



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
38. Kalenderwoche (16.9. bis 22.9.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität zeigt einen für diese Jahreszeit typischen steigenden Trend in allen Altersgruppen und liegt bereits auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. In der Bevölkerung und im ambulanten Bereich zeigt sich ein Anstieg der SARS-CoV-2-Aktivität. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen ist stabil geblieben und liegt auf dem Niveau der Vorjahre.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 38. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche nochmals deutlich gestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 38. KW im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls deutlich gestiegen.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 38. KW 2024 in insgesamt 48 der 96 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (27 %) und SARS-CoV-2 (17 %), mit Abstand gefolgt von Adenoviren (PR 5 %), Parainfluenzaviren (PIV; 3 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 3 %). Influenzaviren, Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane Metapneumoviren (hMPV) wurden in der 38. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 38. KW 2024 stabil geblieben. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten blieb ebenfalls stabil. Es wurde in der 38. KW bei 15 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 38. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 37. MW gestiegen. In Deutschland war in der 36. KW die Sublinie KP.3.1.1 mit einem Anteil von 41 % weiterhin vorherrschend. Darüber hinaus wurde die neu zugewiesene rekombinante Sublinie XEC mit einem Anteil von 21 % in der 36. KW nachgewiesen. 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 (19.9.2024) im Epidemiologischen Bulletin zum Aufbau und zu Ergebnissen aus der virologischen SARI-Surveillance sowie zu virologischen Analysen aus dem NRZ für Influenzaviren:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/38_24.pdf.
- 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 38. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche nochmals deutlich gestiegen und lag insgesamt bei rund 9.400 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.800; Abb. 1). Dabei sind die Werte in allen Altersgruppen gestiegen, insbesondere bei den 0- bis 4-jährigen Kindern. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,9 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 ist im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen und lag bei rund 1.500 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 800). Weitere Informationen sind abrufbar unter:

<https://www.rki.de/grippeweb>.

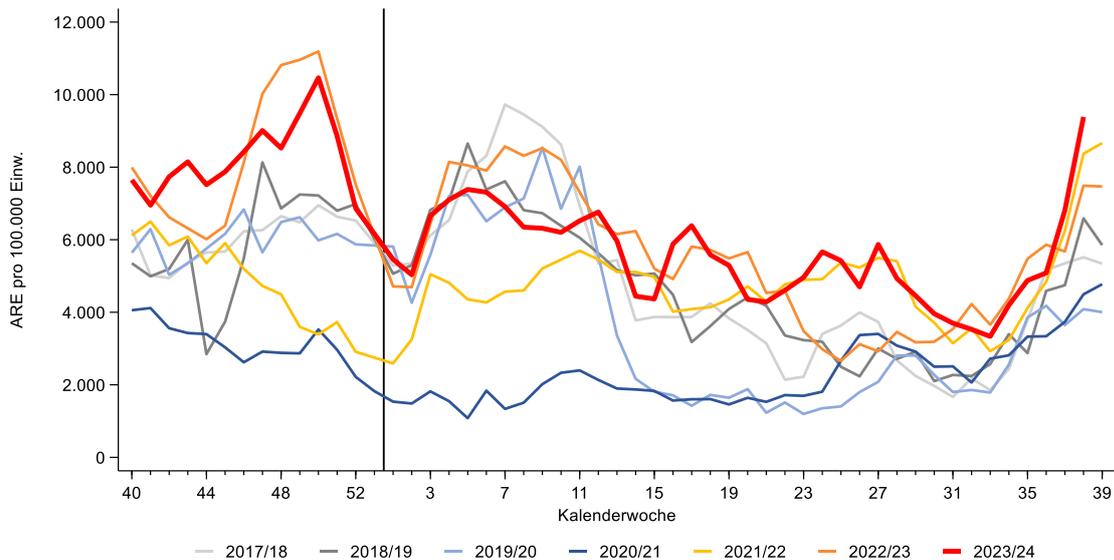


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 38. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 38. KW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen (Abb. 2). Die ca. 1.500 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 38. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 1,3 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

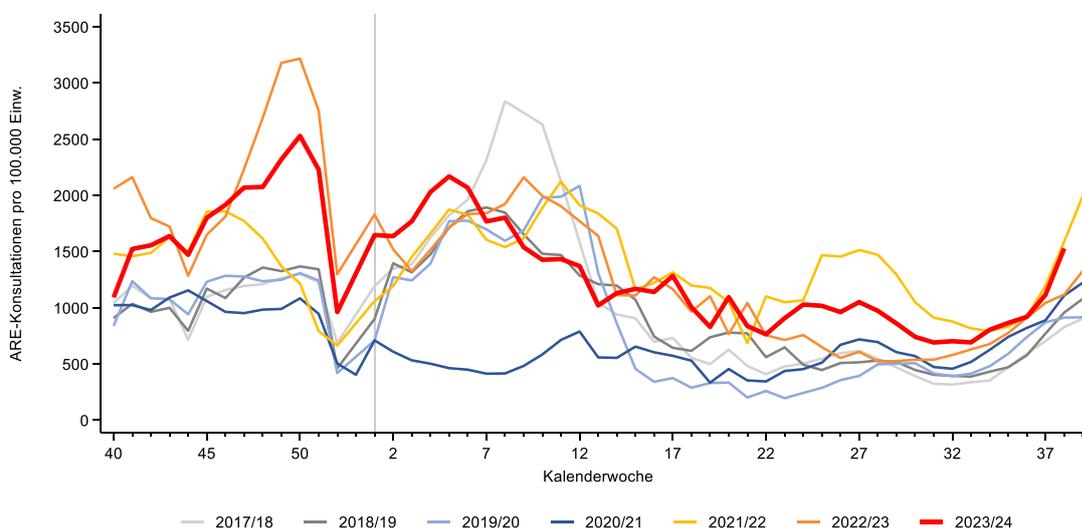


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 38. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die aktuell steigende ARE-Aktivität fällt zusammen mit dem für diese Jahreszeit üblichen Anstieg nach dem Ende der Sommerferien und ist derzeit mit den hohen Werten zum Ende der Saison 2021/22 vergleichbar.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 38. KW im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gestiegen (Abb. 3).

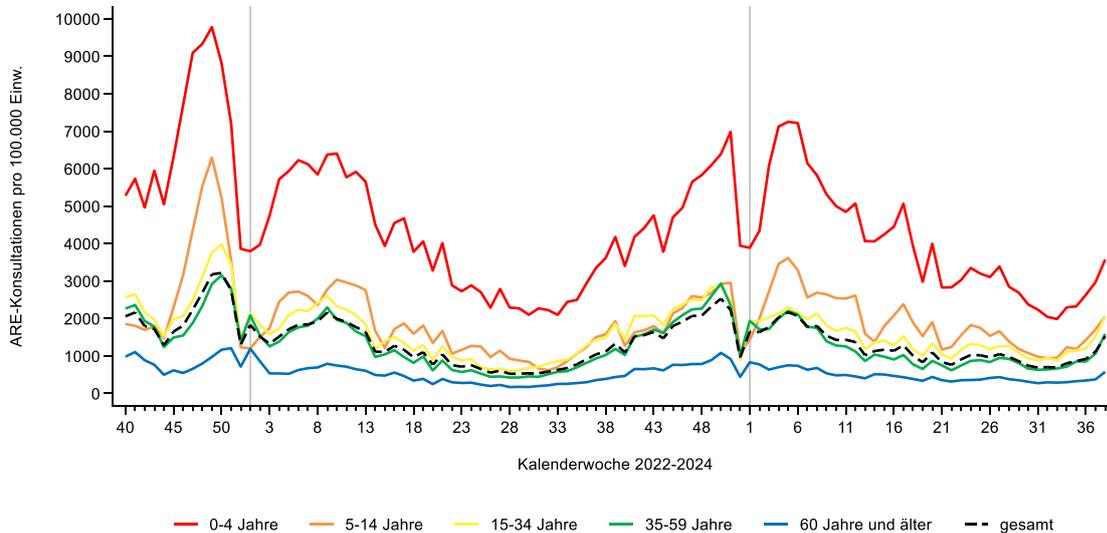


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 38. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 in der 38. KW im Vergleich zur Vorwoche wieder gestiegen.

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 38. KW 2024 insgesamt 96 Sentinelproben von 39 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 48 (50 %) der 96 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 38. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 27 %) und SARS-CoV-2 (PR 17 %), mit Abstand gefolgt von Adenoviren (PR 5 %), Parainfluenzaviren (PIV; PR 3 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 3 %). Influenzaviren, Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane Metapneumoviren (hMPV) wurden in der 38. KW nicht nachgewiesen.

Es gab fünf Doppelinfectionen, die hauptsächlich bei Kindern bis 14 Jahren detektiert wurden.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 24.9.2024.

	34. KW	35. KW	36. KW	37. KW	38. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	64	82	79	112	96	8.433
Probenanzahl mit Virusnachweis	27	44	37	48	48	5.074
Anteil Positive	42 %	54 %	47 %	43 %	50 %	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	1	0	0	0	189
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	11	18	15	18	16	954
RSV	0	0	0	0	0	559
hMPV	1	0	0	1	0	220
PIV (1 – 4)	2	5	6	4	3	358
Rhinoviren	13	19	16	22	26	1.581
hCoV	1	2	1	2	3	359
Adenoviren**	3	5	2	3	5	328

* 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

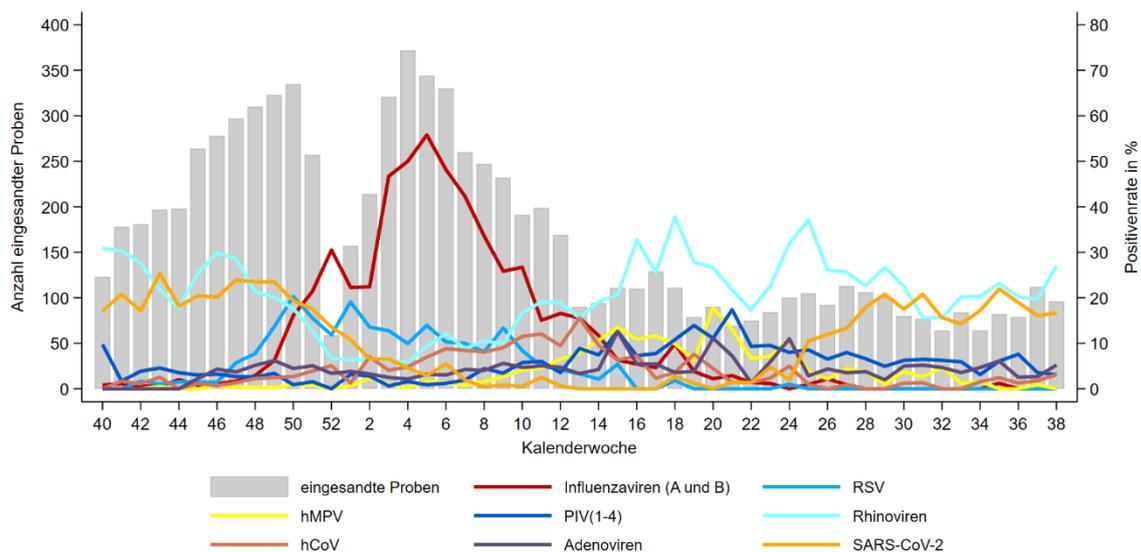


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 38. KW 2024.

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.

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

Für die 36. KW 2024 stehen aktuell 111 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (24.9.2024). Aufgrund einer Aktualisierung der verwendeten Software zur Linienzuordnung wurden eine Reihe neu definierter Sublinien aufgenommen. Dadurch verändern sich auch Anteile einzelner Sublinien für zurückliegende Zeiträume.

Derzeit zirkulieren in Deutschland verschiedene SARS-CoV-2 Linien, die sich von der als VOI eingestuften Variante JN.1 ableiten, darunter KP.3.1.1, die von der WHO¹ als VUM eingestuft ist. KP.3.1.1 wurde, nach angepasster Linienzuweisung, in der 36. KW mit einem leicht abnehmenden Anteil von 41 % unter allen VOI/VUM nachgewiesen und bleibt unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien dominant.

Unter allen einzelnen SARS-CoV-2 Linien wird die rekombinante Linie XEC mit einem steigenden Anteil von 21 % in der 36. KW nachgewiesen. XEC wurde in Deutschland erstmals im Juli 2024 detektiert. XEC leitet sich von einer Rekombination zweier JN.1 Sublinien (KS.1.1 und KP.3.3) ab.

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.

Die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, sowie Informationen und detaillierte Darstellungen zu den Varianten sind aktualisiert 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) während der Sommermonate in 2024 durchgehend etwas über den Werten, die in den Vorjahren in der Sommerzeit beobachtet wurden. Die Inzidenz ist in der 38. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und liegt aktuell auf dem Niveau, das auch im Vorjahr verzeichnet wurde (Abb. 5).

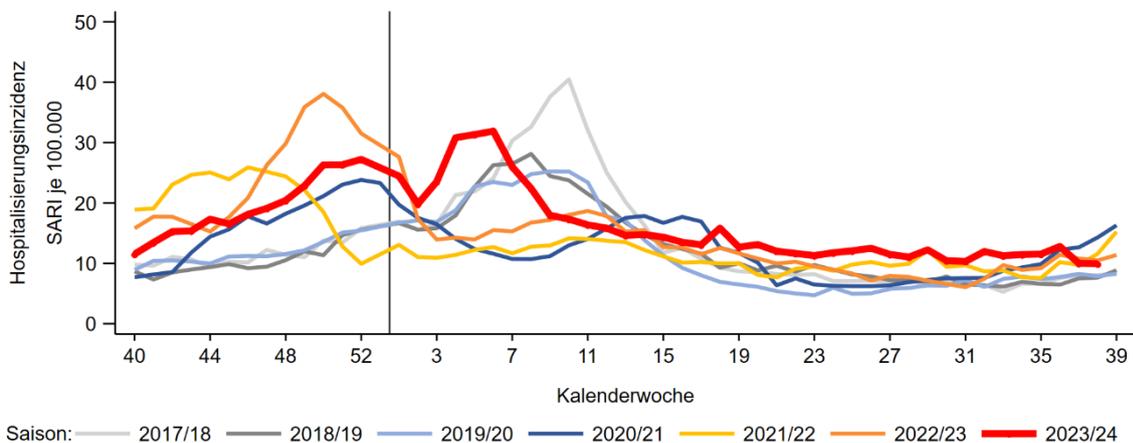


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 38. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 38. KW 2024 in den Altersgruppen zwischen 15 und 59 Jahre erneut gesunken, bei den ab 80-Jährigen dagegen gestiegen. Während des Sommers 2024 wurden bei den 5- bis 34-Jährigen zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. Bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre) werden weiterhin erhöhte SARI-Fallzahlen beobachtet. Nach dem deutlichen Rückgang der Fallzahlen in zwei aufeinanderfolgenden Wochen lag die SARI-Inzidenz der 15- bis 34-Jährigen in der 38. KW auf einem niedrigen Niveau, wie auch in den übrigen Altersgruppen (Abb. 6).

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

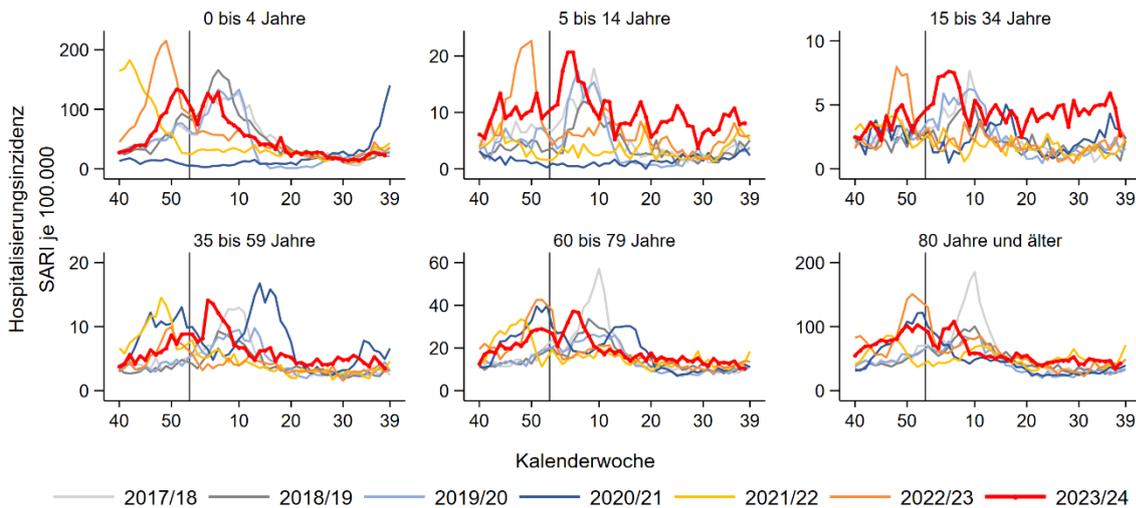


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 38. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 38. KW 2024 erhielten 15 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 15 %). 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 38. KW wurde bei weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza-Diagnose gestellt. Es wurden keine RSV-Erkrankungen diagnostiziert (Abb. 7).

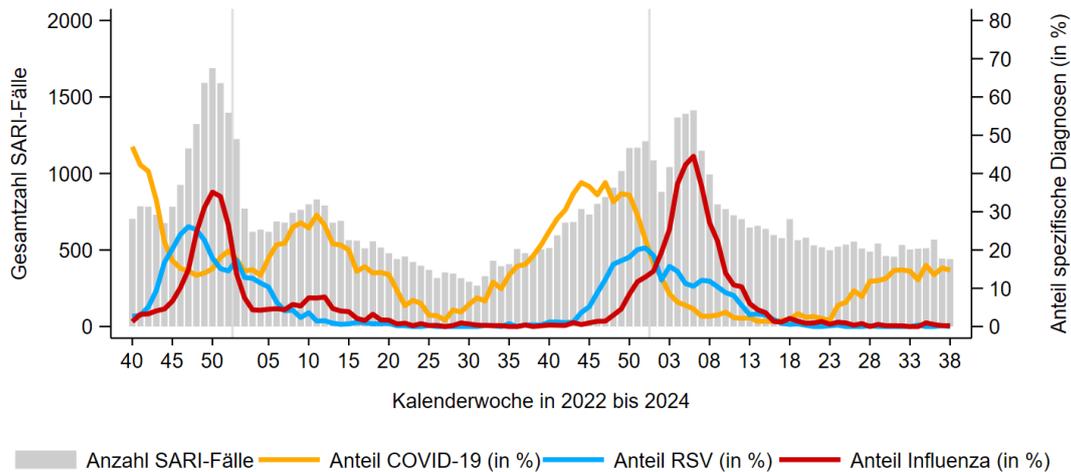


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 38. 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 drei Fälle je 1 Million Einw.). In der 38. KW 2024 erhielten neun (20 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose. Es wurde bei einem intensivpflichtigen SARI-Fall (2 %) eine Influenza-Diagnose vergeben.

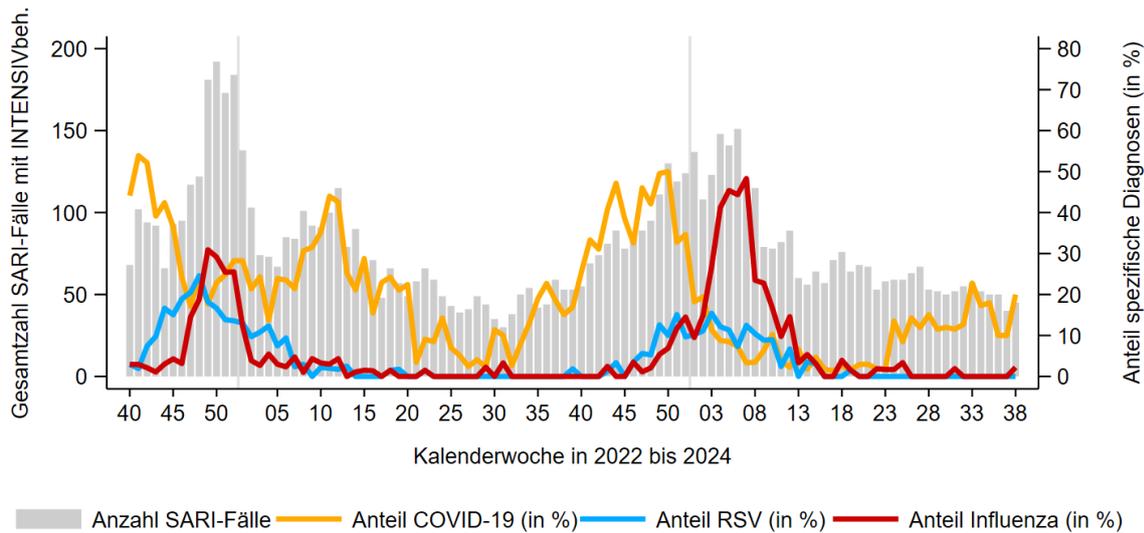


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 38. 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 38. MW 2024 wurden bislang insgesamt 134 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 134 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 29 (22 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 38. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 24.9.2024). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 215.421 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 214.668 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.643 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.139 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Von 1.138 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)

	33. MW	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	71	96	79	94	81	93	182.549
A(H1N1)pdm09	2	2	2	1	4	2	6.047
A(H3N2)	1	3	4	1	1	0	160
nicht nach A / B differenziert	3	3	5	5	3	3	5.058
B	20	27	31	39	20	36	20.854
Gesamt	97	131	121	140	109	134	214.668
Hospitalisierte Fälle	18	25	28	34	18	29	44.643

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

COVID-19

Für die 38. MW 2024 wurden bislang 7.223 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.922 (27 %) Fällen wurde für die 38. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 24.9.2024). In der 38. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche gestiegen.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 409.254 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 137.551 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 7.414 (+ 88 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)

	33. MW	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	4.615	4.976	5.717	6.491	5.834	7.223	409.254
Hospitalisierte Fälle	1.452	1.464	1.649	1.891	1.700	1.922	137.551

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

RSV-Infektionen

Für die 38. MW 2024 wurden bislang insgesamt 39 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 39 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei neun Fällen (23 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 38. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 24.9.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.829 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.784 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.623 (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)

	33. MW	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	33	53	35	27	22	39	57.784
Hospitalisierte Fälle	2	3	10	9	3	9	17.623

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 38. KW lagen Daten aus 102 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>.

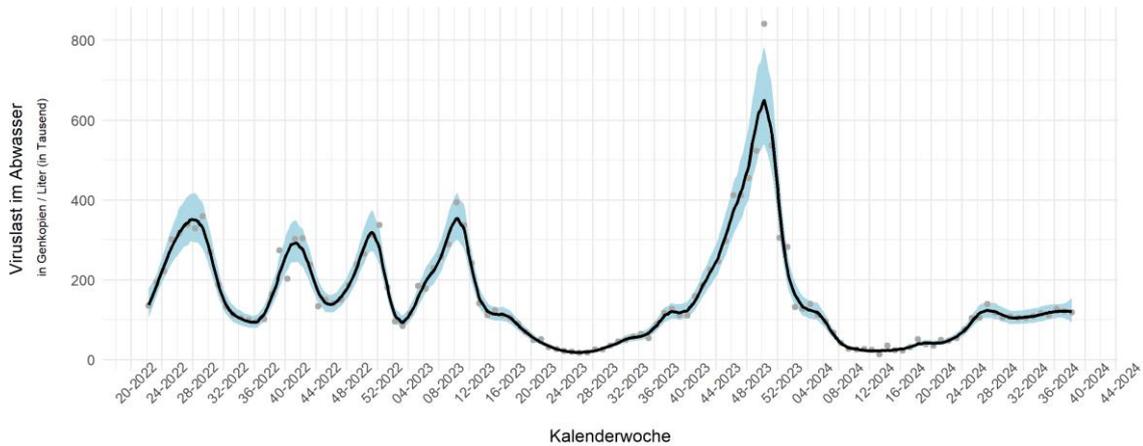


Abb. 9: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 24.9.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (18.9.2024, 38. KW). Gezeigt werden 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, Dürwald 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 38/2024 | DOI: 10.25646/12825