



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
20. Kalenderwoche (13.5. bis 19.5.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Das ARE-Geschehen wird durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt. Im Meldewesen werden weiterhin auch Influenza- und RSV-Fälle an das RKI übermittelt, jedoch mit kontinuierlich sinkendem Trend. Dagegen wurden für die 20. Meldewoche wieder mehr COVID-19 Fälle an das RKI übermittelt und auch die COVID-ARE-Inzidenz der selbstberichteten Nachweise von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung in GrippeWeb ist im Vergleich zu den Vorwochen angestiegen. Die SARS-CoV-2-Aktivität befindet sich aber weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 20. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern gesunken und bei den Erwachsenen stabil geblieben.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 20. KW im Vergleich zur Vorwoche insgesamt und in allen Altersgruppen gestiegen.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 20. KW 2024 in insgesamt 49 der 84 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (26 %), gefolgt von humanen Metapneumoviren (hMPV; 18 %), Parainfluenzaviren (PIV) und Adenoviren (je 12 %) sowie humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 4 %) und Influenzaviren (2 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV) und SARS-CoV-2 wurden in der 20. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) blieb die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 20. KW 2024 weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Der Anteil der Influenza-, RSV- bzw. COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten lag bereits seit einigen Wochen unter 5 %. In der 20. KW wurde bei 2 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben, der Anteil an Influenza- bzw. RSV-Diagnosen lag in der 20. KW 2024 jeweils unter 1 %.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19 Fälle ist im Vergleich zur 19. Meldewoche (MW) erneut leicht gestiegen. In Deutschland dominiert weiterhin die BA.2.86-Sublinie JN.1. Ihr Anteil lag zusammengefasst für die 17. und 18. KW bei 57 %. 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) (Stand 21.5.2024):
<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): Die SARS-CoV-2-Aktivität blieb in allen meldenden EU-/EAA-Ländern gering, auch wenn in einzelnen Ländern ein leichter Anstieg der Fallzahlen (Sentinel und Non-Sentinel) zu verzeichnen war:

<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 20. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken und lag bei rund 5.100 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.700; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den Kindern gesunken und bei den Erwachsenen relativ stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,2 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist angestiegen und lag in der 20. KW bei rund 200 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. COVID-19-Erkrankungen wurden weiterhin hauptsächlich von Erwachsenen berichtet. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

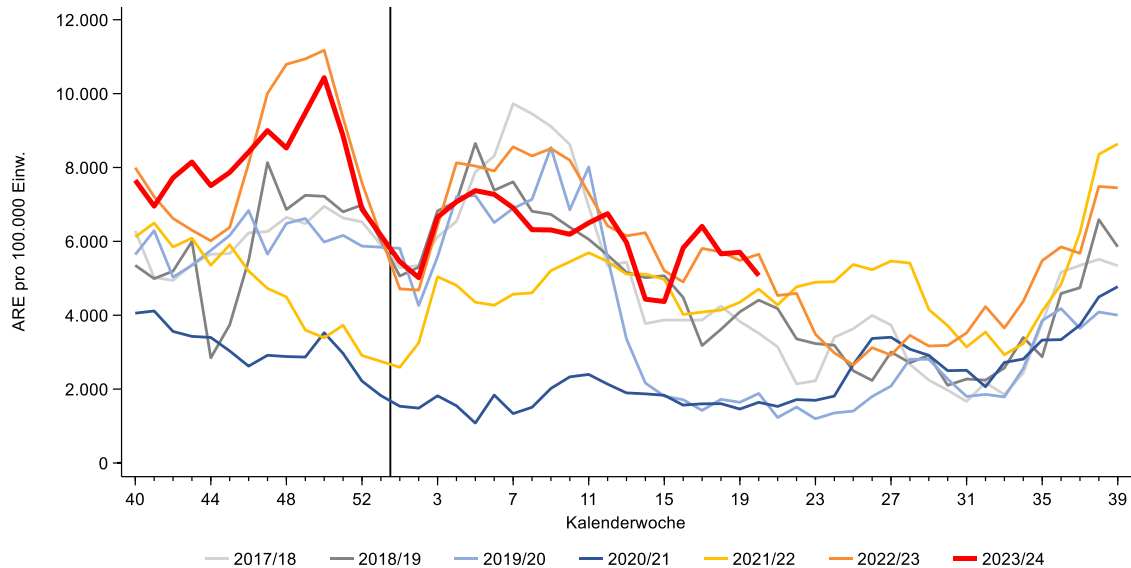


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 20. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 20. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen (Abb. 2). Die ca. 1.000 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 20. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 830.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Ein Wiederanstieg der Werte nach dem Feier-/ Brückentag in der 19. KW war zu erwarten und ist auch in früheren Saisons beobachtet worden.

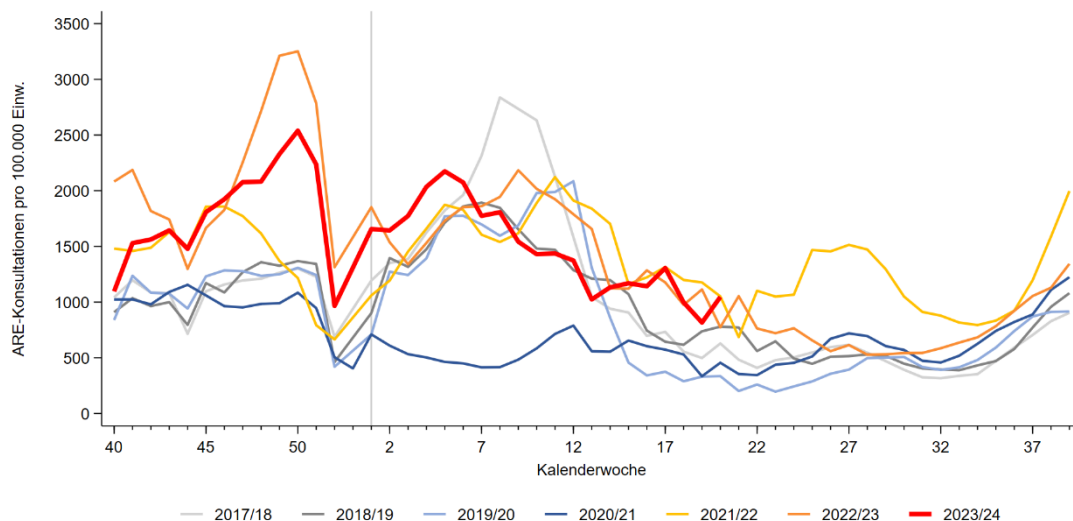


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 20. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 20. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gestiegen (Abb. 3).

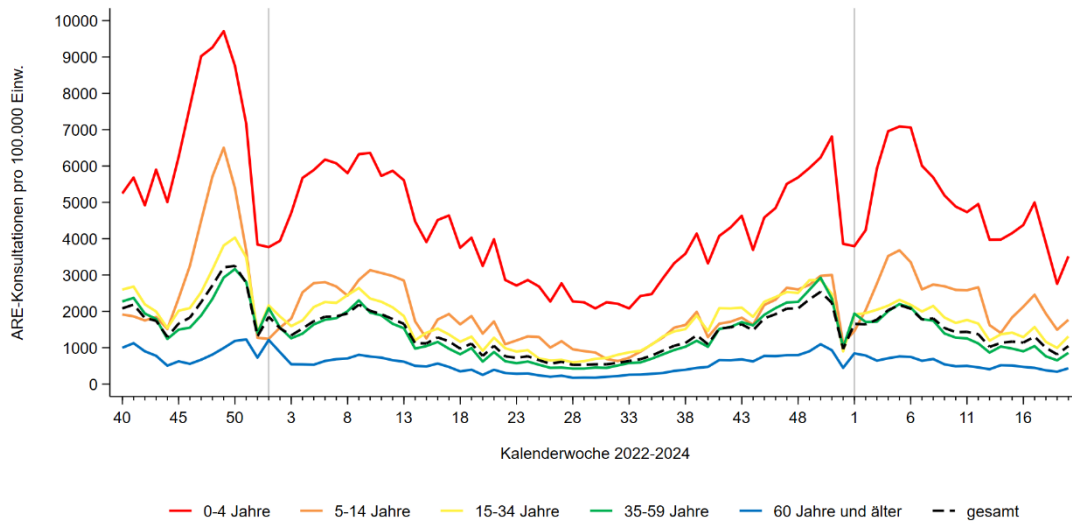


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 20. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 20. KW 2024 insgesamt 84 Sentinelproben von 32 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 49 (58 %) der 84 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es gab neun Doppelinfektionen und zwei Dreifachinfektionen.

In der 20. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 26 %), gefolgt von humanen Metapneumoviren (hMPV; PR 18 %), Parainfluenzaviren (PIV) und Adenoviren (PR je 12 %) sowie humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 4 %) und Influenzaviren (PR 2 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV) und SARS-CoV-2 wurden in der 20. KW nicht nachgewiesen.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Influzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 21.5.2024.

| | 16. KW | 17. KW | 18. KW | 19. KW | 20. KW | Gesamt ab 40. KW 2023 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| Anzahl eingesandter Proben* | 108 | 128 | 111 | 78 | 84 | 6.839 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis | 64 | 65 | 75 | 44 | 49 | 4.285 |
| Anteil Positive | 59 % | 51 % | 68 % | 56 % | 58 % | 63% |
| Influenza | | | | | | |
| A (nicht subtypisiert) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| A(H3N2) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 53 |
| A(H1N1)pdm09 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1.127 |
| B(Victoria) | 6 | 5 | 11 | 3 | 2 | 184 |
| B(Yamagata) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SARS-CoV-2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 739 |
| RSV | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 558 |
| hMPV | 12 | 15 | 11 | 5 | 15 | 161 |
| PIV (1 – 4) | 8 | 10 | 12 | 11 | 10 | 248 |
| Rhinoviren | 34 | 33 | 42 | 21 | 22 | 1.201 |
| hCoV | 8 | 3 | 4 | 6 | 3 | 336 |
| Adenoviren** | 6 | 7 | 4 | 3 | 10 | 257 |

* 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.

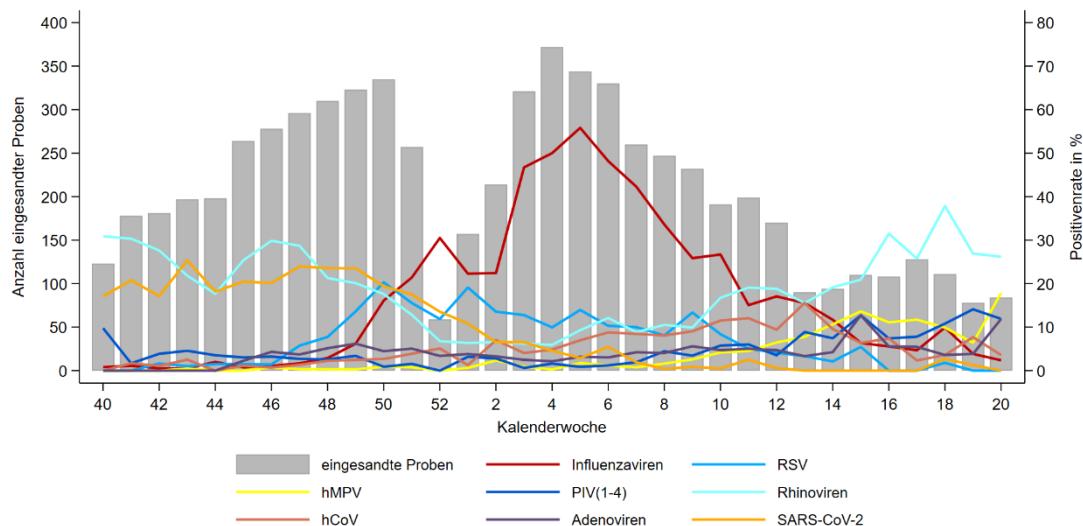


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 20. KW 2024.

In der 20. KW waren Rhinoviren weiterhin die häufigsten Erreger akuter Atemwegsinfektionen, sie wurden in allen Altersgruppen nachgewiesen, insbesondere in der Altersgruppe der 0- bis 1-jährigen (Abb. 5).

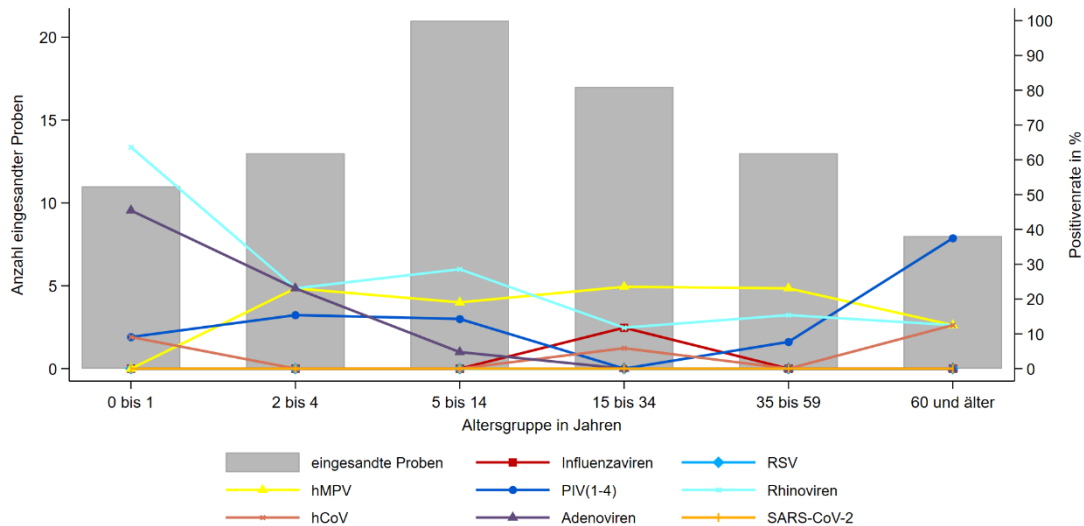


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 20. KW 2024.

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)

Aufgrund der aktuell geringen Anzahl an SARS-CoV-2-Nachweisen sind im folgenden Abschnitt die Variantenanteile für die 17. und 18. KW 2024 zusammengefasst (Stand: 21.5.2024).

Für die 17. und 18. KW 2024 stehen 44 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung. Daraus ergibt sich für den Zeitraum ein Gesamtanteil aller JN.1 Sublinien von 57 %. Ausgenommen hiervon sind die seit dem 3.5.2024 von der WHO¹ separat als VUM eingestuften JN.1-Sublinien JN.1.7, KP.2, KP.3 und JN.1.18. In der 17. und 18. KW 2024 wurde JN.1.7 insgesamt fünfmal (11 %) nachgewiesen, KP.2 achtmal (18 %), KP.3 dreimal (7 %) und JN.1.18 einmal (2 %). 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.

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/docs/default-source/coronaviruse/18122023_jn.1_ire_clean.pdf

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) mit dem Ausklingen der RSV-Welle und der Grippewelle deutlich zurückgegangen und lag bereits seit der 12. KW 2024 wieder auf einem niedrigen Niveau. Nach einem kurzzeitigen leichten Anstieg in der 18. KW haben die SARI-Fallzahlen in der 19. und 20. KW wieder abgenommen. Die Inzidenz der SARI-Fälle lag insgesamt weiter auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

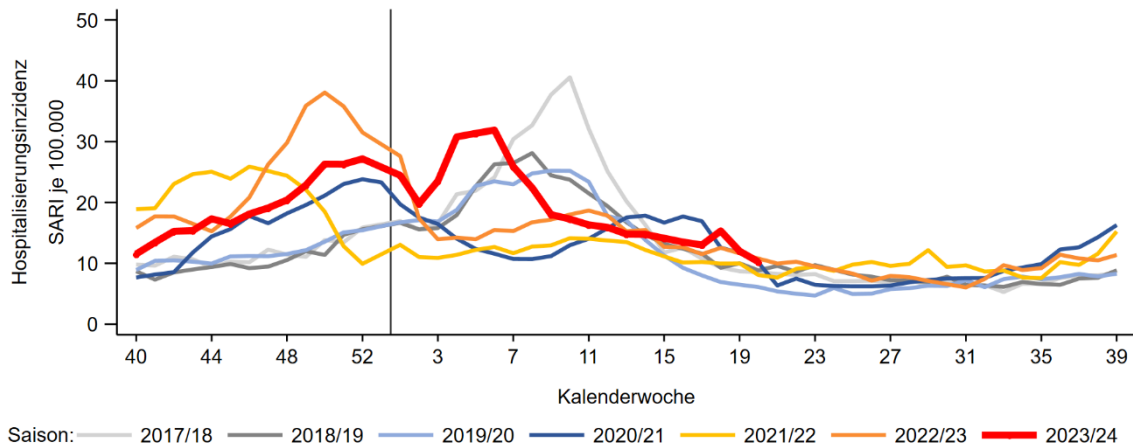


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 20. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 20. KW 2024 ist die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen gesunken. In allen Altersgruppen lag die Zahl der SARI-Fälle in der 20. KW auf niedrigem Niveau (Abb. 7).

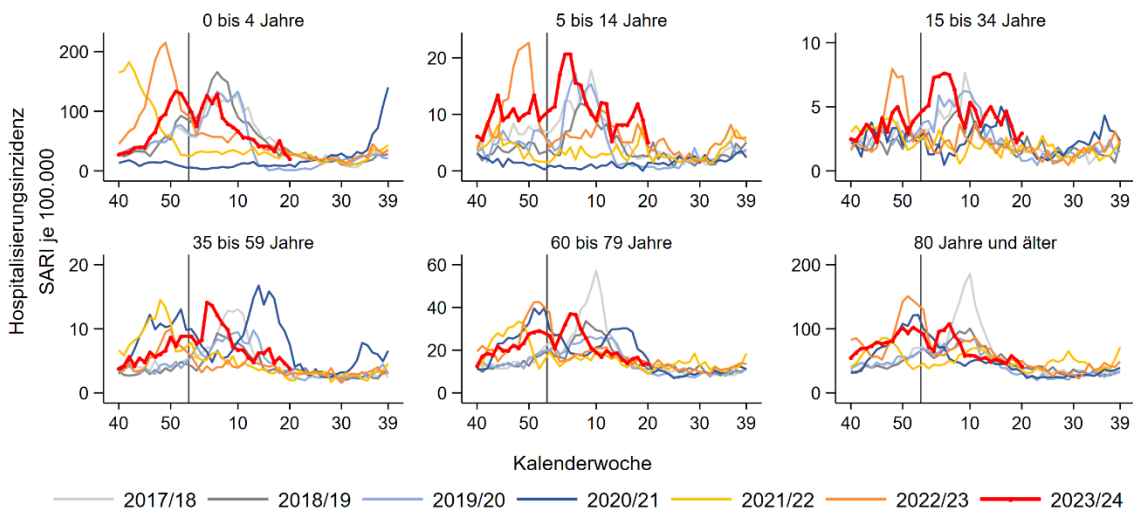


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 20. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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. Nach dem kurzzeitigen Anstieg in der 18. KW ging die Zahl der SARI-Fälle in diesen Altersgruppen in der 19. und 20. KW jedoch wieder zurück und liegt weiterhin etwa auf dem Niveau der Werte aus den Vorjahren um diese Zeit (Abb. 7 und 8).

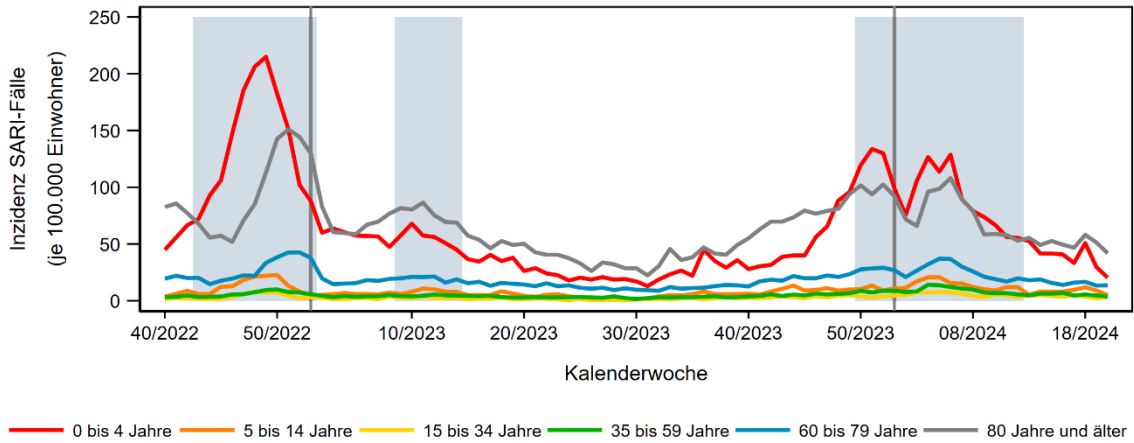


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2022 bis zur 20. KW 2024, Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewellen in den Saisons 2022/23 und 2023/24 ist grau hinterlegt.

In der 20. KW 2024 erhielten 2 % der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose. Bei weniger als 1 % der SARI-Fälle wurde eine Influenza- bzw. eine RSV-Diagnose vergeben (Abb. 9).

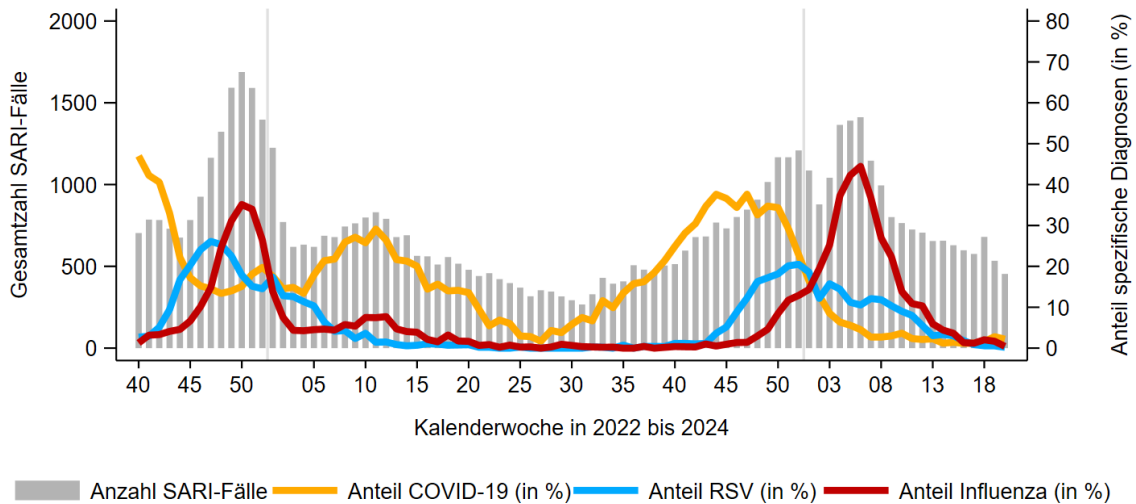


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 20. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

In den vergangenen vier Wochen (17. KW bis zur 20. KW 2024) wurde COVID-19 bei 3 % der SARI-Fälle ab 60 Jahren diagnostiziert. Influenza-Erkrankungen wurden noch vereinzelt in verschiedenen Altersgruppen diagnostiziert, vorwiegend bei Schulkindern und jungen Erwachsenen. RSV-Diagnosen wurden nur noch sporadisch vergeben, hauptsächlich bei Kleinkindern bis 4 Jahren (Abb. 10).

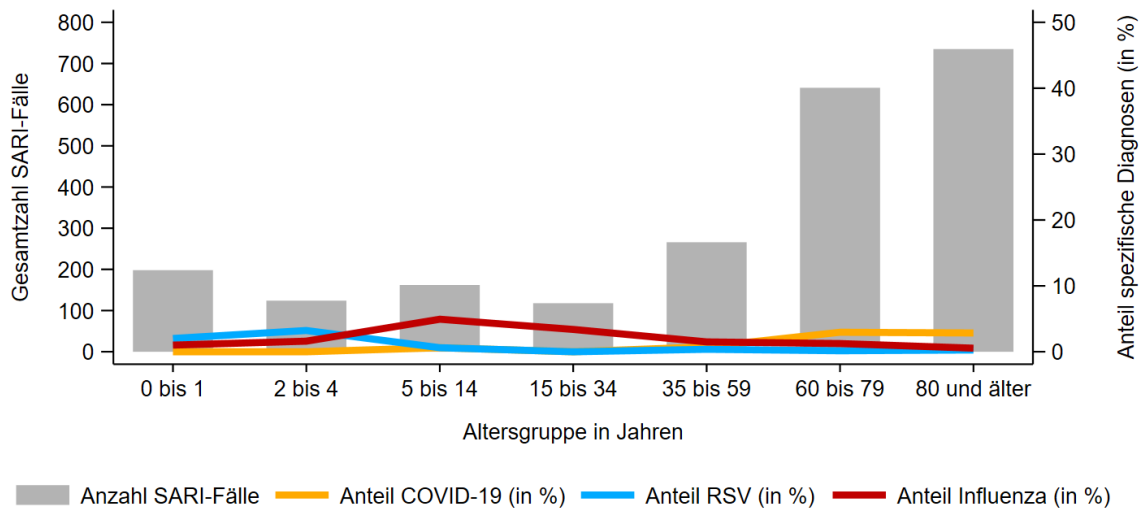


Abb. 10: Anzahl der von der 17. KW bis zur 20. KW 2024 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 –J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, 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.

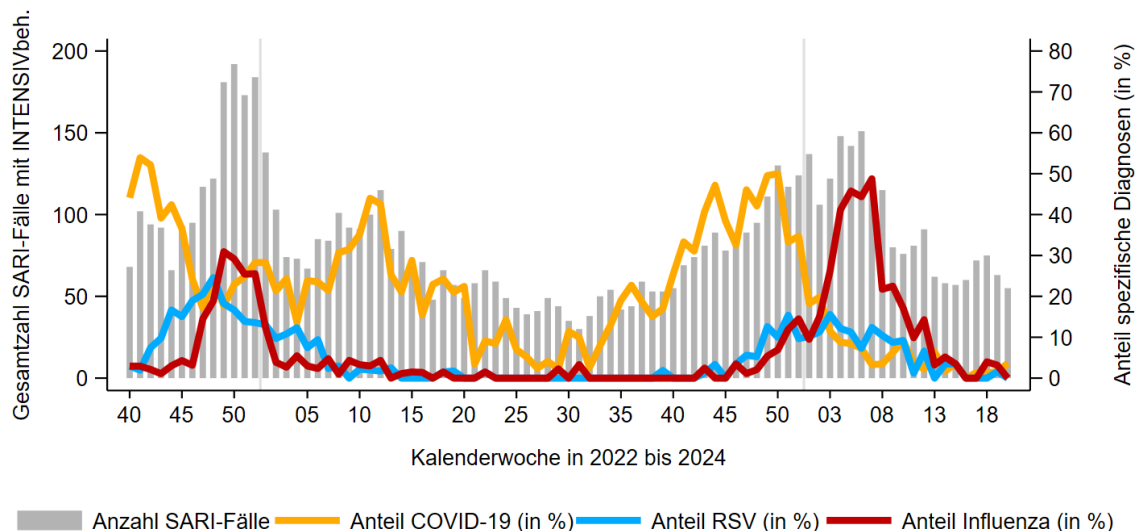


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 20. 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 20. MW 2024 wurden bislang insgesamt 532 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 532 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 95 (18 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 20. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 21.5.2024). Die Anzahl der übermittelten Fälle ist seit der 7. MW insgesamt rückläufig.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 212.757 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 212.006 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 43.973 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.088 Todesfälle (+ 17 zur Vorwoche) mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Die Mehrzahl der neu hinzugekommenen Fälle sind Nachmeldungen aus den Vorwochen. Von 1.087 Todesfällen mit Angabe zum Alter gehören 89 % zur Altersgruppe ab 60 Jahre, 8 % 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)

| | 15. MW | 16. MW | 17. MW | 18. MW | 19. MW | 20. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|----------------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------|
| Influenza A (nicht subtypisiert) | 344 | 221 | 366 | 220 | 136 | 103 | 181.113 |
| A(H1N1)pdm09 | 4 | 4 | 7 | 0 | 1 | 4 | 6.006 |
| A(H3N2) | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 135 |
| nicht nach A / B differenziert | 24 | 52 | 62 | 27 | 14 | 70 | 4.963 |
| B | 796 | 495 | 475 | 582 | 483 | 355 | 19.789 |
| Gesamt | 1.168 | 773 | 911 | 829 | 634 | 532 | 212.006 |
| Hospitalisierte Fälle | 215 | 166 | 167 | 145 | 113 | 95 | 43.973 |

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

COVID-19

Für die 20. MW 2024 wurden bislang 1.000 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 313 (31 %) Fällen wurde für die 20. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 21.5.2024). In der 20. MW sind die Fallzahlen erneut angestiegen und damit fast doppelt so hoch wie in der 16. MW.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 336.528 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 114.758 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 6.584 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)

| | 15. MW | 16. MW | 17. MW | 18. MW | 19. MW | 20. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| SARS-CoV-2 | 610 | 551 | 677 | 929 | 844 | 1.000 | 336.528 |
| Hospitalisierte Fälle | 233 | 172 | 230 | 347 | 281 | 313 | 114.758 |

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

RSV-Infektionen

Für die 20. MW 2024 wurden bislang insgesamt 104 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 104 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen sind bis zur 5. MW gestiegen, seitdem zeigt sich ein sinkender Trend. Bei 35 Fällen (34 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 20. MW 2024 angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 21.5.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.108 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.069 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.388 (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)

| | 15. MW | 16. MW | 17. MW | 18. MW | 19. MW | 20. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| RSV | 430 | 355 | 344 | 204 | 115 | 104 | 57.069 |
| Hospitalisierte Fälle | 152 | 149 | 76 | 74 | 38 | 35 | 17.388 |

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. Die Viruslasten sind aktuell niedrig.

In der 20. KW lagen Daten aus 101 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>.

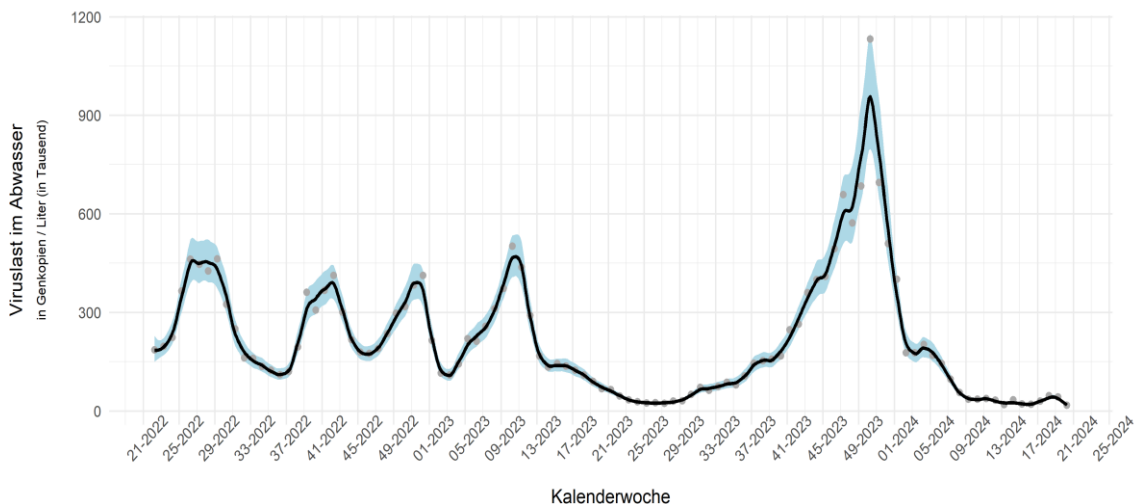


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 21.5.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (15.5.2024, 20. KW). Gezeigt 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 20/2024 | DOI: 10.25646/12102