



# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
26. Kalenderwoche (24.6. bis 30.6.2024)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität liegt insgesamt auf einem vergleichsweise hohen Niveau für diese Jahreszeit. Sie ist jedoch im Vergleich zur Vorwoche nicht weiter angestiegen, sondern leicht zurückgegangen. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt. In den verschiedenen Systemen finden sich jedoch Hinweise für eine weitere Zunahme der SARS-CoV-2-Aktivität, ausgehend von einem niedrigen Niveau. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen bleibt insgesamt auf einem niedrigen Niveau, allerdings zeigt sich auch hier ein Anstieg bei den COVID-19-Fällen. Der Beginn der Sommerferien in mehreren Bundesländern kann einen Einfluss auf die ARE-Aktivität und die Surveillance-Systeme haben (weniger Übertragungen in Kitas und Schulen, geändertes Konsultationsverhalten).

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 26. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Auch im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 26. KW im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gesunken.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 26. KW 2024 in insgesamt 37 der 78 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (26 %), gefolgt von SARS-CoV-2 (10 %), Parainfluenzaviren (PIV; 8 %), Adenoviren (5 %) sowie humanen Metapneumoviren (hMPV) und Influenzaviren mit einer Positivenrate von jeweils 3 %. Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden in der 26. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) blieb die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 26. KW 2024 weiterhin auf einem niedrigen Niveau, lag jedoch über den sonst üblicherweise im Sommer beobachteten Werten. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ist in der 26. KW auf 8 % gestiegen. Der Anteil Influenza- und RSV-Diagnosen lag dagegen weiterhin unter 1 %.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19 Fälle ist in der 26. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 25. MW weiter gestiegen. Im Abwassermonitoring lag die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast bei ebenfalls steigendem Trend auf einem niedrigen Niveau. In Deutschland ist die JN.1-Sublinie KP.3 vorherrschend. Ihr Anteil lag in der 24. KW bei 48 %.

## 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](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)
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 25.6.2024), aktuell ergänzt um Hinweise zu einer intensivierten Surveillance bei hospitalisierten Influenzapatienten während der Sommermonate: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>

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

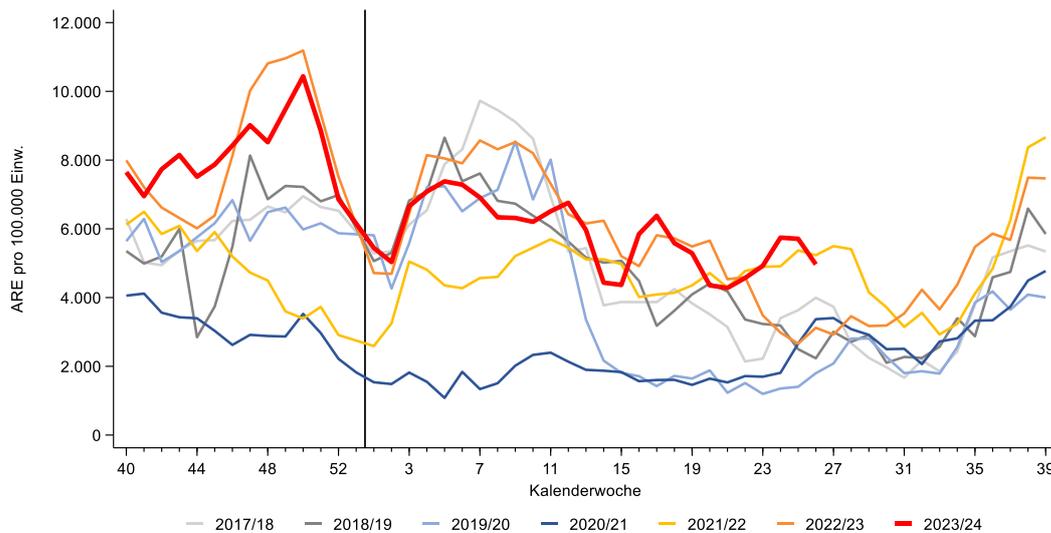
- European Respiratory Virus Surveillance Summary (Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Daten zu Influenza, RSV und COVID-19):  
<https://erviss.org/>
- WHO-Updates (Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19):  
<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updat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

## 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 26. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag insgesamt bei rund 5.000 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.700; Abb. 1). Dabei sind die Werte in fast allen Altersgruppen gesunken, bei den ab 60-Jährigen sind sie stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,2 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland. Die Werte sind aktuell höher als in den meisten Vorsaisons um diese Jahreszeit.

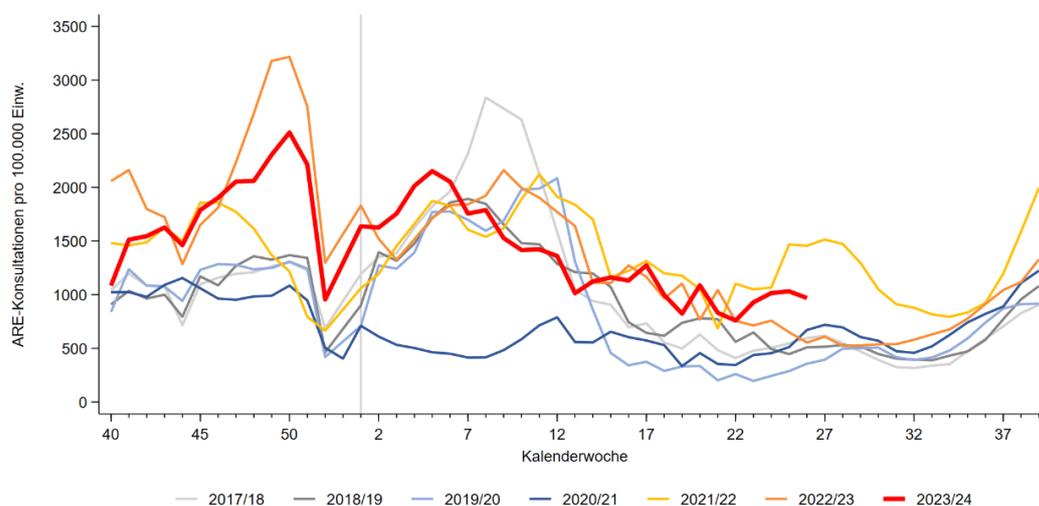
Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden stieg in den letzten Wochen leicht an und lag in der 26. KW bei rund 600 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.



**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 26. 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.

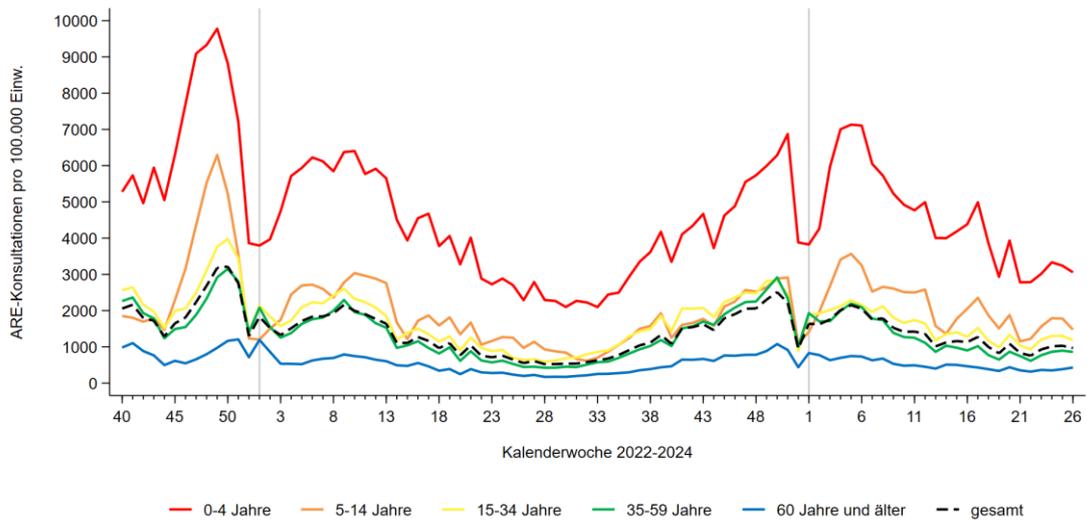
### Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 26. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken (Abb. 2). Die ca. 1.000 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 26. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 820.000 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 26. 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.

Mit den beginnenden Sommerferien (Feriendichte in der 26. KW: 20 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte/>) ist die Zahl der Konsultationen wegen ARE in der aktuellen Berichtswoche im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) gesunken, in allen anderen Altersgruppen sind die Werte relativ stabil geblieben (Abb. 3).



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 26. 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.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED<sup>ARE</sup> wöchentlich berechnet werden, ist in den letzten Wochen insbesondere bei den Erwachsenen auf niedrigem Niveau angestiegen. Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): [10.5281/zenodo.7221096](https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz) bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz>.

## Virologische Analysen von Atemwegserregern

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 26. KW 2024 insgesamt 78 Sentinelproben von 37 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 37 (47 %) der 78 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 26. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 26 %), mit Abstand gefolgt von SARS-CoV-2 (PR 10 %), Parainfluenzaviren (PIV; PR 8 %), Adenoviren (PR 5 %) sowie humanen Metapneumoviren (hMPV) und Influenzaviren mit einer Positivenrate von jeweils 3 %. Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden in der 26. KW nicht nachgewiesen.

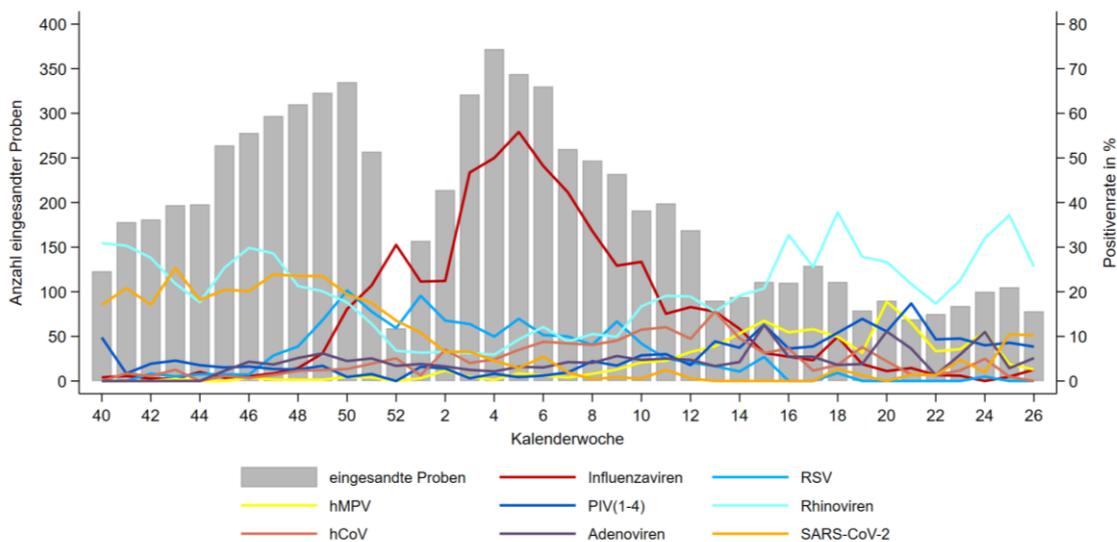
SARS-CoV-2 wurde bei ARE-Patientinnen und -Patienten ab einem Alter von 15 Jahren detektiert. Rhinoviren wurden in allen Altersgruppen detektiert, überwiegend bei den 0 bis 1-Jährigen.

**Tab. 1:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 2.7.2024.

	22. KW	23. KW	24. KW	25. KW	26. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	75	84	100	105	78	7.361
Probenanzahl mit Virusnachweis	27	40	61	60	37	4.554
Anteil Positive	36 %	48 %	61 %	57 %	47 %	62%
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	8
A(H3N2)	1	0	0	0	0	54
A(H1N1)pdm09	0	0	0	1	0	1.128
B(Victoria)	0	1	0	0	2	188
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	1	4	2	11	8	766
RSV	0	0	1	0	0	559
hMPV	5	6	11	4	2	199
PIV (1 – 4)	7	8	8	9	6	298
Rhinoviren	13	19	32	39	20	1.344
hCoV	1	2	5	1	0	347
Adenoviren**	1	5	11	3	4	286

\* 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. KW 2023 bis zur 44. KW 2023; die Untersuchungen wurden erst in der 45. KW 2023 aufgenommen



**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 26. KW 2024.

Ergebnisse der Untersuchungen des NRZ für Inflenzaviren zu den zirkulierenden Viren, einschließlich der Analysen zur Passgenauigkeit der Impfstämme wurden während der Grippewelle regelmäßig veröffentlicht und sind abrufbar unter:

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen\\_2023\\_24.html](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 Inflenzaviren sind abrufbar unter [www.rki.de/nrz-influenza](http://www.rki.de/nrz-influenza).

In eigener Sache: Trotz der Ferienzeit bitten wir alle an der virologischen Sentinelsurveillance beteiligten Praxen, weiterhin kontinuierlich Patientinnen und Patienten mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion zu beproben, um Änderungen der ARE-Aktivität bezüglich der verursachenden viralen Erreger besser einschätzen zu können.

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

Aufgrund technischer Probleme können die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden gegenwärtig nicht auf dem Dashboard aktualisiert werden ().

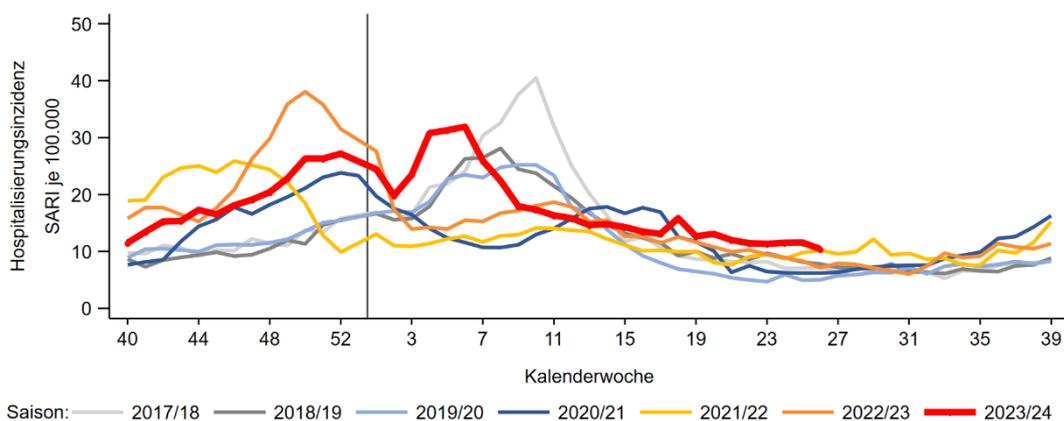
Aktuell stehen für die 24. KW 2024 64 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen zur Verfügung (2.7.2024). Der Anteil der JN.1-Sublinie KP.3 ist, wie schon in den vergangenen Wochen, weiter gestiegen und lag in der 24. KW 2024 bei 48 %. Unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten ist KP.3 nun die dominierende Variante. Die Sublinie ist seit dem 3.5.2024 von der WHO separat als VUM eingestuft und zeichnet sich Vergleich zur Elternlinie JN.1 durch drei zusätzliche Aminosäureaustausche (F456L, Q493E, SV1104L) im S-Protein aus ([https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/18122023\\_jn.1\\_ire\\_clean.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/18122023_jn.1_ire_clean.pdf)). Erstmals Mitte Februar 2024 detektiert, stieg der Anteil von KP.3 Nachweisen in den letzten Wochen weltweit.

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.

Aufgrund des derzeit niedrigen Probenaufkommens kann es durch Nachmeldungen zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegenden Berichtszeiträume 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](https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC).

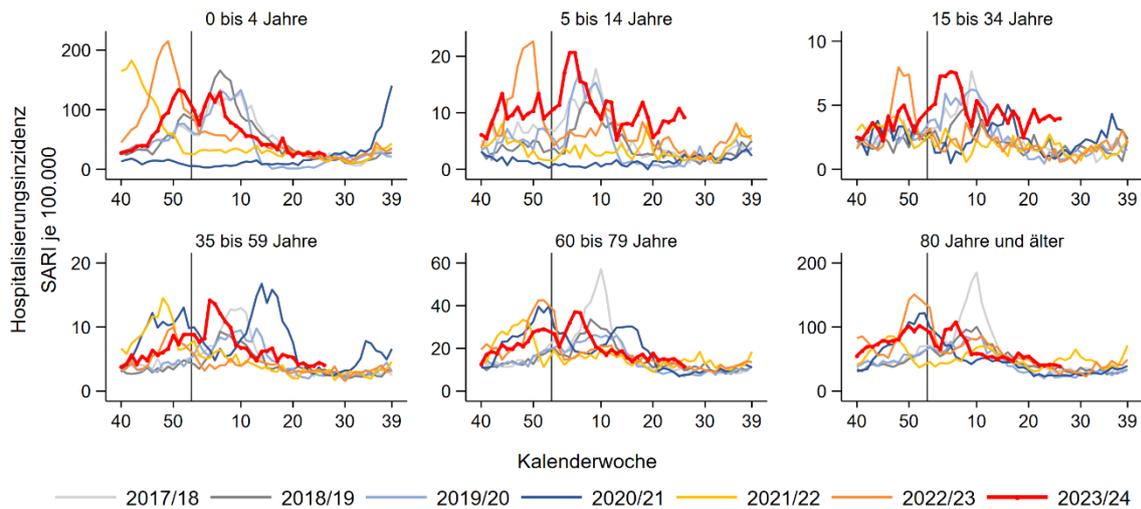
## Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) liegt die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit einigen Wochen etwas über den in den Vorjahren während der Sommerzeit beobachteten Werten. Insgesamt bleibt die SARI-Inzidenz jedoch weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 5)



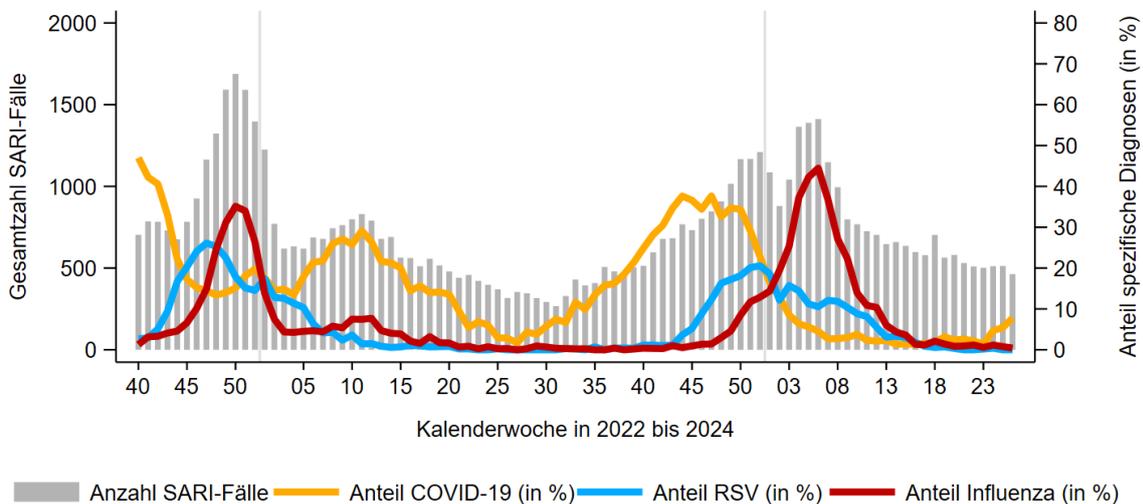
**Abb. 5:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 26. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 26. KW 2024 ist die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen leicht gesunken, während sie bei Personen zwischen 15 und 34 Jahren leicht gestiegen ist. Seit der 20. KW 2024 wurden in den Altersgruppen der Schulkinder und der jungen Erwachsenen (5 bis 14 Jahre, 15 bis 34 Jahre) deutlich höhere SARI-Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen jedoch auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).



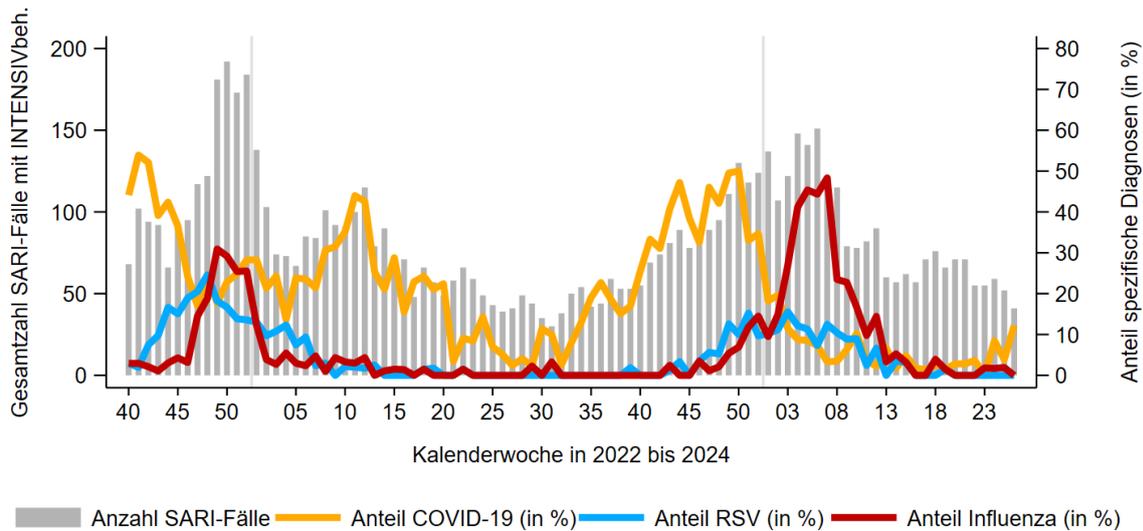
**Abb. 6** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 26. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen stieg in den letzten Wochen leicht an und lag in der 26. KW 2024 bei 8 %. Die COVID-19-Diagnosen wurden in den Altersgruppen ab 60 Jahren sowie unter 2 Jahren vergeben und nicht in den Altersgruppen der 5- bis 34-Jährigen, in denen aktuell erhöhte SARI-Inzidenzwerte verzeichnet werden. Bei weniger als 1 % der SARI Fälle wurde eine Influenza-Diagnose vergeben. Es wurden in der 26. KW keine RSV-Erkrankungen bei SARI-Patientinnen- und -Patienten diagnostiziert (Abb. 7).



**Abb. 7:** 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 26. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

In Abb. 8 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. In den letzten Wochen wurden wieder etwas mehr COVID-19-Erkrankungen diagnostiziert, jedoch insgesamt auf einem weiterhin niedrigen Niveau. So erhielten fünf (12 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle in der 26. KW 2024 eine COVID-19-Diagnose.



**Abb. 8:** 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 26. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 Sentinelkliniken.

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 26. MW 2024 wurden bislang insgesamt 137 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 137 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 31 (23 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 26. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 2.7.2024). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 214.072 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 213.320 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.301 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.121 Todesfälle (+ 2 zur Vorwoche) mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Die neu hinzugekommenen Fälle sind Nachmeldungen aus den Vorwochen. Von 1.120 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 Influenzatypp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	21. MW	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	81	76	88	85	73	78	181.665
A(H1N1)pdm09	1	1	5	2	1	0	6.020
A(H3N2)	0	0	2	2	0	0	139
nicht nach A / B differenziert	7	6	4	4	10	4	5.003
B	214	154	96	65	67	55	20.493
<b>Gesamt</b>	<b>303</b>	<b>237</b>	<b>195</b>	<b>158</b>	<b>151</b>	<b>137</b>	<b>213.320</b>
Hospitalisierte Fälle	59	60	38	33	34	31	44.301

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

## COVID-19

Für die 26. MW 2024 wurden bislang 3.322 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.012 (30 %) Fällen wurde für die 26. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 2.7.2024). In der 26. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche weiter gestiegen.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 347.120 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 118.258 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 6.716 (+ 34 zur Vorwoche) 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)

	21. MW	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	794	839	1.193	1.702	2.632	3.322	347.120
Hospitalisierte Fälle	261	284	368	550	882	1.012	118.258

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

## RSV-Infektionen

Für die 26. MW 2024 wurden bislang insgesamt 34 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 34 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei zwölf Fällen (35 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 26. MW 2024 angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 2.7.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.454 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.412 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.522 (31 %) 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)

	21. MW	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	62	84	61	40	35	34	57.412
Hospitalisierte Fälle	23	24	11	17	15	12	17.522

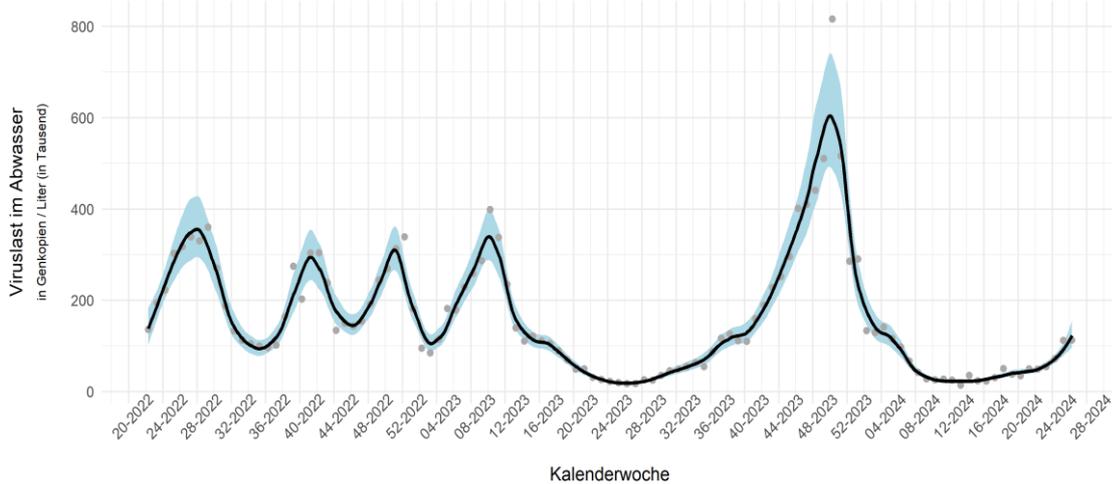
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

## Abwassermonitoring von SARS-CoV-2

Die Abb. 9 zeigt den Verlauf der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser. Die Viruslasten sind aktuell niedrig, aber ansteigend.

In der 26. KW lagen Daten aus 112 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Woche kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere, wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnern nachmelden.

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



**Abb. 9:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 2.7.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.6.2024, 26. 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. 5 und 6 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](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](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](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](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html).

### Autoren und Redaktionsteam:

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

### Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 26/2024 | DOI: 10.25646/12207