



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
17. Kalenderwoche (22.4. bis 28.4.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Das ARE-Geschehen wird durch Erkältungsviren wie Rhinoviren, humane Metapneumoviren, Adenoviren und Parainfluenzaviren bestimmt, jedoch zirkulieren weiterhin auch Influenzaviren und humane saisonale Coronaviren. Die Grippewelle endete nach Definition des Robert Koch-Instituts nach 15 Wochen mit der 12. KW 2024. Die RSV-Welle endete nach 16 Wochen mit der 10. KW 2024.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 17. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt deutlich gestiegen. Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 17. KW im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 17. KW 2024 in insgesamt 60 der 117 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (24 %) und humane Metapneumoviren (hMPV; 13 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 9 %), Adenoviren (6 %), Influenzaviren (5 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 3 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV) und SARS-CoV-2 wurden in der 17. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 17. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken und blieb insgesamt auf einem niedrigen Niveau. Der Anteil der Influenza- und RSV-Diagnosen bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten wegen SARI lag bereits seit einigen Wochen unter 5 %. In der 17. KW wurde bei jeweils 1 % der SARI-Fälle eine Influenza-, RSV- bzw. COVID-19-Diagnose vergeben.

Die Zahl der an das RKI übermittelten Influenza- und COVID-19 Fälle ist im Vergleich zur 16. Meldewoche (MW) leicht gestiegen. In Deutschland dominierte weiterhin die BA.2.86-Sublinie JN.1. Ihr Anteil lag in der 15. KW 2024 bei 100 %. Im Abwassermonitoring lag die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast auf einem niedrigen Niveau.

Weitere Informationen zur Saison 2023/24 in Deutschland

- Das Risiko einer Atemwegsinfektion kann (unabhängig vom Impfstatus) durch die bekannten Verhaltensweisen reduziert werden: FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen?“:
https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#FAQId16765454.
- Zeitraum der Grippewelle: 50. KW 2023 bis 12. KW 2024 (Dauer: 15 Wochen)
- Zeitraum der RSV-Welle: 47. KW 2023 bis 10. KW 2024 (Dauer: 16 Wochen)
- Aktuelle Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) sind abrufbar unter
<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>

Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

- European Respiratory Virus Surveillance Summary (Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Daten zu Influenza, RSV und COVID-19):
<https://erviss.org/>
- WHO-Updates (Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19 und RSV):
<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen (ARE) – Syndromische Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 17. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt deutlich gestiegen und lag bei rund 7.100 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.200; Abb. 1). Dabei sind die Werte in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 0- bis 4-Jährigen gestiegen. Der Anstieg der ARE-Aktivität in der Bevölkerung kann zum Teil auf das Ende der Osterferien nach der 16. KW in dann allen Bundesländern zurückgeführt werden. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,9 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden lag in der 17. KW weiterhin bei unter 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

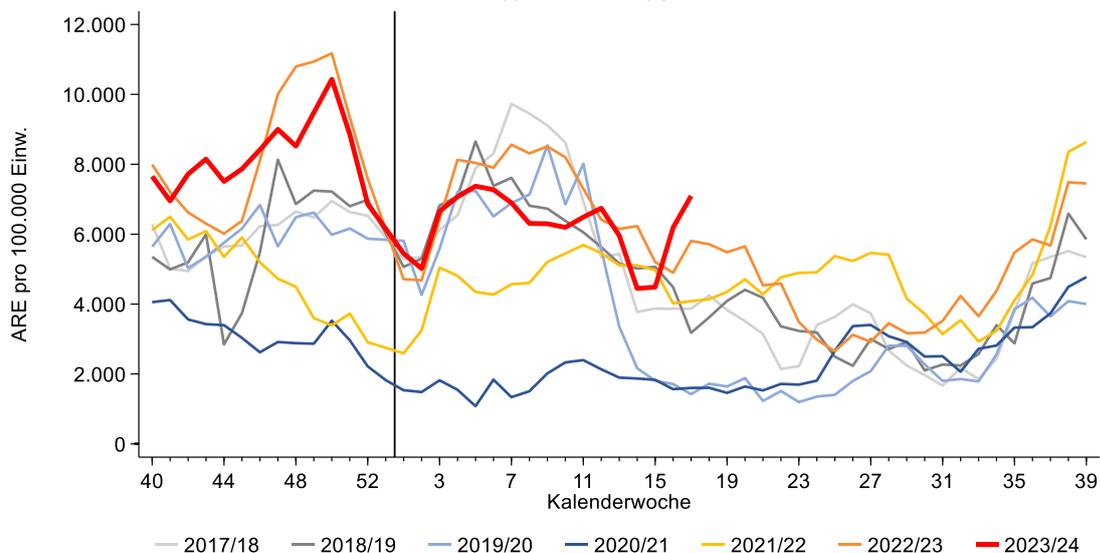


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 17. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 17. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen (Abb. 2). Die rund 1.300 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 17. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von knapp 1,1 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

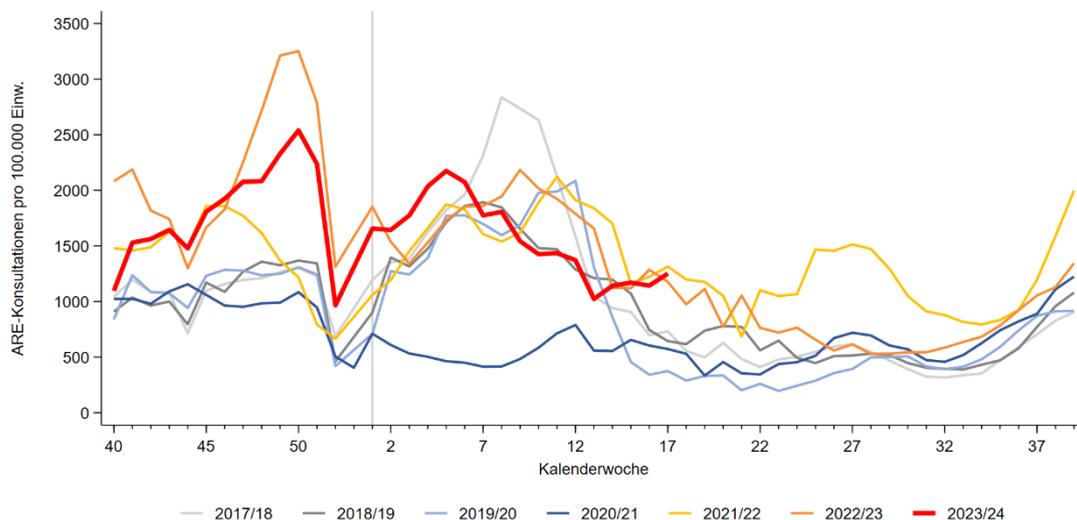


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 17. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 17. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gestiegen mit Ausnahme der ab 60-jährigen, bei denen die Werte leicht gesunken sind (Abb. 3).

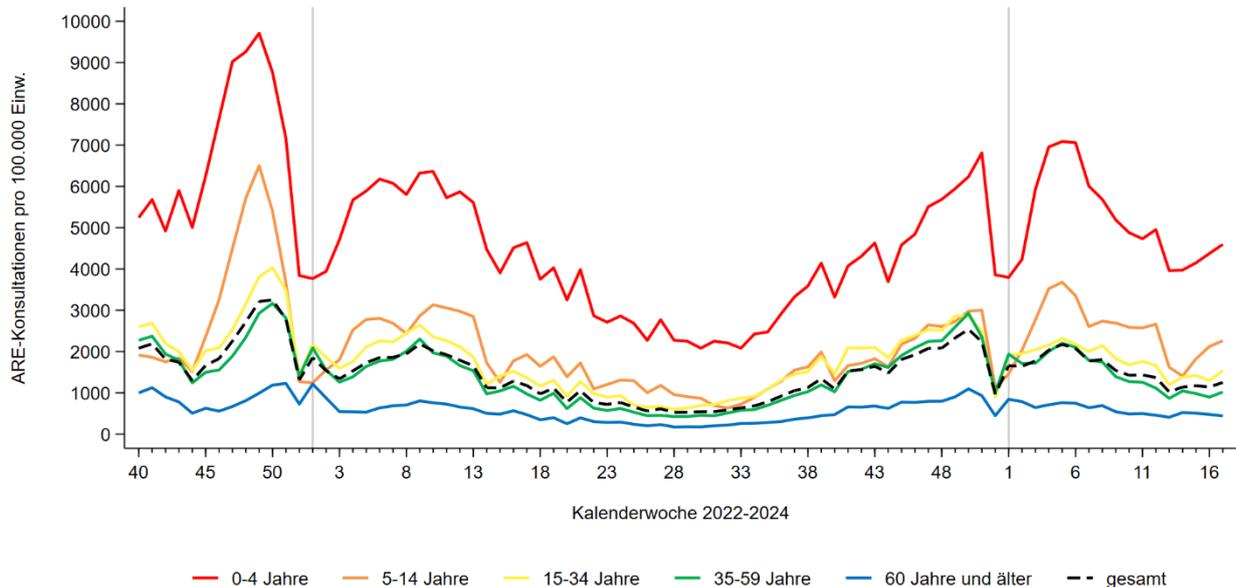


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 17. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Das ARE-Praxis-Sentinel lebt von der aktiven Mitarbeit der Sentinelpraxen. Nur mit den pünktlichen Datenlieferungen (bis Montagabend) können wir für die jeweils aktuelle Berichtswoche valide Aussagen über die derzeitige ARE-Situation im ambulanten Bereich treffen. Alle Meldungen, die nach dem Datenschluss der jeweiligen Woche eintreffen, können erst in der Folgewoche für die Berichterstattung berücksichtigt werden. Wir bedanken uns sehr bei allen Sentinelpraxen für ihren wichtigen Beitrag.

Das Robert Koch-Institut (RKI) sucht ständig weitere Sentinelpraxen für die Überwachung akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in Deutschland. Interessierte Praxen der Primärversorgung (Haus- und Kinderarztpraxen) werden gebeten, über das elektronische SEED^{ARE}-System (Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen) zu melden. Alternativ ist eine Erfassung von aggregierten ARE-Daten auch über eine Online-Erfassungsmaske möglich. Informationen für interessierte Praxen können unter agi@rki.de angefordert werden.

Virologische Analysen von Atemwegserregern

Virologische Sentinel-Surveillance im ambulanten Bereich (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 17. KW 2024 insgesamt 117 Sentinelproben von 43 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 60 (51 %) der 117 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es gab eine Dreifach- und sieben Doppelinfectionen.

In der 17. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 24 %) und humane Metapneumoviren (hMPV; PR 13 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 9 %), Adenoviren (PR 6 %), Influenzaviren (PR 5 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 3 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV) und SARS-CoV-2 wurden in der 17. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1; Abb. 4).

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Influzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 30.4.2024.

	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	90	94	110	106	117	6.554
Probenanzahl mit Virusnachweis	54	52	64	62	60	4.111
Anteil Positive	60 %	55 %	58 %	58 %	51 %	63 %
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	8
A(H3N2)	0	0	1	0	0	53
A(H1N1)pdm09	2	3	0	0	1	1.127
B(Victoria)	12	8	6	6	5	168
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	0	0	0	0	736
RSV	3	2	6	0	0	556
hMPV	7	10	15	11	15	129
PIV (1 – 4)	8	7	14	7	10	214
Rhinoviren	14	18	23	33	28	1.110
hCoV	14	9	7	8	3	323
Adenoviren**	3	4	14	6	7	240

* 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.

** nicht untersucht von der 40. 2023 KW bis zur 44. KW 2023; die Untersuchungen wurden erst in der 45. KW 2023 aufgenommen

Die Grippewelle in Deutschland begann in dieser Saison mit der 50. KW 2023, erreichte in der 5. KW 2024 ihren Höhepunkt und endete nach Definition des RKI mit der 12. KW 2024. Sie hielt 15 Wochen an. Insgesamt dominierten Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, gegen Ende der Grippewelle wurden vermehrt auch Influenza B-Viren identifiziert.

Die RSV-Welle in Deutschland hat nach Definition des RKI in der 47. KW 2023 begonnen und endete nach 16 Wochen mit der 10. KW 2024.

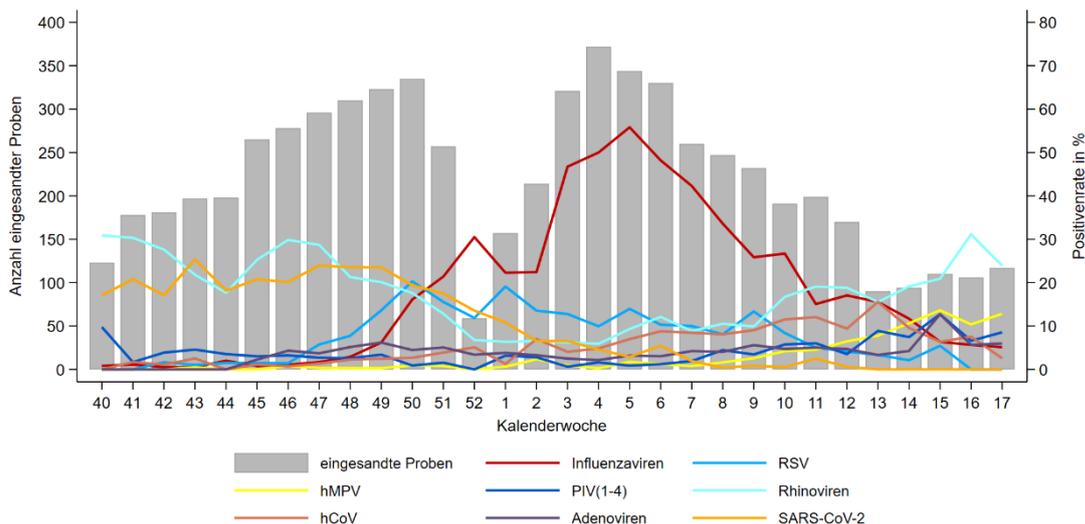


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 17. KW 2024.

In der 17. KW waren Rhinoviren die am häufigsten nachgewiesenen Erreger in den Altersgruppen der 0- bis 1-jährigen sowie der 5- bis 59-jährigen. Bei den 2- bis 4-jährigen wurden Rhinoviren, Adenoviren und hMPV gleich häufig nachgewiesen, bei den ab 60-jährigen dominierte hMPV (Abb. 5). Zudem wurden in allen Altersgruppen vereinzelt weitere Viren des Erregerpanels detektiert.

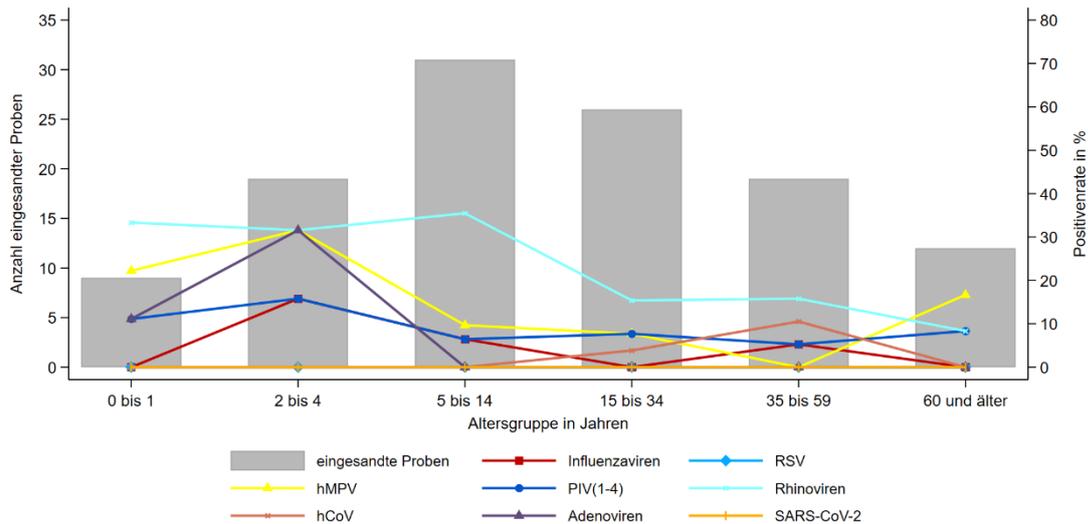


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 17. KW 2024.

Aktuelle Untersuchungen des NRZ für Influenzaviren zu den gegenwärtig zirkulierenden Viren, einschließlich der Analysen zur Passgenauigkeit der Impfstämme sind abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2023_24.html.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

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

Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

In der 15. KW 2024 wurden alle Sequenznachweise ($n = 21$, 100 %) JN.1 (einschließlich aller Sublinien) zugeordnet (Stand 30.4.2024). Die BA.2.86-Sublinie JN.1 (einschließlich aller Sublinien), seit dem 18.12.2023 von der WHO¹ separat als VOI eingestuft, bleibt somit die dominierende Variante unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten. Unter allen JN.1-Sublinien wurden JN.1 (38 %) und KP.2 (19 %) am häufigsten nachgewiesen.

Das von den aktuell als VOI klassifizierten SARS-CoV-2-Varianten sowie ihren Sublinien ausgehende Risiko für die öffentliche Gesundheit wird von der WHO weiterhin als gering eingestuft.

Das derzeit niedrige Infektionsgeschehen spiegelt sich auch in einer niedrigen Anzahl auswertbarer Proben wieder. Daher kann es aufgrund der aktuell geringen Probenanzahl für die letzten Wochen, durch Nachmeldungen auch zu stärkeren Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten kommen. Die aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sowie Informationen und detaillierte Darstellungen zu den Varianten, die als besorgniserregend eingestuft sind (Variants of Concern; VOC) oder unter Beobachtung stehen (Variants of Interest; VOI und Variants under Monitoring; VUM) sind im Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/18122023_jn.1_ire_clean.pdf?sfvrsn=6103754a_3

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) ab der 7. KW 2024 deutlich gesunken. Dieser Rückgang zeigte sich zeitiger als in den vorpandemischen Saisons. Seit der 10. KW hat sich der Rückgang abgeschwächt. In der 17. KW kam es erneut zu einem Rückgang der SARI-Fallzahlen. Seit der 12. KW lag die Inzidenz der SARI-Fälle insgesamt auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

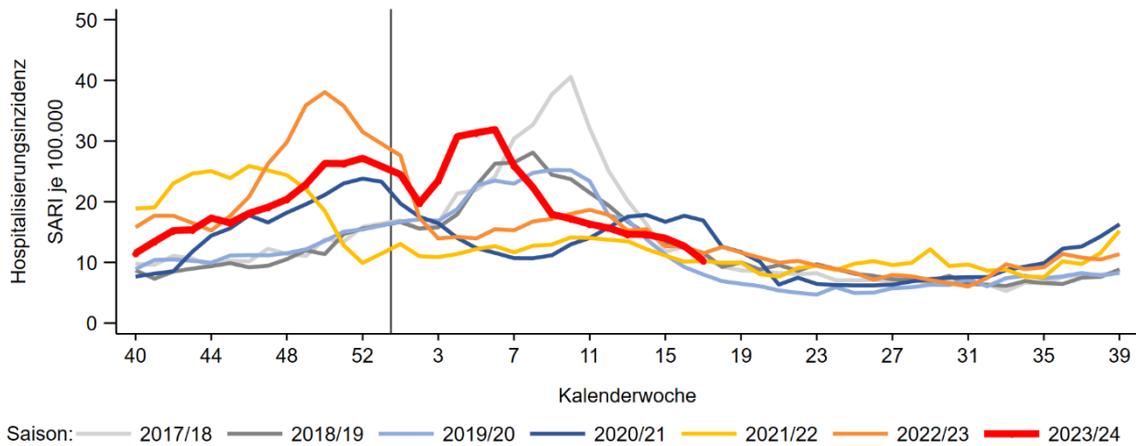


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 17. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 17. KW 2024 ist die SARI-Inzidenz bei Schulkindern und jungen Erwachsenen (5 bis 14 Jahre, 15 bis 34 Jahre) stabil geblieben und in den übrigen Altersgruppen gesunken. Während die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen in der 17. KW 2024 niedrig war, lag sie bei den jungen Erwachsenen auf einem erhöhten Niveau und bei Schulkindern auf einem vergleichsweise hohen Niveau (Abb. 7).

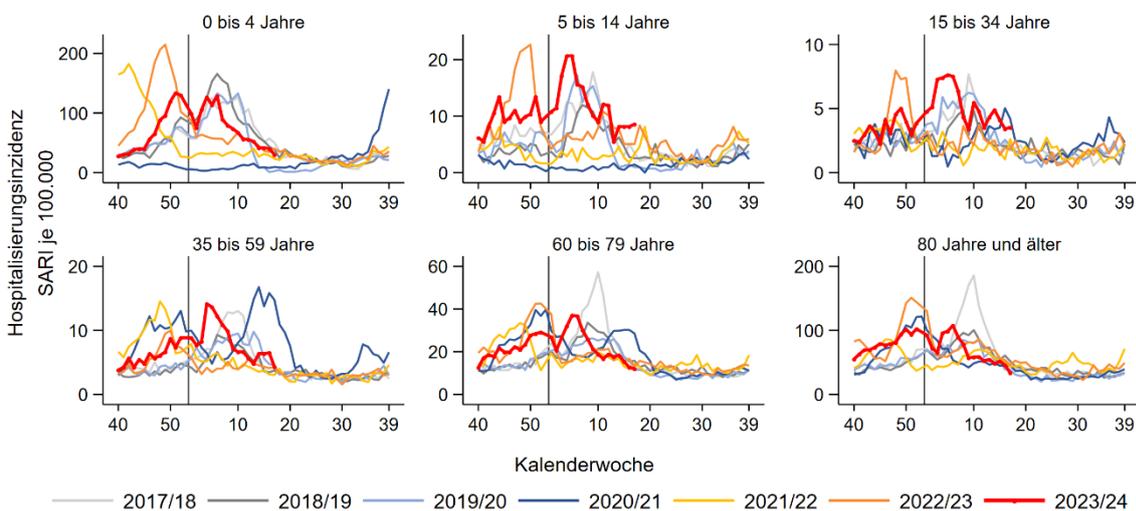


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 17. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Bei der SARI-Inzidenz pro 100.000 Einw. sind weiterhin am häufigsten die jüngste und die älteste Altersgruppe von einer Einweisung ins Krankenhaus mit einer schweren akuten Atemwegserkrankung betroffen. Dies wurde ebenso in der letzten Saison beobachtet. Auch nach dem Ende der Grippewelle mit der 12. KW 2024 ist die SARI-Inzidenz der 0- bis 4-Jährigen und der ab 80-Jährigen weiter zurückgegangen und liegt aktuell etwa auf dem Niveau der Werte aus den Vorjahren um diese Zeit (Abb. 7 und 8).

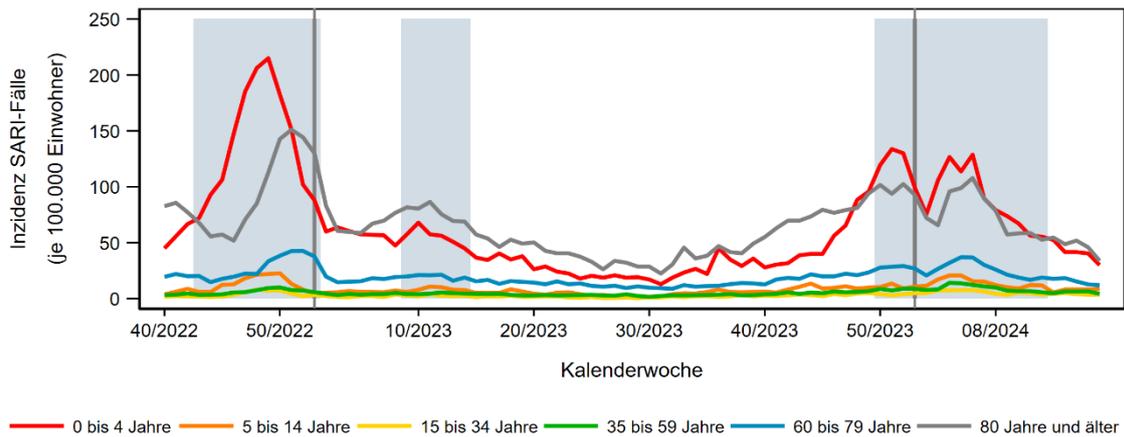


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2022 bis zur 17. KW 2024, Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewellen in den Saisons 2022/23 und 2023/24 ist grau hinterlegt.

In der 17. KW 2024 wurden nur noch vereinzelt krankheitsspezifische Diagnosen bei SARI-Fällen vergeben. So erhielten jeweils 1 % aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle eine Influenza-, eine RSV- bzw. eine COVID-19-Diagnose (Abb. 9).

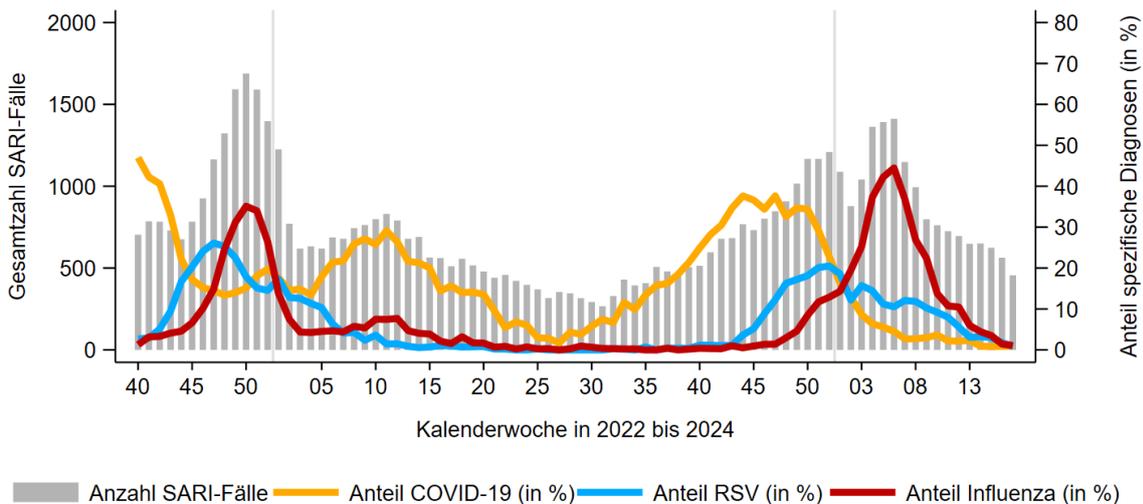


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 17. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

In der 17. KW 2024 wurden Influenzavirus- und RSV-Infektionen sowie COVID-19-Erkrankungen nur noch sporadisch in den Altersgruppen unter 80 Jahren diagnostiziert. In der Altersgruppe ab 80 Jahren wurden in der 17. KW keine krankheitsspezifischen Diagnosecodes bei SARI-Patientinnen und Patienten vergeben (Abb. 10).

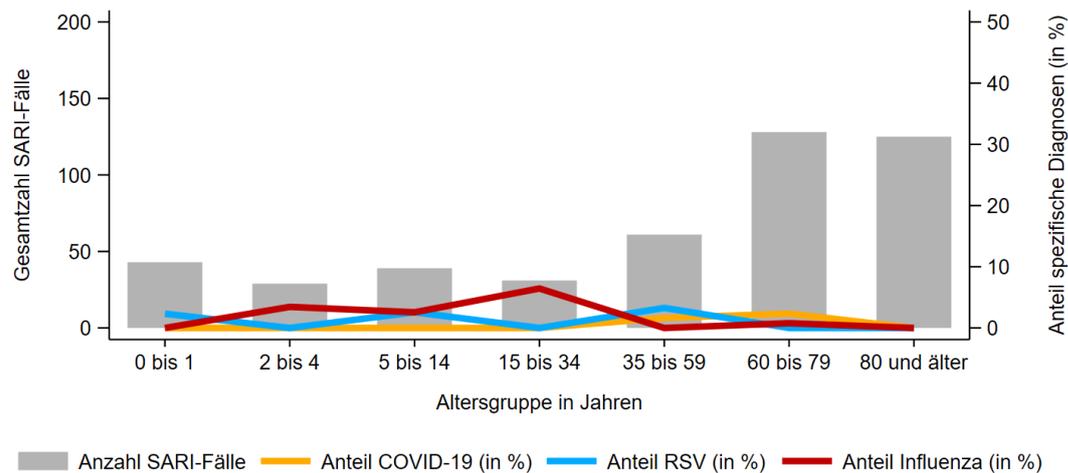


Abb. 10: Anzahl der in der 17. KW 2024 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Seit der 13. KW 2024 war die Inzidenz intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle vergleichsweise niedrig und es wurden nur noch vereinzelt krankheitsspezifische Diagnosen vergeben.

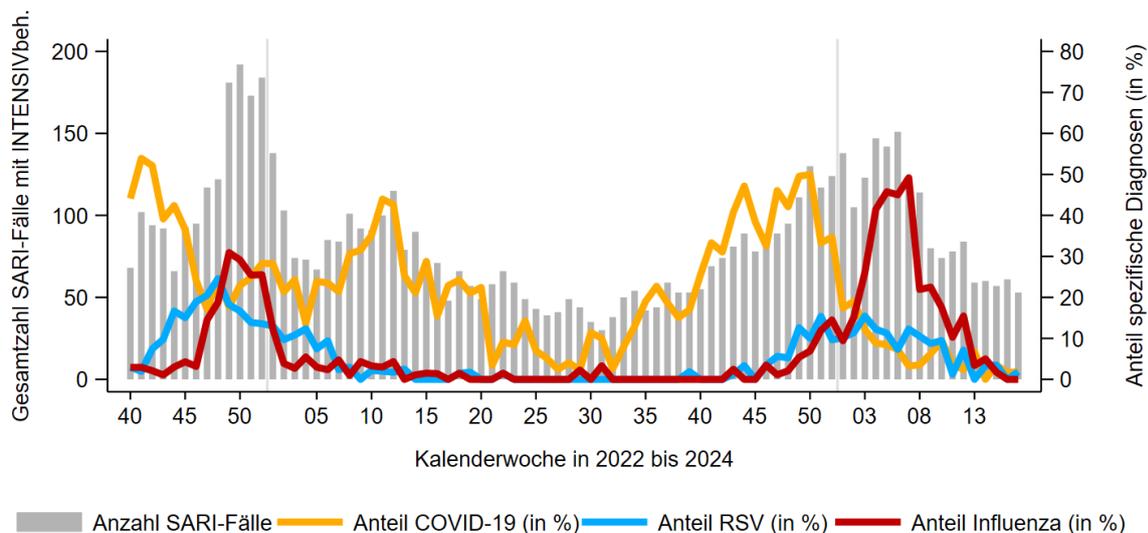


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 17. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 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.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 17. MW 2024 wurden bislang insgesamt 805 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) entsprechen. Alle 805 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Im Vergleich zur 16. MW sind die Fallzahlen leicht gestiegen. Bei 147 Fällen (18 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 17. MW 2024 angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 30.4.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 210.624 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 209.873 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 43.538 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.052 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Von 1.051 Todesfällen mit Angabe zum Alter gehören 88 % zur Altersgruppe ab 60 Jahre, 9 % zur Altersgruppe 35 bis 59 Jahre.

Tab. 2: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzaty/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	1.878	781	531	343	220	270	180.535
A(H1N1)pdm09	64	33	17	4	4	7	6.000
A(H3N2)	3	1	1	0	1	1	135
nicht nach A / B differenziert	115	43	46	24	51	64	4.855
B	1.752	1.206	1.018	794	490	463	18.348
Gesamt	3.812	2.064	1.613	1.165	766	805	209.873
Hospitalisierte Fälle	660	424	363	209	156	147	43.538

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

COVID-19

Für die 17. MW 2024 wurden bislang 622 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 188 (30 %) Fällen wurde für die 17. MW angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 30.4.2024). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche wieder gestiegen.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 333.657 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 113.731 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren. Es wurden 6.496 Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt, 96 % der Verstorbenen waren 60 Jahre oder älter.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	997	780	759	606	531	622	333.657
Hospitalisierte Fälle	335	293	280	227	166	188	113.731

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

RSV-Infektionen

Die Meldedaten zu RSV-Fällen sollten nach Einführung der Meldepflicht am 21. Juli 2023 in der Saison 2023/24 nur im Vergleich mit den Ergebnissen aus den etablierten Sentinelsystemen bewertet werden.

Für die 17. MW 2024 wurden bislang insgesamt 269 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) entsprechen. Alle 269 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen sind bis zur 5. MW gestiegen, seitdem zeigt sich ein sinkender Trend. Bei 54 Fällen (20 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 17. MW 2024 angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 30.4.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 57.603 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 56.566 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.198 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Daten zu Todesfällen mit RSV-Infektion werden derzeit noch validiert und deshalb hier nicht berichtet.

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	1217	689	651	429	355	269	56.566
Hospitalisierte Fälle	331	236	217	148	144	54	17.198

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

Abwassermonitoring von SARS-CoV-2

Die Abb. 12 zeigt den Verlauf der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser. Nach einem Rückgang der aggregierten Viruslast seit Mitte Dezember 2023 (50. KW) sind die Viruslasten aktuell niedrig und eine relevante Änderung ist zurzeit nicht erkennbar.

In der 17. KW lagen Daten aus 94 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Woche kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.rki.de/abwassersurveillance>.

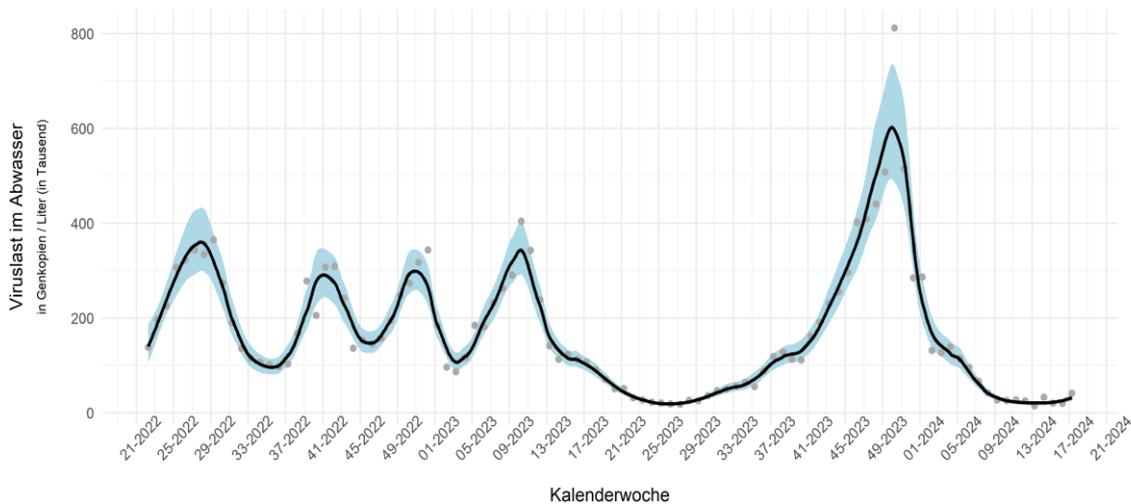


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 30.4.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (24.4.2024, 17. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert.

Weitere Daten und Berichte zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in Deutschland

Daten zu verschiedenen Indikatoren werden als Open Data in Zenodo und auf GitHub bereitgestellt: <https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut> und <https://github.com/robert-koch-institut/>.

So werden zum Beispiel die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 6 bis 8 im ARE-Wochenbericht) wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

- Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel): <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340322> bzw. https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts
- Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340315> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/ARE-Konsultationsinzidenz>
- Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8382330> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/SARI-Hospitalisierungsinzidenz>

Die grafische Aufbereitung der Daten ist im ARE-Dashboard realisiert (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags), abrufbar unter: <https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick>.

Trends relevanter Indikatoren werden im Infektionsradar des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verfügung gestellt: <https://infektionsradar.gesund.bund.de/de>.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Ein Bericht über die Intensivbettenkapazität in Deutschland wird täglich veröffentlicht und ist abrufbar unter: <http://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage>.

Informationen zur Notaufnahmesurveillance akuter Atemwegsinfektionen sind im Dashboard unter <https://public.data.rki.de/t/public/views/Notaufnahmesurveillance/DashboardSyndrome> zu finden.

Übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise sind über SurvStat@RKI individuell abfragbar: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/SurvStat/survstat_node.html.

Die Daten des COVID-19 Impfquotenmonitorings stehen wöchentlich dienstags aktualisiert auf der RKI-Webseite bereit: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html.

Autoren und Redaktionsteam:

Buda S, Dürwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Gvaladze T, Schilling J, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Lehfeld AS, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 17/2024 | DOI: 10.25646/12090