

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
46. Kalenderwoche (11.11. bis 17.11.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität liegt weiterhin auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen ist aktuell niedrig und liegt teilweise unter dem Niveau der Vorjahre. Das ARE-Geschehen wurde seit Juli 2024 hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. In den letzten Wochen ist die SARS-CoV-2-Aktivität in den verschiedenen Surveillancesystemen jedoch rückläufig.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 46. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 46. KW 2024 in insgesamt 74 der 150 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (30 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 9 %), SARS-CoV-2 (6 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 5 %), Adenoviren (4 %), Influenza A- oder B-Viren (1 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 1 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 46. KW 2024 leicht gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ist in den letzten Wochen zurückgegangen. Es wurden in der 46. KW bei 15 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose und bei jeweils weniger als 1 % der Fälle eine RSV- bzw. eine Influenza-Diagnose vergeben. In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in 18 der 48 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (15 %), SARS-CoV-2 (13 %), Adenoviren und hCoV (je 4 %). RSV und PIV wurden mit jeweils 2 % nachgewiesen.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 46. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 45. MW gesunken. Die Zahl der übermittelten Influenza- und RSV-Fälle ist dagegen leicht gestiegen.

In der 44. KW 2024 wurde im Rahmen der Integrierten Genomischen Surveillance von SARS-CoV-2 die rekombinante Sublinie XEC mit einem zunehmenden Anteil von 54 % am häufigsten und die Sublinie KP.3.1.1 mit einem abnehmenden Anteil von 38 % nachgewiesen.

Im Abwassermonitoring ist seit der 42. KW ein leichter Rückgang der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast zu beobachten. Die Viruslast von Influenza A- und B-Viren befindet sich in der 46. KW weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- 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.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 13.11.2024): <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>

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

- Eine neue Version mit zusätzlichen Funktionen des interaktiven Dashboards mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Daten zu Influenza, RSV und COVID-19 (European Respiratory Virus Surveillance Summary, ERVISS v2.0) ist verfügbar: <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 46. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lag insgesamt bei rund 8.500 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.200; Abb. 1). Dabei sind die Werte in allen Altersgruppen gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,2 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 war von der 39. KW bis zur 45. KW gesunken. In der 46. KW kam es zu keinem weiteren Rückgang, der Wert lag bei rund 600 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 500). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

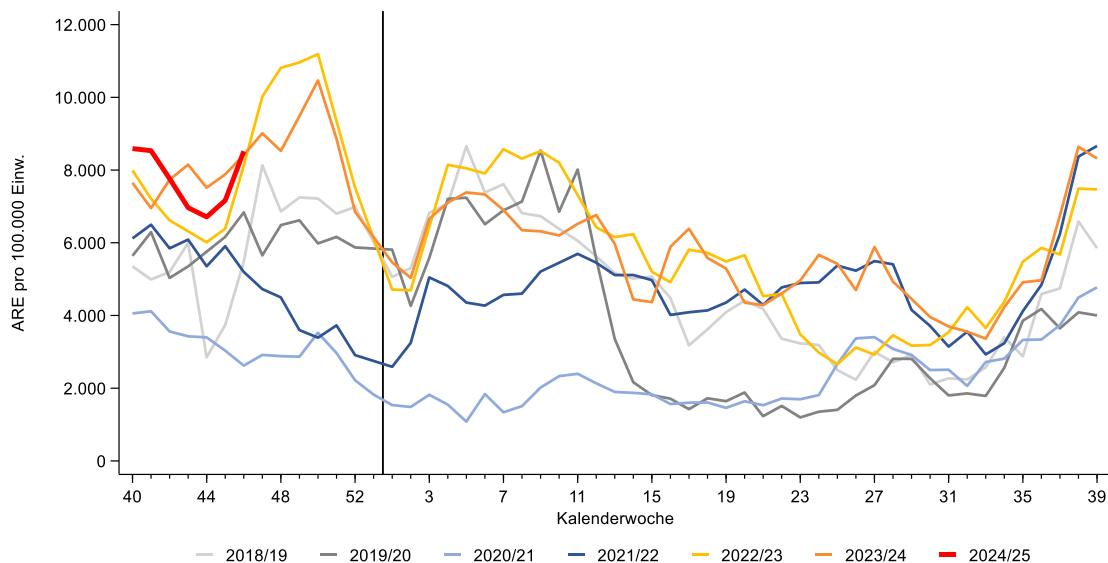


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 46. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken (Abb. 2). Die ca. 1.600 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 46. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 1,3 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

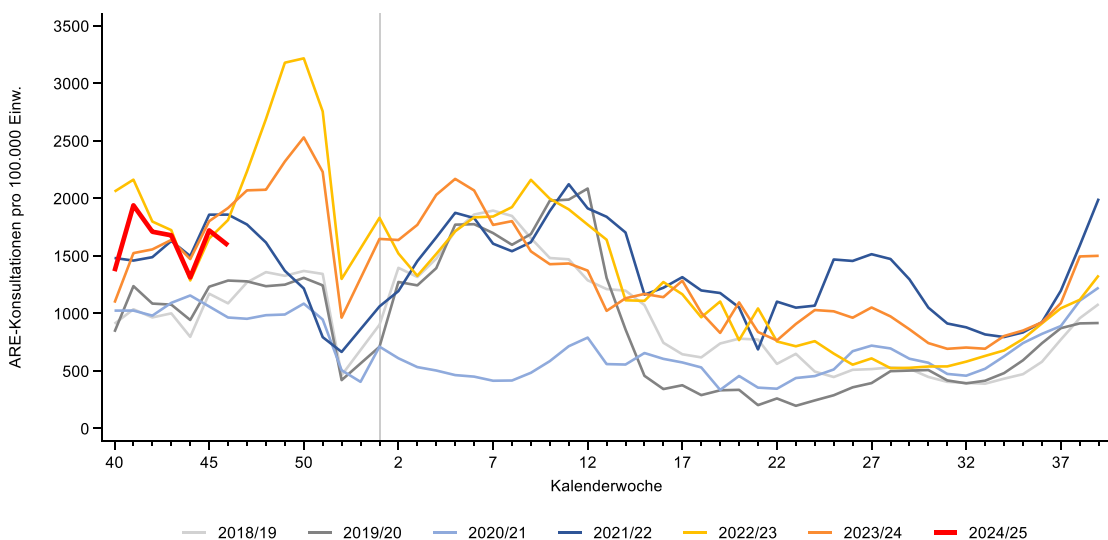


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 46. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den Erwachsenen ab 15 Jahren leicht gesunken und bei den Kindern bis 14 Jahren leicht gestiegen (Abb. 3).

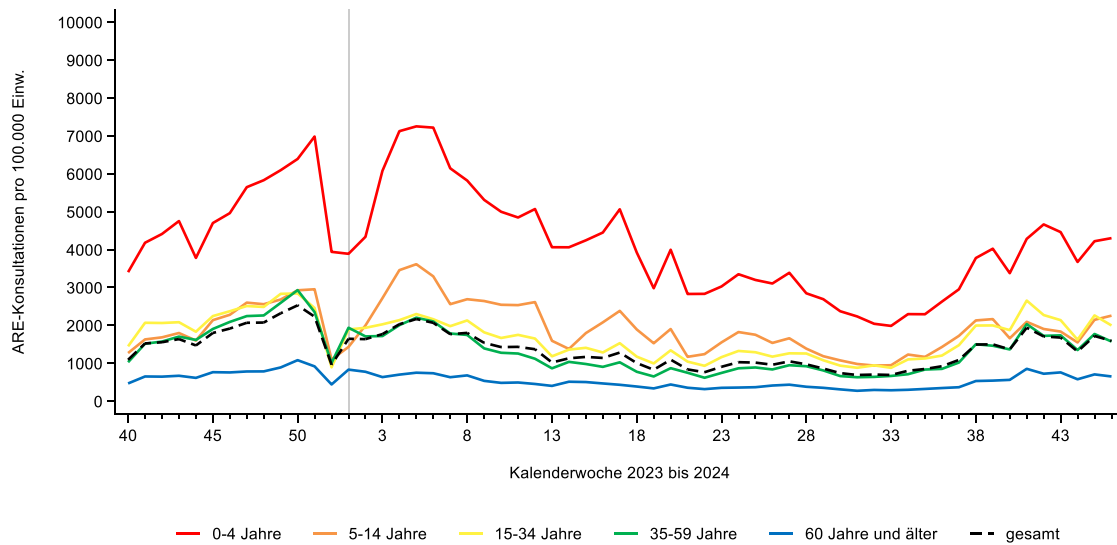


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 46. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 46. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befindet sich mit unter 100 Arztbesuchen wegen ARE mit COVID-19 Diagnose pro 100.000 Einw. auf einem niedrigeren Niveau als 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 46. KW 2024 insgesamt 150 Sentinelproben von 54 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 74 (49 %) der 150 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

Es gab zehn Doppelinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von Rhinoviren.

In der 46. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 30 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 9 %), SARS-CoV-2 (PR 6 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 5 %) und Adenoviren (PR 4 %). Influenza A- oder B-Viren sowie Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden mit jeweils 1 % nachgewiesen. Humane Metapneumoviren (hMPV) oder Influenza C-Viren wurden in der 46. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4).

Die Positivenrate von SARS-CoV-2 zeigt seit dem Peak in der 43. KW 2024 einen sinkenden Trend.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 46. KW 2024), Stand 19.11.2024.

		43. KW	44. KW	45. KW	46. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben		154	126	141	150	973
Probenanzahl mit Virusnachweis*		81	64	74	74	514
	Positivenrate (PR)	53 %	51 %	52 %	49 %	53 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0
	A(H3N2)	0	0	0	0	1
	A(H1N1)pdm09	0	0	1	1	4
	B	0	0	2	0	2
SARS-CoV-2		34	18	16	9	150
RSV		0	0	1	2	3
hMPV		0	0	2	0	4
PIV (1 – 4)		9	7	9	13	58
Rhinoviren		30	35	37	45	267
hCoV		8	6	8	8	39
Adenoviren		10	5	12	6	49
Influenza C-Viren**		0	0	0	0	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.

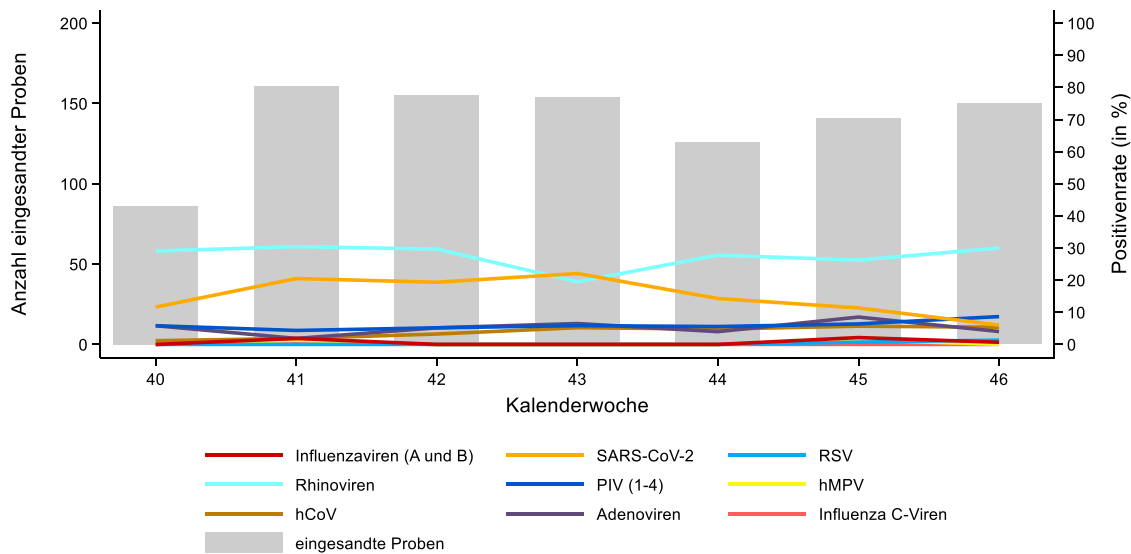


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 46. KW 2024.

In der 46. KW wurden Rhinoviren in allen Altersgruppen nachgewiesen, während SARS-CoV-2 vorwiegend bei Erwachsenen ab 35 Jahren detektiert wurden (Abb. 5). PIV und Adenoviren wurden hauptsächlich bei den 0- bis 4-jährigen nachgewiesen.

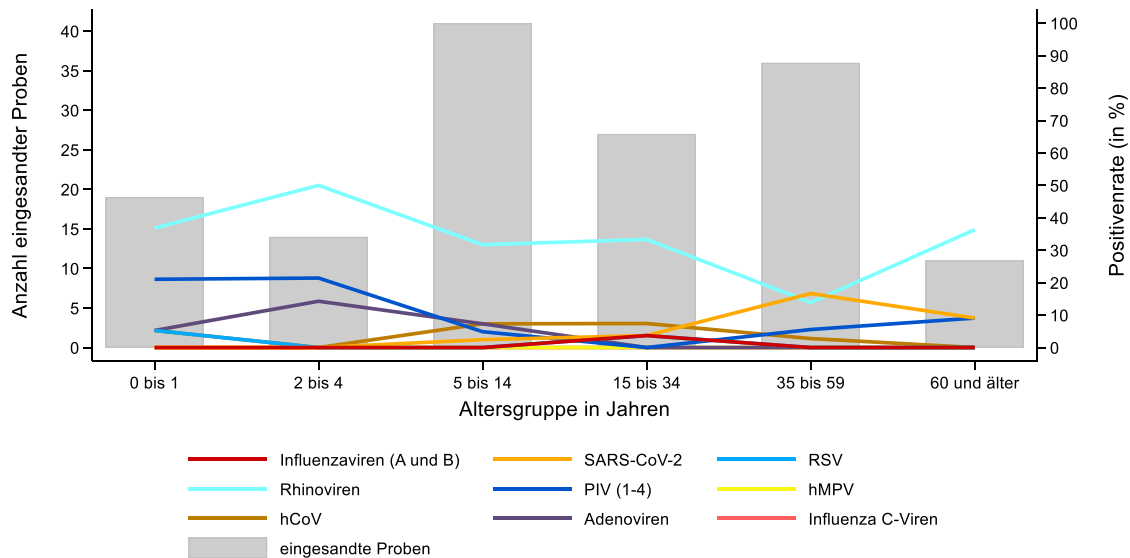


Abb. 5: Anteil (Positivitätsraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 46. KW 2024.

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

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter www.rki.de/nrz-influenza.

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

Für die 44. KW 2024 stehen aktuell 87 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 19.11.2024). Die rekombinante SARS-CoV-2 Linie XEC (inklusive ihrer Sublinien) wurde im Vergleich zur Vorwoche mit einem zunehmenden Anteil nachgewiesen und lag in der 44. KW bei 54 % (Vorwoche: 35 %). Somit wurde XEC in der 44. KW im Rahmen der integrierten genomischen Surveillance zu SARS-CoV-2 am häufigsten nachgewiesen. Der Anteil der Linie KP.3.1.1 hat weiter abgenommen und lag in der 44. KW bei 38 % (Vorwoche: 55 %).

Derzeit zirkulieren in Deutschland verschiedene SARS-CoV-2 Linien, die sich von der als VOI eingestuft Variante JN.1 ableiten. Dazu zählen auch KP.3.1.1 und XEC, die von der WHO¹ als VUM eingestuft sind.

Aufgrund von Nachmeldungen kommt es regelmäßig zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume. 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.

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

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 46. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Die SARI-Inzidenz liegt aktuell noch auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (Abb. 6).

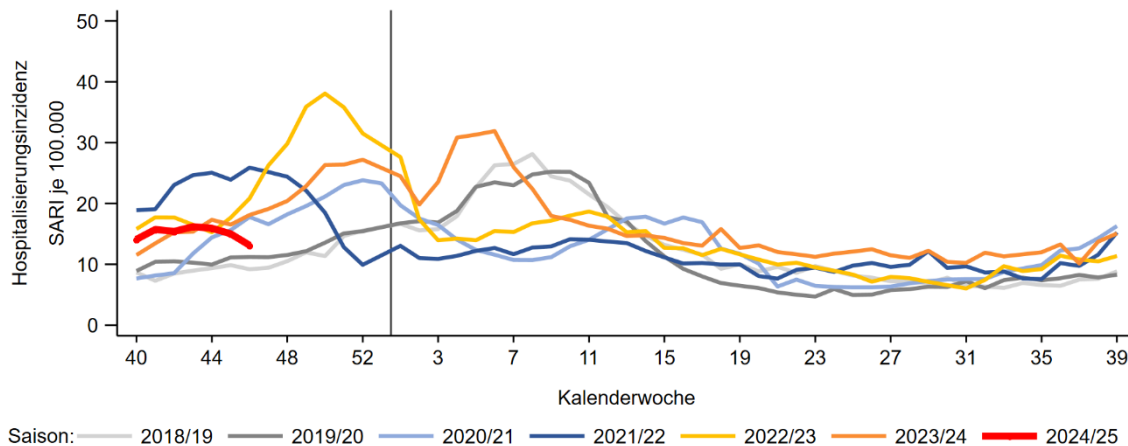


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 46. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 46. KW 2024 in den meisten Altersgruppen gesunken, in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen wurde jedoch ein Anstieg verzeichnet. Während des Sommers 2024 wurden bei den 5- bis 14-jährigen und den 15- bis 34-jährigen zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. Aktuell liegt die SARI-Inzidenz in diesen Altersgruppen weiterhin auf einem erhöhten Niveau. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 46. KW auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

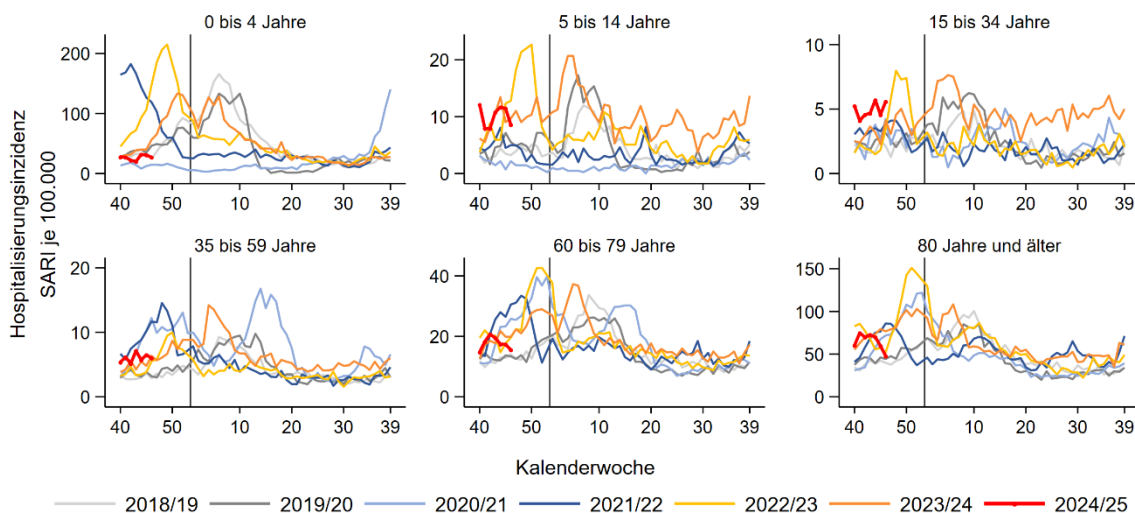
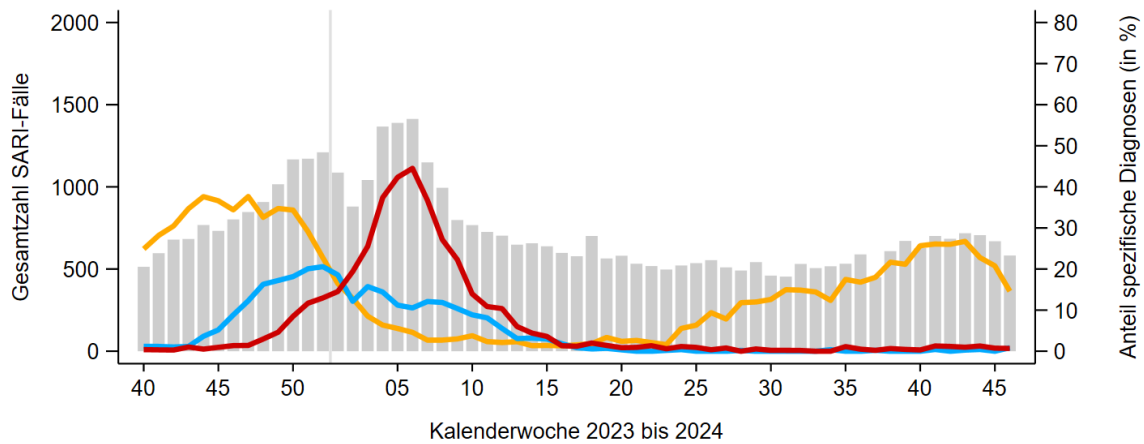


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 46. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

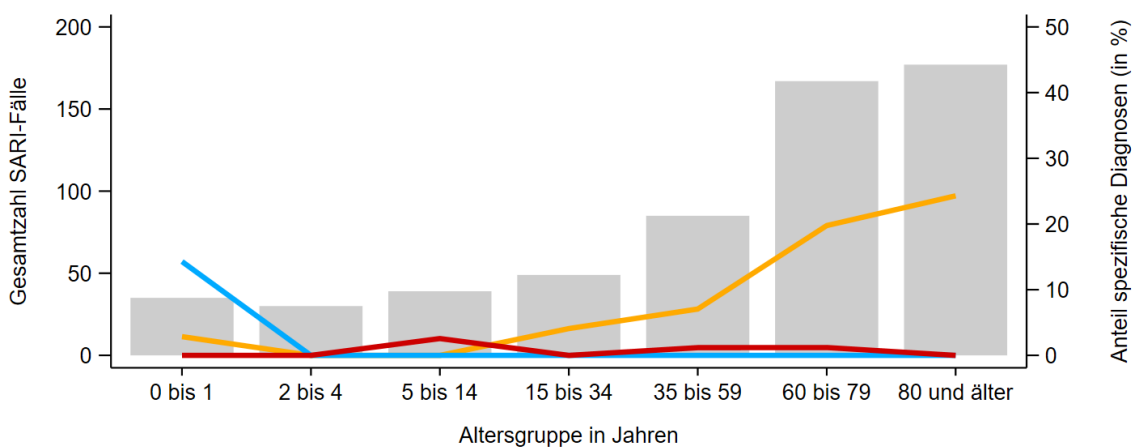
Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag ab der 28. KW 2024 über 10 % und ist danach allmählich weiter angestiegen. Seit der 44. KW ist der Anteil der COVID-19-Diagnosen zurückgegangen. In der 46. KW 2024 erhielten 15 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 21 %). Es wurde bei jeweils weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine RSV- oder eine Influenza-Diagnose vergeben (Abb. 8).



■ Anzahl SARI-Fälle — Anteil COVID-19 (in %) — Anteil RSV (in %) — Anteil Influenza (in %)

Abb. 8: 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 46. 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 46. KW überwiegend bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren vergeben (Abb. 9). Es wurden RSV-Erkrankungen bei Kindern unter 2 Jahren diagnostiziert. Vereinzelt wurden Influenza-Diagnosen bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre) und Erwachsenen zwischen 35 bis 79 Jahren vergeben.



■ Anzahl SARI-Fälle — Anteil COVID-19 (in %) — Anteil RSV (in %) — Anteil Influenza (in %)

Abb. 9: Anzahl der in der 46. 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. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Ab der 38. KW 2024 stieg der Anteil an COVID-19-Diagnosen bei SARI-Fällen mit Intensivbehandlung an, ab der 44. KW ging der Anteil der COVID-19-Diagnosen wieder zurück (Abb. 10). In der 46. KW 2024 erhielten 13 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose. Es wurden vereinzelt Influenza- (4 %) bzw. RSV-Diagnosen (2 %) bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

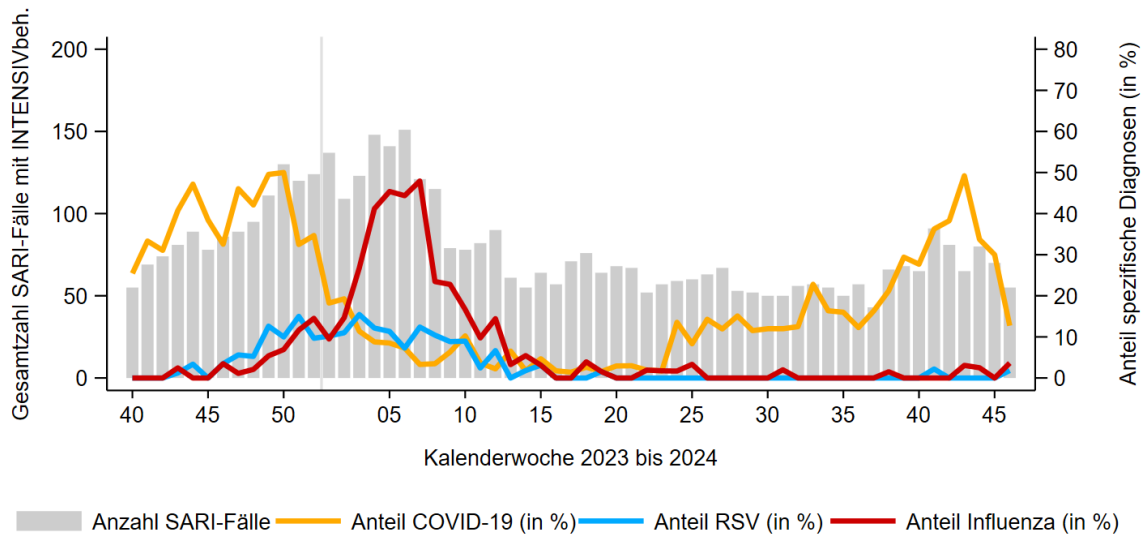


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 46. 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)

Die Berichterstattung zur virologischen SARI-Sentinel-Surveillance 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 46. KW 2024 insgesamt 48 Sentinelproben aus sechs der 15 teilnehmenden Kliniken zugesandt. In insgesamt 18 (38 %) der 48 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 46. KW 2024 wurden Rhinoviren (PR 15 %), SARS-CoV-2 (PR 13 %), Adenoviren (PR 4 %), hCoV (PR 4 %), RSV (PR 2 %) und PIV (PR 2 %) nachgewiesen (Abb. 11). RSV wurden in der aktuellen Saison 2024/25 zum ersten Mal in der 46. KW 2024 in der virologischen SARI Surveillance detektiert. Influenza A- oder B-Viren, hMPV und Influenza C-Viren wurden in der 46. KW nicht nachgewiesen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 46. KW 2024), Stand 19.11.2024.

	43. KW	44. KW	45. KW	46. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	47	40	37	48	295
Probenanzahl mit Virusnachweis*	18	23	14	18	121
Positivenrate (PR)	38 %	58 %	38 %	38 %	41 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0
A(H3N2)	0	0	0	0	0
A(H1N1)pdm09	1	0	0	0	2
B	0	1	0	0	1
SARS-CoV-2	7	14	4	6	54
RSV	0	0	0	1	1
hMPV	1	0	1	0	2
PIV (1 – 4)	1	0	5	1	14
Rhinoviren	7	6	6	7	41
hCoV	1	1	1	2	7
Adenoviren	0	2	2	2	11
Influenza C-Viren**	0	0	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

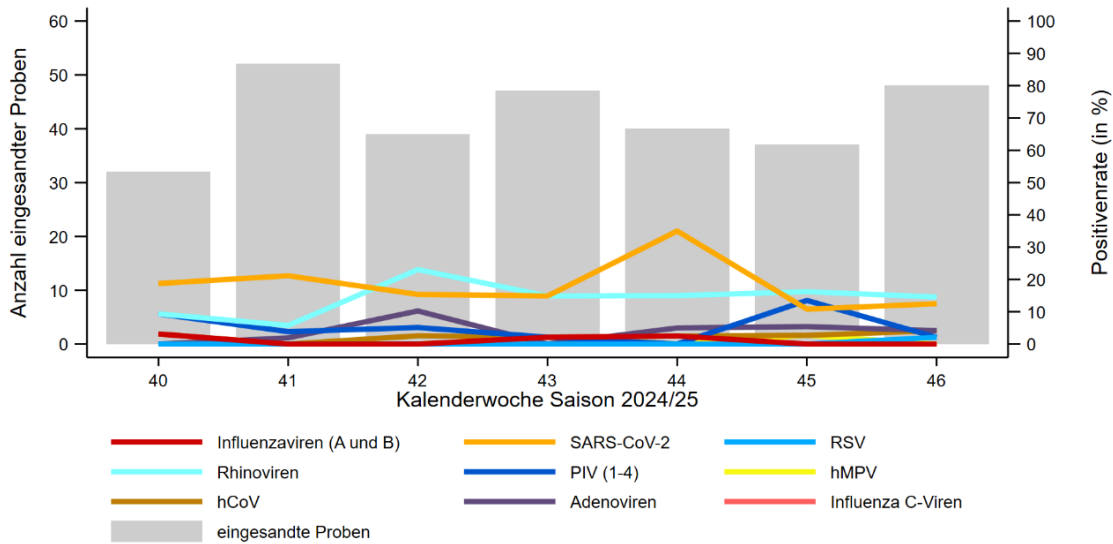


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 46. KW 2024

Von der 43. KW bis zur 46. KW wurde SARS-CoV-2 hauptsächlich bei Erwachsenen ab 60 Jahren identifiziert, Rhinoviren vorwiegend bei Kindern sowie jungen Erwachsenen bis 34 Jahren. Zudem wurden vereinzelt weitere Viren des Erregerpanels nachgewiesen, hauptsächlich bei Kindern unter 14 Jahren (Abb. 12).

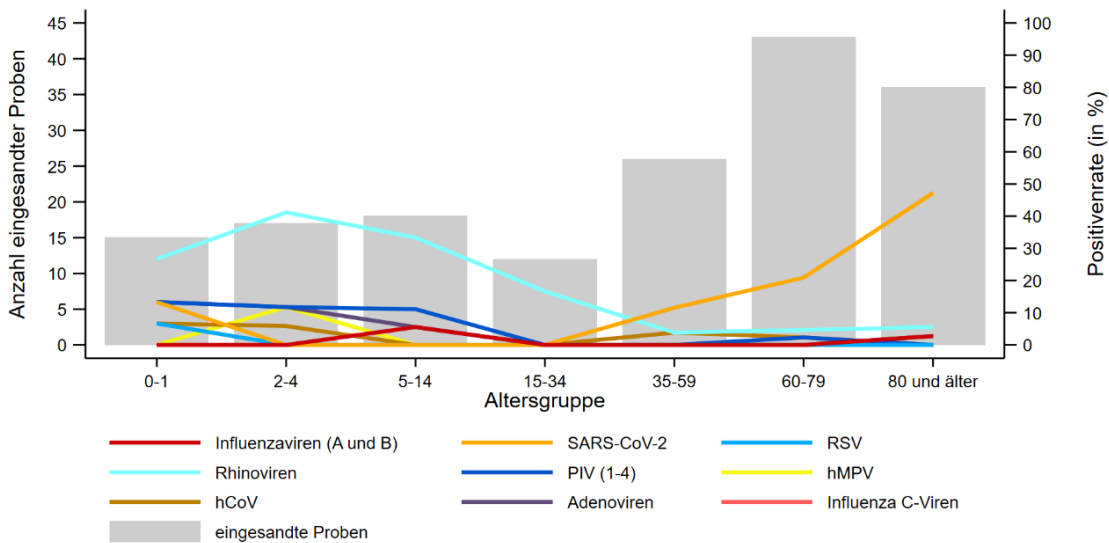


Abb. 12: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (43. KW bis 46. KW 2024).

Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

In der 46. MW 2024 wurden bislang insgesamt 358 Fälle gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 358 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen liegen auf einem niedrigen Niveau. Sie sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Bei 70 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 19.11.2024).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 1.855 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Davon entfallen 1.854 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 354 (19 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

In der Saison 2024/25 wurden bislang fünf 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)

	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	175	170	198	158	202	242	1.269
A(H1N1)pdm09	4	8	3	6	4	7	36
A(H3N2)	3	1	1	2	1	1	9
nicht nach A / B differenziert	13	6	7	9	7	14	61
B	63	63	65	67	80	94	479
Gesamt	258	248	274	242	294	358	1.854
Hospitalisierte Fälle	54	35	42	57	48	70	354

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

COVID-19

In der 46. MW 2024 wurden bislang 7.943 COVID-19 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 4). Bei 2.550 (32 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 19.11.2024). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 70.539 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 24.919 (35 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

In der Saison 2024/25 wurden bisher 788 Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. 97 % der Verstorbenen waren 60 Jahre oder älter.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 211 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden zwölf Ausbrüche in der 46. MW übermittelt (Tab 5).²

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

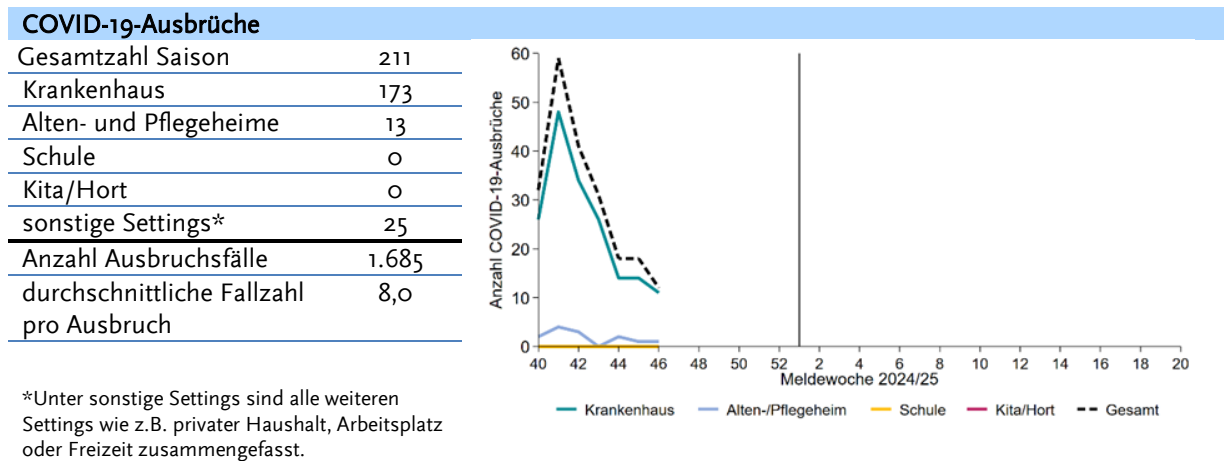
	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW
SARS-CoV-2	12.092	12.116	12.355	8.982	8.897	7.943	70.539
Hospitalisierte Fälle	4.445	4.375	4.521	3.290	3.079	2.550	24.919

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

² Eine ausführliche Beschreibung zu Ausbrüchen und Ausbruchsfallen 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

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.



RSV-Infektionen

Für die 46. MW 2024 wurden bislang insgesamt 149 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 149 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 6). Die Fallzahlen liegen auf einem niedrigen Niveau. Sie sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen.

Bei 31 (21 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 46. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 19.11.2024).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 504 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Alle 504 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 132 (26 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

In der Saison 2024/25 wurden bislang 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)

	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	35	58	57	87	94	149	504
Hospitalisierte Fälle	9	16	18	27	25	31	132

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

Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

SARS-CoV-2

Die Abb. 13 zeigt den Verlauf der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser. Seit der 42. KW ist ein leichter Rückgang der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast zu beobachten.

In der 46. KW lagen Daten aus 104 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.

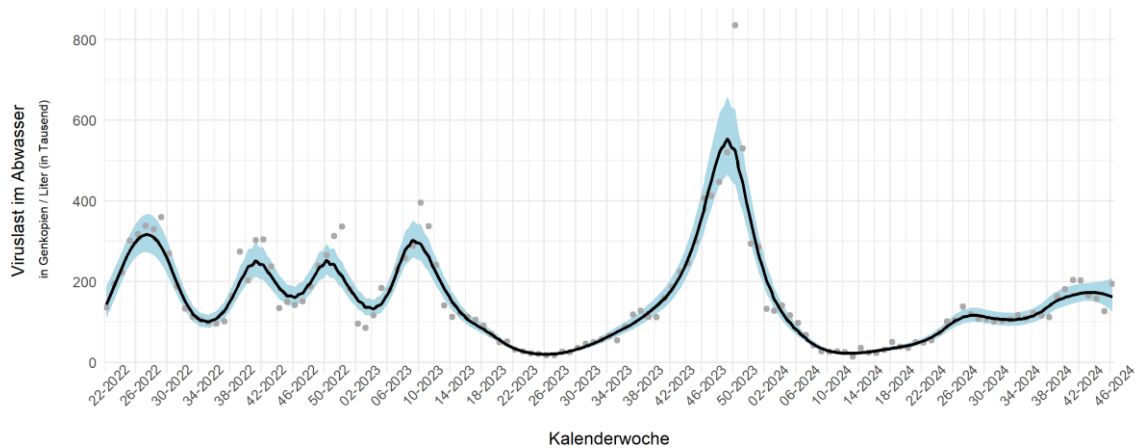


Abb. 13: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 19.11.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (13.11.2024, 46. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert.

Influenzaviren

Die Abb. 14 zeigt den Verlauf der aggregierten Viruslast von Influenza A- und B-Viren im Abwasser. Insgesamt wird in 99 Kläranlagen auf Influenzaviren untersucht. Seit der 9. KW 2024 befinden sich die Viruslasten für Influenza A- und B-Viren im niedrigen Bereich.

In der 46. KW lagen Daten aus 72 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

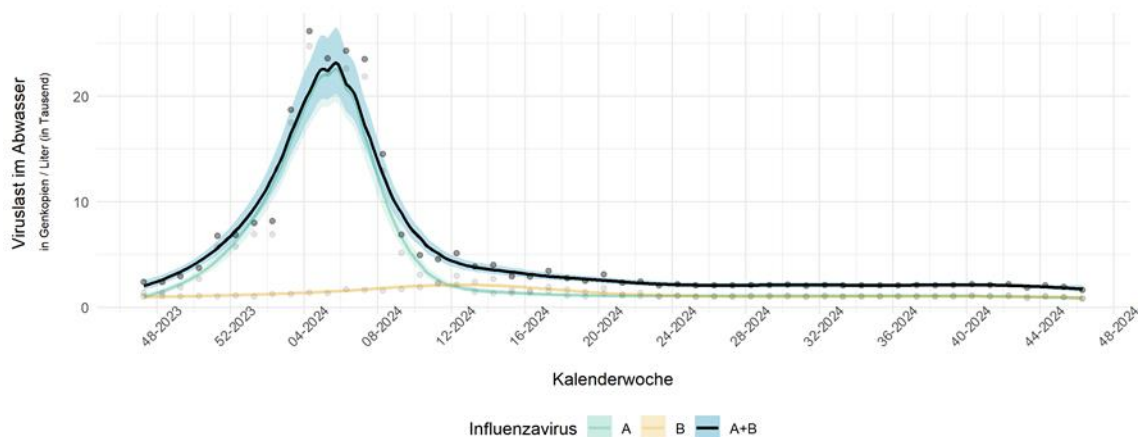


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 19.11.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (13.11.2024, 46. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert.

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

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. 6 und Abb. 7 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 vom 9.7.2024, die nach der Beendigung der Vorsorgeverordnung mit dem 30.6.2024 den finalen Stand der Daten darstellen, sind abrufbar unter: 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, Hackmann C, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 46/2024 | DOI: 10.25646/12922