



ARE-Wochenbericht

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe*

Kalenderwoche 10 (7.3. bis 13.3.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 10. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 10. KW bundesweit auch etwas mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen in der 10. KW im Bereich der jährlichen Grippewellen vor der COVID-19-Pandemie und weiterhin deutlich höher als letztes Jahr um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 10. KW 2022 in insgesamt 72 (60 %) der 121 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 32 (26 %) Proben mit SARS-CoV-2, 20 (17 %) mit Rhinoviren, 18 (15 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), sechs (5 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), vier (3 %) mit Influenza A(H3N2)-Viren, drei (2 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und zwei (2 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 2. KW 2022 insgesamt weitestgehend stabil.

Für die 10. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 265 labor diagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 15.3.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland ist weiterhin niedrig. Eine Grippewelle (nach Definition der AGI) auf Bevölkerungsebene hat bisher nicht begonnen. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt, im stationären Bereich ist COVID-19 weiterhin die häufigste Erkrankung unter allen schweren Atemwegsinfektionen.

Weitere Informationen zur Saison 2021/22

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb der bisherigen typischen Zeiträume bestimmt. Influenzaviren wurden seit der 50. KW 2021 zwar regelmäßig detektiert, die Influenza-Aktivität befindet sich aber weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Die ARE-Konsultationsinzidenz hatte in der aktuellen Saison 2021/22 ihren bisherigen Höhepunkt in der 5. KW 2022 mit ca. 1,6 Millionen Arztbesuchen wegen ARE. Nach einem Rückgang von der 6. bis zur 8. KW ist die ARE-Aktivität seit der 9. KW 2022 wieder leicht angestiegen. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt, im stationären Bereich ist COVID-19 weiterhin die häufigste Erkrankung unter allen schweren Atemwegsinfektionen.

Auf europäischer Ebene gibt es derzeit Hinweise für eine erneut ansteigende Influenza-Aktivität. Die Influenza-Positivenrate für Europa lag in der 9. KW bei 14 %, in der 8. KW bei 12 %. Die hohe Krankheitslast durch COVID-19 bestimmt allerdings weiterhin das Infektionsgeschehen der akuten Atemwegserkrankungen. Das Einhalten der AHA+L-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko für COVID-19, Influenza und weitere respiratorisch übertragbare akute Infektionen.

Sentinel-Ergebnisse aus der syndromischen und virologischen Surveillance zu COVID-19 werden donnerstags im RKI-Wochenbericht zu COVID-19 aufgeführt:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html.

* Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <https://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Rate ist in der 10. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen (5,8 %; Vorwoche: 5,5 %). Die ARE-Raten sind in den Altersgruppen der 0- bis 4-Jährigen und der 15- bis 34-Jährigen gestiegen. Die ARE-Rate lag in der 10. KW deutlich über dem Vorjahreswert, aber noch unter den Jahren vor der Pandemie (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 5,8 % einer Gesamtzahl von ca. 4,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Seit dem Jahreswechsel wurde in der 10. KW 2022 die bisher höchste ARE-Rate beobachtet (5,8 %), jedoch lagen die Werte im Herbst 2021 darüber (41. KW 2021: 6,5 %). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

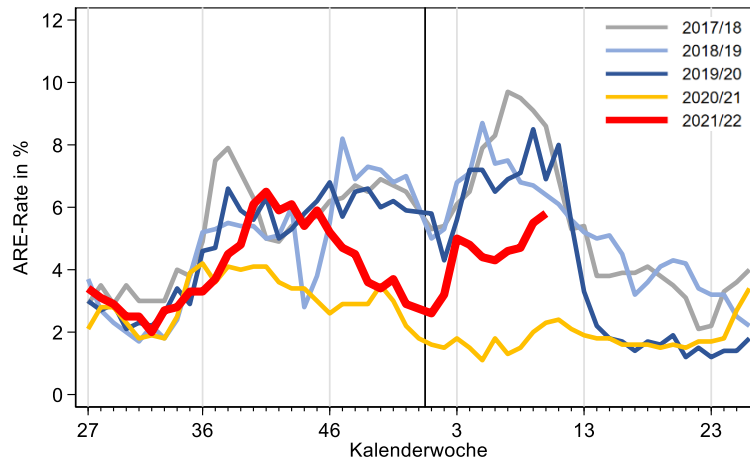


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 10. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 10. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Während in den AGI-Großregionen Süden und Osten der Praxisindex im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität lag, lag er in Mitte (West) und Norden (West) im Bereich moderat bzw. geringfügig erhöhter ARE-Aktivität.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 3. KW bis zur 10. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW
Süden	134	173	207	210	191	182	194	203
Baden-Württemberg	130	180	198	195	184	179	186	208
Bayern	138	166	215	225	197	185	202	197
Mitte (West)	181	195	206	209	169	153	158	146
Hessen	199	199	211	218	165	133	170	149
Nordrhein-Westfalen	181	206	224	219	194	164	165	147
Rheinland-Pfalz, Saarland	163	181	183	192	146	161	139	144
Norden (West)	137	147	133	147	140	141	136	130
Niedersachsen, Bremen	126	151	145	161	137	147	147	139
Schleswig-Holstein, Hamburg	148	144	120	134	144	136	126	121
Osten	131	148	195	215	187	205	211	229
Brandenburg, Berlin	184	180	204	206	163	169	163	180
Mecklenburg-Vorpommern	130	163	175	208	268	203	252	323
Sachsen	80	112	161	176	163	175	179	176
Sachsen-Anhalt	138	149	264	314	209	249	231	217
Thüringen	122	139	170	170	132	228	232	251
Gesamt	149	170	193	200	175	170	175	175

Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass nachträglich eingehende Meldungen die Werte in den Folgewochen noch verändern können.

* Praxisindex bis 115: Hintergrund-Aktivität; 116 bis 135: geringfügig erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 136 bis 155: moderat erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 156 bis 180: deutlich erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex > 180: stark erhöhte ARE-Aktivität

Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz lagen seit dem Jahreswechsel 2021/22 bis zur 10. KW 2022 im Bereich der Jahre vor der Pandemie (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gestiegen und lag in der 10. KW 2022 bei rund 1.600 (9. KW: 1.550, 8. KW: 1.500) Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,4 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Der bisherige Höhepunkt in der Saison 2021/22 wurde in der 5. KW mit rund 1,6 Millionen ARE-Arztbesuchen verzeichnet. Ähnlich hohe Zahlen wurden bereits im Spätherbst (45./46. KW 2021) beobachtet.

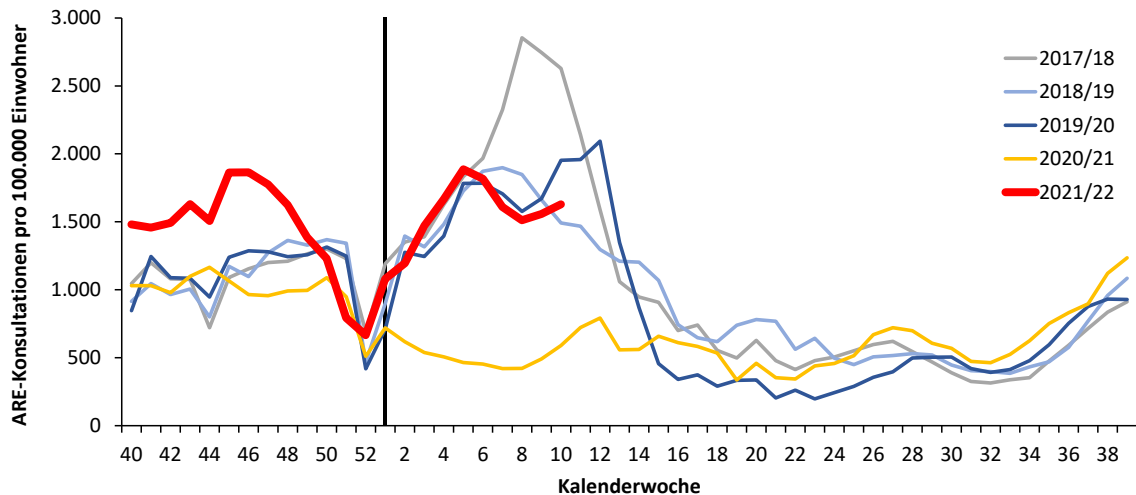


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 10. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 10. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gestiegen oder stabil geblieben (Abb. 3). Den deutlichsten Anstieg gab es im Vergleich zur Vorwoche bei den ab 60-Jährigen (20 %), gefolgt von den 5- bis 14-Jährigen mit einem Anstieg um 14 %. In den anderen drei Altersgruppen ist der Wert im Vergleich zur Vorwoche nur leicht gestiegen oder stabil geblieben. Die Werte liegen in der 10. KW 2022 in vier der fünf Altersgruppen in einem Bereich, der auch vor der COVID-19-Pandemie beobachtet wurde. Bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) liegen die Werte aktuell darunter.

Die Diagramme der ARE-Konsultationsinzidenz für Deutschland und die einzelnen AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

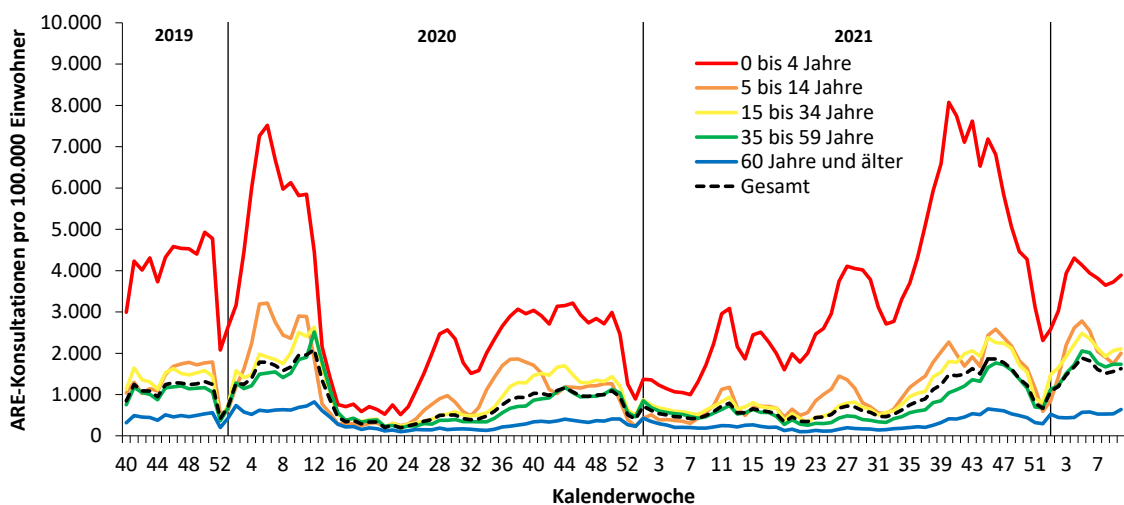


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 10. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 650 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 10. KW 2022 lagen 416 Meldungen vor, darunter 264 Meldungen über das SEED^{ARE}-Modul. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 10. KW 2022 insgesamt 121 Sentinelproben von 44 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 10. KW 2022 in insgesamt 72 (60 %) der 121 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 32 (26 %) Proben mit SARS-CoV-2, 20 (17 %) mit Rhinoviren, 18 (15 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), sechs (5 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) der Typen HKU1 oder 229E, drei (2 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und zwei (2 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV). In der 10. KW wurden in vier (3 %; 95 %-Konfidenzintervall [0; 9]) Proben Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen (Tab. 2; Stand: 15.3.2022).

In der 10. KW 2022 gab es insgesamt sieben Doppel- und drei Dreifachinfektionen, darunter eine Doppelinfektion mit Influenzaviren und SARS-CoV-2. Mehrfachnachweise wurden hauptsächlich in der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen detektiert.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2021/22 (ab 40. KW 2021).

	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	169	159	146	99	121	3.959
Probenanzahl mit Virusnachweis	103	100	88	54	72	2.405
Anteil Positive (%)	61	63	60	55	60	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H3N2)	2	4	3	2	4	53
A(H1N1)pdm09	0	0	1	0	0	1
B(Victoria)	0	1	0	0	0	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	1	3	3	2	3	1
RSV	1	1	4	1	2	634
Anteil Positive (%)	1	1	3	1	2	16
hMPV	29	16	15	14	18	218
Anteil Positive (%)	17	10	10	14	15	6
PIV (1 – 4)	2	4	2	2	3	169
Anteil Positive (%)	1	3	1	2	2	4
Rhinoviren	22	25	24	21	20	693
Anteil Positive (%)	13	16	16	21	17	18
hCoV	18	15	5	1	6	477
Anteil Positive (%)	11	9	3	1	5	12
SARS-CoV-2	45	46	41	18	32	448
Anteil Positive (%)	27	29	28	18	26	11

* 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.

In der 10. KW 2022 ist die Positivenrate für SARS-CoV-2 im Vergleich zur Vorwoche wieder deutlich gestiegen, auch die Positivenrate für hMPV ist weiter leicht gestiegen (Abb. 4).

In der 10. KW lag die Influenza-Positivenrate bei 3 % (Vorwoche: 2 %). Eine Grippewelle hat in dieser Saison bisher nicht begonnen. Aktuell ist die ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen weiterhin auf die Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen, aber auch hMPV und Rhinoviren werden relativ häufig nachgewiesen. Rhinoviren und hMPV wurden hauptsächlich bei den 0- bis 4-jährigen detektiert.

Die SARS-CoV-2-Positivenraten sind sowohl bei Kindern bis 14 Jahre als auch bei Personen ab 15 Jahre in der 10. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen (Abb. 5). Die SARS-CoV-2-Positivenrate war in der 10. KW bei den ab 60-jährigen mit 50 % am höchsten, in allen anderen Altersgruppen lag sie zwischen 9 % und 31 % (Abb. 6). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 337 SARS-CoV-2-positive Sentinelproben mittels Omikron-spezifischer PCR untersucht. Die ersten Omikron-Nachweise im Sentinel gab es in der 50. KW 2021. Seitdem ist der Anteil Omikron-positiver Proben von 8 % auf 100 % gestiegen. Die ersten BA.2-Nachweise im Sentinel gab es in der 2. KW 2022. Seitdem ist der Anteil BA.2-positiver Proben von 9 % auf 52 % gestiegen (Stand 15.3.2022).

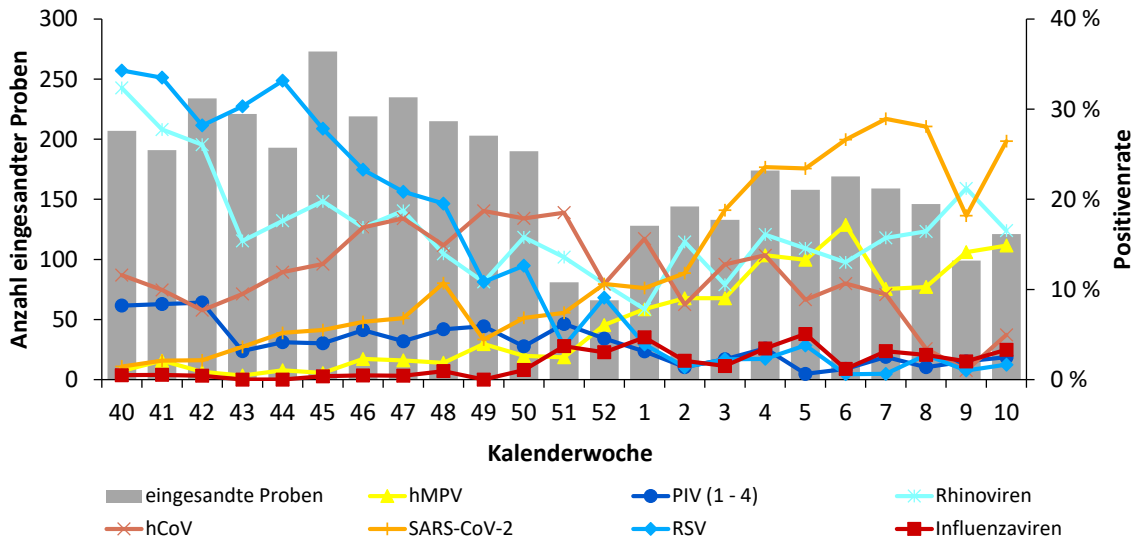


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 10. KW 2022.

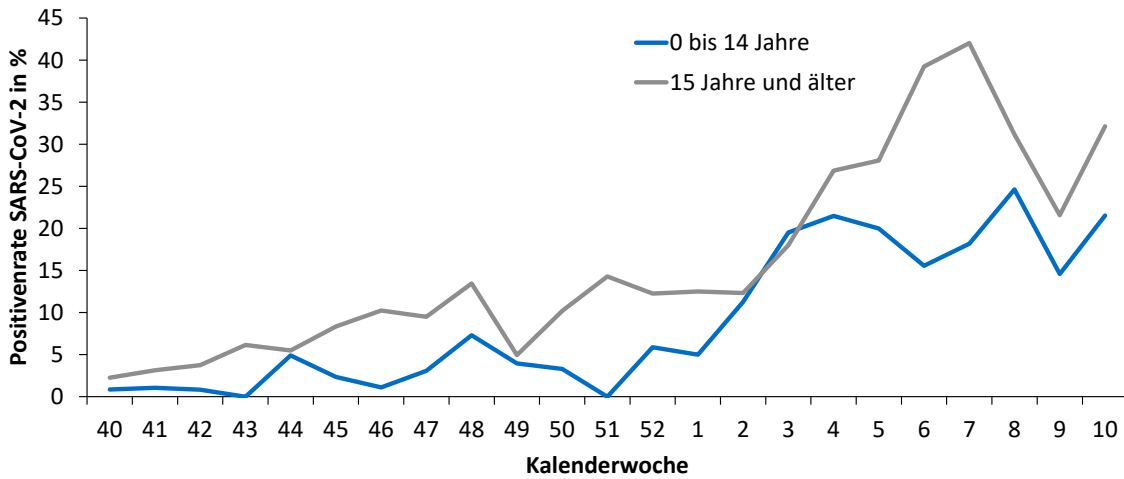


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 10. KW 2022.

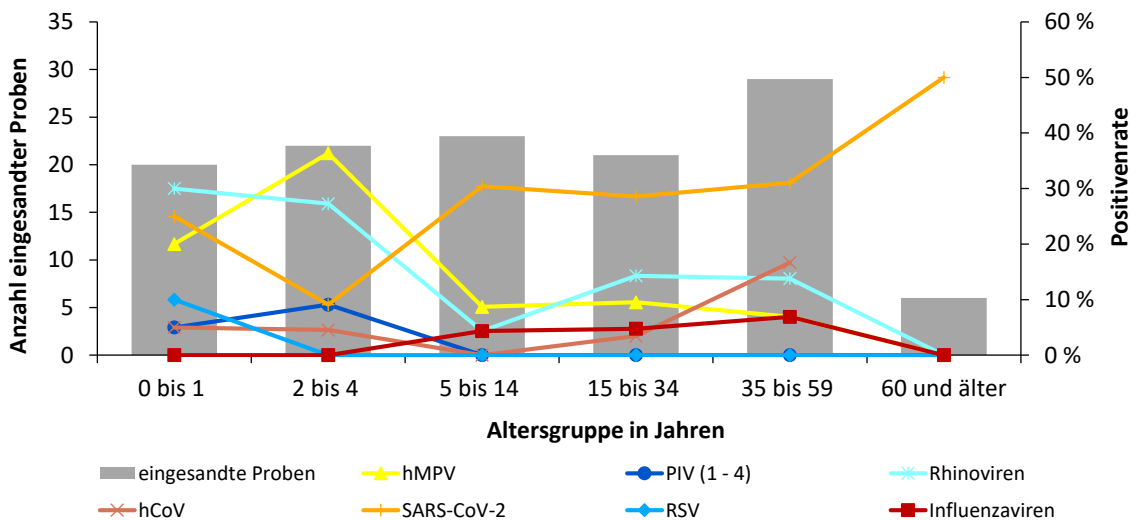


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 10. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 85 Influenza A(H3N2)-Viren, zwei A(H1N1)pdm09-Viren und ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert (aus dem Sentinel und Einsendungen von Laboren). Alle Influenza A(H3N2)-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H3N2)-Impfstamm (A/Cambodia/eo826360/2020), während das Influenza B-Virus mit B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria/2/87 (del162-164B)-lineage) reagierte. Die A(H1N1)pdm09-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H1N1)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019).

Aus Proben des Sentinels wurden 15 Influenza A(H3N2)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 16 Influenza A(H3N2)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 31 A(H3N2)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden zwei A(H1N1)pdm09-Viren (aE) sequenziert, welche zur Clade 6B.1A.5a.1 (Referenzvirus A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019) gehören und ein B/Victoria-Virus (aE) charakterisiert, das der Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021) zuzuordnen ist.

Alle untersuchten Influenzaviren zeigten sich gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich (48 A(H3N2)-, 1 A(H1N1)pdm09-Viren und 1 B/Victoria-Virus). Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sequenzierten A(H3N2)-Viren nicht detektiert.

Informationen des NRZ für Influenzaviren zur Charakterisierung der zirkulierenden Viren und Übereinstimmung mit den im Impfstoff enthaltenen Stämmen sind abrufbar unter:

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/Impstoffzusammensetzung.html>.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 9. MW 2022 wurden bislang 265 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 47 Fällen (18 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 15.3.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 2.970 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte weiterhin sehr niedrig. Es wurden jedoch deutlich mehr Fälle als im Vorjahr (Stand 16.3.2021: 465) übermittelt. Bei 606 Fällen (20 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

		5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	274	221	194	140	143	233	2.435
	A(H1N1)pdm09	1	2	0	1	2	2	18
	A(H3N2)	7	10	5	6	2	3	116
	nicht nach A / B differenziert	17	31	15	14	10	8	153
	B	17	4	14	14	9	19	248
Gesamt		316	268	228	175	166	265	2.970

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

Es wurden bisher zehn Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter drei Ausbrüche in Kindergärten bzw. Horten, jeweils zwei Ausbrüche in Krankenhäusern, Schulen oder privaten Haushalten sowie ein Ausbruch in einer Kaserne. Alle Ausbrüche wurden bisher durch Influenza A-Viren verursacht.

Bislang wurden 13 Influenzafälle an das RKI übermittelt, bei denen eine Angabe zu einer Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 vorlag.

Die Zahl der an das RKI übermittelten Influenzafälle bundesweit und für die zwölf AGI-Regionen ist täglich aktualisiert abrufbar auf den AGI-Internetseiten (jeweils unterstes Diagramm) unter:

<https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI)* ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) insgesamt seit der 2. KW 2022 stabil geblieben. Dabei ist die Zahl der SARI-Fälle bei den 15- bis 34-jährigen in der 10. KW 2022 gestiegen, bei den 35- bis 59-jährigen dagegen gesunken. In den anderen Altersgruppen sind die SARI-Fallzahlen in der 10. KW 2022 weitestgehend stabil geblieben. In der Altersgruppe ab 80 Jahre kam es in den letzten Wochen zu einem Anstieg der SARI-Fallzahlen (Abb. 7).

Die SARI-Fallzahlen liegen insgesamt in der 10. KW 2022 etwa auf dem Niveau der Vorsaison und damit deutlich unter den Werten der vorpandemischen Saisons, in denen es zumeist zwischen Januar und April eine Grippewelle gab. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der 10. KW 2022 in den meisten Altersgruppen niedrig, in der Altersgruppe ab 80 Jahre sind die Werte erhöht.

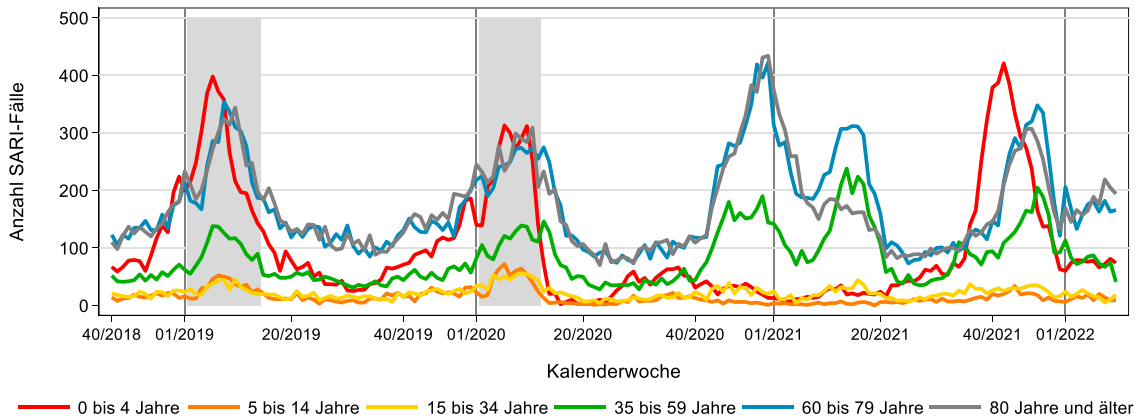


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 10. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist seit der 4. KW 2022 weitestgehend stabil. So wurden in der 10. KW 2022 bei insgesamt 53 % (Vorwoche: 50 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 8). In den Altersgruppen ab 15 Jahre wurde in der 10. KW 2022 bei mindestens der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert.

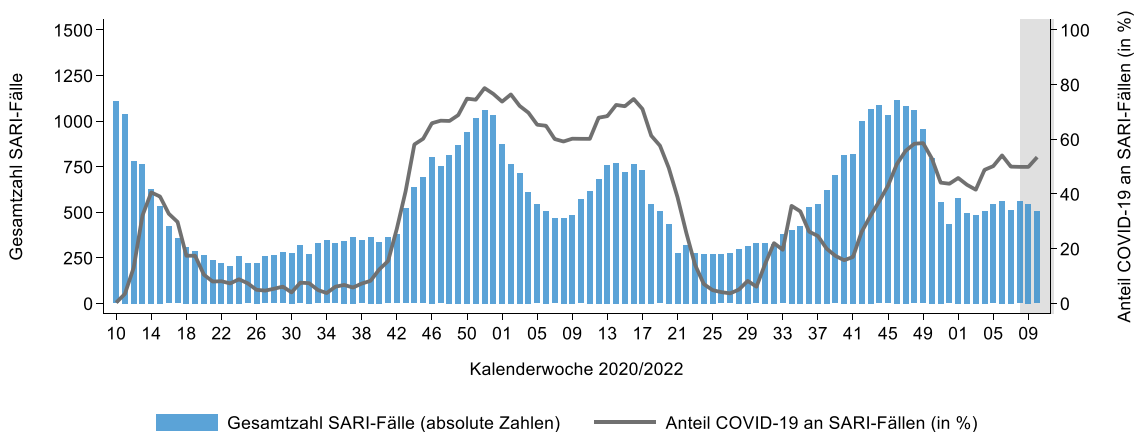


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 10. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

* Seit dem Monatsbericht der 21. – 24. KW 2021 wurde eine Anpassung der SARI-Falldefinition vorgenommen. Damit wurden (auch rückwirkend) mehr Patienten und Patientinnen in die Berichterstattung eingeschlossen. Näheres dazu findet sich im ARE-Wochenbericht der 41. KW 2021, unter: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2021-41.pdf (S. 6, Fußnote).

In Abb. 9 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil lag in der 10. KW 2022 bei insgesamt 48 % (Vorwoche: 56 %).

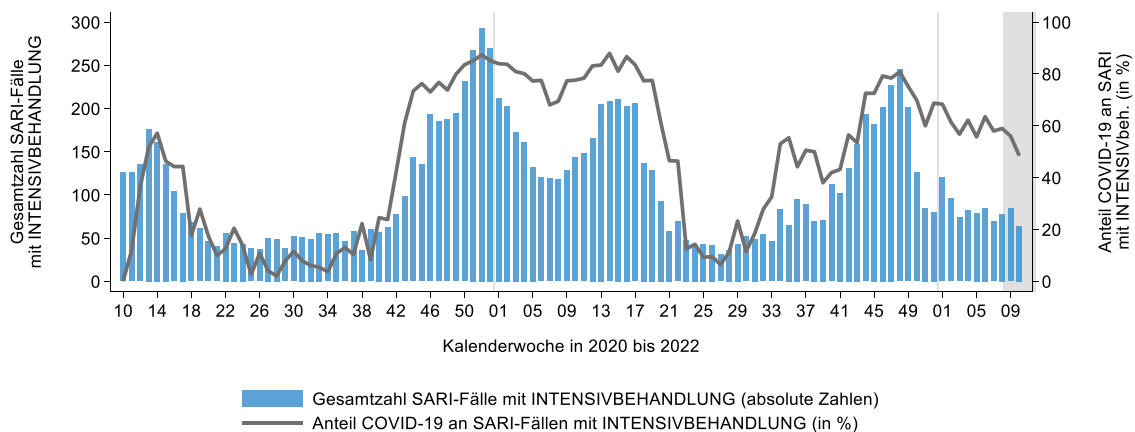


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 10. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Zu beachten ist, dass es sich um eine Auswertung vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

In der WHO Region Europa stieg die Influenza-Positivenrate in der 9. KW 2022 auf 14 % (8. KW 12 %). Der Schwellenwert für eine erhöhte Influenza-Aktivität in der Region ist 10 %. Zehn Länder meldeten in der 9. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten von mindestens 10 %.

Von 38 Ländern, die für die 9. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 24 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, elf Länder (darunter Frankreich und Dänemark) über eine niedrige und drei (darunter Luxemburg) über eine mittlere Influenza-Aktivität.

Für die 9. KW 2022 wurden in 147 (14 %) von 1.074 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, alle waren positiv für Influenza A-Viren. Es wurden 113 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 93 % Influenza A(H3N2)-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 2.781 (7 %) von 38.320 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 99 % Influenza A-Virusnachweise und 1 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 2.011 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 1.852 (92 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 159 (8 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Von den 36 Influenza B-Virusnachweisen wurden sechs charakterisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus elf Ländern 1.744 SARI-Fälle für die 9. KW 2022 übermittelt. Es wurden 194 (11 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren zwölf (6 %) positiv für Influenzaviren, davon waren jeweils 50 % positiv für Influenza A- oder Influenza B-Viren. In der 9. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 45 % (7. KW: 40 %). Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

Das ECDC hat am 10.3.2022 den vierten Bericht zur Charakterisierung der aktuell zirkulierenden Influenzaviren der Saison 2021/22 veröffentlicht. Der Bericht ist abrufbar unter:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characterisation-summary-europe-february-2022>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 414 vom 7.3.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 20.2.2022.

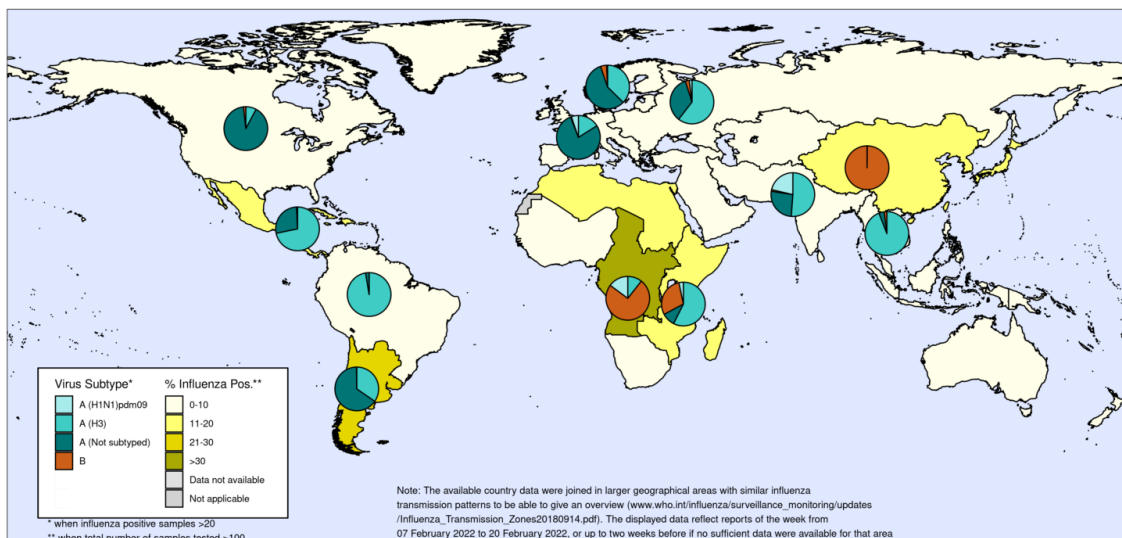
Die WHO weist darauf hin, dass die Ergebnisse der globalen Influenzaüberwachung mit Einschränkungen zu interpretieren sind, da die COVID-19-Pandemie in vielen Ländern die Influenzasurveillance-Systeme beeinflusst. Angesichts der zunehmenden Influenzafallzahlen während der COVID-19-Pandemie wird den Ländern empfohlen, sich auf die gemeinsame Verbreitung von Influenza und COVID-19 vorzubereiten und die integrierte gleichzeitige Überwachung von Influenza und COVID-19 zu verbessern. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik berücksichtigen.

Weltweit wurde über eine weiterhin niedrige und rückläufige Influenza-Aktivität nach einem Höhepunkt zum Jahresende 2021 berichtet.

Vom 7.2.2022 bis 20.2.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 419.390 Proben und meldeten 13.619 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 69 % Influenza A-Viren und bei 31 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 89 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren. Unter den charakterisierten Influenza B-Viren gehörten 100 % der Victoria-Linie an. Die höchsten Influenza-Positivenraten in diesem Zeitraum gab es in Zentralafrika mit überwiegend Influenza B-Virusnachweisen und im gemäßigten Südamerika mit Influenza A-Virusnachweisen (Abb. 10).

Weitere Informationen sind auch abrufbar in den Influenza Updates der WHO unter:

<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>.



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



Data source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flu-net)
Copyright WHO 2022. All rights reserved.

Abb. 10: Anteil Influenzavirus-positiver Proben nach Typ und Subtyp in den verschiedenen WHO Influenzatransmissionszonen. Datenstand 4.3.2022, mit Daten vom 7.2.2022 bis zum 20.2.2022 (Quelle: https://www.who.int/images/default-source/departments/global-influenza-programme/biweekly/2022_03_07_surveillance_update_414.png, zuletzt abgerufen am 15.3.2022)

Vorgeschlagene Zitierweise

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe: ARE-Wochenbericht KW 10/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9794