

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
41. Kalenderwoche (7.10. bis 13.10.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität liegt bereits auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen liegt auf dem Niveau der Vorjahre. Durch den Beginn der Herbstferien in einigen Bundesländern können die Werte stärker schwanken und sich nachträglich noch erhöhen.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 41. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 41. KW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 41. KW 2024 in insgesamt 61 der 110 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (30 %) und SARS-CoV-2 (22 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 3 %), Adenoviren (3 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 2 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 1 %) und Influenza C-Viren (1 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 41. KW 2024 gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten blieb relativ stabil. Es wurden in der 41. KW bei 17 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben. In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ wurden in 27 % der eingesandten Sentinelproben SARS-CoV-2 nachgewiesen.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 41. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 40. MW gestiegen. In der 39. KW 2024 wurde die Sublinie KP.3.1.1 mit einem abnehmenden Anteil von 41 % und die rekombinante Sublinie XEC mit stabilem Anteil von 27 % nachgewiesen.

Seit der 38. KW 2024 ist ein starker Anstieg in der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser zu verzeichnen.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- 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.
- Artikel (10.10.2024) im Epidemiologischen Bulletin zur Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) in der Saison 2023/24 im Vergleich mit acht Vorsaisons in Deutschland: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/41_24.pdf
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 2.10.2024):
<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>

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

- European Respiratory Virus Surveillance Summary (Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Daten zu Influenza, RSV und COVID-19):
<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 – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 41. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben und lag insgesamt bei rund 8.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 8.700; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den ab 60-jährigen weiter gestiegen, während sie in den anderen vier Altersgruppen relativ stabil geblieben oder leicht gesunken sind. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,4 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 in der 41. KW im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls stabil geblieben und lag bei rund 1.100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.100). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

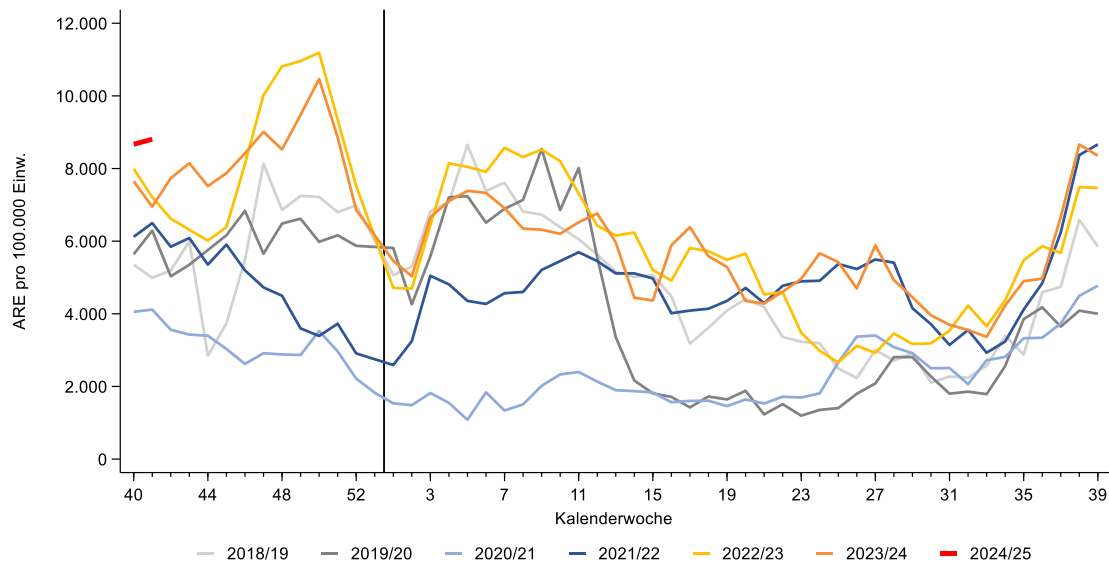


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 41. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 41. KW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen (Abb. 2). Die ca. 1.900 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 41. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 1,6 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

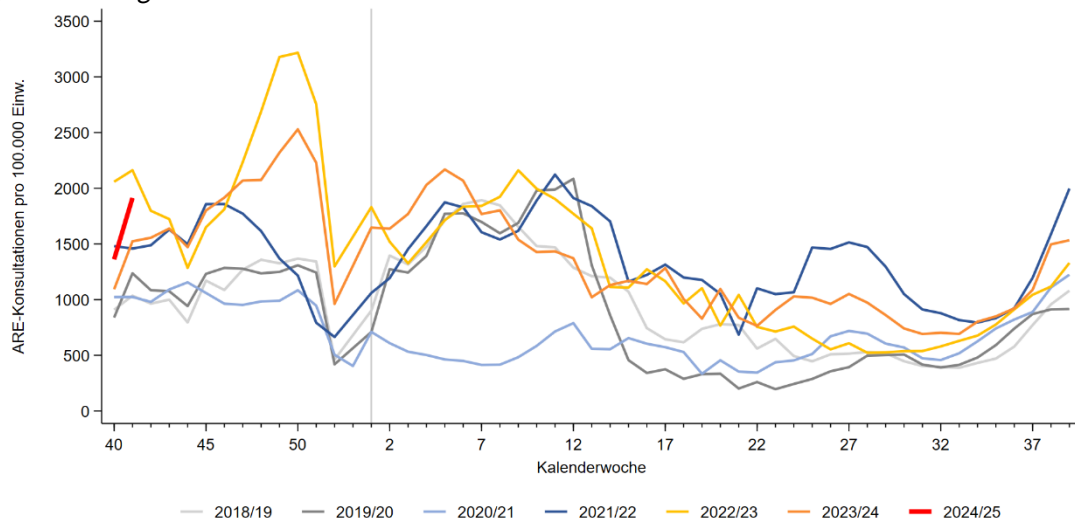


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 41. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 41. KW im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gestiegen (Abb. 3).

Aufgrund der Herbstferien in einigen Bundesländern in der 41. KW 2024 können sich die Werte durch ein geändertes Konsultationsverhalten und Praxisschließzeiten sowie durch nachträgliche Meldungen stärker verändern.

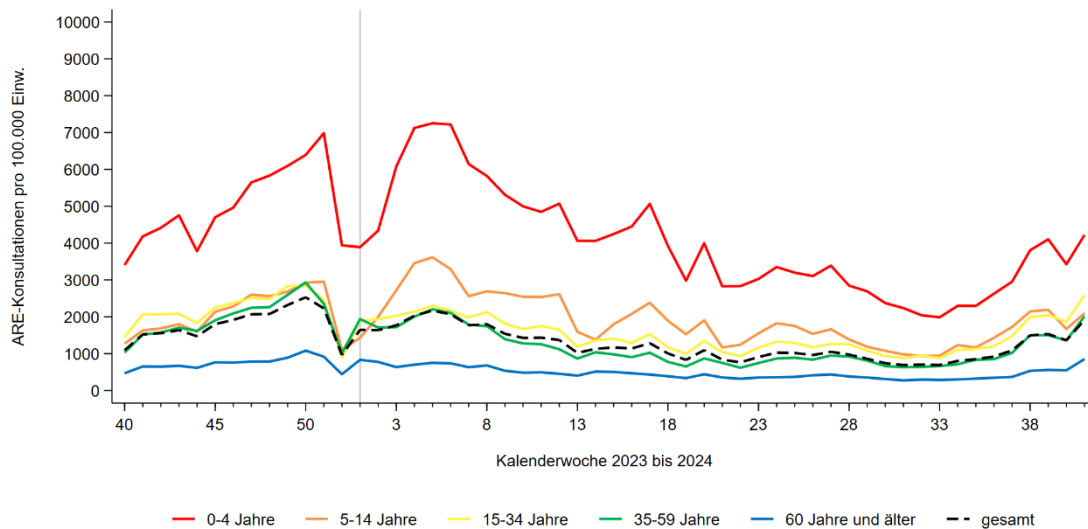


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 41. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 41. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und befindet sich mit rund 100 Arztbesuchen wegen ARE mit COVID-19 Diagnose pro 100.000 Einwohner auf einem ähnlichen Niveau wie letztes Jahr um diese Zeit.

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 Surveillance im ARE-Praxis-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 41. KW 2024 insgesamt 110 Sentinelproben von 38 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 61 (55 %) der 110 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 41. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 30 %) und SARS-CoV-2 (PR 22 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 3 %), Adenoviren (PR 3 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; PR 2 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 1 %) und Influenza C-Viren (PR 1 %). Influenza A- und B-Viren und Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 41. KW nicht nachgewiesen.

Es gab sechs Doppelinfektionen, die hauptsächlich bei Kindern unter fünf Jahren detektiert wurden.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2023/24 und 2024/25 (bis zur 41. KW 2024), Stand 15.10.2024.

		38. KW	39. KW	Gesamt 2023/24	40. KW	41. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben		120	113	8.571	75	110	185
Probenanzahl mit Virusnachweis*		61	54	5.186	38	61	99
	Positivenrate (PR)	51 %	48 %	61 %	51 %	55 %	54 %
Inflenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	8	0	0	0
	A(H3N2)	0	0	54	0	0	0
	A(H1N1)pdm09	0	2	1.130	0	0	0
	B	1	0	190	0	0	0
SARS-CoV-2		20	13	950	8	24	32
RSV		0	0	559	0	0	0
hMPV		0	0	220	0	2	2
PIV (1 – 4)		3	7	353	4	3	7
Rhinoviren		32	35	1.585	22	33	55
hCoV		4	0	360	1	1	2
Adenoviren		6	1	330	5	3	8
Influenza C-Viren**		-	-	-	0	1	1

* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen.

Rhinoviren wurden in allen Altersgruppen nachgewiesen, während SARS-CoV-2 hauptsächlich bei Erwachsenen ab 35 Jahren identifiziert wurden (Abb. 4).

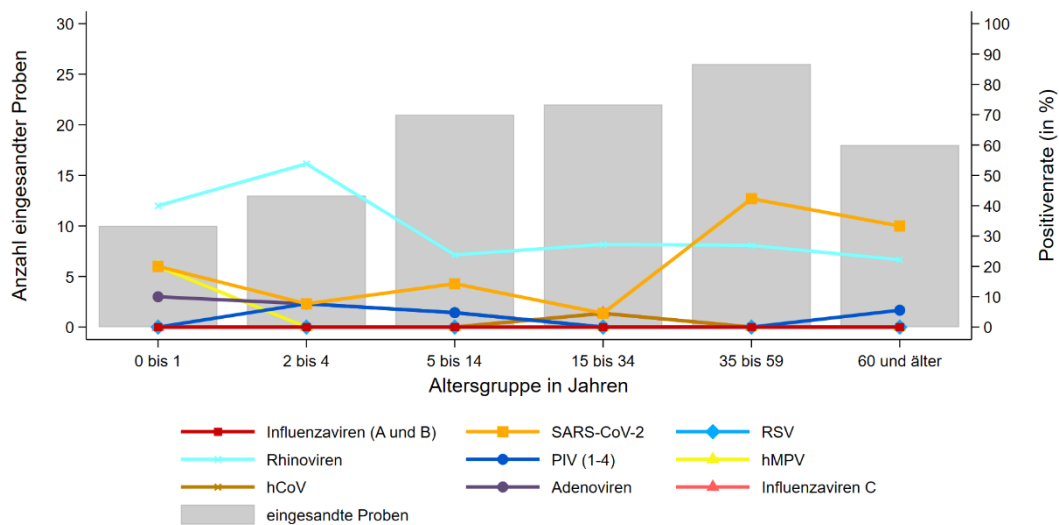


Abb. 4: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren und Adenoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 41. KW 2024.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Ergebnisse der Untersuchungen des NRZ für Inflenzaviren zu den zirkulierenden Viren der Saison 2023/24 (Stand: 9.9.2024) sind abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2023_24.html.

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 39. KW 2024 stehen aktuell 81 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 15.10.2024). 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 und XEC, die von der WHO¹ als VUM eingestuft sind. XEC wurde in Deutschland erstmals im Juni 2024 detektiert. Sie leitet sich aus einer Rekombination zweier JN.1 Sublinien (KS.1.1 und KP.3.3) ab.

Der Anteil von KP.3.1.1 hat in den vergangenen Wochen leicht abgenommen und lag in der 39. KW 2024 bei 41 %. Ihr Höchstwert lag zuvor in der 33. KW 2024 bei 48 %. Dennoch bleibt KP.3.1.1 unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien dominant. Die rekombinante Linie XEC wurde, unter Berücksichtigung der Nachmeldungen für die Vorwochen, mit einem Anteil von 27 % nahezu gleichbleibend häufig nachgewiesen (Vorwoche 29 %).

Das ECDC² geht aufgrund vorläufiger Daten aus Europa von einem Wachstumsvorteil von XEC gegenüber anderen zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien aus. 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 und dem ECDC weiterhin als gering eingestuft. Mit der zunehmenden Verbreitung aufgeführter SARS-CoV-2-Linien wird keine Erhöhung der Krankheitsschwere beobachtet.

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 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) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 41. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die SARI-Inzidenz liegt aktuell etwa auf dem Niveau, das auch im Vorjahr verzeichnet wurde (Abb. 5).

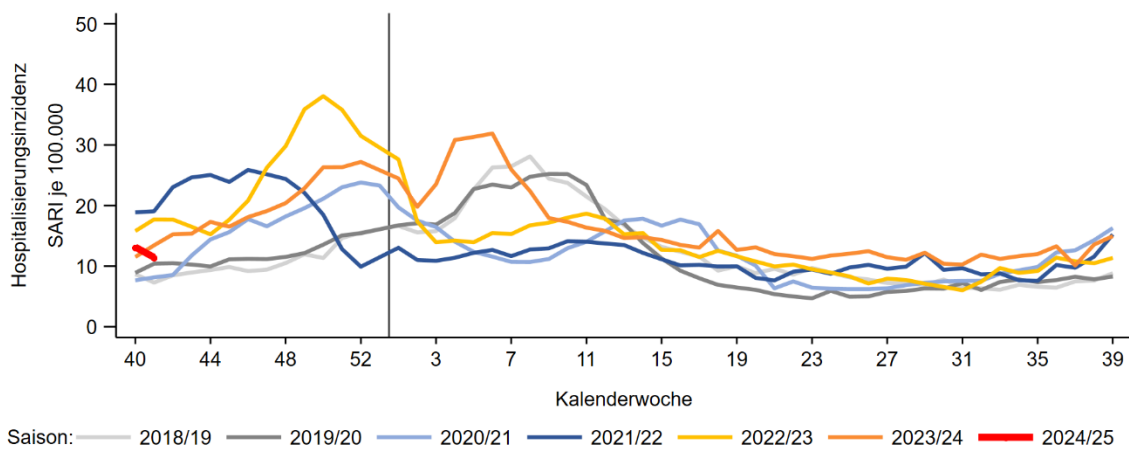


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 41. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 41. KW 2024 in der Altersgruppe ab 60 Jahren stabil geblieben, während in den übrigen Altersgruppen die Werte zurückgingen. Besonders deutlich war der Rückgang in den Altersgruppen zwischen 5 und 59 Jahren. Während des Sommers 2024 wurden bei den 5- bis 34-Jährigen zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. Aktuell liegt die SARI-Inzidenz in der 41. KW in allen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

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

² <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-28-september-4-october-2024-week-40>

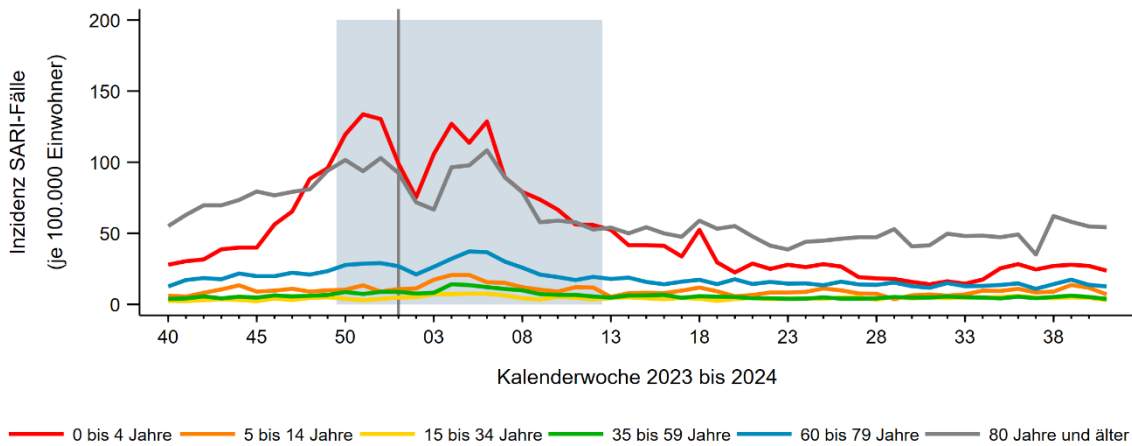


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2023 bis zur 41. KW 2024, Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle in Saison 2023/24 ist grau hinterlegt.

Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag seit der 28. KW 2024 über 10 % und ist danach allmählich weiter angestiegen. In den letzten Wochen ist der Anteil der COVID-19-Diagnosen relativ stabil geblieben. In der 41. KW 2024 erhielten 17 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 21 %). In der 41. KW wurde bei 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza-Diagnose und bei weniger als 1 % eine RSV-Diagnose vergeben (Abb. 7).

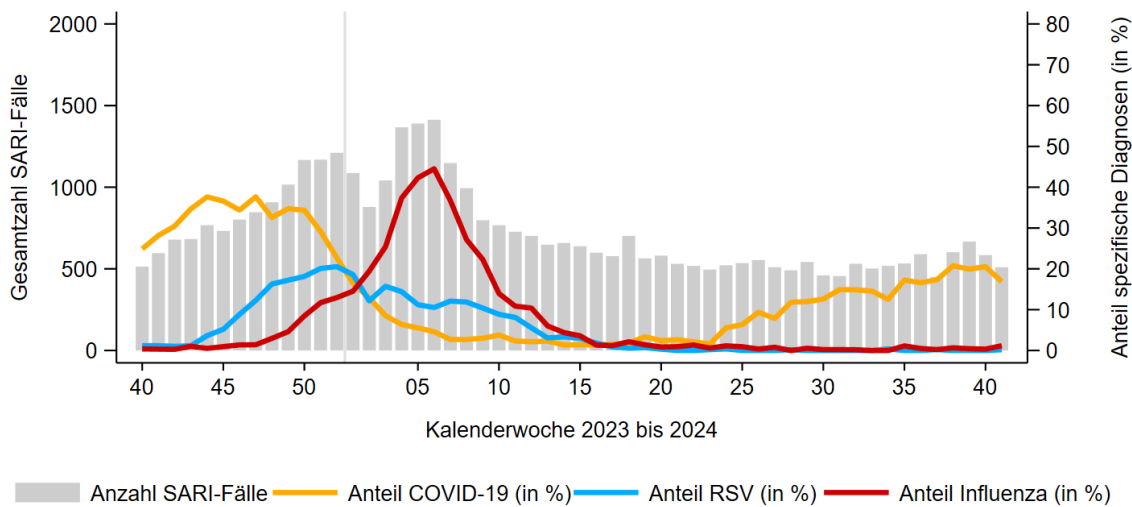


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 41. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 69 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

COVID-19-Diagnosen wurden in der 41. KW in allen Altersgruppen vergeben, überwiegend jedoch in den Altersgruppen ab 60 Jahren. Bei SARI-Fällen ab 80 Jahren war der Anteil der COVID-19-Diagnosen mit 27 % besonders hoch (Abb. 8). Es wurden vereinzelt Influenza-Diagnosen bei 2- bis 4-jährigen und bei 15- bis 34-jährigen vergeben.

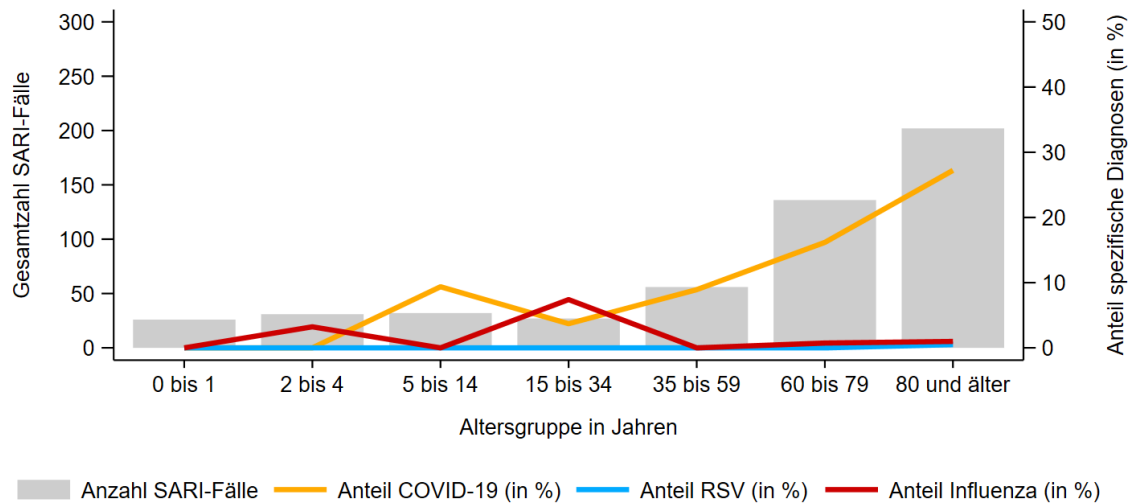


Abb. 8: Anzahl der in der 41. KW 2024 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Nach dem Ende der Grippewelle der Saison 2023/24 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 vier Fälle je 1 Million Einw.). In der 41. KW 2024 erhielten acht (17 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose und ein SARI-Fall (2 %) eine RSV-Diagnose. Es wurden keine Influenza-Diagnosen bei intensivpflichtigen SARI-Fällen vergeben.

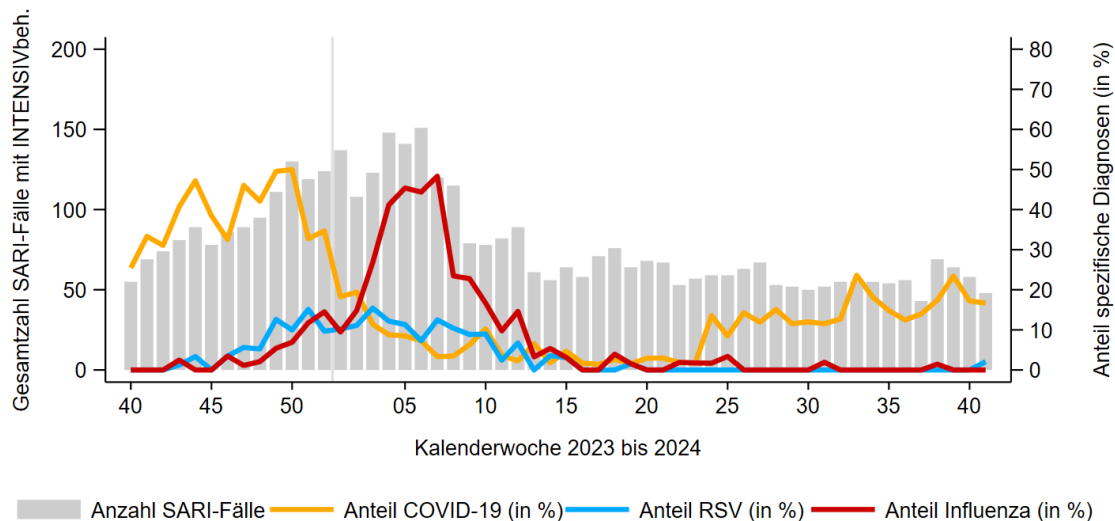


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 41. 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.

Virologische SARI-Surveillance im Krankenhaus-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Mit Beginn der Saison 2024/25 wurde die Berichterstattung zur syndromischen Krankenhaussurveillance (ICOSARI) um die virologische SARI Sentinel-Surveillance erweitert. Diese umfasst 15 Sentinel-Kliniken,

die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ für Influenzaviren wurden in der 41. KW 2024 insgesamt 22 Sentinelproben aus vier der 15 teilnehmenden Kliniken zugesandt. In insgesamt sieben (32 %) der 22 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 41. KW 2024 zirkulierten SARS-CoV-2 (PR 27 %) und Rhinoviren (PR 5 %). Influenzaviren und RSV wurden in der 41. KW nicht nachgewiesen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2023/24 und 2024/25 (bis zur 41. KW 2024), Stand 15.10.2024.

	38. KW	39. KW	Gesamt 2023/24	40. KW	41. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	29	42	1.917	31	22	53
Probenanzahl mit Virusnachweis*	10	13	896	14	7	21
Positivenrate (PR)	35 %	31 %	47 %	45 %	32 %	40 %
Influenzaviren						
A (nicht subtypisiert)	0	0	4	0	0	0
A(H3N2)	0	0	4	0	0	0
A(H1N1)pdm09	0	0	158	1	0	1
B	0	0	6	0	0	0
SARS-CoV-2	2	5	195	6	6	12
RSV	0	0	128	0	0	0
hMPV	0	0	74	0	0	0
PIV (1 – 4)	0	0	58	3	0	3
Rhinoviren	8	8	273	3	1	4
hCoV	0	0	48	1	0	1
Adenoviren	0	1	44	0	0	0
Influenza C-Viren**	-	-	-	0	0	0

* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

In der 41. MW 2024 wurden bislang insgesamt 244 Fälle gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 244 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen zeigen einen steigenden Trend auf einem niedrigen Niveau. Bei 45 Fällen (19 % von allen laborbestätigten Fällen) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 15.10.2024). In der Saison 2024/25 wurden bisher keine Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 keine Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza							
A (nicht subtypisiert)	94	81	95	117	124	169	293
A(H1N1)pdm09	1	4	2	4	4	3	7
A(H3N2)	1	1	1	2	0	2	2
nicht nach A / B differenziert	5	3	4	3	5	10	15
B	40	20	36	34	47	60	107
Gesamt	141	109	138	160	180	244	424
Hospitalisierte Fälle	33	20	34	42	43	45	88

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

COVID-19

In der 41. MW 2024 wurden bislang 11.568 COVID-19 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 4). Bei 3.708 (32 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 15.10.2024). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. In der Saison 2024/25 wurden bisher 84 Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. 95 % der Verstorbenen waren 60 Jahre oder älter.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 44 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 22 Ausbrüche in der 41. MW übermittelt (Tab 5).³

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	6.497	5.843	7.556	9.821	8.127	11.568	19.695
Hospitalisierte Fälle	1.936	1.773	2.298	3.026	2.506	3.708	6.214

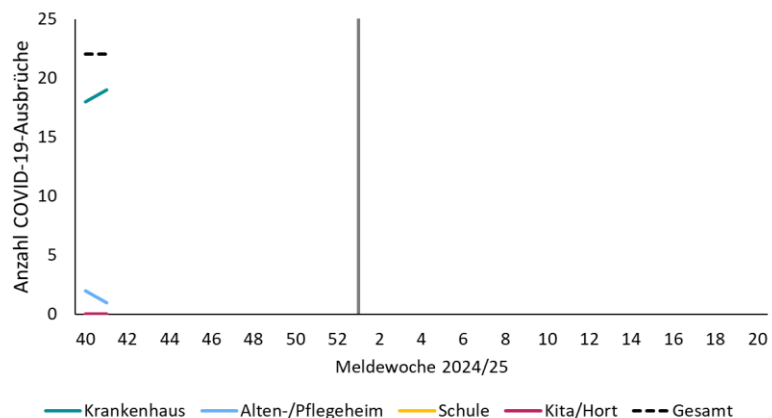
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2024/25. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition berücksichtigt (laborbestätigte Fälle). Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	44
Krankenhaus	37
Alten- und Pflegeheime	3
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	4
Anzahl Ausbruchsfälle	342
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	7,7

*Unter sonstige Settings sind alle weiteren Settings wie z.B. privater Haushalt, Arbeitsplatz oder Freizeit zusammengefasst.



RSV-Infektionen

Für die 41. 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-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 35 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 6). Die Fallzahlen befinden sich auf einem niedrigen Niveau.

Bei sieben (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 41. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 15.10.2024). In der Saison 2024/25 wurden bisher keine Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 keine RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorie C-E)

	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	27	22	39	58	24	35	59
Hospitalisierte Fälle	8	3	9	7	6	7	13

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

³ Eine ausführliche Beschreibung zu Ausbrüchen und Ausbruchsfällen mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in der Saison 2023/24 wurden im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/39_24.pdf

Abwassermonitoring von SARS-CoV-2

Die Abb. 10 zeigt den Verlauf der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser. Seit der 38. KW 2024 ist ein starker Anstieg der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast zu beobachten.

In der 41. KW lagen Daten aus 123 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>.

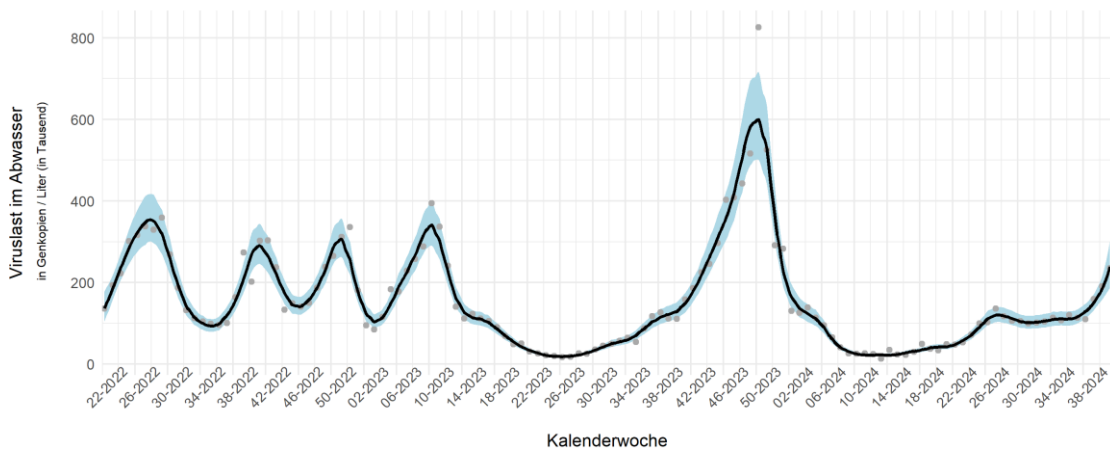


Abb. 10: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 15.10.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (9.10.2024, 41. KW). Gezeigt 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, Hackmann C, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 41/2024 | DOI: 10.25646/12871