



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
18. Kalenderwoche (29.4. bis 5.5.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Das ARE-Geschehen wird durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt, jedoch zirkulieren weiterhin auch Influenzaviren. In der 18. KW wurden vereinzelt Respiratorische Synzytialviren und SARS-CoV-2 nachgewiesen.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 18. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken. Auch im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 18. KW im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 18. KW 2024 in insgesamt 61 der 90 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (40 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 11 %), Influenzaviren (11 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 9 %), Adenoviren (3 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 2 %), SARS-CoV-2 (2 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 1 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 18. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben und lag 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 18. KW wurde bei 1 % der SARI-Fälle eine Influenza- und COVID-19-Diagnose vergeben. Der Anteil der RSV-Diagnosen lag in der 18. KW 2024 unter 1 %.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19 Fälle ist im Vergleich zur 17. Meldewoche (MW) leicht gestiegen. In Deutschland dominiert weiterhin die BA.2.86-Sublinie JN.1. Nach mehreren Wochen niedriger SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser deutet sich seit Ende April (17. KW) ein leichter Anstieg der Viruslast an.

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 18. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken und lag bei rund 6.200 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.900; Abb. 1). Dabei sind die Werte in den Altersgruppen bis 59 Jahre gesunken und bei den ab 60-Jährigen stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,1 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 18. KW bei rund 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

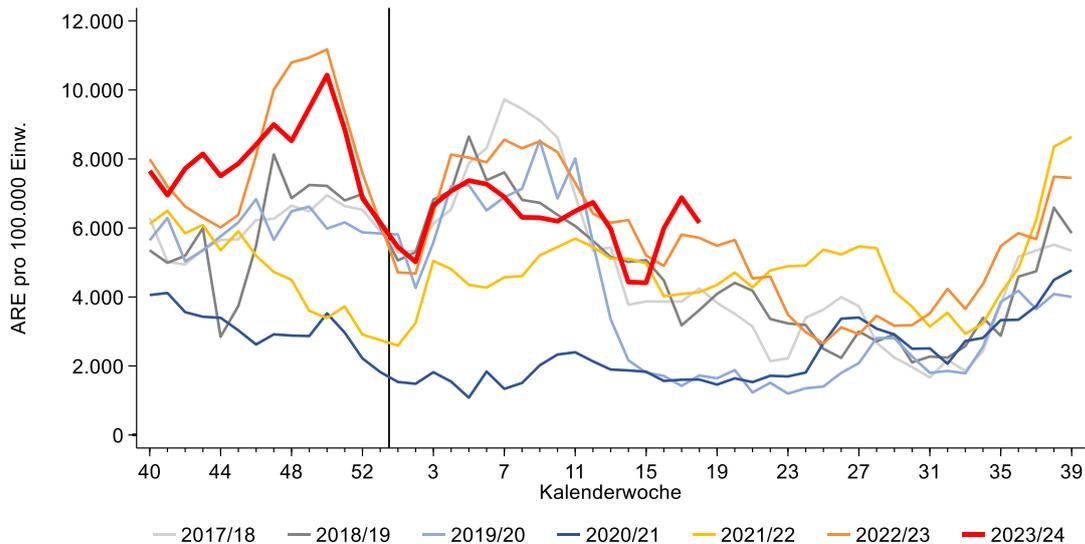


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 18. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert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

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 18. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Abb. 2). Die knapp 1.000 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 18. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 800.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Aufgrund des Feier-/ Brückentags in der 18. KW 2024 kam es möglicherweise zu einem veränderten Konsultationsverhalten. Ein ähnliches Phänomen wird regelmäßig zum Jahreswechsel und während der Osterferien beobachtet.

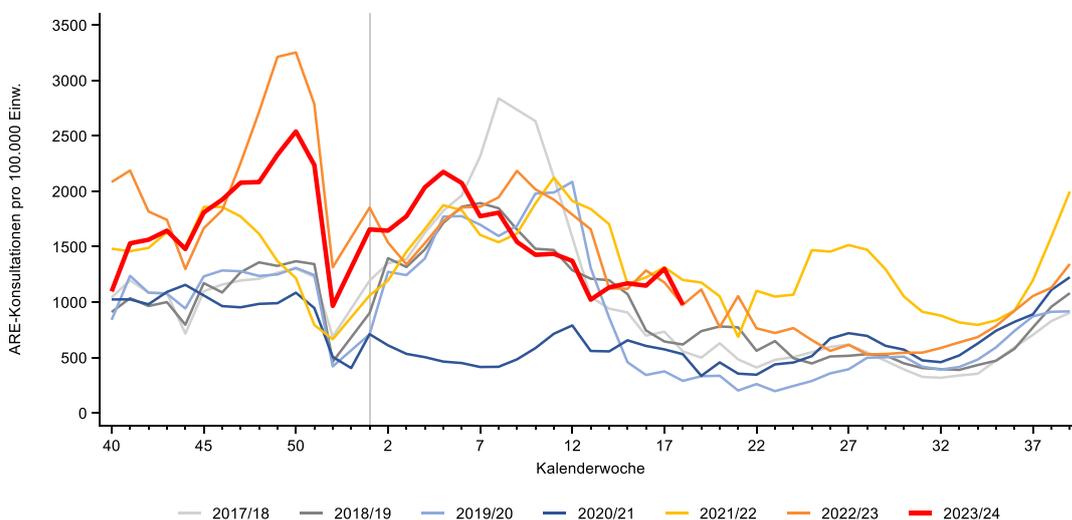


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 18. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 18. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3).

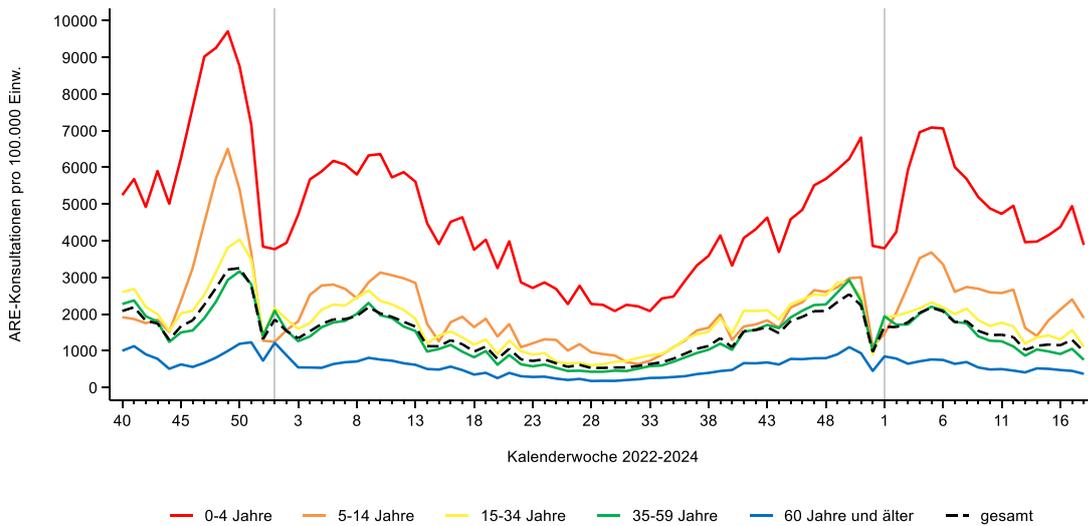


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 18. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 18. KW 2024 insgesamt 90 Sentinelproben von 38 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 61 (68 %) der 90 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es gab elf Doppelinfektionen.

In der 18. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 40 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 11 %), Influenzaviren (PR 11 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; PR 9 %), Adenoviren (PR 3 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; PR 2 %), SARS-CoV-2 (2 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 1 %) (Tab. 1; Abb. 4).

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 7.5.2024.

| | 14. KW | 15. KW | 16. KW | 17. KW | 18. KW | Gesamt ab 40. KW 2023 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| Anzahl eingesandter Proben* | 94 | 110 | 108 | 128 | 90 | 6.656 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis | 52 | 64 | 64 | 65 | 61 | 4.178 |
| Anteil Positive | 55 % | 58 % | 59 % | 51 % | 68 % | 63 % |
| Influenza | | | | | | |
| A (nicht subtypisiert) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| A(H3N2) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 53 |
| A(H1N1)pdm09 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1.127 |
| B(Victoria) | 8 | 6 | 6 | 5 | 10 | 178 |
| B(Yamagata) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SARS-CoV-2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 737 |
| RSV | 2 | 6 | 0 | 0 | 2 | 558 |
| hMPV | 10 | 15 | 12 | 15 | 8 | 138 |
| PIV (1 – 4) | 7 | 14 | 8 | 10 | 10 | 225 |
| Rhinoviren | 18 | 23 | 34 | 33 | 36 | 1.152 |
| hCoV | 9 | 7 | 8 | 3 | 1 | 324 |
| Adenoviren** | 4 | 14 | 6 | 7 | 3 | 243 |

* 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.

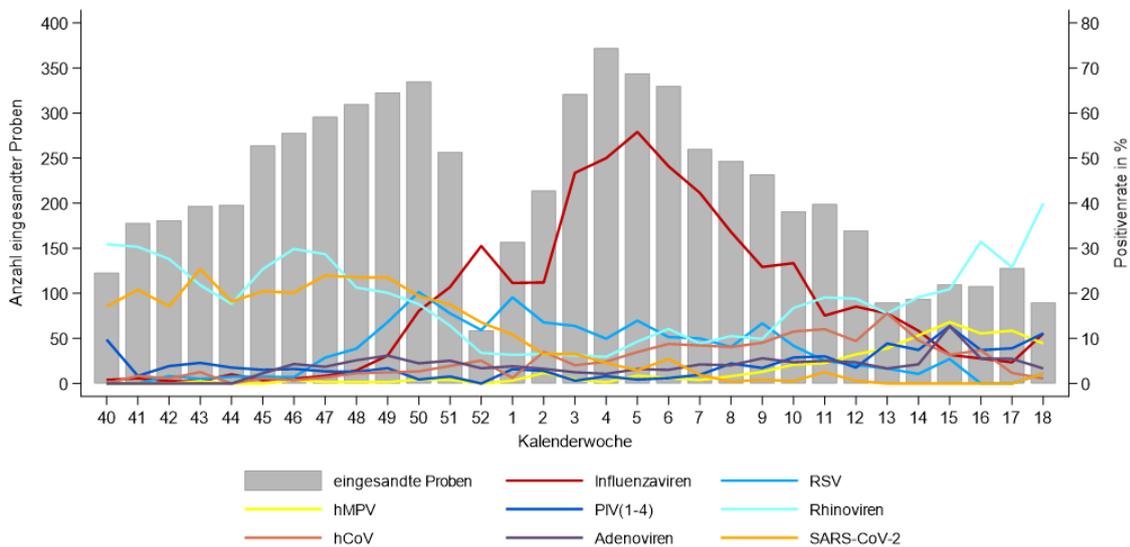


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 18. KW 2024.

In der 18. KW waren Rhinoviren die am häufigsten nachgewiesenen Erreger in allen Altersgruppen, insbesondere bei den 0- bis 4-Jährigen und den 15- bis 34-Jährigen. Bei den 2- bis 4-Jährigen wurden PIV und hMPV gleich häufig nachgewiesen, Inflenzaviren wurden überwiegend bei den 5- bis 14-Jährigen nachgewiesen (Abb. 5). Zudem wurden in allen Altersgruppen vereinzelt weitere Viren des Erregerpanels detektiert.

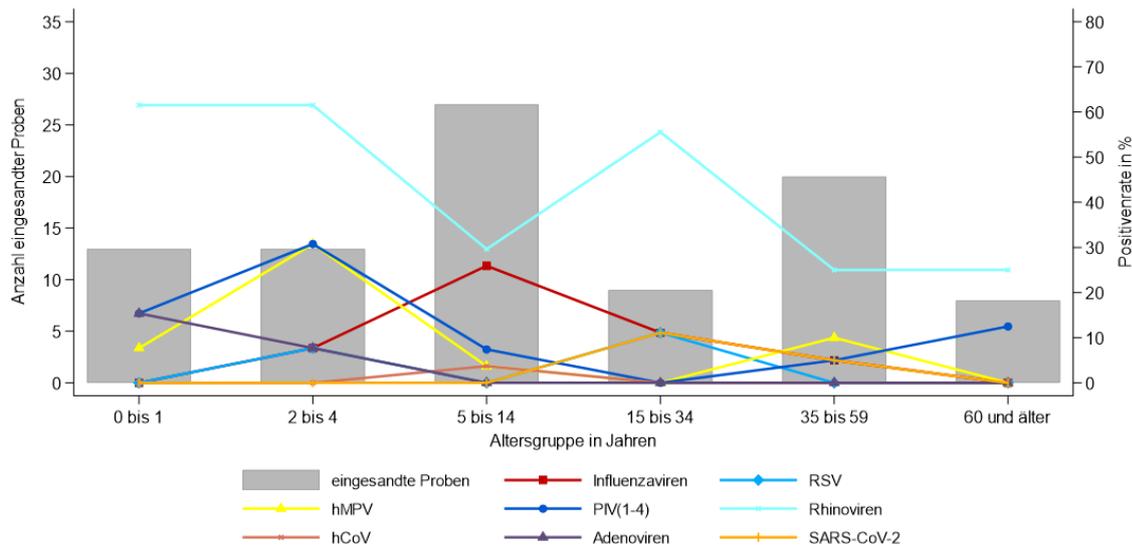


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 18. KW 2024.

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)

Für die 16. KW 2024 stehen 16 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zu Verfügung. Daraus ergibt sich für die 16. KW 2024 ein Gesamtanteil aller JN.1 Sublinien von 69 % (Stand 7.5.2024). Ausgenommen hiervon sind die seit dem 3.5.2024 von der WHO¹ separat als VUM eingestuften Varianten JN.1.7, KP.2, KP.3 und JN.1.18. In der 16. KW 2024 wurde JN.1.18 zweimal nachgewiesen, JN.1.7 und KP.3 jeweils einmal. Die BA.2.86-Sublinie JN.1 (einschließlich aller Sublinien die nicht separat als VUM klassifiziert wurden), seit dem 18.12.2023 von der WHO¹ separat als VOI eingestuft, bleibt die dominierende Variante unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten.

Auch das von den derzeit 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 wider. 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/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) war 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 18. KW blieben die SARI-Fallzahlen stabil. Seit der 12. KW lag die Inzidenz der SARI-Fälle insgesamt auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

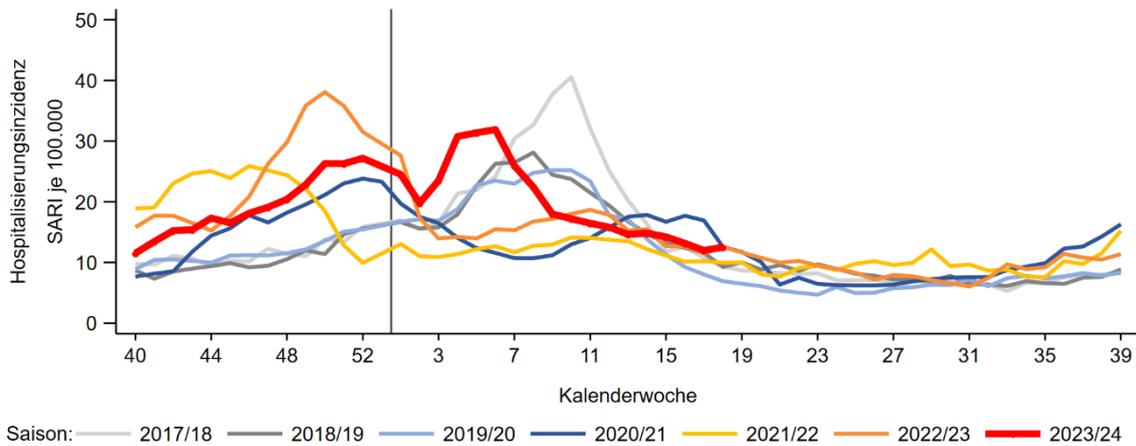


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 18. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 18. KW 2024 ist die SARI-Inzidenz bei den 0- bis 14-jährigen und den ab 80-jährigen angestiegen und in den übrigen Altersgruppen gesunken. Nach dem starken Rückgang bei den jungen Erwachsenen liegen die SARI-Inzidenzen in der 18. KW auf niedrigem Niveau, ebenso wie in den meisten Altersgruppen. Bei Schulkindern blieb die SARI-Inzidenz weiterhin auf einem vergleichsweise hohen Niveau (Abb. 7).

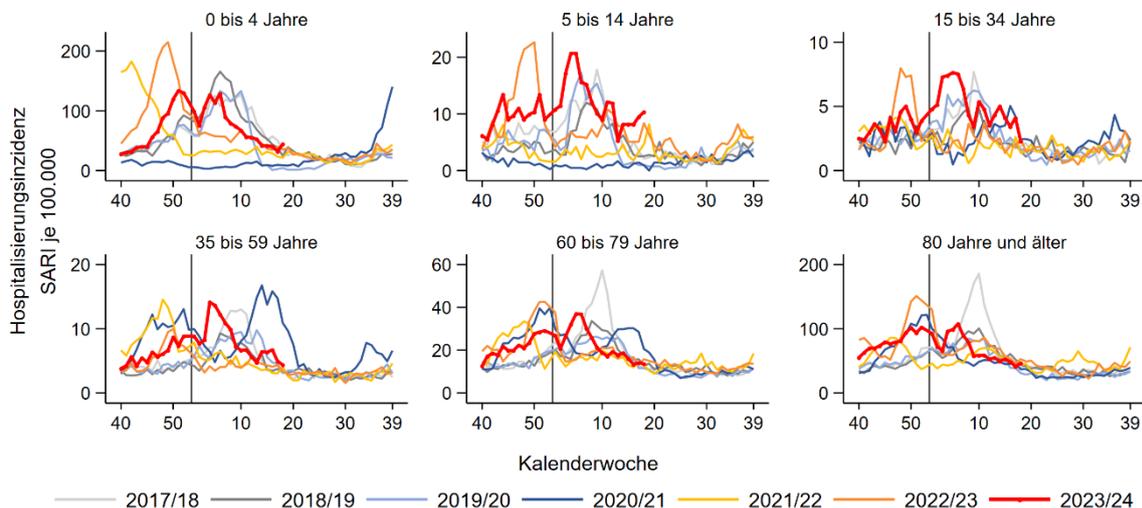


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 18. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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, allerdings war in der 18. KW wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Dennoch liegt die SARI-Inzidenz aktuell etwa auf dem Niveau der Werte aus den Vorjahren um diese Zeit (Abb. 7 und 8).

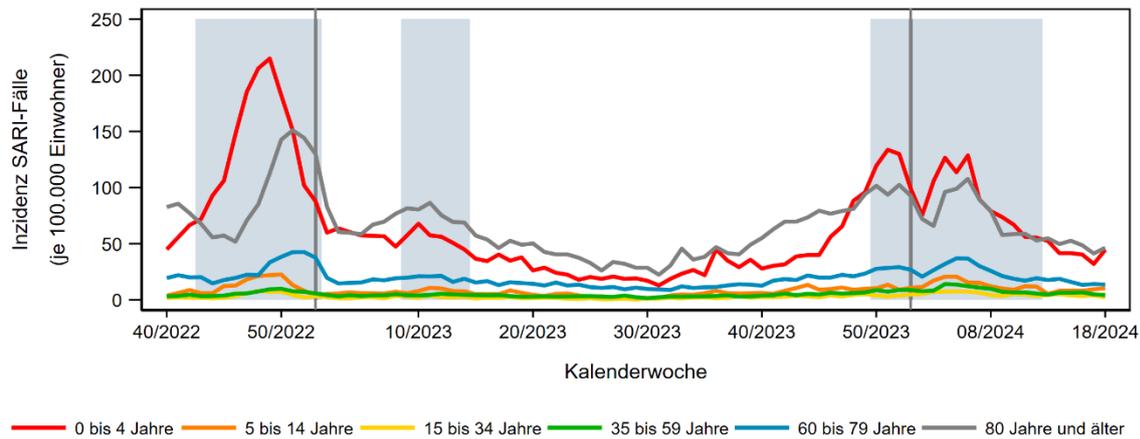


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2022 bis zur 18. KW 2024, Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewellen in den Saisons 2022/23 und 2023/24 ist grau hinterlegt.

In der 18. KW 2024 wurden nur noch vereinzelt krankheitsspezifische Diagnosen bei SARI-Fällen vergeben. So erhielten jeweils 1 % der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle eine Influenza- und eine COVID-19-Diagnose und weniger als 1 % eine RSV-Diagnose. (Abb. 9).

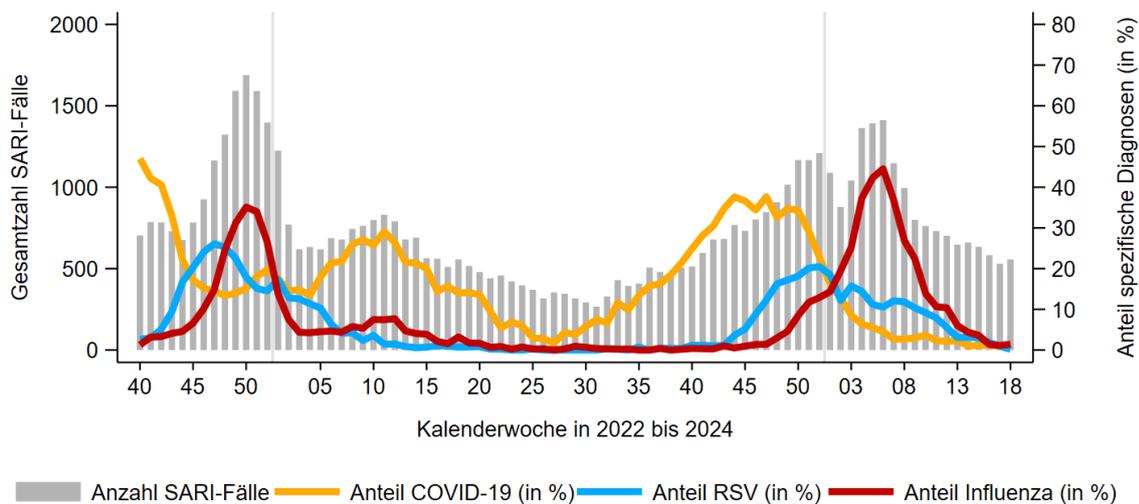


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 18. 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 18. KW 2024 wurden Influenza oder COVID-19 nur noch sporadisch in den verschiedenen Altersgruppen diagnostiziert. RSV-Diagnosen wurden nur vereinzelt bei Kleinkindern im Alter von 2 bis 4 Jahren vergeben. Bei jungen Erwachsenen wurden in der 18. KW keine krankheitsspezifischen Diagnosecodes bei SARI-Patientinnen und Patienten vergeben (Abb. 10).

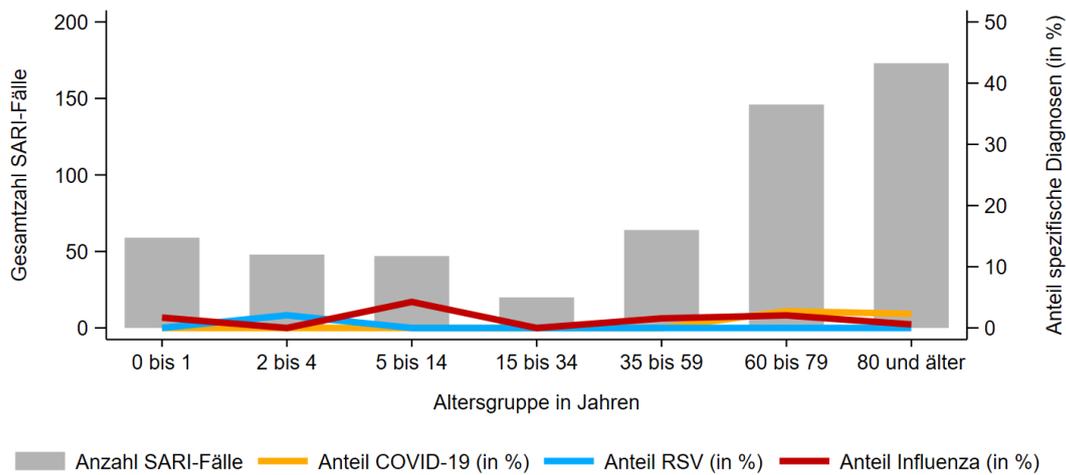


Abb. 10: Anzahl der in der 18. KW 2024 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. 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.

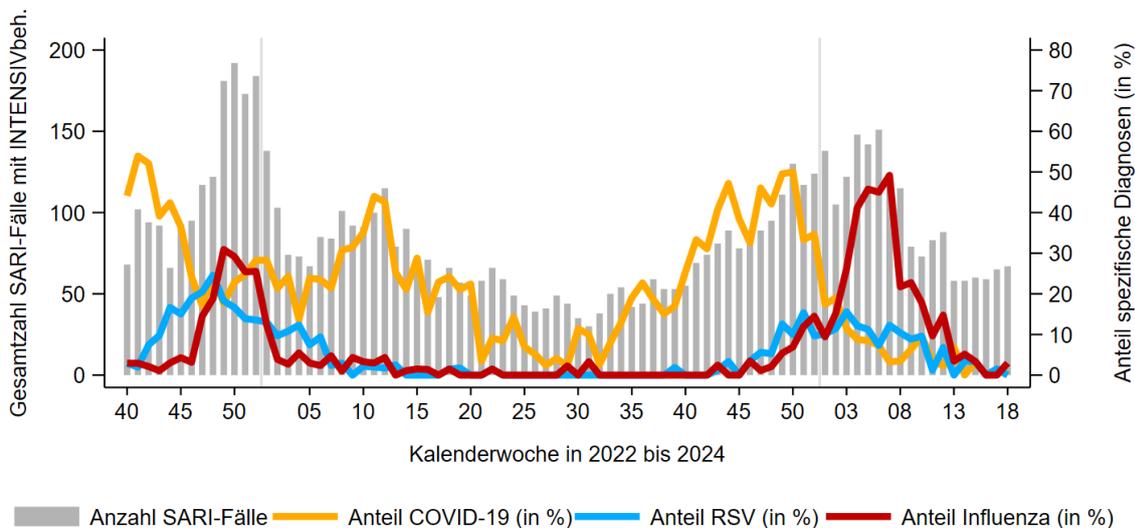


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 18. 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 18. MW 2024 wurden bislang insgesamt 792 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 792 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 128 (16 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 18. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 7.5.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 211.460 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 210.709 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 43.717 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.062 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Von 1.061 Todesfällen mit Angabe zum Alter gehören 89 % 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)

| | 13. MW | 14. MW | 15. MW | 16. MW | 17. MW | 18. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|------------|-----------------------|
| Influenza A (nicht subtypisiert) | 781 | 532 | 344 | 221 | 297 | 216 | 180.785 |
| A(H1N1)pdm09 | 33 | 17 | 4 | 4 | 7 | 0 | 6.001 |
| A(H3N2) | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 135 |
| nicht nach A / B differenziert | 43 | 46 | 24 | 51 | 63 | 26 | 4.879 |
| B | 1.206 | 1.018 | 795 | 491 | 472 | 550 | 18.909 |
| Gesamt | 2.064 | 1.614 | 1.167 | 768 | 840 | 792 | 210.709 |
| Hospitalisierte Fälle | 428 | 365 | 211 | 163 | 156 | 128 | 43.717 |

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

COVID-19

Für die 18. MW 2024 wurden bislang 864 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 290 (34 %) Fällen wurde für die 18. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 7.5.2024). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gestiegen.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 334.583 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 114.067 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren. Es wurden 6.522 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)

| | 13. MW | 14. MW | 15. MW | 16. MW | 17. MW | 18. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| SARS-CoV-2 | 780 | 759 | 610 | 549 | 660 | 864 | 334.583 |
| Hospitalisierte Fälle | 295 | 281 | 232 | 170 | 218 | 290 | 114.067 |

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 18. MW 2024 wurden bislang insgesamt 196 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 196 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen sind bis zur 5. MW gestiegen, seitdem zeigt sich ein sinkender Trend. Bei 64 Fällen (33 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 18. MW 2024 angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 7.5.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 57.858 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 56.820 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.289 (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)

| | 13. MW | 14. MW | 15. MW | 16. MW | 17. MW | 18. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| RSV | 689 | 651 | 429 | 354 | 325 | 196 | 56.820 |
| Hospitalisierte Fälle | 236 | 220 | 149 | 147 | 70 | 64 | 17.289 |

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 mehreren Wochen niedriger Viruslast deutet sich seit Ende April (17. KW) ein leichter Anstieg der Viruslast im Abwasser an.

In der 18. KW lagen Daten aus 81 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Woche kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere, wenn Standorte mit hoher Einwohnerzahl nachmelden.

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

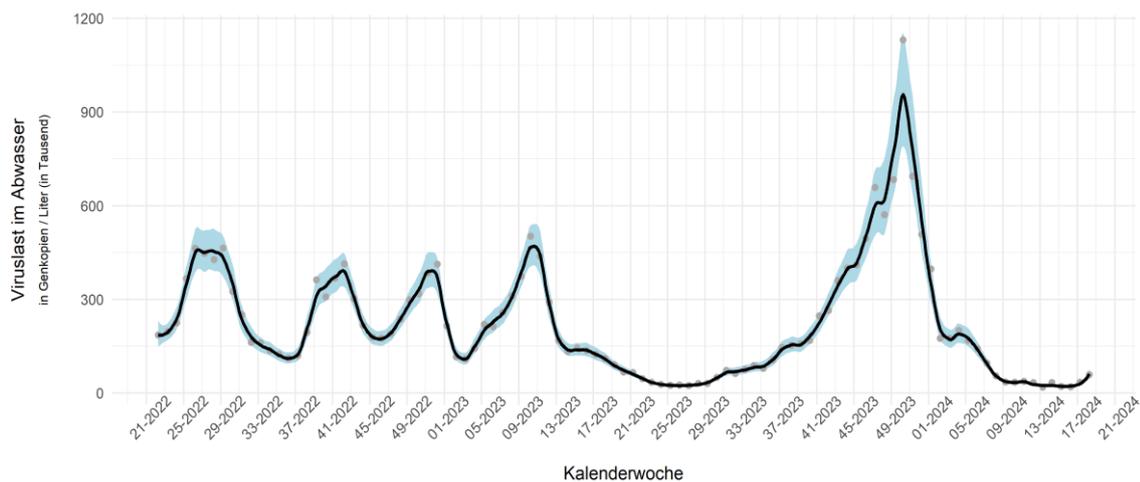


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 7.5.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (1.5.2024, 18. KW). Gezeigt werden 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 18/2024 | DOI: 10.25646/12095