



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 12 (20.3. bis 26.3.2023)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in der Bevölkerung (GrippeWeb) lag ab der 4. KW 2023 auf einem relativ stabilen hohen Niveau, ist jedoch in der 12. KW 2023 gesunken. 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 12. KW 2023 in insgesamt 111 (64 %) der 173 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 54 (31 %) Proben mit Influenzaviren, 19 (11 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 16 (9 %) mit SARS-CoV-2, 15 (9 %) mit Rhinoviren, zwölf (7 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und acht (5 %) mit Parainfluenzaviren (PIV). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 12. KW 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 12. KW 2023 stabil geblieben und lag bei 22 %, die Anteile an Influenza- und RSV-Diagnosen blieben ebenfalls weitestgehend stabil bei 7 % und 1 %.

Die ARE-Aktivität ist in der 12. KW 2023 hauptsächlich auf die Zirkulation von Influenzaviren zurückzuführen, mit größerem Abstand gefolgt von hMPV und SARS-CoV-2. Bei den Influenzaviren handelt es sich weiterhin größtenteils um Influenza B-Viren, hauptsächlich betroffen ist die Altersgruppe der Schulkinder und nun auch die jüngeren Erwachsenen (15 bis 34 Jahre). Die Influenza-Aktivität ist im Vergleich zur Vorwoche weiter gestiegen.

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 (als Teil der Gesamt-ARE-Aktivität) ist seitdem kontinuierlich gestiegen. Die weiterhin vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird weiterhin auch durch die zeitgleiche Zirkulation weiterer Atemwegserreger, inklusive der typischen Erkältungsviren, hervorgerufen. Die Übertragungswahrscheinlichkeit in geschlossenen Räumen kann durch ein entsprechendes Verhalten reduziert werden.

Weitere Informationen des RKI zu saisonaler Influenza:

<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Influenza.html>

Aktuelle Informationen und FAQs zur zoonotischen Influenza (Stand: 24.3.2023):

<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>

* 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 lag von der 4. KW bis zur 11. KW 2023 relativ stabil auf hohem Niveau zwischen 7,5 % und 8,6 % und ist nun in der 12. KW 2023 gesunken (6,8 %) (Abb. 1). Sowohl die ARE-Rate bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) als auch die ARE-Rate bei den Erwachsenen ab 35 Jahre ist in der 12. KW im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die aktuelle ARE-Rate von 6,8 % entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,7 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Der aktuelle Wert lag im oberen Wertebereich der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Weitere Informationen sind abrufbar unter:

<https://www.rki.de/grippeweb>.

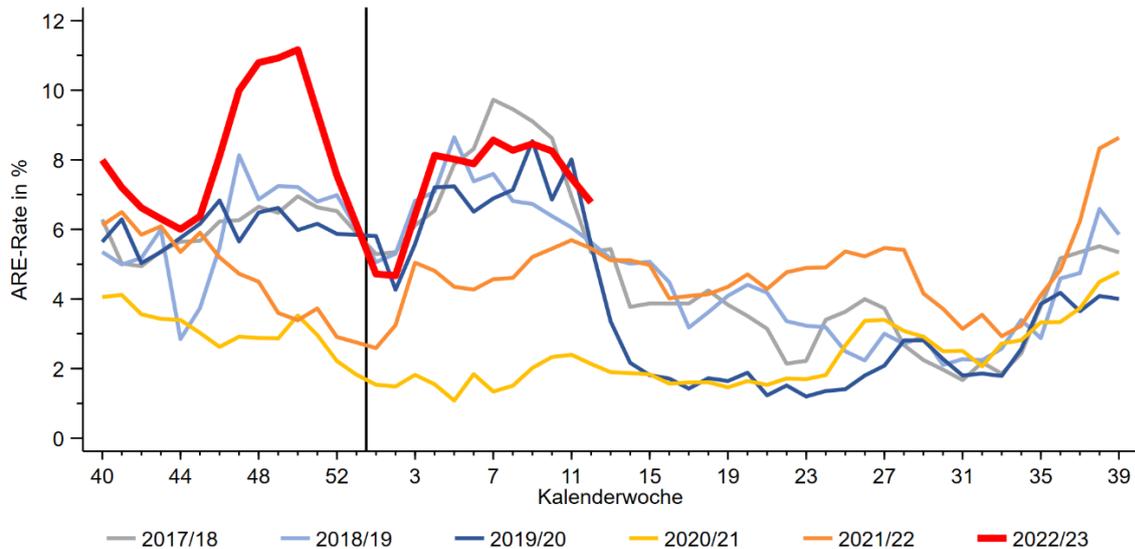


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 12. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 12. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Tab. 1). Die rund 1.500 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,3 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Tab. 1: ARE-Konsultationsinzidenz/100.000 Einwohner (gerundet) in den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 6. KW bis zur 12. KW 2023.

| AGI-Region | 6. KW | 7. KW | 8. KW | 9. KW | 10. KW | 11. KW | 12. KW |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Baden-Württemberg | 1.900 | 2.100 | 2.000 | 2.500 | 1.900 | 1.700 | 1.500 |
| Bayern | 2.200 | 2.100 | 1.900 | 2.200 | 2.100 | 2.000 | 1.500 |
| Hessen | 1.800 | 1.900 | 1.900 | 2.300 | 2.000 | 2.000 | 1.400 |
| Nordrhein-Westfalen | 2.100 | 2.000 | 2.300 | 2.500 | 2.100 | 2.100 | 1.600 |
| Rheinland-Pfalz, Saarland | 2.100 | 1.800 | 1.700 | 2.300 | 1.900 | 1.800 | 1.500 |
| Niedersachsen, Bremen | 1.400 | 1.500 | 1.900 | 1.700 | 1.800 | 1.800 | 1.600 |
| Schleswig-Holstein, Hamburg | 2.000 | 1.800 | 1.900 | 2.000 | 2.100 | 2.000 | 1.300 |
| Brandenburg, Berlin | 1.700 | 1.800 | 1.900 | 2.000 | 2.100 | 2.000 | 1.600 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 1.800 | 1.400 | 2.100 | 2.100 | 2.300 | 2.400 | 2.100 |
| Sachsen | 1.400 | 1.200 | 1.400 | 1.500 | 1.700 | 1.500 | 1.400 |
| Sachsen-Anhalt | 900 | 1.800 | 1.600 | 1.700 | 1.800 | 1.200 | 700 |
| Thüringen | 1.800 | 1.600 | 2.200 | 2.200 | 2.000 | 1.900 | 1.900 |
| Gesamt | 1.900 | 1.900 | 2.000 | 2.200 | 2.000 | 1.900 | 1.500 |

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 12. KW 2023 im Wertebereich der vorpandemischen Jahre zur 12. 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 Kriterien für eine zweite Grippewelle in der Saison 2022/23 erfüllt. Die ARE-Aktivität ist aktuell auch auf die zeitgleiche Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen.

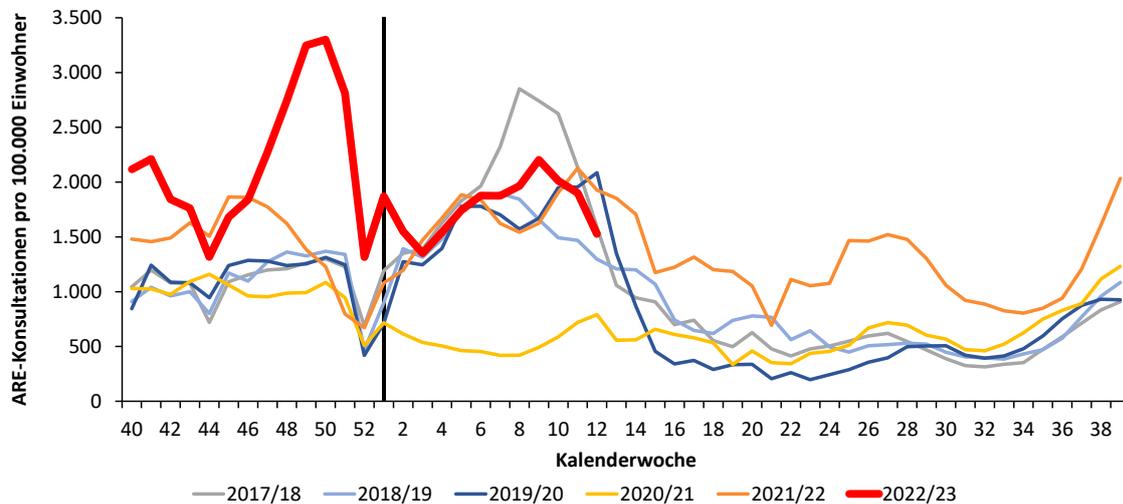


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 12. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist insgesamt und in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen. Es zeigt sich in allen Altersgruppen ein sinkender Trend (Abb. 3).

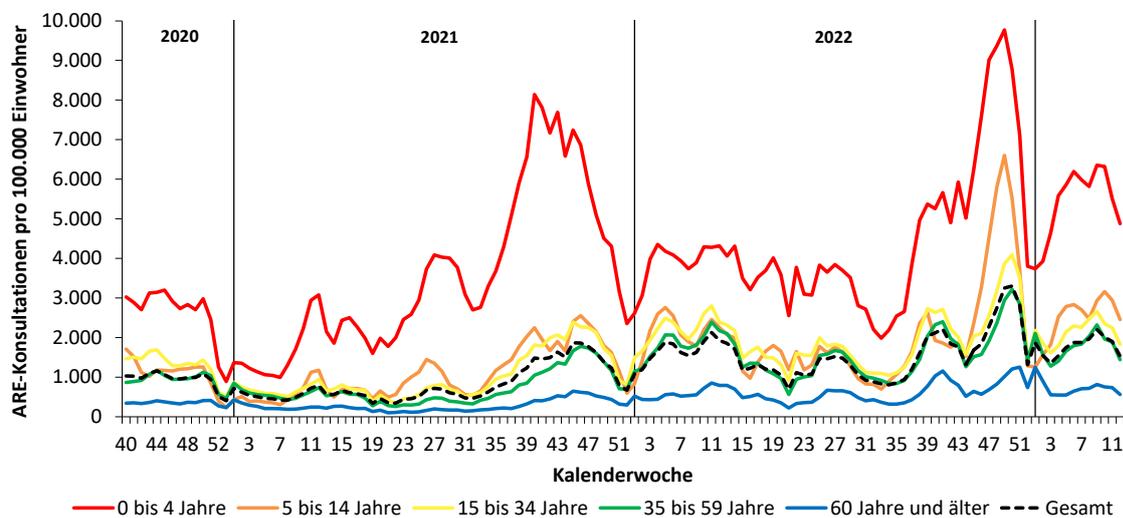


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 12. KW 2023 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

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 12. KW 2023 insgesamt 173 Sentinelproben von 46 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 111 (64 %) der 173 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab 13 Doppelinfektionen, darunter häufig mit Influenza B-Viren bzw. mit hCoV.

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 28.3.2023.

| | 8. KW | 9. KW | 10. KW | 11. KW | 12. KW | Gesamt ab 40. KW 2022 |
|--------------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------------------------|
| Anzahl eingesandter Proben* | 144 | 170 | 158 | 160 | 173 | 4.689 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis | 85 | 87 | 104 | 108 | 111 | 3.175 |
| Anteil Positive (%) | 59 | 51 | 66 | 68 | 64 | 68 |
| Influenza | | | | | | |
| A (nicht subtypisiert) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| A(H3N2) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1072 |
| A(H1N1)pdm09 | 3 | 3 | 6 | 4 | 4 | 83 |
| B(Victoria) | 20 | 25 | 34 | 40 | 50 | 251 |
| B(Yamagata) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Anteil Positive (%) | 16 | 16 | 25 | 27 | 31 | 30 |
| RSV | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 538 |
| Anteil Positive (%) | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| hMPV | 24 | 20 | 26 | 25 | 19 | 277 |
| Anteil Positive (%) | 17 | 12 | 16 | 16 | 11 | 6 |
| PIV (1 – 4) | 0 | 7 | 6 | 2 | 8 | 151 |
| Anteil Positive (%) | 0 | 4 | 4 | 1 | 5 | 3 |
| Rhinoviren | 20 | 24 | 14 | 27 | 15 | 528 |
| Anteil Positive (%) | 14 | 14 | 9 | 17 | 9 | 11 |
| hCoV | 11 | 8 | 18 | 13 | 12 | 303 |
| Anteil Positive (%) | 8 | 5 | 11 | 8 | 7 | 6 |
| SARS-CoV-2 | 14 | 9 | 14 | 10 | 16 | 294 |
| Anteil Positive (%) | 10 | 5 | 9 | 6 | 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 12. KW 2023 zirkulierten hauptsächlich Influenzaviren, mit größerem Abstand gefolgt von hMPV und SARS-CoV-2 (Tab. 2, Abb. 4).

Die Influenza-Positivenrate insgesamt lag in der 12. KW bei 31 % (95 %-Konfidenzintervall [24; 39]). Die Influenza 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 wieder an und lag in der 12. KW bei 29 % (Abb. 5).

In der 9. KW 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 12. KW 2023 wurden Influenzaviren und SARS-CoV-2 in allen Altersgruppen nachgewiesen (Abb. 6). Influenzaviren zirkulierten vorwiegend bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) und den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre). Die SARS-CoV-2-Positivenrate war in der 12. KW bei den Säuglingen (0 bis 1 Jahr) am höchsten, jedoch wurden auch weiterhin bei den ab 60-jährigen häufig SARS-CoV-2 detektiert.

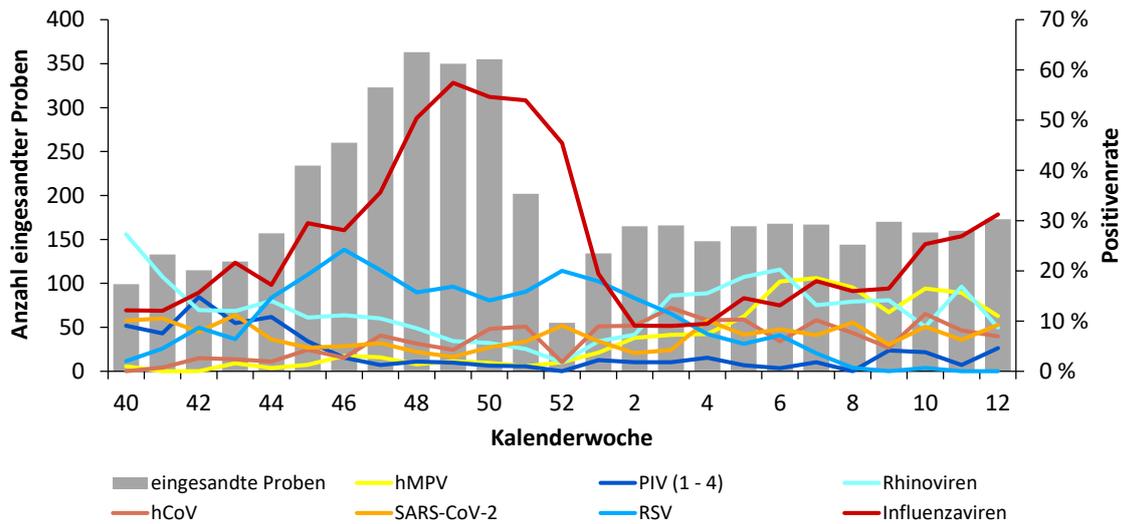


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 12. KW 2023.

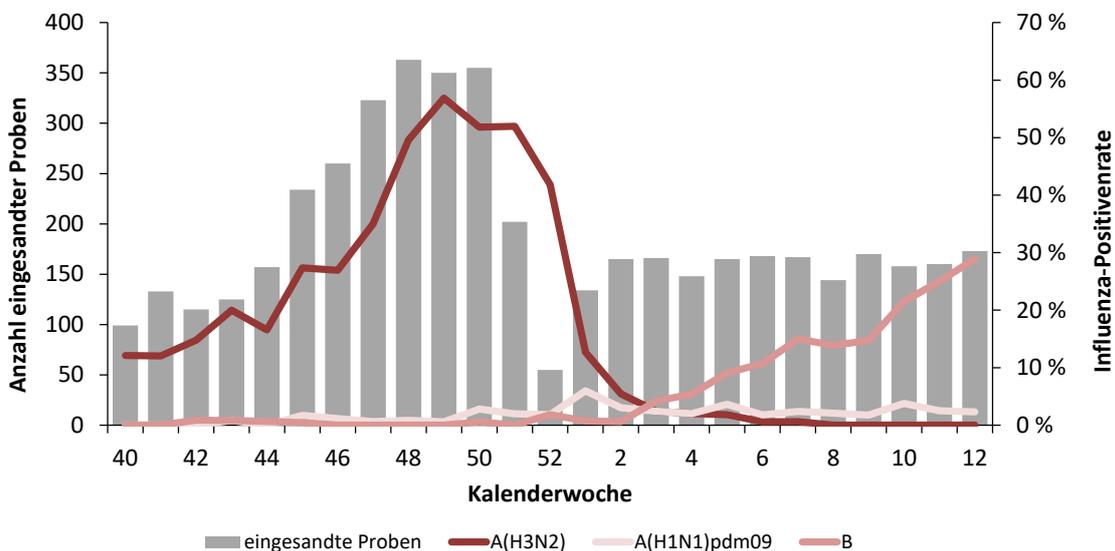


Abb. 5: Anteil der Nachweise für Influenza A(H3N2)-, A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 12. KW 2023.

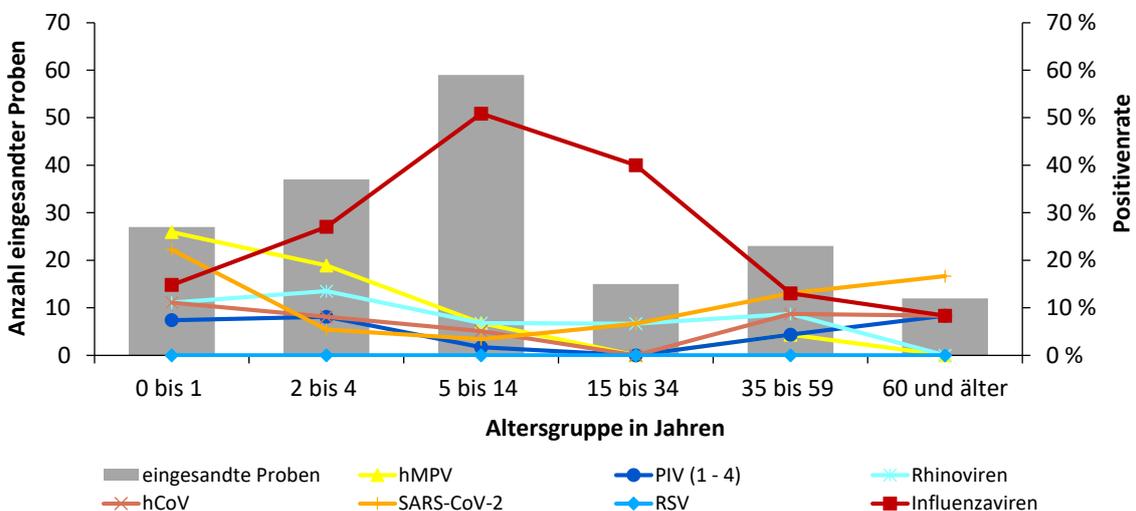


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) für die 12. KW 2023.

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 12. MW 2023 wurden bislang 2.926 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Dabei hat die Zahl der Influenza B-Virusnachweise abgenommen. Bei 407 (14 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand: 28.3.2023).

Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 282.597 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 40.236 (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)

| | | 7. MW | 8. MW | 9. MW | 10. MW | 11. MW | 12. MW | Gesamt ab 40. MW 2022 |
|---------------|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|
| Influenza | A (nicht subtypisiert) | 858 | 700 | 593 | 612 | 508 | 356 | 245.471 |
| | A(H1N1)pdm09 | 20 | 16 | 21 | 7 | 18 | 14 | 686 |
| | A(H3N2) | 7 | 6 | 4 | 1 | 1 | 0 | 5.244 |
| | nicht nach A / B differenziert | 95 | 133 | 110 | 110 | 148 | 121 | 13.385 |
| | B | 1.483 | 1.713 | 2.035 | 2.397 | 2.790 | 2.435 | 17.811 |
| Gesamt | | 2.463 | 2.568 | 2.763 | 3.127 | 3.465 | 2.926 | 282.597 |

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 481 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 118 in Kindergärten / Horten, 107 Ausbrüche in Schulen, 83 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 985 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 924 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, 30 nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und 31 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) liegt die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) 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 12. 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 12. KW 2023 ist möglich.

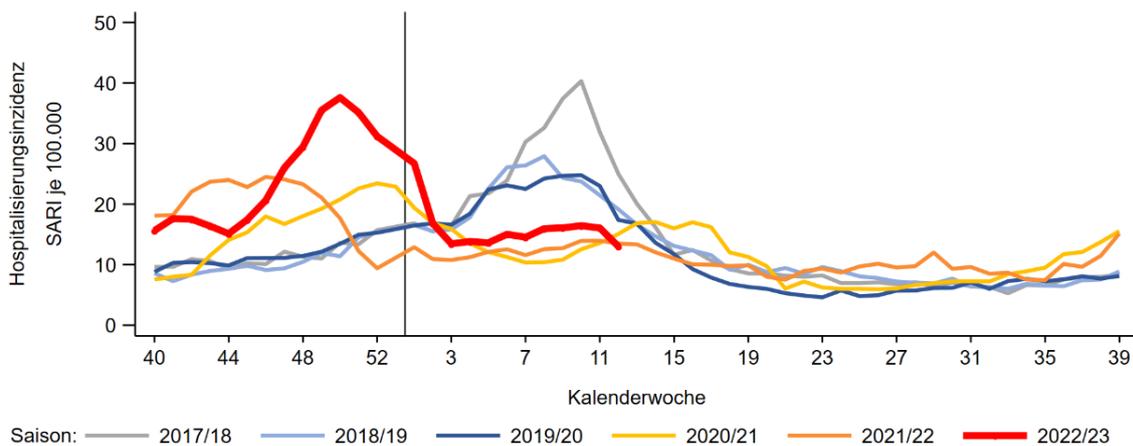


Abb. 7 Wöchentlich Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 12. KW 2023), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der 12. KW 2023 ist die Zahl der SARI-Fälle in den meisten Altersgruppen stabil geblieben oder nur leicht zurückgegangen. Bei den 15- bis 34-Jährigen und den ab 80-Jährigen gingen die Fallzahlen deutlich zurück. In der Altersgruppe der Schulkinder hat sich der Anstieg aus der Vorwoche nicht fortgesetzt, jedoch lag die Zahl der SARI-Fälle in der 12. KW 2023 erneut auf einem hohen Niveau. In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen befanden sich die SARI-Fallzahlen weiterhin auf einem erhöhten Niveau. In den anderen Altersgruppen blieben die Fallzahlen niedrig (Abb. 8).

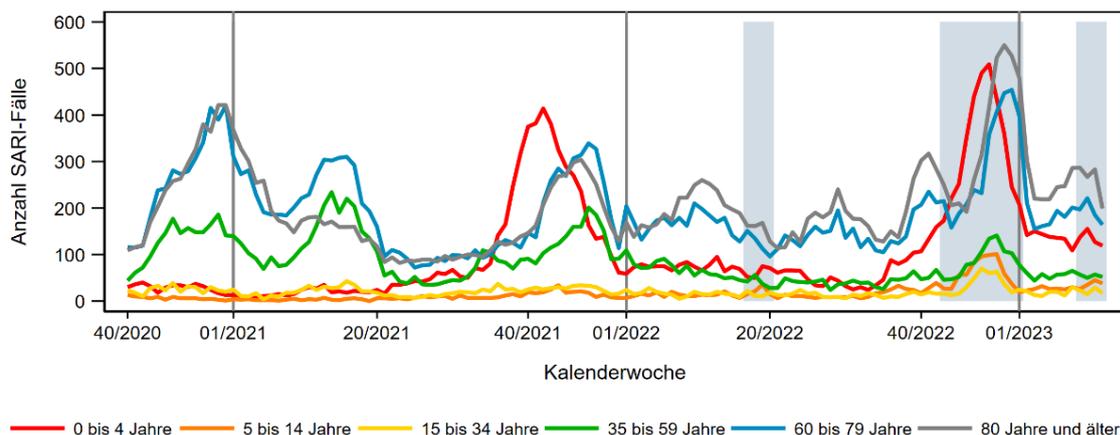


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 12. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

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 wieder deutlich weniger Patientinnen und Patienten aus diesen Altersgruppen mit einer SARI ins Krankenhaus eingewiesen.

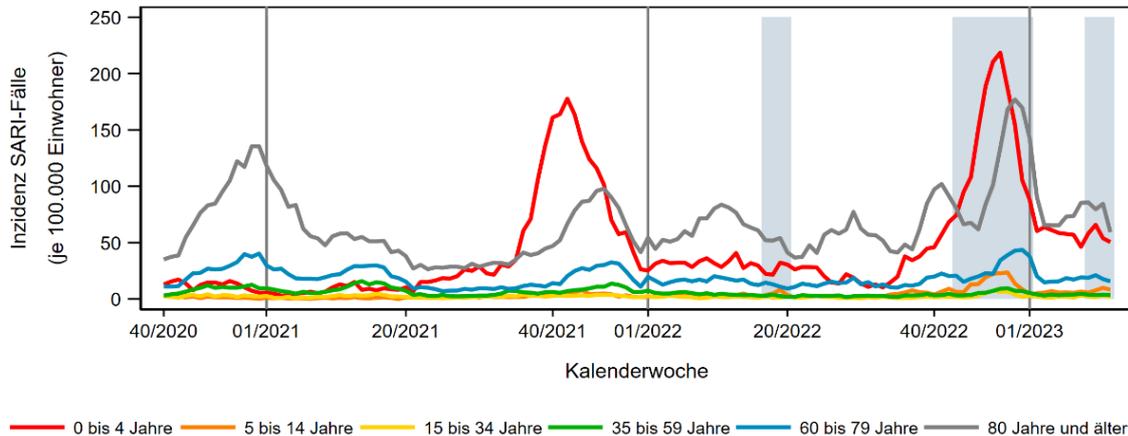


Abb. 9: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 12. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

In den letzten Wochen wurde ein Anstieg des Anteils an COVID-19 Diagnosen beobachtet, in der 12. KW 2023 ist dieser Anteil jedoch 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. Seit der 8. KW 2023 wurde ein leichter Anstieg der Influenza-Diagnosen beobachtet, seit der 11. KW 2023 liegt der Anteil der Influenzavirus-Infektionen jedoch unverändert bei 7 %. Der Anteil an RSV-Diagnosen lag bei 1 % (Abb. 10).

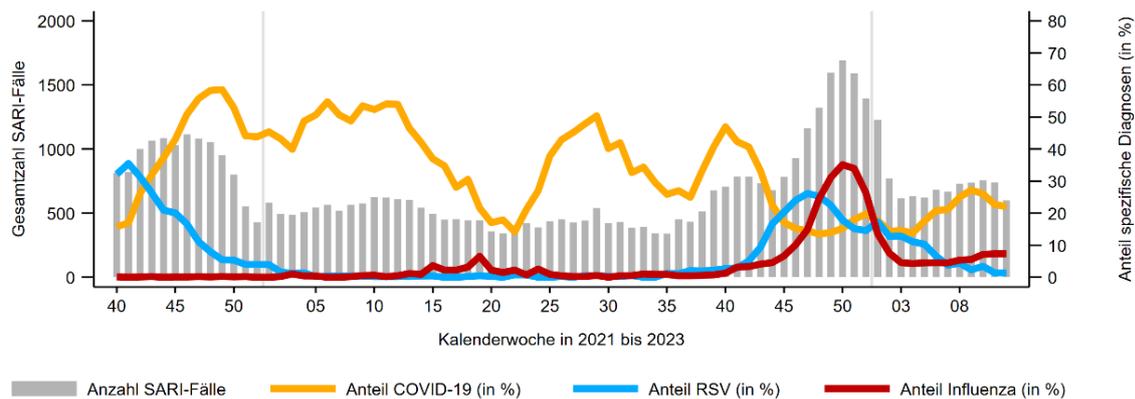
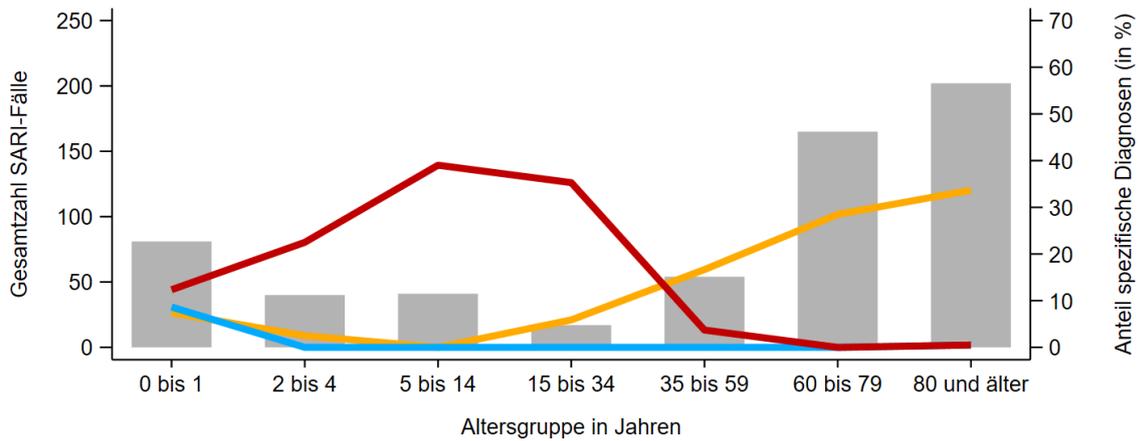


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2021 bis zur 12. KW 2023. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

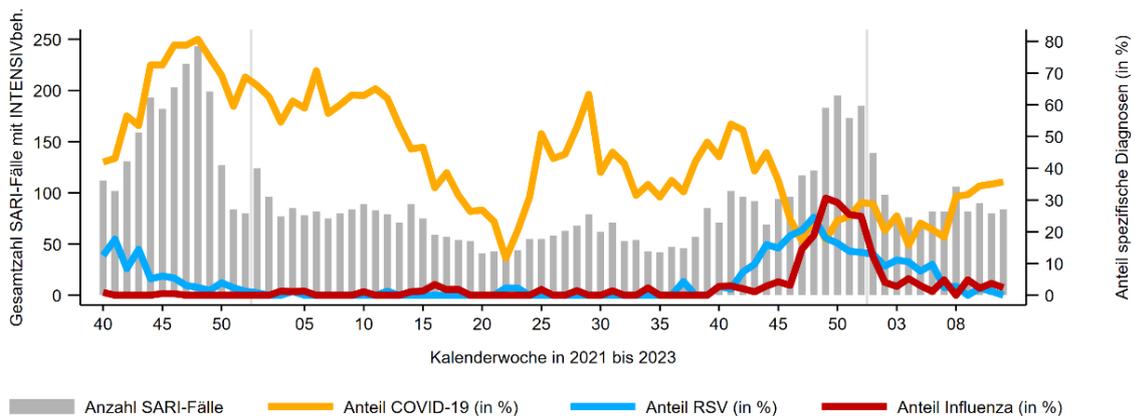
Es wurden in der 12. KW 2023 vor allem bei SARI-Fällen ab 35 Jahren eine COVID-19-Diagnose vergeben. In den Altersgruppen der ab 60-jährigen war der Anteil der COVID-19-Diagnosen unter den SARI Fällen mit 28 % bei den 60- bis 79-jährigen und 34 % bei den ab 80-jährigen am höchsten (Abb. 11). Influenza-Diagnosen wurden hauptsächlich in den Altersgruppen der unter 35-jährigen vergeben, insbesondere bei den 5- bis 14-jährigen (39 %) und den 15- bis 34-jährigen (35 %). In der 12. KW 2023 erhielten 6 % der 0- bis 1-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose, in anderen Altersgruppen wurden keine RSV-Erkrankungen diagnostiziert.



■ Anzahl SARI-Fälle — Anteil COVID-19 (in %) — Anteil RSV (in %) — Anteil Influenza (in %)

Abb. 11: Anzahl der in der 12. 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. Seit der 8. KW 2023 wird bei etwa einem Drittel der SARI-Fälle mit Intensivbehandlung eine COVID-19-Diagnose vergeben, in der 12. KW 2023 erhielten insgesamt 36 % diese Diagnose. Darüber hinaus wurde bei zwei SARI-Fällen (2 %) eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, eine RSV-Diagnose erhielt kein SARI-Fall mit Intensivbehandlung.



■ Anzahl SARI-Fälle — Anteil COVID-19 (in %) — Anteil RSV (in %) — Anteil Influenza (in %)

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 12. 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 (11. 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 11. KW 2023 lag die Influenza-Positivenrate bei den Sentinelpunkten 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 und lag seit der 6. KW 2023 bei etwa 25 %.

Von den 37 Ländern, die für die 11. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten fünf Länder eine Influenza-Aktivität unterhalb der nationalen

Schwellenwerte, 16 Länder eine niedrige Influenza-Aktivität (darunter Deutschland) und 16 Länder eine mittlere Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks ist in der 11. KW 2023 im Vergleich zur 10. KW stabil geblieben (25 %; 10. KW: 26 %). Für die 11. KW 2023 wurden in 857 (25 %) von 3.470 Sentinelproben Influenzaviren detektiert. Davon waren 191 (22 %) Influenza A-Viren und 666 (78 %) Influenza B-Viren. Unter den 134 subtypisierten Influenza A-Viren waren neun (7 %) Influenza A(H3N2) und 125 (93 %) Influenza A(H1N1)pdm09. Alle 164 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 3.211 SARI-Fälle für die 11. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 11. KW bei 8 % (10. KW: 7 %).

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

Das ECDC hat am 24.3.2023 den vierten Bericht zur Influenzavirus-Charakterisierung der Saison 2022/23 mit Daten bis zur 8. KW 2023 veröffentlicht. Der Bericht ist abrufbar unter:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characterization-summary-europe-february-2023>.

Aufruf des Paul-Ehrlich-Instituts: Bestellung von Grippe-Impfstoff bis 31.3.2023

Das Paul-Ehrlich-Institut weist in einer Mitteilung darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker noch bis 31.3.2023 Grippe-Impfstoff für die nächste Saison 2023/24 bestellen können. Derzeit liegt die Bestellmenge noch deutlich unter dem ermittelten Bedarf. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2023/230323-pei-aufruf-bestellung-grippe-impfstoffe.html>.

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 12/2023; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/11250