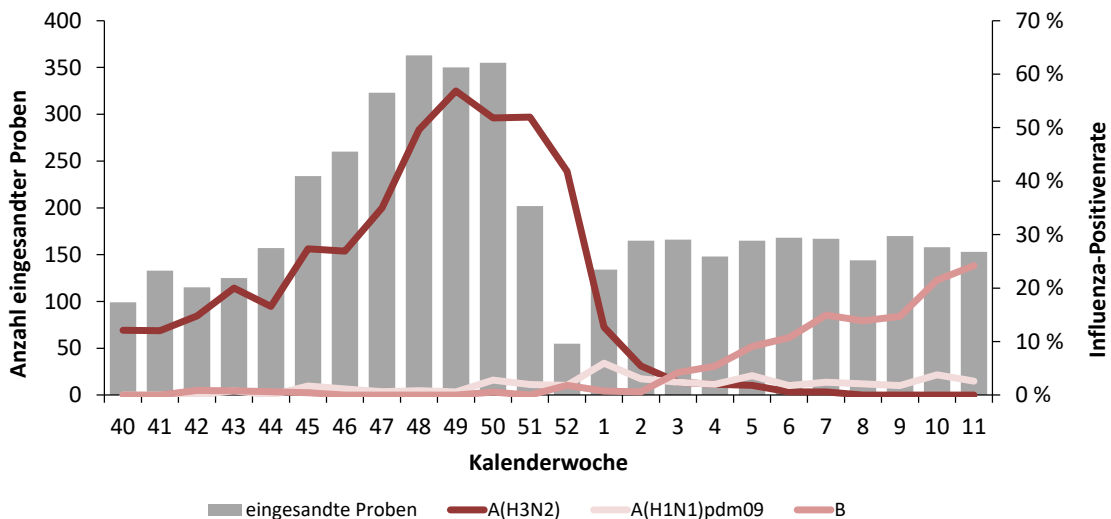


Abb. 5: Anteil der Nachweise für Influenza A(H3N2)-, A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 11. KW 2023.

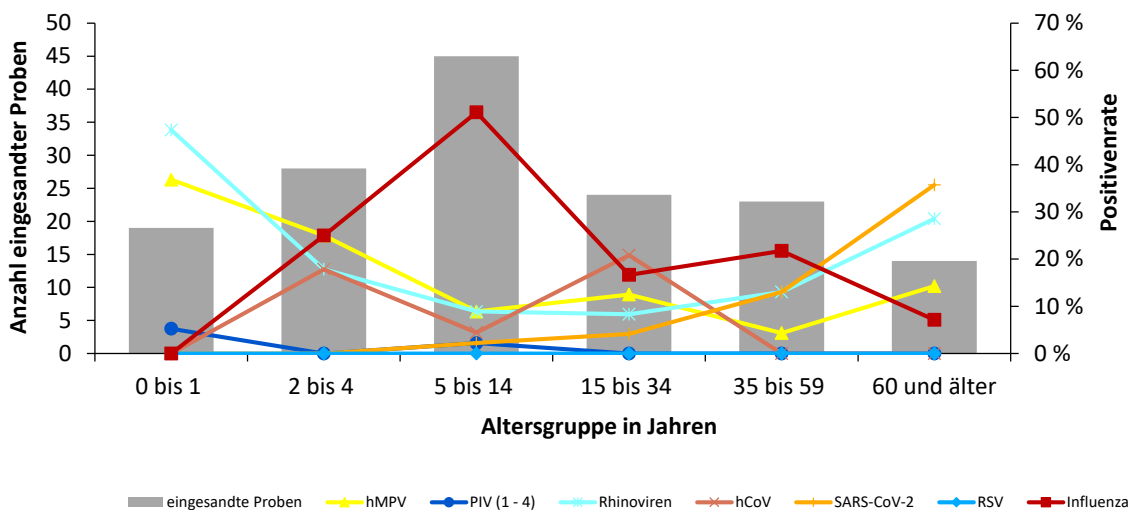


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) für die 11. KW 2023.

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 11. MW 2023 wurden bislang 3.418 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 504 (15 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand: 21.3.2023).

Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 279.618 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 39.753 (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)

		6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza	A (nicht subtypisiert)	997	858	700	594	610	500	245.108
	A(H1N1)pdm09	17	20	16	21	7	18	672
	A(H3N2)	2	7	6	4	1	1	5.244
	nicht nach A / B differenziert	89	95	133	110	110	146	13.262
	B	1.101	1.482	1.712	2.032	2.395	2.753	15.332
Gesamt		2.206	2.462	2.567	2.761	3.123	3.418	279.618

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 479 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 117 in Kindergärten / Horten, 107 Ausbrüche in Schulen, 82 in privaten Haushalten, 63 in Alten- / Pflegeheimen, 58 in Krankenhäusern, acht 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 978 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 920 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, 30 nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und 28 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 den letzten Wochen leicht gestiegen und lag seit der 8. KW 2023 auf einem erhöhten Niveau, jedoch noch unter den Werten, die in den vorpandemischen Jahren um diese Zeit beobachtet wurden. In der 11. KW 2023 ist die SARI-Inzidenz jedoch gesunken und liegt aktuell auf dem niedrigen Niveau, das im Februar und März der Jahre 2021 und 2022 verzeichnet wurde (Abb.7). Eine nachträgliche Erhöhung der Fallzahlen für die 11. KW 2023 ist möglich.

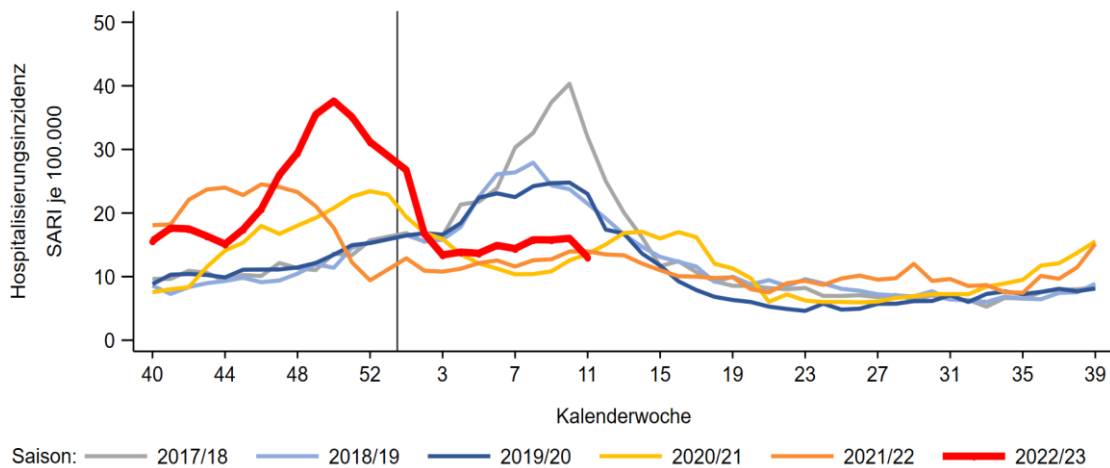


Abb. 7 Wöchentlich Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 11. KW 2023), Daten aus 71 Sentinellkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der 11. KW 2023 ging die Zahl der SARI-Fälle in den Altersgruppen der 0- bis 4-Jährigen und der ab 60-Jährigen zurück. In den anderen Altersgruppen zeigten sich steigende Fallzahlen, die insbesondere bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) und den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) deutlich über den Werten der Vorwoche lagen. In der Altersgruppe der Schulkinder hat sich der Anstieg aus der Vorwoche fortgesetzt, hier lag die Zahl der SARI-Fälle in der 11. KW 2023 auf einem hohen Niveau. In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen befanden sich die SARI-Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau. In den anderen Altersgruppen blieben die Fallzahlen niedrig (Abb. 8).

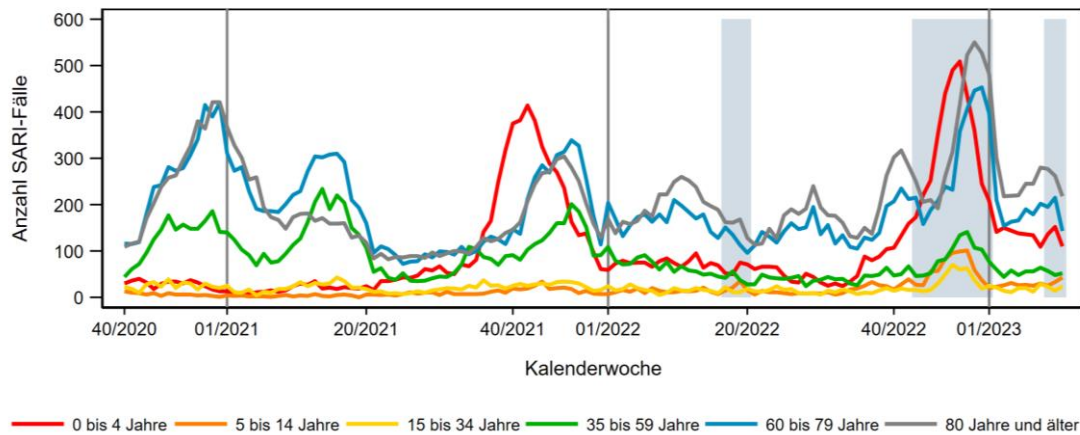


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 11. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist farbig hinterlegt.

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 in der 11. KW 2023 weniger Patientinnen und Patienten aus diesen Altersgruppen mit einer SARI ins Krankenhaus eingewiesen.

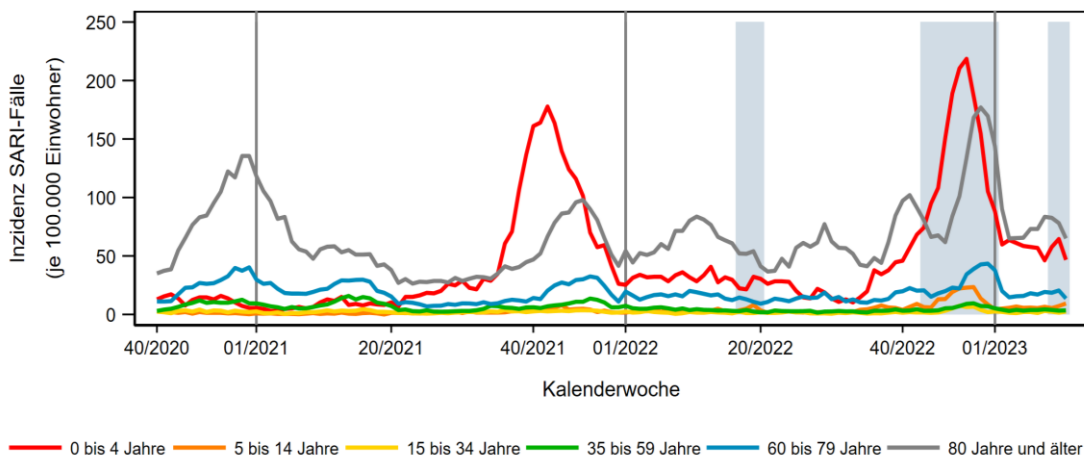


Abb. 9: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 11. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

In den letzten Wochen wurde ein Anstieg des Anteils an COVID-19 Diagnosen beobachtet, in der 11. KW 2023 ist dieser Anteil jedoch wieder leicht gesunken. So wurde bei insgesamt 19 % aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben. Seit der 8. KW 2023 wurde ein leichter Anstieg der Influenza-Diagnosen beobachtet. In der 11. KW 2023 lag der Anteil der Influenzavirus-Infektionen im Vergleich zur Vorwoche unverändert bei 7 %. Der Anteil an RSV-Diagnosen lag bei 2 % (Abb. 10).

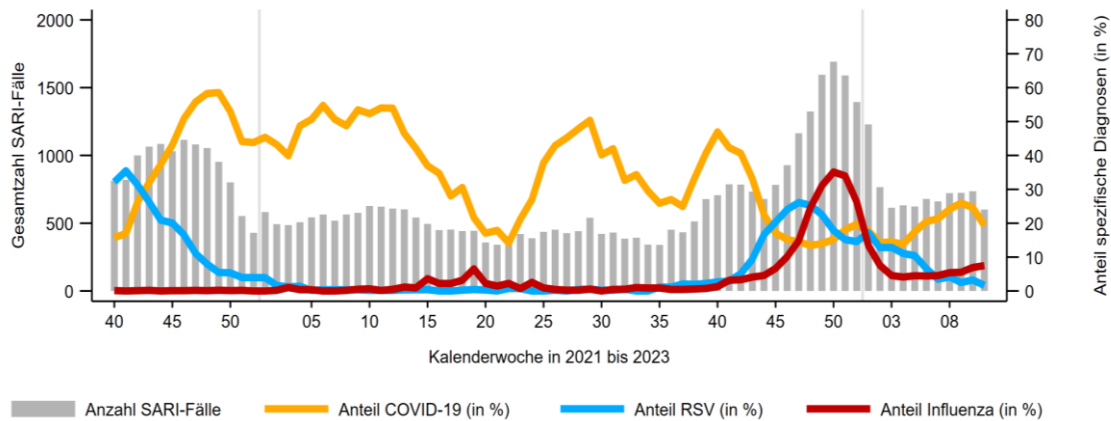


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2021 bis zur 11. KW 2023. Daten aus 71 Sentinellkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Es wurden in der 11. KW 2023 vor allem bei SARI-Fällen ab 15 Jahren eine COVID-19-Diagnose vergeben. In den Altersgruppen der ab 60-jährigen war der Anteil der COVID-19-Diagnosen unter den SARI Fällen mit 29 % bei den 60- bis 79-jährigen und 28 % bei den ab 80-jährigen am höchsten (Abb. 11). Influenza-Diagnosen wurden hauptsächlich in der Altersgruppe der 5- bis 14-jährigen vergeben (53 %). In der 11. KW 2023 erhielten 6 % der 0- bis 1-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose. Auch in anderen Altersgruppen wurden noch vereinzelt RSV-Erkrankungen diagnostiziert.

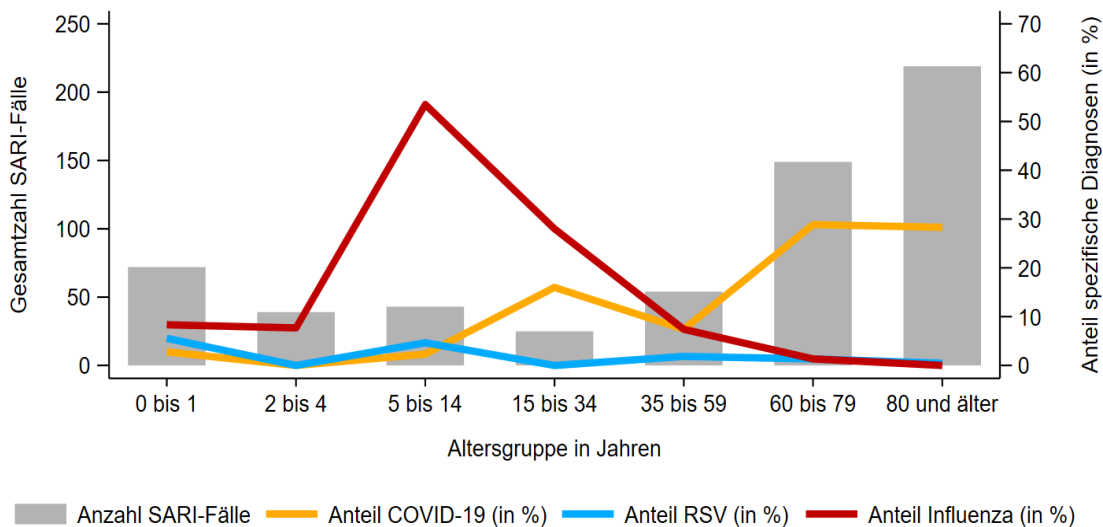


Abb. 11: Anzahl der in der 11. KW 2023 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code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

In Abb. 12 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Es wurde in der 11. KW 2023 bei insgesamt 38 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben. Dieser Anteil ist seit der 7. KW 2023 wieder gestiegen. Darüber hinaus wurde bei einem SARI-Fall (3 %) eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert. Es wurde bei keinem SARI-Patienten mit Intensivbehandlung eine RSV-Erkrankung diagnostiziert.

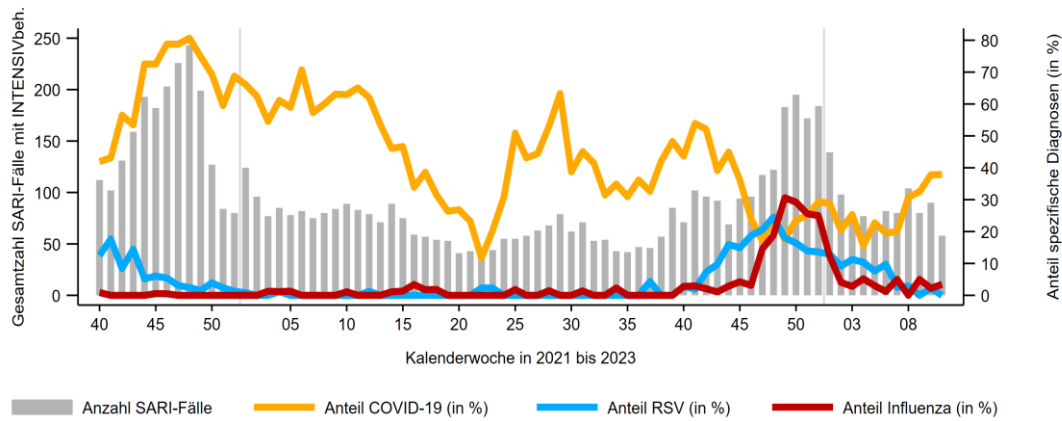


Abb. 12: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2021 bis zur 11. 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 nachträgliche eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance (10. 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 10. KW 2023 lag die Influenza-Positivenrate bei den Sentinelproben weiterhin über dem Schwellenwert von 10 %. Die Influenza-Aktivität war nach einem Höhepunkt in der 51. KW 2022 bis zur 4. KW 2023 in der gesamten Region zunächst rückläufig. Die Positivenrate blieb nachfolgend aber relativ stabil seit der 6. KW 2023 bei etwa 25 %.

Von den 40 Ländern, die für die 10. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten sechs Länder eine Influenza-Aktivität unterhalb der nationalen Schwellenwerte, 15 Länder eine niedrige Influenza-Aktivität (darunter Deutschland), 18 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 10. KW 2023 im Vergleich zur 9. KW leicht gestiegen (26 %; 9. KW: 24 %). Für die 10. KW 2023 wurden in 939 (26 %) von 3.671 Sentinelproben Influenzaviren detektiert. Davon waren 260 (28 %) Influenza A-Viren und 679 (72 %) Influenza B-Viren. Unter den 186 subtypisierten Influenza A-Viren waren 13 (7 %) Influenza A(H3N2) und 173 (93 %) Influenza A(H1N1)pdm09. Alle 184 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 3.398 SARI-Fälle für die 10. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 10. KW bei 15 % (9. KW: 10 %).

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 11/2023; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/11230