



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
35. Kalenderwoche (26.8. bis 1.9.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität lag in den letzten Wochen auf einem höheren Niveau als sonst um diese Jahreszeit. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. In der Bevölkerung und im ambulanten Bereich deutet sich ein erneuter Anstieg der SARS-CoV-2-Aktivität an. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen bleibt insgesamt auf einem niedrigen Niveau. COVID-19 wird vorwiegend bei älteren SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 35. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche nochmals gestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 35. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 35. KW 2024 in insgesamt 35 der 66 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (27 %) und SARS-CoV-2 (20 %), mit Abstand gefolgt von Adenoviren (6 %), Parainfluenzaviren (PIV; 6 %) und Influenza B-Viren (2 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden in der 35. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 35. KW 2024 leicht gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten blieb relativ stabil. Es wurden in der 35. KW bei 12 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 35. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 34. MW leicht gestiegen. In Deutschland ist die Sublinie KP.3.1.1 vorherrschend. Ihr Anteil lag zusammengefasst für die 32. und 33. KW bei 56 %. Im Abwassermonitoring ist seit Anfang August 2024 (32. KW) ein leichter Anstieg in der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast zu beobachten.

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.
- Beschluss für die Empfehlung der STIKO zum Wechsel von quadrivalenten zu trivalenten Influenza-Impfstoffen: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/31_24.html.
- Beschluss zur Empfehlung der STIKO zur RSV-Impfung bei Senioren:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/32_24.html.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 14.8.2024), 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 35. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche nochmals gestiegen und lag insgesamt bei rund 5.400 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.500; Abb. 1). Dabei sind die Werte sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,6 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Sie liegt aktuell in einem ähnlich hohen Bereich wie in der Vorsaison zu dieser Zeit.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag in der 35. KW bei rund 900 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 900). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

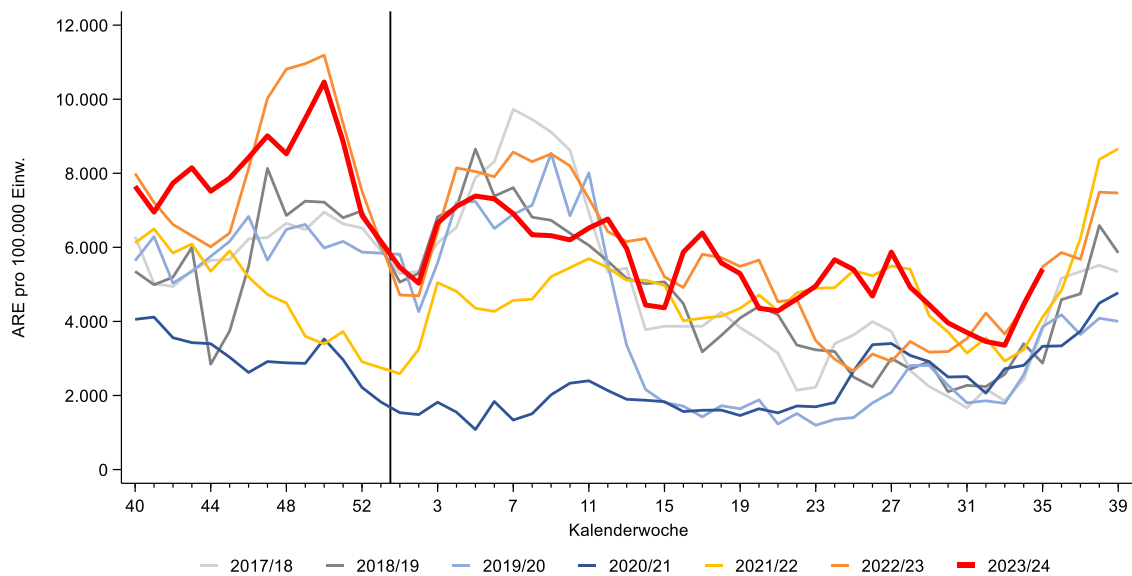


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 35. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 35. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 2). Die ca. 900 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 35. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 750.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

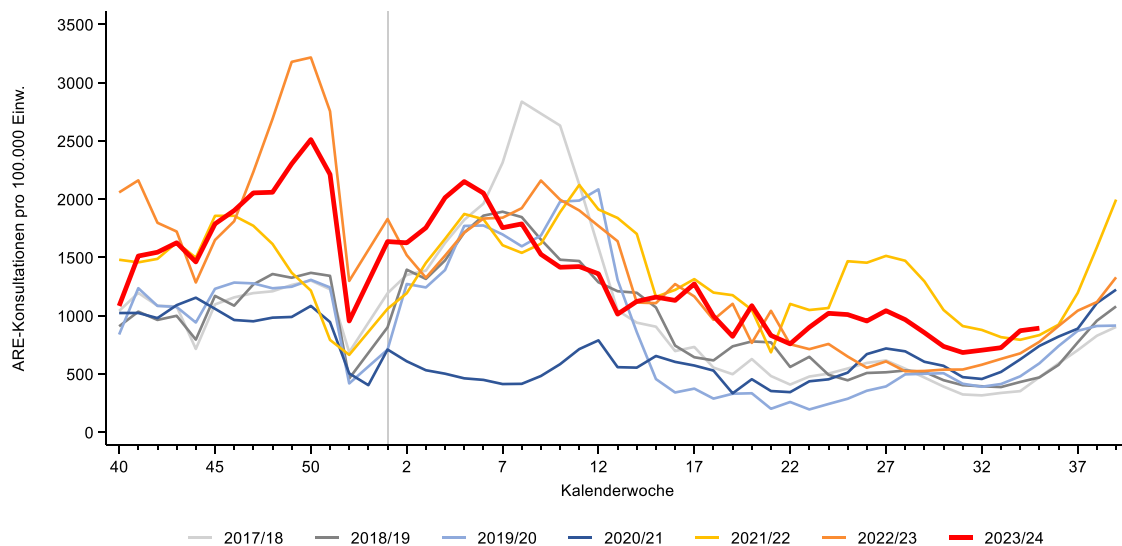


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 35. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Sommerferien in den Bundesländern haben erfahrungsgemäß einen abschwächenden Einfluss auf die ARE-Aktivität, da weniger Kontakte in geschlossenen Räumen stattfinden. Ein erneuter Anstieg nach dem Feriende wurde auch in den Vorjahren beobachtet (Feriendichte in der 35. KW: bis zu 44 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte>).

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE in der 35. KW ist im Vergleich zur Vorwoche in fast allen Altersgruppen stabil geblieben, nur bei den 35- bis 59-Jährigen sind die Werte angestiegen (Abb. 3).

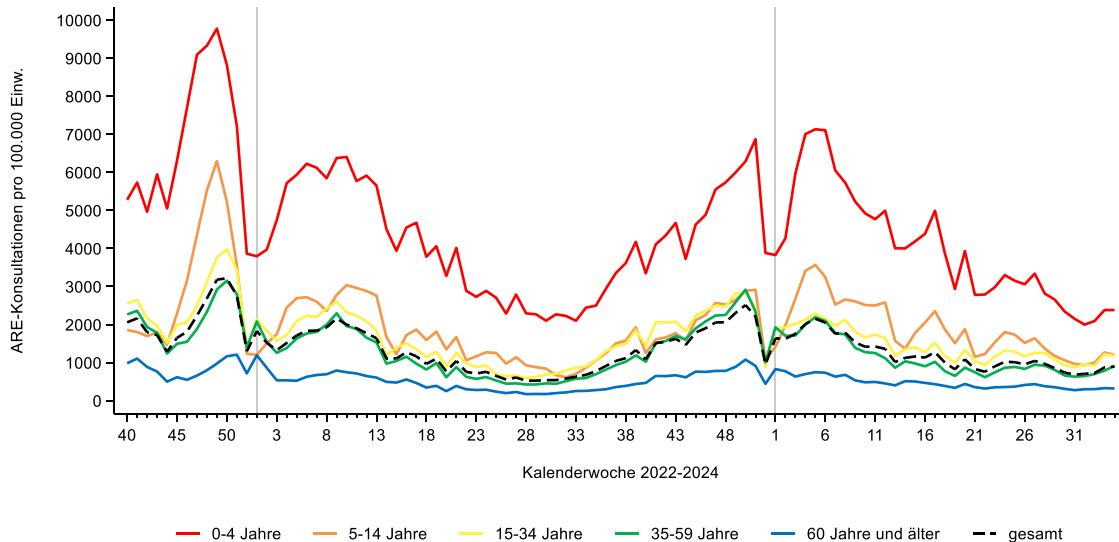


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 35. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden, zeigt in den letzten Wochen wieder einen leicht steigenden Trend, ausgehend von einem niedrigen Niveau. Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> 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 35. KW 2024 insgesamt 66 Sentinelproben von 30 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 35 (53 %) der 66 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 35. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 27 %) und SARS-CoV-2 (PR 20 %), mit Abstand gefolgt von Adenoviren (PR 6 %), Parainfluenzaviren (PIV; PR 6 %) und Influenza B-Viren (PR 2 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden in der 35. KW nicht nachgewiesen.

Es gab fünf Doppelinfektionen, darunter eine Doppelinfektion mit Influenza B-Viren und SARS-CoV-2.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 3.9.2024.

	31. KW	32. KW	33. KW	34. KW	35. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	75	64	83	64	66	8.127
Probenanzahl mit Virusnachweis	38	28	34	27	35	4.931
Anteil Positive	51 %	44 %	41 %	42 %	53 %	61 %
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	8
A(H ₃ N ₂)	0	0	0	0	0	55
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	0	0	0	1.128
B(Victoria)	0	0	0	0	1	189
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	15	10	12	11	13	899
RSV	0	0	0	0	0	559
hMPV	2	3	1	1	0	219
PIV (1 – 4)	5	4	5	2	4	344
Rhinoviren	12	10	17	13	18	1.516
hCoV	1	0	0	1	0	351
Adenoviren**	4	3	3	3	4	317

* 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

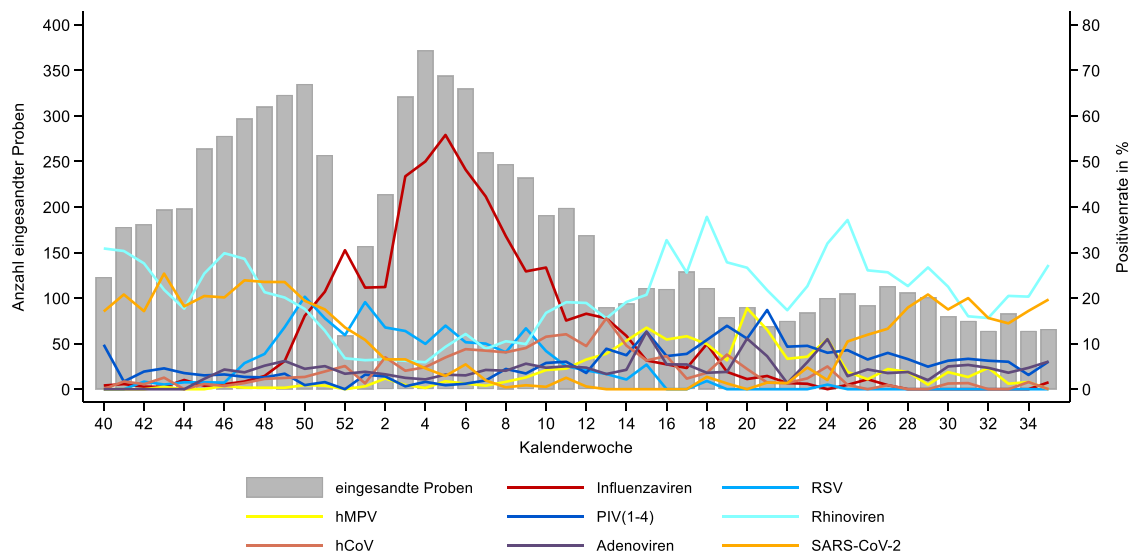


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 35. KW 2024.

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.

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.

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)

Für die 32. und 33. KW 2024 stehen aktuell 258 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (3.9.2024). Derzeit zirkulieren in Deutschland verschiedene Sublinien, die sich von der als VOI eingestuften Variante JN.1 ableiten, darunter auch KP.2, KP.3 und KP.3.1.1. Die Sublinien KP.2 und KP.3 sind seit dem 3.5.2024, die Sublinie KP.3.1.1 seit dem 19.7.2024 von der WHO separat als VUM eingestuft. Die Sublinie KP.3.1.1 wurde in der 32. und 33. KW zusammengefasst mit einem steigenden Anteil von 56 % unter allen VOI/VUM nachgewiesen. Sie ist somit unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien dominant. Im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum wurde die Sublinie KP.3 mit einem Anteil von 25 % und KP.2 mit einem Anteil von 8 % etwas seltener nachgewiesen.

Im Vergleich zur übergeordneten Linie JN.1 zeichnen sich die Sublinien KP.2 und KP.3 durch jeweils drei zusätzliche Aminosäureaustausche im S-Protein aus (KP.2: R346T, F456L, V1104L; KP.3: F456L, Q493E, S1104L). Die Sublinie KP.3.1.1 ist im Vergleich zur Elternlinie KP.3 durch eine Aminosäuredeletion im S-Protein gekennzeichnet (Deletion S31). Das von den derzeit als VOI oder VUM klassifizierten SARS-CoV-2-Varianten sowie ihren Sublinien ausgehende Risiko für die öffentliche Gesundheit wird von der WHO weiterhin als gering eingestuft. Aufgrund von Nachmeldungen kann es zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für die 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.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den Vorwochen etwas über den Werten, die in den meisten Vorjahren während der Sommerzeit beobachtet wurden. Die Inzidenz ist in der 35. KW 2024 leicht zurückgegangen. Insgesamt liegt die SARI-Inzidenz weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 5).

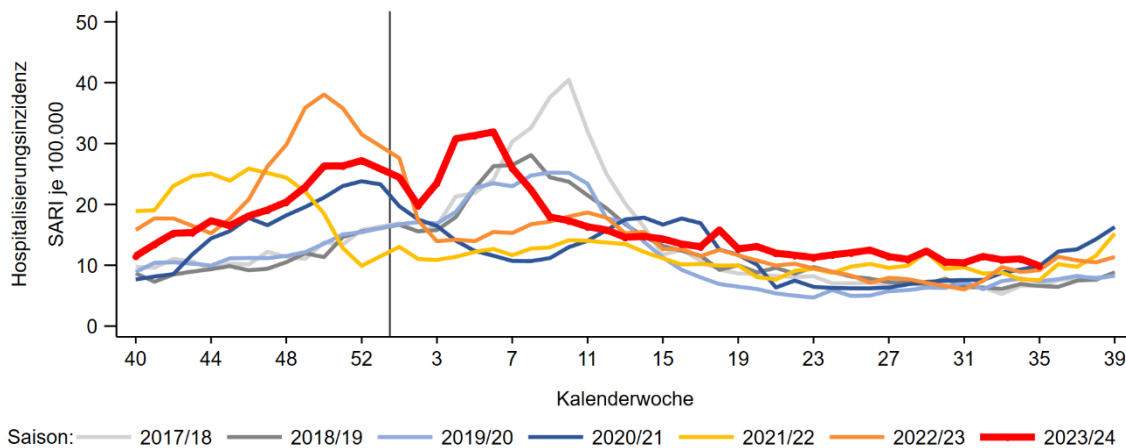


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 35. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Seit der 20. KW 2024 bewegten sich die SARI-Fallzahlen bei jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) auf einem erhöhten Niveau. Bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) lagen die Werte nach einem zwischenzeitlichen Rückgang seit der 34. KW ebenfalls wieder auf einem erhöhten Niveau. Während des Sommers 2024 wurden bei den 5- bis 34-jährigen zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 35. KW 2024 weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

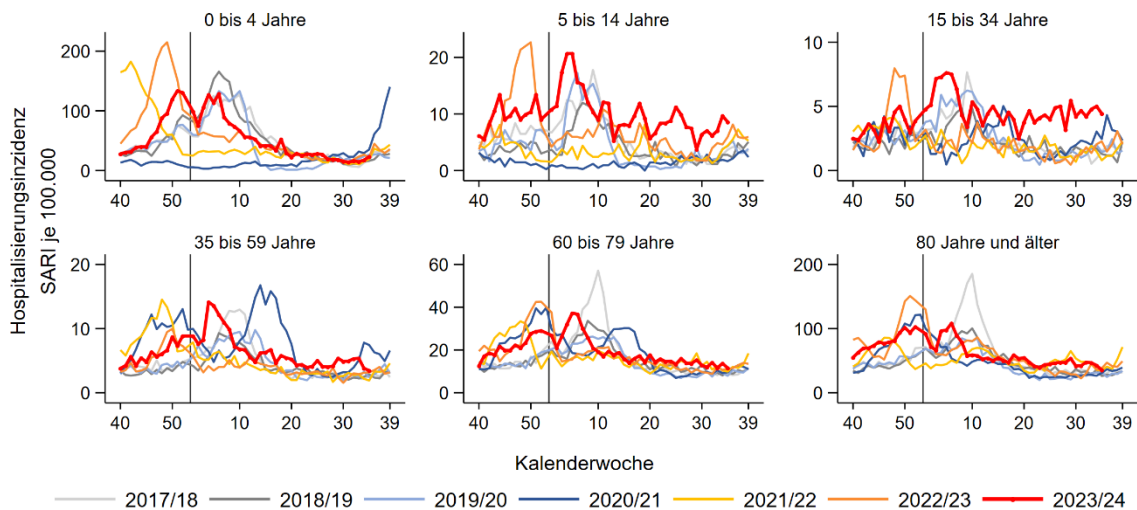


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 35. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 35. KW 2024 erhielten 12 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 11 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag seit der 28. KW 2024 stabil über 10 %. In den letzten Wochen wurden COVID-19-Diagnosen überwiegend in den Altersgruppen ab 60 Jahren vergeben. Es wurde in der 35. KW bei weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza-Diagnose vergeben. Es wurden keine RSV-Erkrankungen diagnostiziert (Abb. 7).

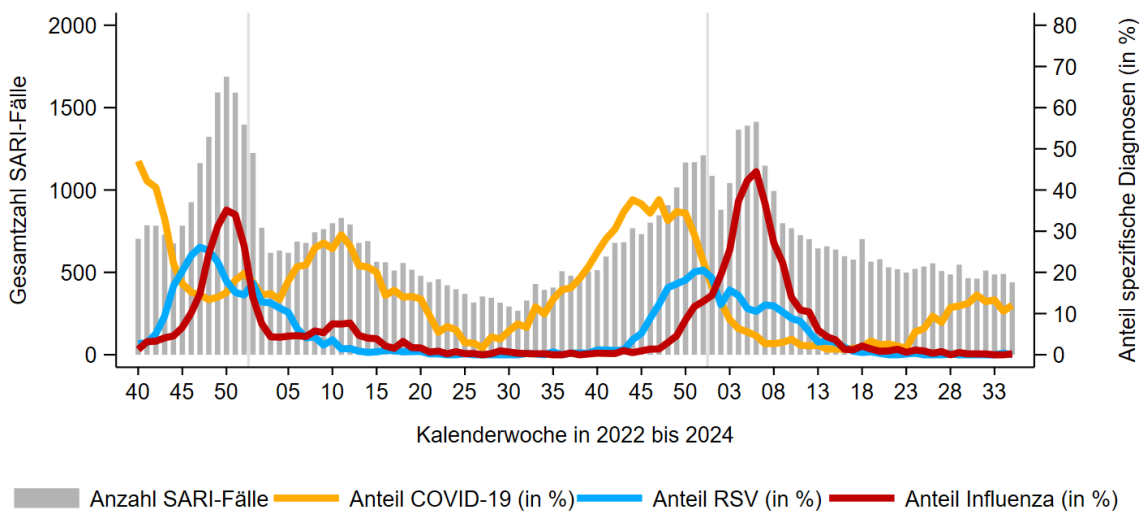


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 35. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 69 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. Nach dem Ende der Grippewelle blieb die Inzidenz intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle vergleichsweise niedrig und es wurden nur noch vereinzelt krankheitsspezifische Diagnosen vergeben. Seit der 24. KW 2024 wurden wieder etwas mehr COVID-19-Erkrankungen diagnostiziert. Insgesamt blieb die Inzidenz von intensivbehandelten SARI-Fällen mit COVID-19-Diagnose jedoch weiterhin auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (wöchentlich weniger als zwei Fälle je 1 Million Einw. seit der 7. KW 2024). In der 35. KW 2024 erhielten sieben (13 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose. Es wurden keine Influenza- oder RSV-Diagnosen bei intensivpflichtigen SARI-Fällen vergeben.

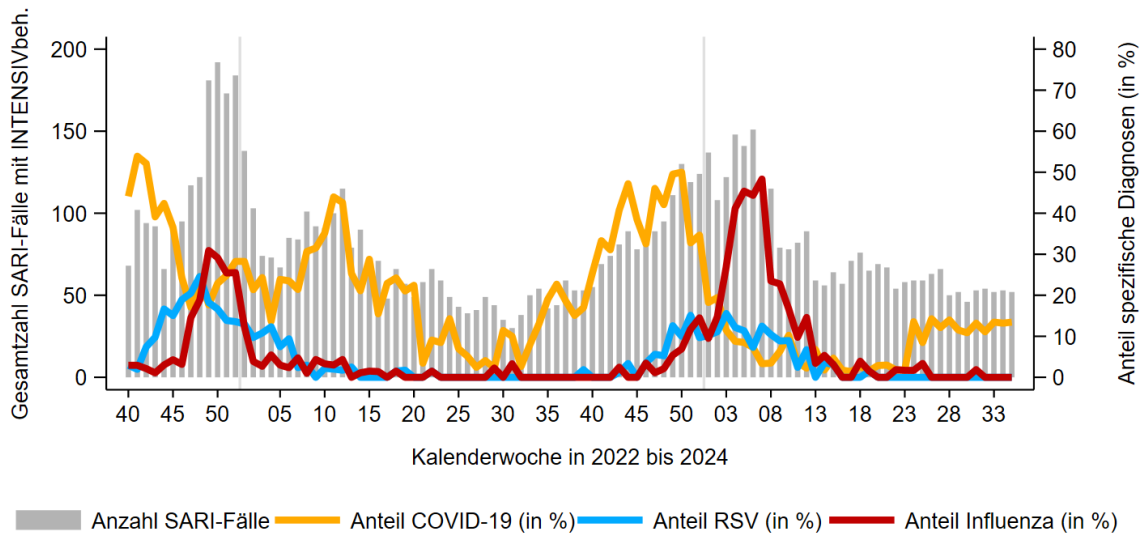


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 35. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 69 Sentinelkliniken.

Zu beachten ist, dass es sich um Auswertungen 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 35. MW 2024 wurden bislang insgesamt 119 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 119 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 24 (20 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 35. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 3.9.2024). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 215.023 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 214.270 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.554 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.135 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Von 1.134 Todesfällen mit Angabe zum Alter gehörten 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-Falldefinitionskategorien C-E)

	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	67	52	55	71	95	78	182.276
A(H1N1)pdm09	1	0	0	2	2	2	6.040
A(H3N2)	2	2	0	1	3	4	158
nicht nach A / B differenziert	3	3	3	3	2	4	5.040
B	28	22	27	20	24	31	20.756
Gesamt	101	79	85	97	126	119	214.270
Hospitalisierte Fälle	26	19	23	18	23	24	44.554

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

COVID-19

Für die 35. MW 2024 wurden bislang 5.453 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.390 (25 %) Fällen wurde für die 35. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 3.9.2024). In der 35. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 389.398 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 131.580 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 7.199 (+ 59 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)

	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	4.885	4.591	4.636	4.608	4.971	5.453	389.398
Hospitalisierte Fälle	1.606	1.400	1.429	1.411	1.385	1.390	131.580

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

RSV-Infektionen

Für die 35. MW 2024 wurden bislang insgesamt 35 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 35 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei acht Fällen (23 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 35. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 3.9.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.739 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.694 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.598 (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 der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	18	14	29	33	52	35	57.694
Hospitalisierte Fälle	3	2	11	2	3	8	17.598

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. Seit Anfang August 2024 (32. KW) ist ein leichter Anstieg in der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast zu beobachten.

In der 35. KW lagen Daten aus 122 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Wochen 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>.

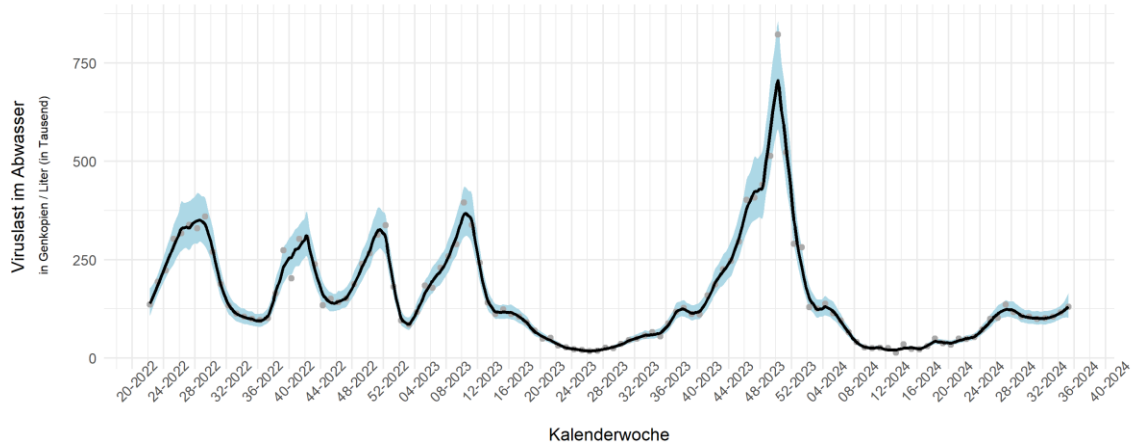


Abb. 9: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwweisen 95 %-Konfidenzintervallen Stand (3.9.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.8.2024, 35. KW). Gezeigt 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
- 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, 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 35/2024 | DOI: 10.25646/12607