



# 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 16 (18.4. bis 24.4.2022)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 16. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gesunken. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 16. KW bundesweit dagegen etwas mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche, insbesondere bei den Erwachsenen.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 16. KW 2022 in insgesamt 57 (67 %) der 85 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 18 (21 %) Proben mit SARS-CoV-2, 14 (16 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), 13 (15 %) mit Influenzaviren, zehn (12 %) mit Rhinoviren, sieben (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und eine (1 %) Probe mit Parainfluenzaviren (PIV). In keiner Probe wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) geht die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 14. KW 2022 insgesamt zurück. Zuvor waren die Werte seit dem Jahreswechsel 2021/22 weitestgehend stabil geblieben.

Für die 16. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 978 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 26.4.2022).

Aufgrund der Osterferien können sich die Ergebnisse erfahrungsgemäß durch Nachmeldungen noch stärker verändern.

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 jedoch weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Die ARE-Konsultationsinzidenz hat in der aktuellen Saison 2021/22 ihren bisherigen Höhepunkt in der 11. KW 2022 mit ca. 1,8 Millionen Arztbesuchen erreicht. Die meisten Arztbesuche wegen akuter Atemwegsinfektionen sind nach wie vor bedingt durch SARS-CoV-2-Infektionen.

Auf europäischer Ebene ist die Influenza-Aktivität stabil geblieben. Die Influenza-Positivenrate für Europa lag von der 10. KW bis 15. KW zwischen 25 % und 30 %. Der hohe Infektionsdruck durch COVID-19 bestimmt weiterhin auch europaweit das Infektionsgeschehen der akuten Atemwegserkrankungen.

Das Einhalten der AHA+L-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko für COVID-19, Influenza und weitere ARE. Dazu gehört auch eine Minimierung von Kontakten ab Symptombeginn bei Schnupfen, Husten oder Halsschmerzen unabhängig vom Ergebnis eines Labortests.

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

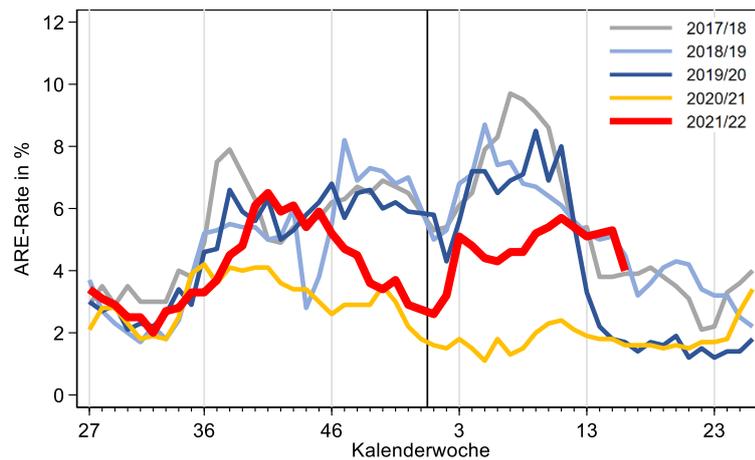
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html).

\* 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 16. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt deutlich gesunken (4,0 %; Vorwoche: 5,3 %). Der Rückgang der ARE-Rate konnte besonders bei den Kindern und in geringerem Maße auch bei den Erwachsenen beobachtet werden. Die ARE-Rate lag in der 16. KW im Bereich der vorpandemischen Jahre (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 4,0 % einer Gesamtzahl von ca. 3,3 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. 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 16. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

### Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 16. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Sie lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1).

Aufgrund eines geänderten Konsultationsverhaltens kann es in einzelnen AGI-Regionen zu Schwankungen der Praxisindexwerte kommen, ohne dass sich die ARE-Aktivität verändert hat. Zusätzliche Schwankungen können durch die Osterferien und nachträgliche Meldungen auftreten.

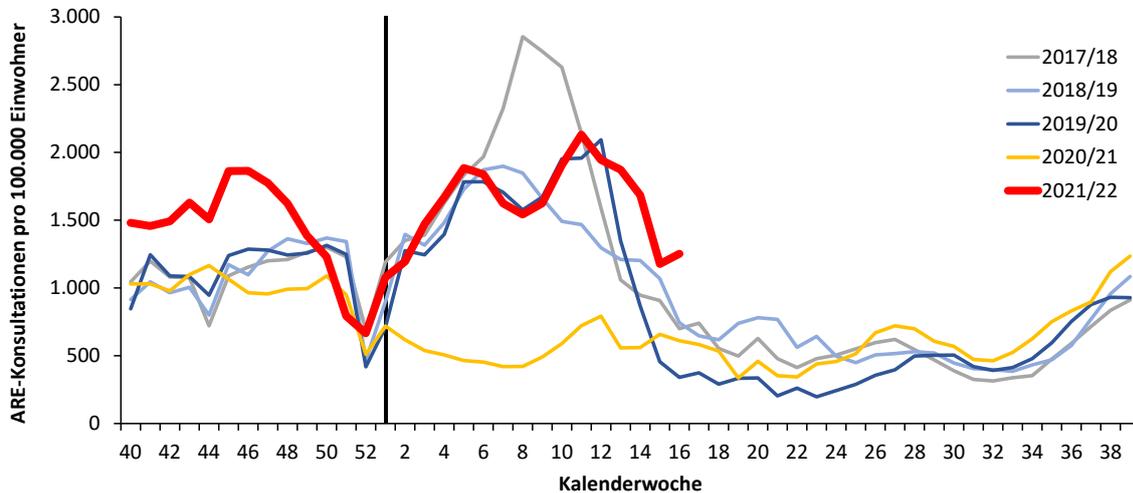
**Tab. 1:** Praxisindex\* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 9. KW bis zur 16. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW
<b>Süden</b>	193	233	241	229	211	176	159	178
Baden-Württemberg	189	219	227	222	193	162	163	169
Bayern	198	247	256	236	229	190	156	187
<b>Mitte (West)</b>	163	174	209	211	191	168	136	183
Hessen	171	167	210	214	191	167	137	197
Nordrhein-Westfalen	170	181	233	211	192	168	159	172
Rheinland-Pfalz, Saarland	147	173	185	209	189	168	114	181
<b>Norden (West)</b>	141	166	195	191	186	185	169	152
Niedersachsen, Bremen	153	164	197	185	191	183	181	170
Schleswig-Holstein, Hamburg	129	168	193	197	181	188	156	133
<b>Osten</b>	203	237	265	242	192	188	142	156
Brandenburg, Berlin	163	185	199	192	169	154	151	139
Mecklenburg-Vorpommern	215	284	304	272	194	214	155	160
Sachsen	196	205	242	224	191	138	130	168
Sachsen-Anhalt	207	224	275	247	205	274	122	188
Thüringen	232	288	303	277	198	161	152	124
<b>Gesamt</b>	<b>176</b>	<b>202</b>	<b>228</b>	<b>217</b>	<b>195</b>	<b>173</b>	<b>152</b>	<b>169</b>

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

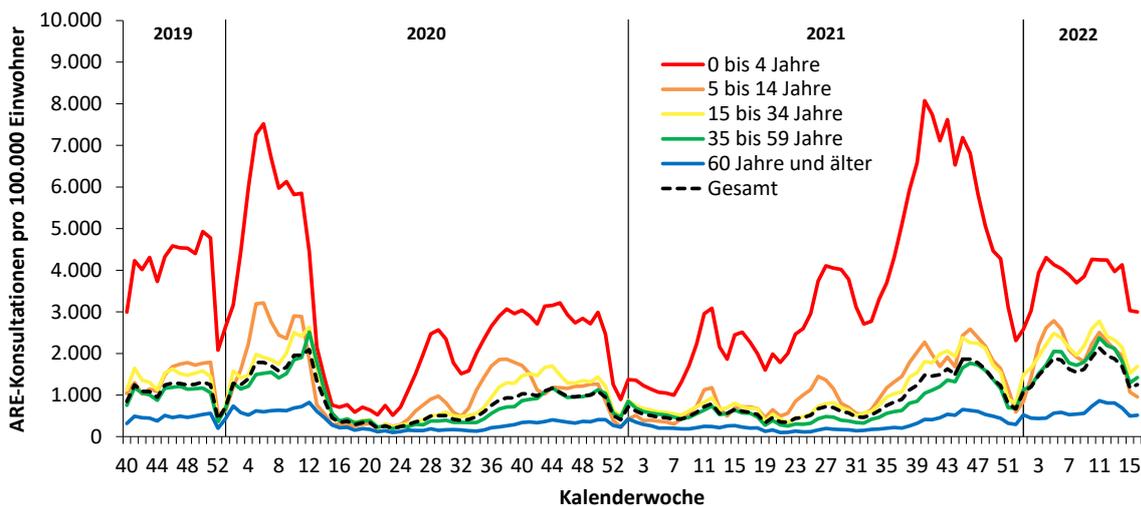
Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 16. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 16. KW 2022 bei rund 1.300 (15. KW: 1.200, 14. KW: 1.700) Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen, entspricht das einer Gesamtzahl von etwa 1,1 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Der aktuell leichte Anstieg der Arztbesuche wegen ARE ist möglicherweise eher auf verschobene (oder nachgeholte) Arztbesuche aufgrund der Osterferien zurückzuführen als auf einen erneuten Anstieg der akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung (Abb. 2).



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 16. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 16. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche nur in den Altersgruppen der Erwachsenen (ab 15 Jahren) gestiegen, bei den Kindern sind die Werte dagegen stabil geblieben oder gesunken (Abb. 3).

Die Werte lagen in der 16. KW 2022 bei den Erwachsenen ab 15 Jahre in einem Bereich, der etwas höher ist als vor der Pandemie, da in den meisten vorpandemischen Saisons die Influenza-Aktivität zu dieser Zeit bereits deutlich zurückging. Bei den Klein- und Schulkindern (0 bis 14 Jahre) liegen die Werte in der 16. KW im Bereich der früheren Werte.



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 16. 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 654 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 16. KW 2022 lagen 339 Meldungen vor, darunter 208 Meldungen über das SEED<sup>ARE</sup>-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 16. KW 2022 insgesamt 85 Sentinelproben von 30 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 16. KW 2022 in insgesamt 57 (67 %) der 85 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 18 (21 %) Proben mit SARS-CoV-2, 14 (16 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), zehn (12 %) mit Rhinoviren, sieben (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) der Typen 229E, HKU1 oder NL63 sowie eine (1 %) Probe mit Parainfluenzaviren (PIV). Außerdem wurden in 13 (15 %; 95 %-Konfidenzintervall [8; 25]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter zwölf mit Influenza A(H3N2)-Viren und eine mit Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (Tab. 2). In keiner Probe wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) nachgewiesen.

In der 16. KW 2022 gab es insgesamt sieben Doppelinfektionen, darunter eine mit Influenzaviren und SARS-CoV-2.

Aufgrund der Osterfeiertage wurden deutlich weniger Proben als sonst an das NRZ für Influenzaviren eingesandt. Durch später eingesandte Proben können sich die Ergebnisse noch deutlich verändern.

**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), Datenstand 26.04.2022.

	12. KW	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	126	150	128	83	85	4.668
Probenanzahl mit Virusnachweis	85	93	90	59	57	2.880
Anteil Positive (%)	67	62	70	71	67	62
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	1	0	1	0	0	3
A(H3N2)	6	11	15	6	12	107
A(H1N1)pdm09	1	1	1	1	1	10
B(Victoria)	0	0	0	0	0	2
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	6	8	13	8	15	3
RSV	3	0	0	0	0	633
Anteil Positive (%)	2	0	0	0	0	14
hMPV	19	27	27	24	14	355
Anteil Positive (%)	15	18	21	29	16	8
PIV (1 – 4)	7	6	5	0	1	197
Anteil Positive (%)	6	4	4	0	1	4
Rhinoviren	12	17	13	12	10	779
Anteil Positive (%)	10	11	10	14	12	17
hCoV	16	11	18	4	7	543
Anteil Positive (%)	13	7	14	5	8	12
SARS-CoV-2	35	27	24	18	18	604
Anteil Positive (%)	28	18	19	22	21	13

\* 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 16. KW 2022 ist die Positivenrate für SARS-CoV-2 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Influenza-Positivenrate zeigt seit der 6. KW – mit Ausnahme der 15. KW – einen steigenden Trend (Abb. 4). Eine Grippewelle nach Definition der AGI hat in dieser Saison jedoch bisher nicht begonnen. Aktuell ist die ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen weiterhin auf die Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen, auch hMPV, Influenza- und Rhinoviren wurden relativ häufig nachgewiesen. HMPV wurden in der 16. KW hauptsächlich bei den 0- bis 14-Jährigen detektiert, Influenzaviren hauptsächlich bei Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre).

Die SARS-CoV-2-Positivenrate ist in der 16. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern gestiegen, während sie bei den Erwachsenen gesunken ist, im, wobei sie bei den Erwachsenen seit der 4. KW 2022 kontinuierlich höher liegt als bei den Kindern (Abb. 5). Die SARS-CoV-2-Positivenrate war in der 16. KW bei den ab 35-Jährigen mit 25 % bzw. 27 % am höchsten (Abb. 6).

Bisher wurden seit der 48. KW 2021 474 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 90 % gestiegen (Stand 26.4.2022).

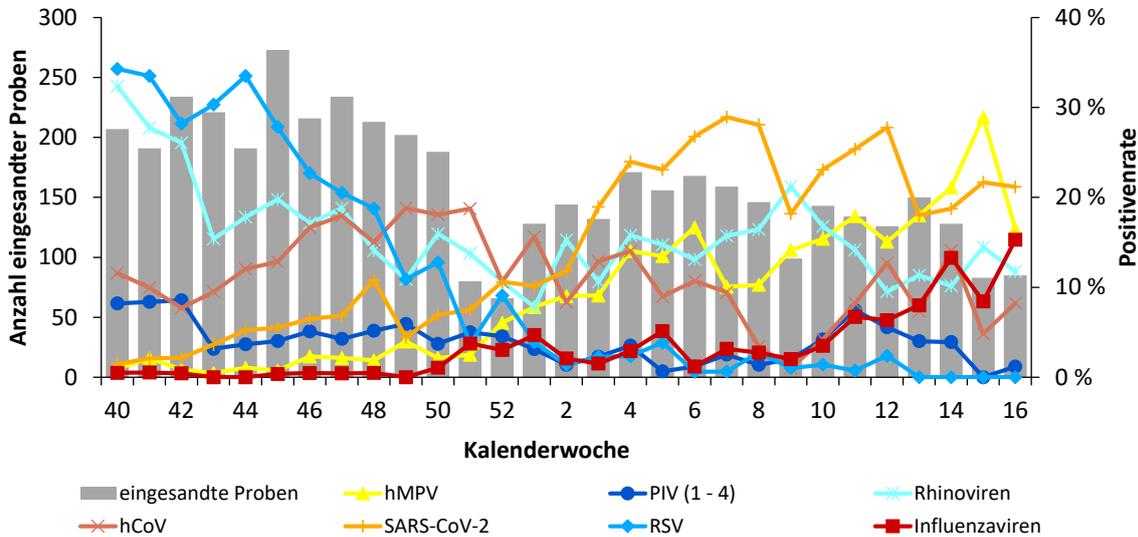


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 16. KW 2022.

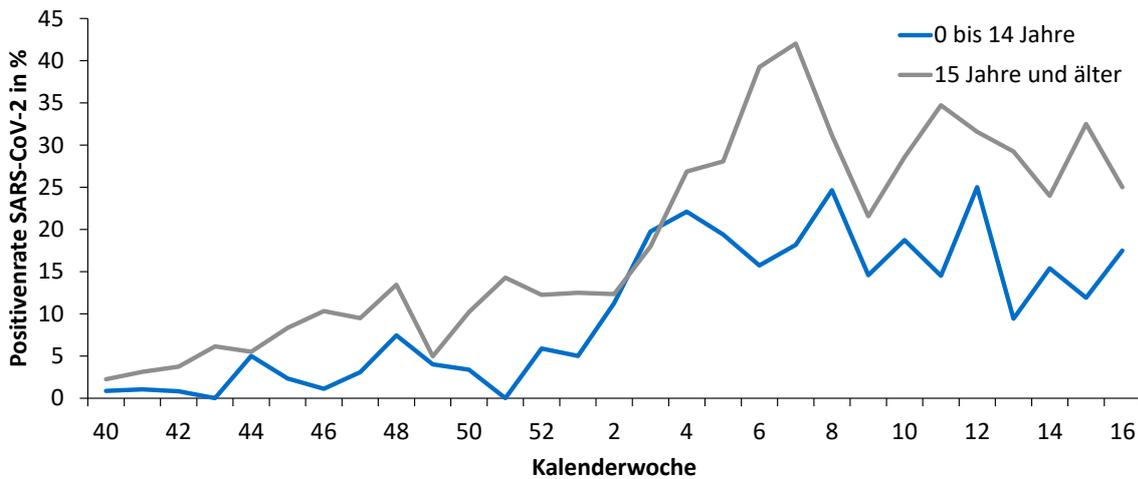


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 16. KW 2022.

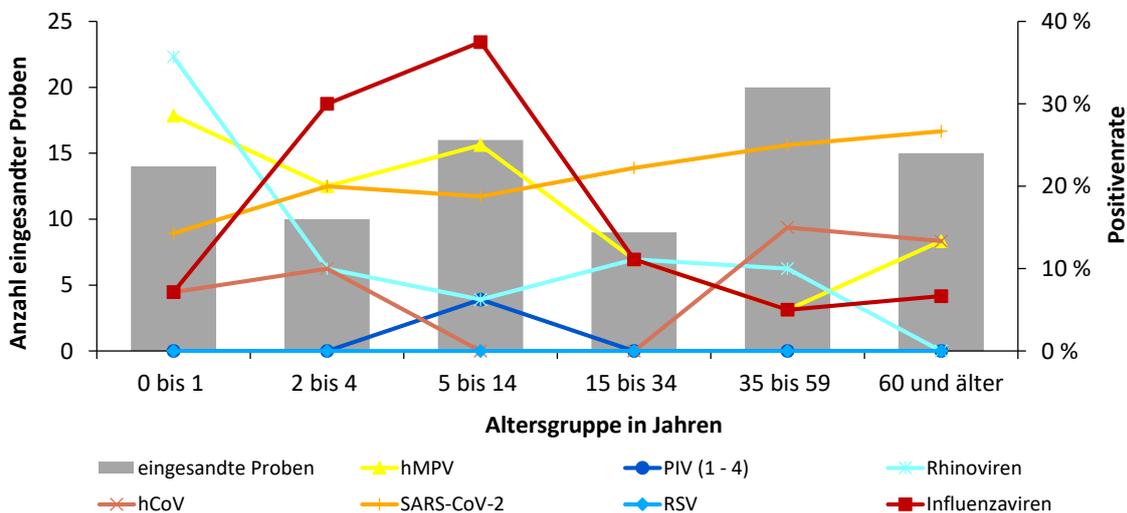


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 16. KW 2022.

## Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 173 Influenza A(H3N2)-Viren, fünf 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 32 Influenza A(H3N2)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 56 Influenza A(H3N2)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 88 A(H3N2)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden ein A(H1N1)pdm09-Virus aus dem Sentinel und zwei weitere A(H1N1)pdm09-Viren (aE) sequenziert, welche zur Clade 6B.1A.5a.1 (Referenzvirus A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019) gehören. Zusätzlich wurde ein B/Victoria-Virus (aE) untersucht, 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 (104 A(H3N2)-, drei A(H1N1)pdm09-Viren und ein B/Victoria-Virus). Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sequenzierten A(H3N2)-Viren nicht detektiert.

Zusätzliche Informationen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter:

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

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 16. MW 2022 wurden bislang 978 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt. Der steigende Trend, der seit der 9. MW bei den Meldungen gemäß IfSG beobachtet wurde, scheint sich in der 16. MW zunächst nicht fortzusetzen. Der Anstieg der Fallzahlen, der seit der 9. MW beobachtet wurde, hat sich in der 16. MW zunächst nicht fortgesetzt (Tab. 3). Bei 204 Fällen (21 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 26.4.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 7.532 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 27.4.2021: 533) übermittelt. Bei 1.486 Fällen (20 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza A (nicht subtypisiert)	396	552	589	720	896	874	6.520
A(H1N1)pdm09	1	3	2	2	3	3	35
A(H3N2)	5	12	14	37	27	20	236
nicht nach A / B differenziert	24	20	45	47	36	64	395
B	15	14	17	19	15	17	346
<b>Gesamt</b>	<b>441</b>	<b>601</b>	<b>667</b>	<b>825</b>	<b>977</b>	<b>978</b>	<b>7.532</b>

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

Es wurden bisher 14 Influenza A-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter vier Ausbrüche in Kindergärten bzw. Horten, drei Ausbrüche in Krankenhäusern, jeweils zwei Ausbrüche in Schulen oder privaten Haushalten sowie jeweils ein Ausbruch in einer Kaserne bzw. in einem Alten-/Pfleheim.

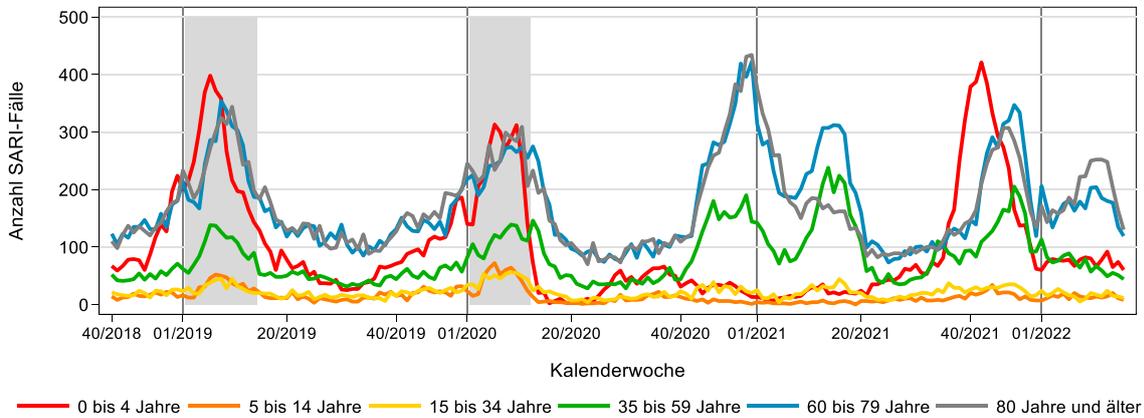
Bislang wurden 46 Influenzafälle an das RKI übermittelt, bei denen eine Angabe zu einer Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 vorlag.

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>.

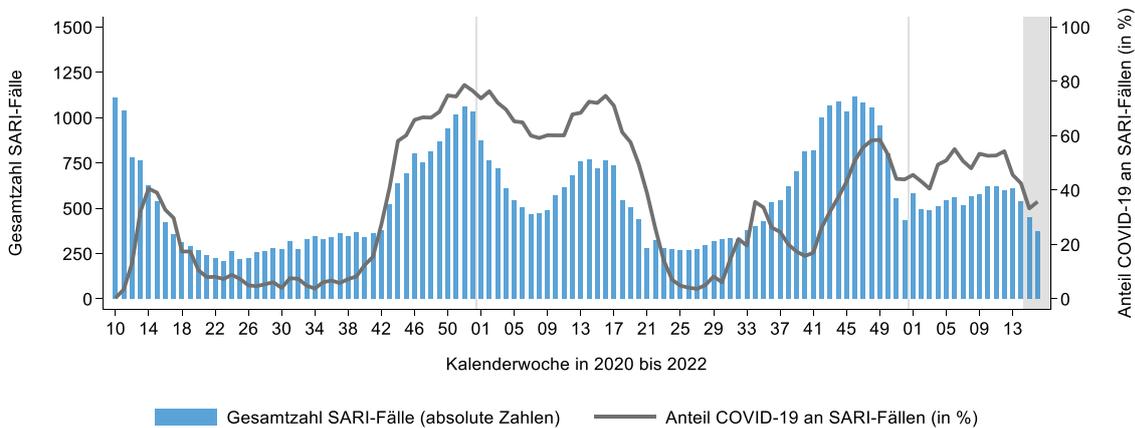
## Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI)\* geht die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 14. KW 2022 insgesamt zurück. Zuvor waren die Werte seit dem Jahreswechsel 2021/22 weitestgehend stabil. Die SARI-Fallzahlen liegen in der 16. KW 2022 insgesamt leicht unter dem Niveau der Vorsaisons. In der 16. KW 2022 kam es in allen Altersgruppen zu einem leichten Rückgang der Fallzahlen auf ein weiterhin niedriges Niveau (Abb. 7).



**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 16. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

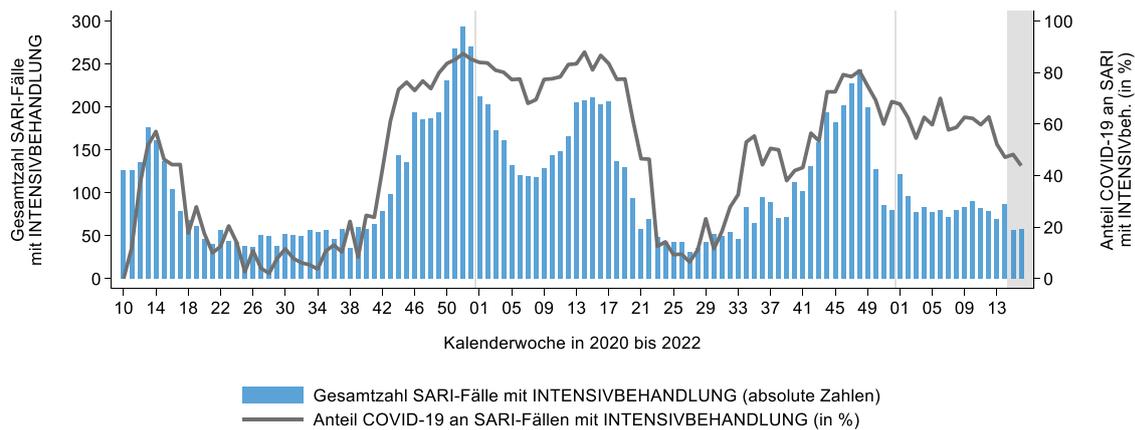
Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist in der 16. KW 2022 stabil geblieben. So wurden in der 16. KW 2022 bei insgesamt 36 % (Vorwoche: 33 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 8). In den Altersgruppen ab 60 Jahre wurde in der 16. KW 2022 bei 44 % 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 16. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

In Abb. 9 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil lag in der 16. KW 2022 bei insgesamt 44 % (Vorwoche: 48 %).

\* 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](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2021-41.pdf) (S. 6, Fußnote).



**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 16. 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 liegt die Influenza-Positivenrate seit der 10. KW 2022 auf einem Werteplateau zwischen 25 % und 30 %, in der 12. KW wurde der bisherige Höchststand in der Saison 2021/22 erreicht. Die Influenza-Aktivität für die aktuelle Saison ist deutlich höher als in der Saison 2020/21, aber im Vergleich mit den vorpandemischen Saisons auf einem niedrigen Niveau. Zehn Länder meldeten in der 15. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten von mindestens 30 % (Niederlande: 74 %; Frankreich: 55 %; Luxemburg: 53 %; Polen: 47 %; Norwegen: 42 %; Estland: 37 %; Schweiz: 36 %; Italien: 32 %; Serbien: 31 %; Spanien: 30 %).

Von 36 Ländern, die für die 15. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 15 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 15 Länder über eine niedrige, vier Länder (darunter Dänemark, Island, Litauen und Rumänien) über eine mittlere Influenza-Aktivität, ein Land (Estland) über eine hohe und ein Land (Luxemburg) über eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Für die 15. KW 2022 wurden in 286 (25 %) von 1.129 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, bis auf zehn (4 %) Influenza B-Virusnachweise waren alle positiv für Influenza A-Viren (96 %). In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 5.875 (12 %) von 50.208 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden zu 99 % Influenza A-Viren und 1 % Influenza B-Viren detektiert. Unter den 4.708 subtypisierten Influenza A-Viren waren 4.370 (93 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 338 (7 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Von zwölf charakterisierten Influenza B-Viren gehörten alle zur Victoria-Linie.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus neun Ländern 1.688 SARI-Fälle für die 15. KW 2022 übermittelt. Es wurden 271 (16 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 55 (20 %) positiv für Influenzaviren, darunter waren 91 % Influenza A- und 9 % Influenza B-Viren. In der 15. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 23 % (14. KW: 28 %).

Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

Das ECDC hat am 21.4.2022 den fünften 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-march-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 16/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9972