



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
37. Kalenderwoche (9.9. bis 15.9.2024)

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 hat sich der leichte Anstieg der SARS-CoV-2-Aktivität nicht fortgesetzt. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen ist deutlich gesunken. COVID-19 wird vorwiegend bei älteren SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 37. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 37. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 37. KW 2024 in insgesamt 42 der 96 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (20 %) und SARS-CoV-2 (16 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 4 %), Adenoviren (PR 3 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 2 %) sowie humanen Metapneumoviren (hMPV; PR 1 %). Influenzaviren und Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 37. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 37. KW 2024 deutlich gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten blieb relativ stabil. Es wurde in der 37. KW bei 12 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben. RSV-Infektionen wurden bei weniger als 1 % der Fälle diagnostiziert.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 37. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 36. MW leicht gesunken. In Deutschland ist die Sublinie KP.3.1.1 vorherrschend. Ihr Anteil lag zusammengefasst für die 34. KW und 35. KW bei 62 %. Der seit Anfang August 2024 (32. KW) im Abwassermonitoring beobachtete leichte Anstieg der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast hat sich aktuell nicht fortgesetzt.

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.
- Artikel (12.9.2024) im Epidemiologischen Bulletin zur epidemiologischen Situation der RSV-Infektionen in Saison 2023/24 nach Einführung der RSV-Meldepflicht in Deutschland:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/37_24.pdf?__blob=publicationFile.
- 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 37. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen und lag insgesamt bei rund 6.900 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.200; Abb. 1). Dabei sind die Werte in allen Altersgruppen gestiegen, insbesondere bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) und den 35- bis 59-Jährigen. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Sie liegt weiterhin auf einem für diese Jahreszeit vergleichsweise hohen Niveau.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden bewegte sich in den letzten Wochen in einem Bereich zwischen 700 bis 900 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. In der 37. KW ist der Wert auf rund 600 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. gesunken. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

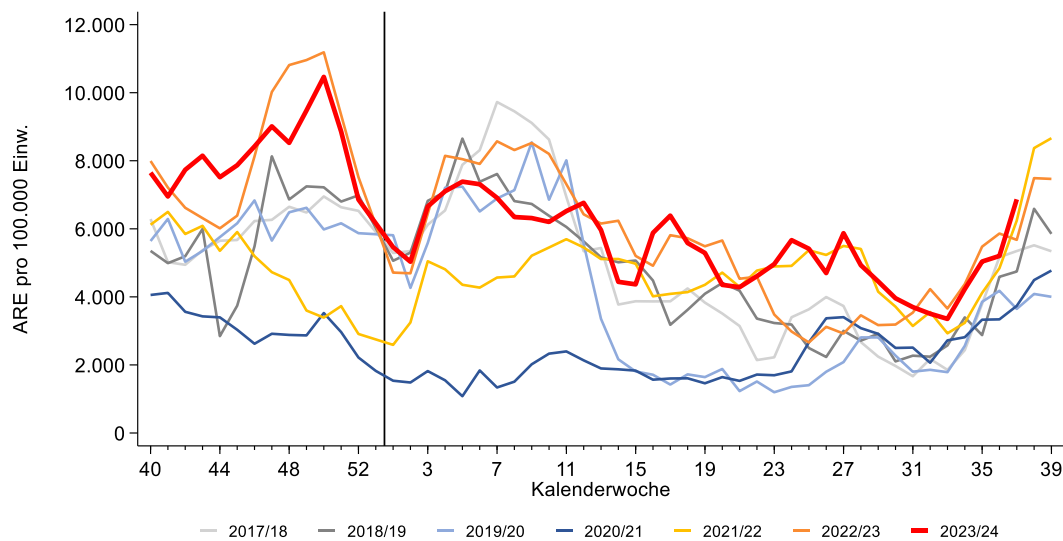


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 37. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 37. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen (Abb. 2). Die ca. 1.100 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 37. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 940.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

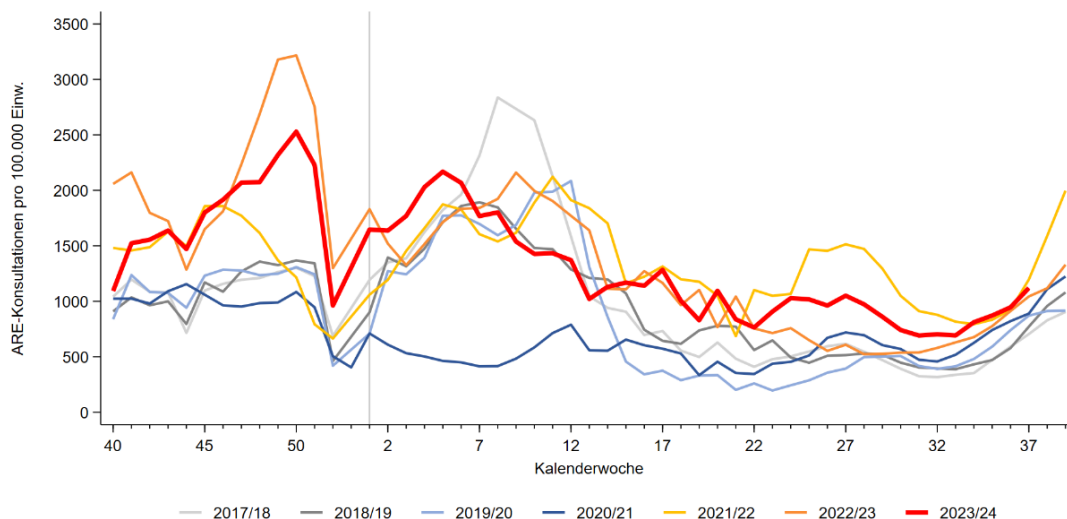


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 37. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 37. KW: bis zu 16 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte>).

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 37. KW im Vergleich zur Vorwoche in fast allen Altersgruppen gestiegen, mit Ausnahme der ab 60-Jährigen (Abb. 3).

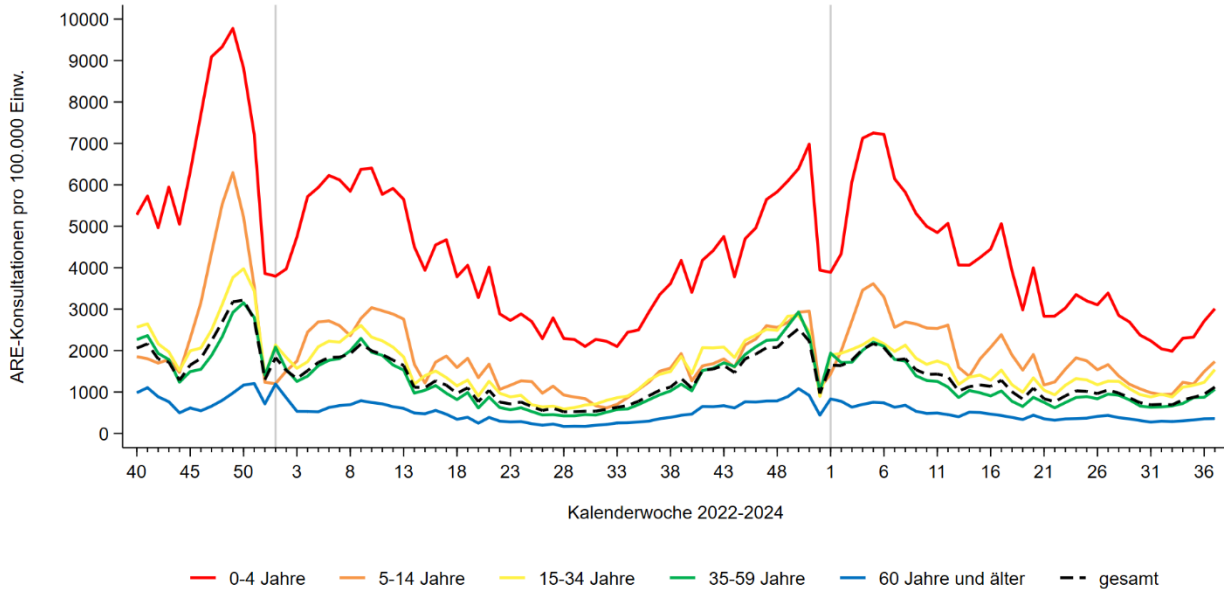


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 37. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden, ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

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 37. KW 2024 insgesamt 96 Sentinelproben von 40 Arztpraxen aus zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 42 (44 %) der 96 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 37. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 20 %) und SARS-CoV-2 (PR 16 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 4 %), Adenoviren (PR 3 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 2 %) sowie humanen Metapneumoviren (hMPV; PR 1 %).

Influenzaviren und Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 37. KW nicht nachgewiesen.

Es gab zwei Doppelinfectionen, beide mit Beteiligung von Rhinoviren.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 17.9.2024.

	33. KW	34. KW	35. KW	36. KW	37. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	83	64	81	77	96	8.317
Probenanzahl mit Virusnachweis	34	27	44	37	42	5.020
Anteil Positive	41 %	42 %	54 %	48 %	44 %	60 %
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	1	0	0	189
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	12	11	18	15	15	935
RSV	0	0	0	0	0	559
hMPV	1	1	0	0	1	220
PIV (1 – 4)	5	2	5	6	4	355
Rhinoviren	17	13	19	16	19	1.552
hCoV	0	1	2	1	2	356
Adenoviren**	3	3	5	2	3	323

* 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

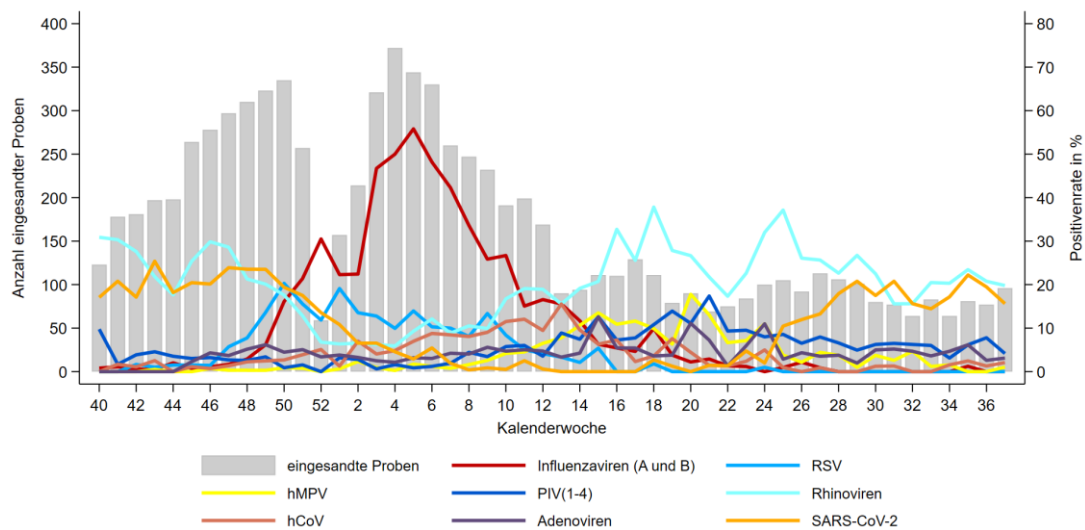


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 37. KW 2024.

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/ViolAnalysen_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.

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

Für die 34. und 35. KW 2024 stehen aktuell 236 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (17.9.2024). 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 WHO¹ separat als VUM eingestuft. Die Sublinie KP.3.1.1 wurde in der 34. und 35. KW zusammengefasst mit einem weiterhin steigenden Anteil von 62 % unter allen VOI/VUM nachgewiesen. Sie bleibt somit unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien dominant. Im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum hat sich der Anteil der Sublinie KP.3 kaum verändert und lag bei 24 %, während die Sublinie KP.2 mit einem weiterhin abnehmenden Anteil von 5 % nachgewiesen wurde. 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 zurückliegenden Berichtszeiträume kommen. 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 (abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC) aktualisiert werden.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) während der Sommermonate in 2024 durchgehend etwas über den Werten, die in den Vorjahren in der Sommerzeit beobachtet wurden. Die Inzidenz ist in der 37. KW 2024 deutlich gesunken und liegt aktuell unter den Werten des Vorjahres auf einem niedrigen Niveau (Abb. 5).

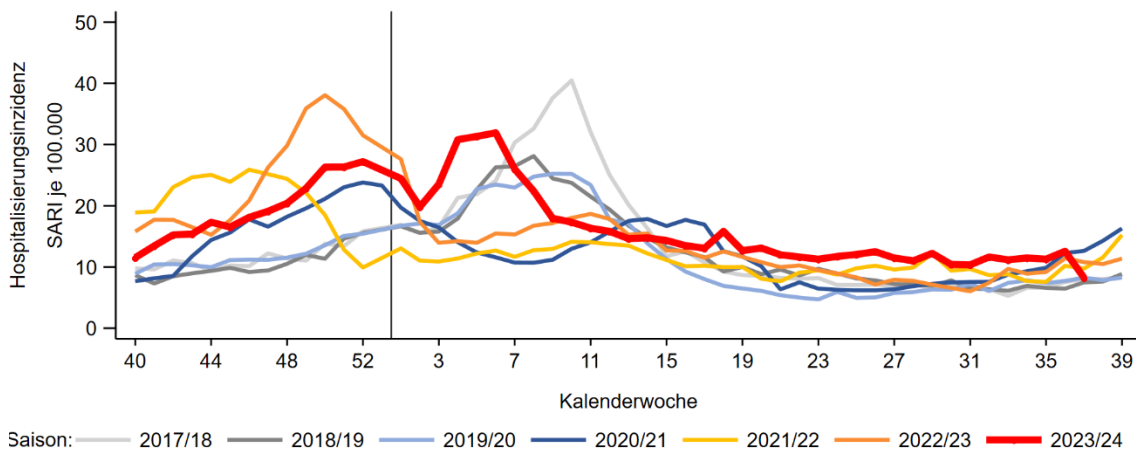


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 37. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 37. KW 2024 in allen Altersgruppen deutlich gesunken. Während des Sommers 2024 wurden bei den 5- bis 34-Jährigen zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit und liegen aktuell trotz des Rückgangs weiter auf einem erhöhten Niveau. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 37. KW 2024 weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/18122023_jn.1_ire_clean.pdf

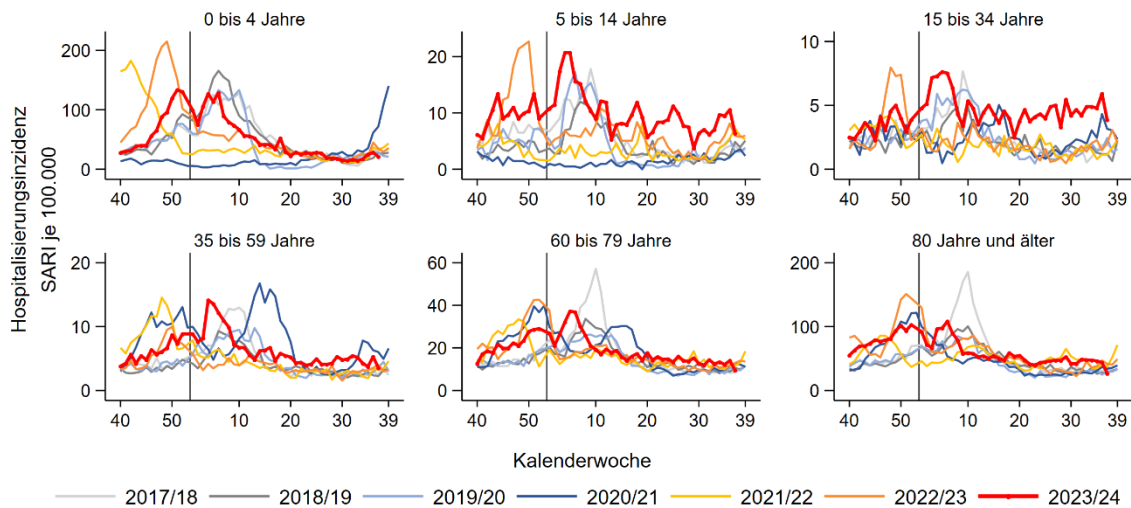


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 37. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 37. KW 2024 erhielten 12 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 12 %). 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, insbesondere bei den über 80-jährigen. In der 37. KW wurde bei weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine RSV-Diagnose gestellt. Es wurden keine Influenza-Diagnosen vergeben (Abb. 7).

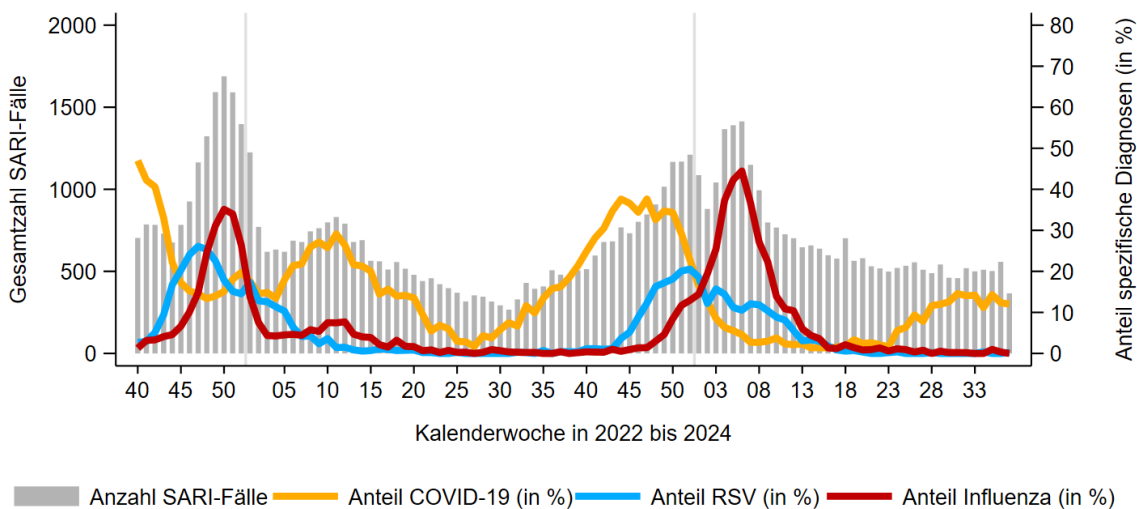


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 37. 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.). In der 37. KW 2024 erhielten fünf (15 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose. Es wurden keine Influenza- oder RSV-Diagnosen bei intensivpflichtigen SARI-Fällen vergeben.

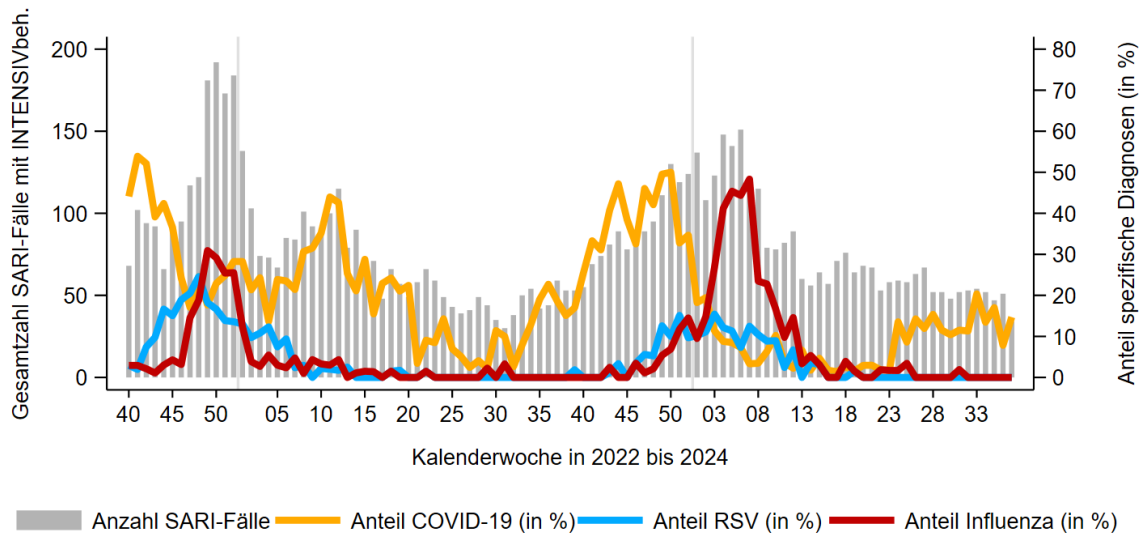


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 37. 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 37. MW 2024 wurden bislang insgesamt 105 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 105 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 16 (15 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 37. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 17.9.2024). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 215.283 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 214.530 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.610 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.136 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Von 1.135 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)

	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	55	71	96	79	94	81	182.456
A(H1N1)pdm09	0	2	2	2	1	2	6.043
A(H3N2)	0	1	3	4	1	0	159
nicht nach A / B differenziert	3	3	3	5	5	3	5.055
B	27	20	27	31	39	19	20.817
Gesamt	85	97	131	121	140	105	214.530
Hospitalisierte Fälle	23	18	25	27	33	16	44.610

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

COVID-19

Für die 37. MW 2024 wurden bislang 5.645 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.495 (26 %) Fällen wurde für die 37. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 17.9.2024). In der 37. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 401.820 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 135.345 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 7.326 (+ 64 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)

	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	4.641	4.613	4.974	5.718	6.479	5.645	401.820
Hospitalisierte Fälle	1.449	1.446	1.452	1.638	1.851	1.495	135.345

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

RSV-Infektionen

Für die 37. MW 2024 wurden bislang insgesamt 21 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 21 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei zwei Fällen (10 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 37. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 17.9.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.788 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.743 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.611 (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 der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	29	33	53	35	26	21	57.743
Hospitalisierte Fälle	11	2	3	10	8	2	17.611

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. Der seit Anfang August 2024 (32. KW) beobachtete leichte Anstieg der aggregierten Viruslast hat sich aktuell nicht fortgesetzt.

In der 37. KW lagen Daten aus 114 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>.

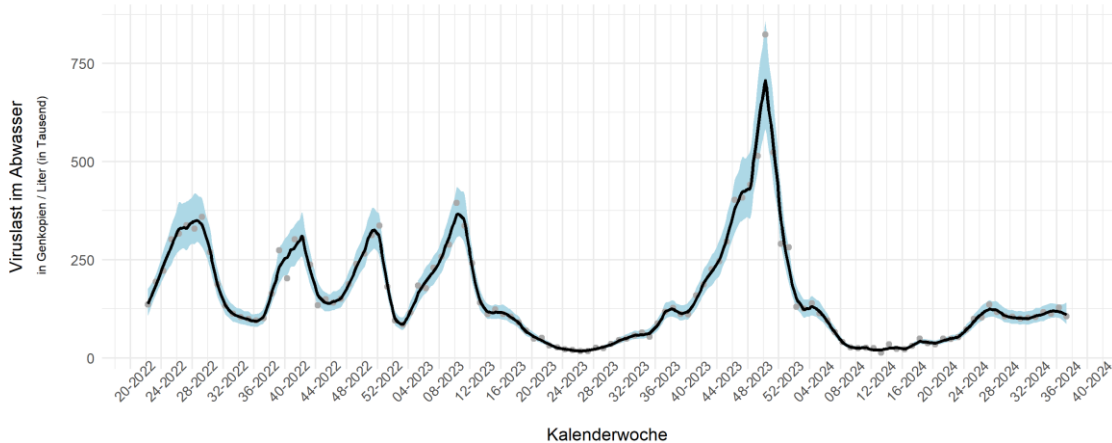


Abb. 9: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwweisen 95%-Konfidenzintervallen Stand (17.9.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.9.2024, 37. KW). Gezeigt 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 37/2024 | DOI: 10.25646/12761