



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 20 (16.5. bis 22.5.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

*Mit diesem **ARE-Wochenbericht** endet die ausführliche wöchentliche Berichterstattung in der Saison 2021/22. Aufgrund der gering erhöhten Influenza-Aktivität in Deutschland seit der 17. KW 2022 wird zunächst weiterhin ein wöchentlicher Bericht, in gekürzter Form, veröffentlicht werden. Alle eingehenden Daten werden ganzjährig wöchentlich analysiert und auf der **AGI-Webseite** unter <https://influenza.rki.de> bzw. in den **GrippeWeb-Wochenberichten** (<https://grippeweb.rki.de>) veröffentlicht. Ergebnisse aus den erregerübergreifenden syndromischen und virologischen Surveillance-Systemen zu COVID-19 werden zudem kontinuierlich donnerstags im wöchentlichen **Lagebericht des RKI zu COVID-19** aufgeführt.*

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 20. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 20. KW bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche, die Werte sind in allen Altersgruppen gesunken.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 20. KW 2022 insgesamt 83 (64 %) der 130 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 30 (23 %) Proben mit Rhinoviren, 25 (19 %) Proben mit Influenzaviren, zehn (8 %) mit SARS-CoV-2, neun (7 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), acht (6 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und sieben (5 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden nicht 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. In den meisten Altersgruppen kam es in der 20. KW zu einem Rückgang der Fallzahlen, der Anstieg in den Altersgruppen der Kinder aus der Vorwoche hat sich nicht weiter fortgesetzt.

Für die 20. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 1.668 labor-diagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 24.5.2022).

Die Influenza-Positivenrate (bzw. die untere Grenze des Konfidenzintervalls) hat seit der 17. KW 2022 eine Höhe erreicht, die die Definition der saisonalen Grippewelle, die sonst typischerweise im Winter auftritt, erfüllt. Üblicherweise gibt es mit dem Beginn der Grippewelle im Winter einen Anstieg der ARE-Aktivität, dies ist aktuell jedoch in Deutschland nicht der Fall. Die Influenza-Aktivität bleibt insgesamt niedrig.

Weitere Informationen zur Saison 2021/22

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb des typischen Zeitraums bestimmt, die im stationären Bereich mit schweren Krankheitsverläufen bei Kleinkindern einherging. Nach dem Jahreswechsel verursachten akute Atemwegsinfektionen wegen COVID-19 in der Bevölkerung, im ambulanten und im stationären Bereich die größte Krankheitslast. Seit der 11. KW 2022 ist die Krankheitslast wegen ARE in Deutschland insgesamt rückläufig. Nach den Osterferien haben sich bei Kindern zunehmend Influenzaviren ausgebreitet. Seit der 17. KW sind die virologischen Kriterien für den Beginn einer Grippewelle erfüllt, wobei die Influenza-Aktivität bisher niedrig bleibt.

In der WHO Region Europa ging die Influenza-Positivenrate seit der 16. KW 2022 zurück und lag in der 19. KW 2022 bei 10 %. Informationen zur Situation in Europa sind abrufbar unter <https://flunewseurope.org/>.

* 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 20. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen (5,2 %; Vorwoche: 4,5 %). Dabei gab es einen deutlichen Anstieg der ARE-Rate bei den 0- bis 4-Jährigen, bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) gingen die Werte im Vergleich zur Vorwoche zurück. Die ARE-Rate lag in der 20. KW über den Werten der vorpandemischen Jahre (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 5,2 % einer Gesamtzahl von ca. 4,3 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

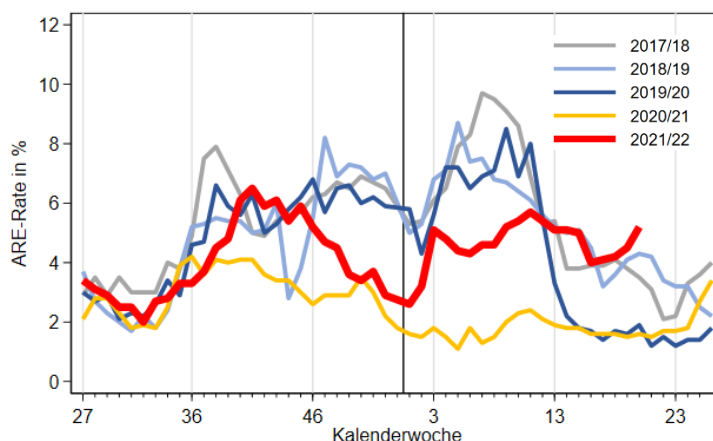


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 20. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex sind in der 20. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit gesunken und lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität (Tab. 1).

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 13. KW bis zur 20. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW	18. KW	19. KW	20. KW
Süden	210	181	161	166	154	140	145	105
Baden-Württemberg	191	168	158	162	136	135	128	104
Bayern	229	194	163	170	171	146	162	106
Mitte (West)	191	171	138	156	147	133	132	101
Hessen	194	169	129	158	161	144	137	113
Nordrhein-Westfalen	193	172	161	156	122	117	137	97
Rheinland-Pfalz, Saarland	186	171	123	154	157	138	123	92
Norden (West)	185	181	160	151	138	136	129	107
Niedersachsen, Bremen	189	180	186	157	132	125	120	110
Schleswig-Holstein, Hamburg	181	183	133	144	144	147	138	103
Osten	191	191	146	147	133	116	123	97
Brandenburg, Berlin	169	157	145	148	123	107	116	87
Mecklenburg-Vorpommern	194	214	179	136	137	125	161	141
Sachsen	187	144	129	142	118	85	105	68
Sachsen-Anhalt	205	274	122	192	149	139	116	98
Thüringen	198	165	153	118	140	124	117	92
Gesamt	194	176	151	156	140	127	132	99

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 20. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 20. KW 2022 bei ca. 950 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von rund 800.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE liegt aktuell höher als in den Vorsaisons seit 2006 (Beginn der ganzjährigen ARE-Surveillance der AGI) (Abb. 2).

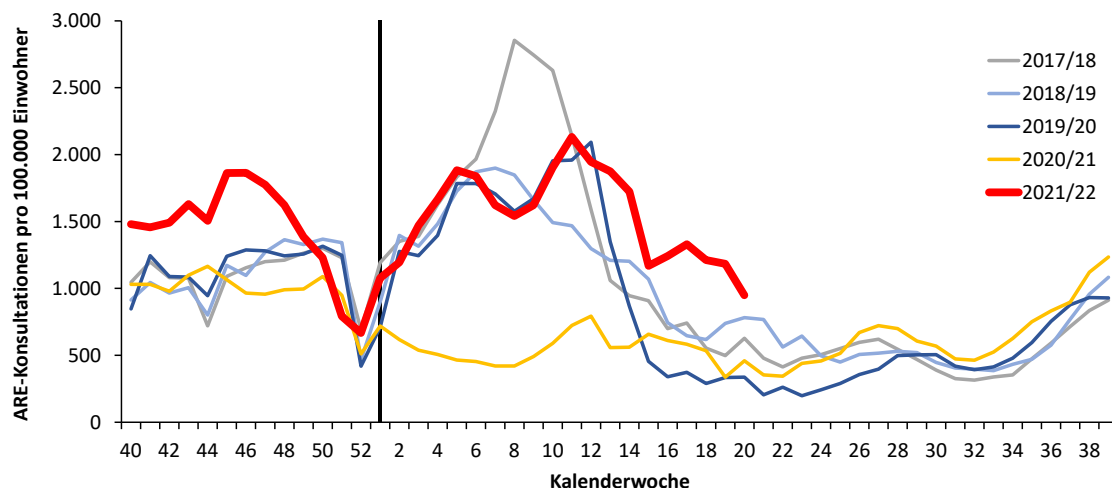


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 20. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 20. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken. In der Altersgruppe ab 60 Jahre sind die Werte am deutlichsten gesunken (Rückgang um 25 %) (Abb. 3). Die Werte lagen in der 20. KW 2022 mit Ausnahme der Kleinkinder (0 bis 4 Jahre) in allen anderen Altersgruppen in einem Bereich, der höher ist als vor der Pandemie, da in den meisten vorpandemischen Saisons die Influenza-Aktivität zu dieser Zeit bereits deutlich zurückgegangen war.

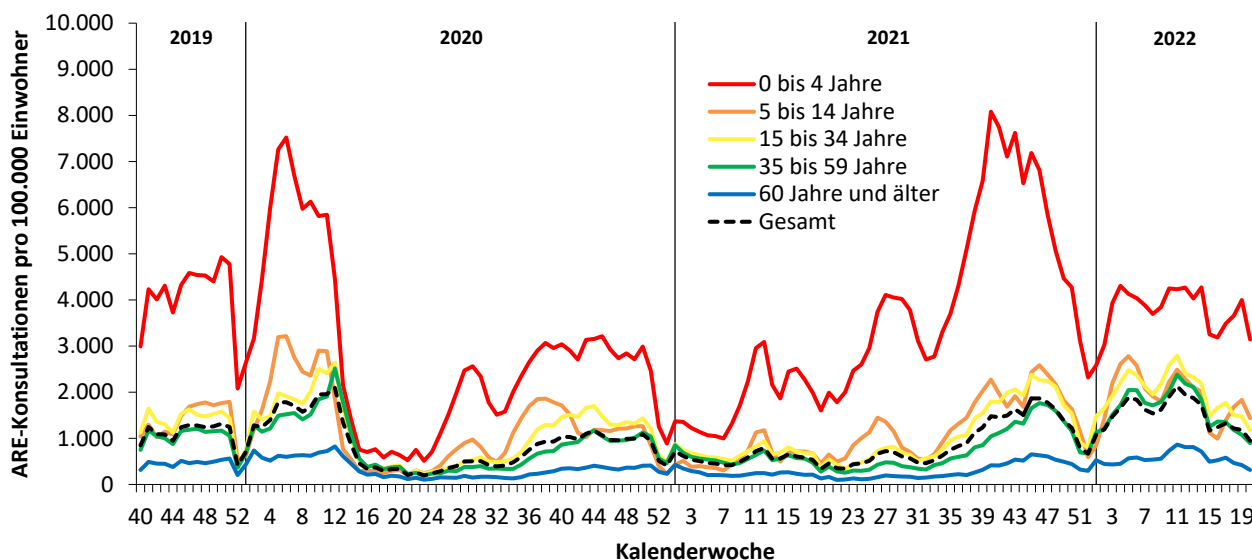


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 20. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 655 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 20. KW 2022 lagen 425 Meldungen vor, darunter 261 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 20. KW 2022 insgesamt 130 Sentinelpuben von 49 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 20. KW 2022 in insgesamt 83 (64 %) der 130 eingesandten Sentinelpuben respiratorische Viren identifiziert, darunter 30 (23 %) Proben mit Rhinoviren, zehn (8 %) mit SARS-CoV-2, neun (7 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), acht (6 %) mit Parainfluenzaviren (PIV), sieben (5 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) der Typen OC43, HKU1 oder NL63. Außerdem wurden in 25 (19 %; 95 %-Konfidenzintervall [12; 27]) Proben Influenzaviren identifiziert, darunter 24 Proben mit Influenza A(H3N2)-Viren und eine Probe mit Influenza B-Viren (Victoria-Linie) (Tab. 2). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 20. KW nicht nachgewiesen. In der 20. KW 2022 gab es insgesamt sechs Doppelinfektionen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinels im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2021/22 (ab 40. KW 2021), Datenstand 24.5.2022.

	16. KW	17. KW	18. KW	19. KW	20. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	87	140	137	140	130	5.217
Probenanzahl mit Virusnachweis	59	89	84	94	83	3.232
Anteil Positive (%)	68	64	61	67	64	62
Influenza A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	3
A(H3N2)	12	29	31	21	24	212
A(H1N1)pdm09	1	0	1	2	0	13
B(Victoria)	0	0	0	0	1	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	15	21	23	16	19	4
RSV	0	0	2	0	0	635
Anteil Positive (%)	0	0	1	0	0	12
hMPV	14	12	10	12	9	398
Anteil Positive (%)	16	9	7	9	7	8
PIV (1 – 4)	1	8	5	11	8	229
Anteil Positive (%)	1	6	4	8	6	4
Rhinoviren	10	16	17	24	30	866
Anteil Positive (%)	11	11	12	17	23	17
hCoV	7	14	15	13	7	592
Anteil Positive (%)	8	10	11	9	5	11
SARS-CoV-2	20	18	11	20	10	665
Anteil Positive (%)	23	13	8	14	8	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.

Die Influenza-Positivenrate liegt seit vier Wochen mit leichten Schwankungen bei rund 20 %. (Abb. 4). Der Beginn der Grippewelle auf Bevölkerungsebene orientiert sich an der Influenza-Positivenrate der virologischen Sentinelsurveillance. Sobald der Wert für die untere Grenze des Konfidenzintervalls zwei Wochen in Folge über 10 % liegt, beginnt die Grippewelle mit der ersten dieser beiden Wochen. Die Kriterien für eine Grippewelle sind seit der 17. KW 2022 erfüllt. Die ARE-Aktivität insgesamt ist seit der 17. KW nicht deutlich angestiegen, die Influenza-Aktivität bleibt niedrig und eine wie im Winter übliche Erkrankungswelle ist bisher nicht zu verzeichnen.

In der 20. KW waren bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) und den Älteren ab 60 Jahren Rhinovirusinfektionen am häufigsten (29 % bis 40 %), während bei den 5- bis 34-jährigen hauptsächlich Influenzaviren nachgewiesen wurden (Abb. 6).

Bisher wurden seit der 48. KW 2021 547 SARS-CoV-2-positive Sentinelpuben 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 100 % gestiegen (Stand 24.5.2022).

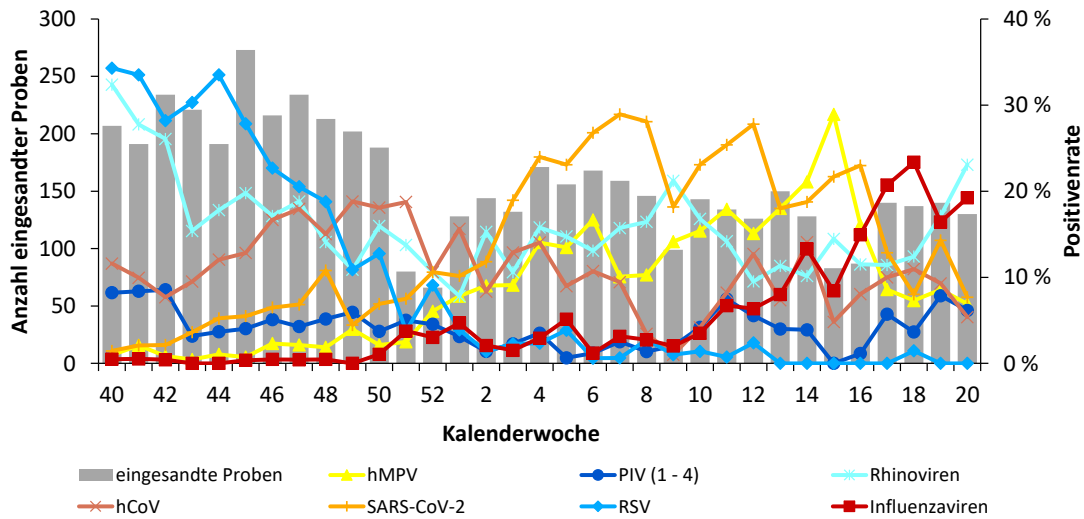


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 20. KW 2022.

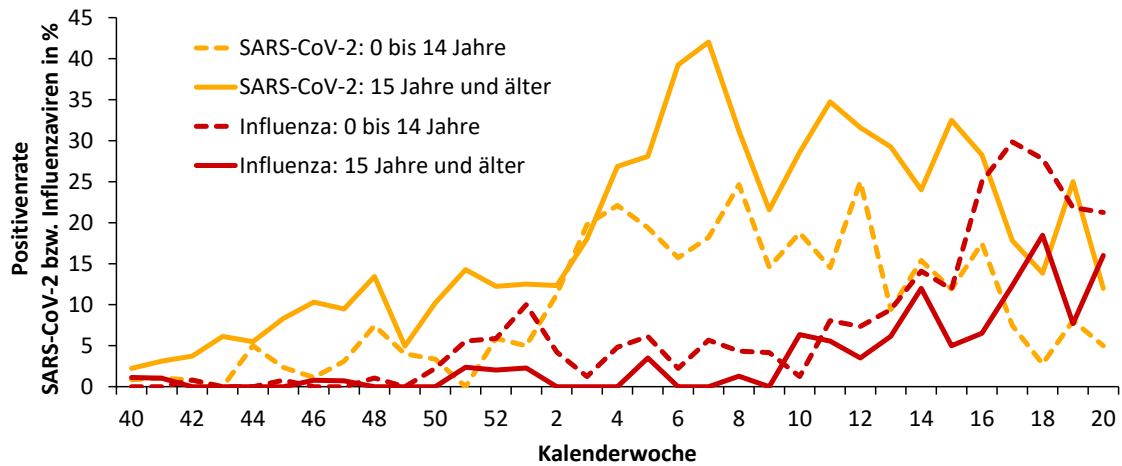


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 oder Influenzaviren in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre sowie 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 20. KW 2022.

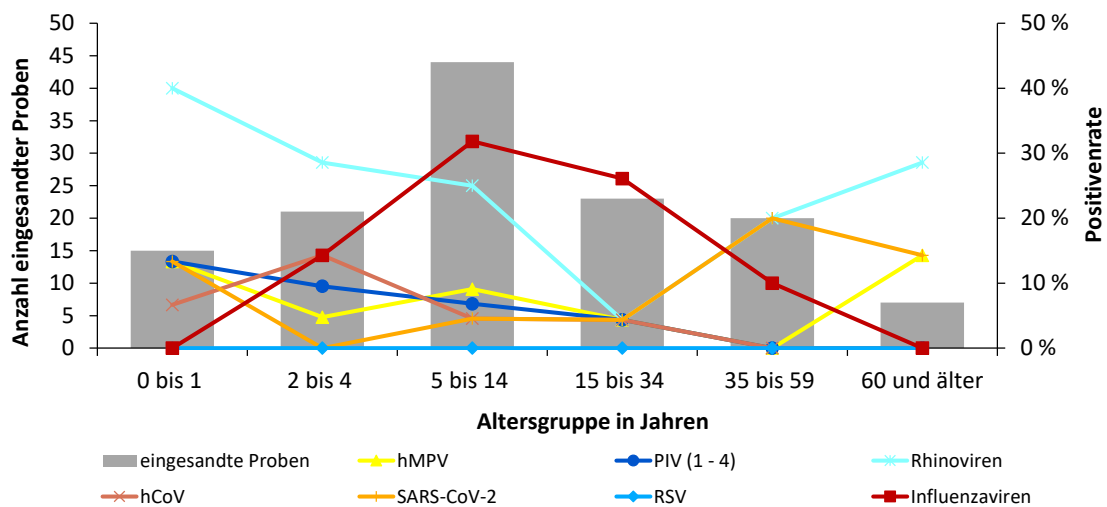


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 20. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 291 Influenza A(H3N2)-Viren, sieben A(H1N1)pdm09-Viren, drei Influenza B-Viren der Victoria-Linie und ein A(H1N1)v-Virus 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 die Influenza B-Viren mit B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria/2/87 (del162-164B)-lineage) reagierten. Die A(H1N1)pdm09-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H1N1)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019). Das A(H1N1)v-Virus wurde von gegen porcine avian-like H1N1-Viren gerichtetem Hyperimmunserum erkannt.

Aus Proben des Sentinels wurden 67 Influenza A(H3N2)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 101 Influenza A(H3N2)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 168 A(H3N2)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden drei A(H1N1)pdm09-Viren 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. Die abschließende genetische Analyse einer Sentinelprobe vom März 2022 ergab den Nachweis eines A(H1N1)v-Virus der Linie 1C.2.2, die bei Schweinen häufig kommt.

Alle untersuchten Influenzaviren zeigten sich gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich (183 A(H3N2)-, fünf 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 20. MW 2022 wurden bislang 1.688 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt. Der steigende Trend der übermittelten Fälle gemäß IfSG seit der 9. MW hat sich in der 20. MW nicht fortgesetzt (Tab. 3). Bei 213 Fällen (13 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 24.5.2022). Für die 20. MW 2022 lag die Zahl der übermittelten Influenzafälle deutlich über dem Niveau der Vorjahre um diese Zeit (20. MW 2020: 232 Fälle; 2019: 157 Fälle; 2018: 45 Fälle).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 14.389 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte insgesamt sehr niedrig. Bei 2.479 Fällen (17 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2021 wurden bisher 21 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion übermittelt.

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

		15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	20. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	911	900	1.255	1.516	1.824	1.526	12.708
	A(H1N1)pdm09	3	3	9	5	6	9	65
	A(H3N2)	27	25	52	54	74	64	486
	nicht nach A / B differenziert	40	67	86	62	84	71	706
	B	16	16	23	20	20	18	424
Gesamt		997	1.011	1.425	1.657	2.008	1.688	14.389

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

Es wurden seit der 40. MW 2021 bisher 38 Influenza A-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt (sechs zusätzliche zur Vorwoche), darunter elf Ausbrüche in Kindergärten bzw. Horten, sieben in privaten Haushalten, fünf in Krankenhäusern, jeweils sechs in Alten-/Pflegeheimen bzw. Schulen sowie jeweils ein Ausbruch in einer Kaserne, im Zusammenhang mit einer Busfahrt bzw. ohne nähere Angaben.

Bislang wurden 68 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. In der 20. KW 2022 ist die Zahl der SARI-Fälle in fast allen Altersgruppen gesunken, nur in der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre blieben die Werte stabil. Der Anstieg der Fallzahlen, der in der Vorwoche bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) beobachtet wurde, hat sich in der 20. KW 2022 nicht fortgesetzt (Abb. 7).

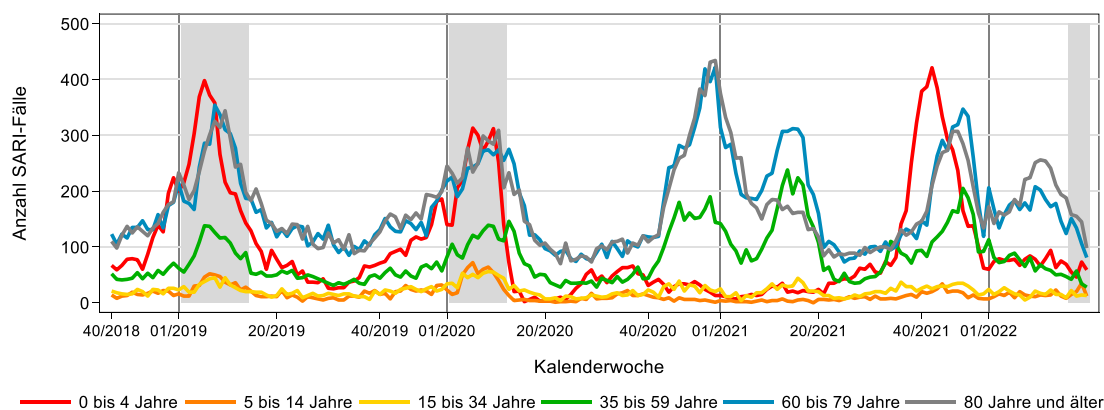


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 20. KW 2022, Daten aus 71 Sentinellkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist in der 20. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. So wurden in der 20. KW 2022 bei insgesamt 18 % (Vorwoche: 19 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben. In der aktuellen Saison 2021/22 wurde vorwiegend bei SARI-Fällen ab 35 Jahren eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert, in den Altersgruppen unter 35 Jahre war der Anteil der SARI-Fälle mit einer COVID-19-Diagnose dagegen deutlich niedriger (Abb. 8). In der 20. KW 2022 wurde bei etwa jedem fünften SARI-Fall (22 %; Vorwoche: 25 %) ab 35 Jahre eine COVID-19-Diagnose vergeben.

Seit der 13. KW 2022 wurde bei SARI-Patientinnen und Patienten zudem vermehrt Influenza diagnostiziert. Davon waren bisher vorwiegend die Altersgruppen unter 35 Jahren betroffen, jedoch wurden auch vereinzelt in den älteren Altersgruppen Influenza-Diagnosen vergeben (Abb. 8). In der 20. KW 2022 ist jedoch der Anteil der SARI-Fälle mit Influenza-Diagnose in den Altersgruppen unter 35 Jahren wieder deutlich gesunken auf 4 % (Vorwoche: 17 %).

* 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).

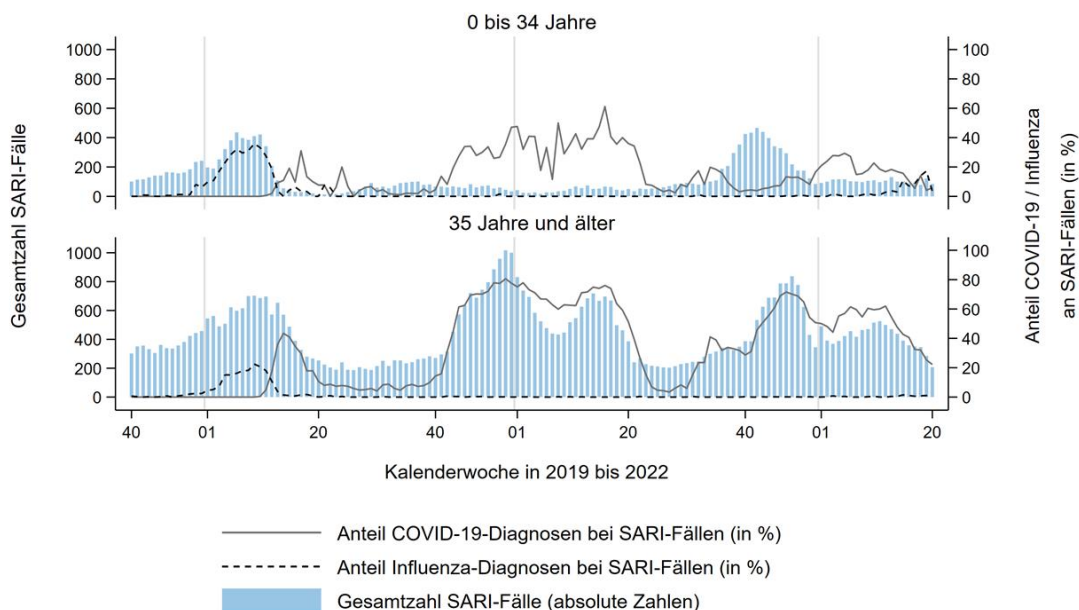


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 20. KW 2022. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist aufgrund von Nachmeldungen noch mit Änderungen zu rechnen.

In Abb. 9 ist die Anzahl intensivpflichtiger SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. In der Saison 2021/22 gab es zunächst im Herbst einen deutlichen und ungewöhnlich steilen Anstieg der Fallzahlen. Seit dem Jahreswechsel 2021/22 ist die Zahl der neu aufgenommenen SARI-Fälle mit Intensivbehandlung jedoch auf einem relativ niedrigen Niveau stabil und liegt seit einigen Wochen auf dem Niveau, wie es sonst üblicherweise während der Sommerzeit beobachtet wird.

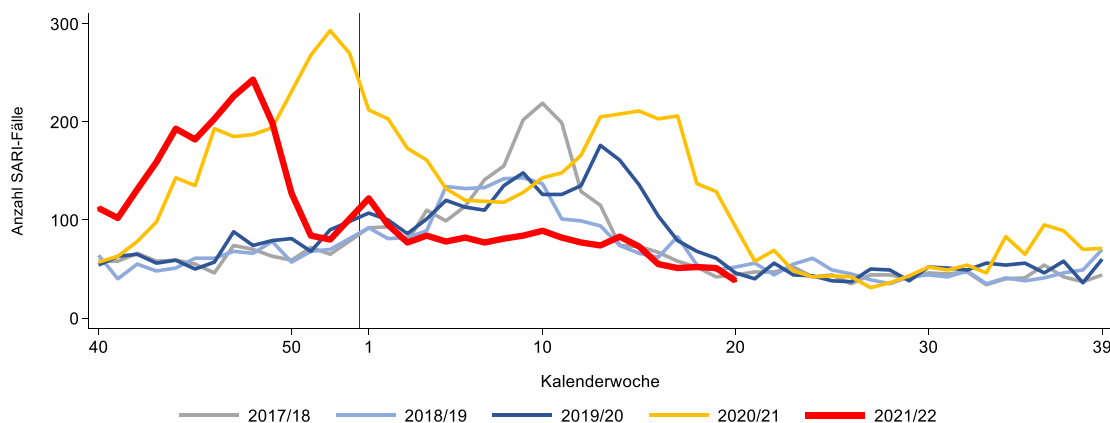


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 20. KW 2022. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist aufgrund von Nachmeldungen 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

Die Influenza-Aktivität war in der aktuellen Saison deutlich höher als in der Saison 2020/21, blieb aber im Vergleich mit den vorpandemischen Saisons auf einem niedrigen Niveau.

In der WHO Region Europa lag die Influenza-Positivenrate seit der 10. KW 2022 auf einem Werteplateau zwischen 25 % und 30 %, seit der 16. KW 2022 sank die Positivenrate und lag in der 19. KW 2022 bei 10 %. Drei Länder meldeten in der 19. KW noch eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten von über 30 % (Finnland: 50 %; Slowakei: 38 %; Niederlande: 31 %).

Allerdings beurteilten nicht alle Länder die hohen Positivenraten auch im Sinne einer mittleren oder gar hohen klinischen Influenza-Aktivität: Von 40 Ländern berichteten 24 Länder über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 13 Länder (darunter Deutschland) über eine niedrige, ein Land (Lettland) über eine mittlere Influenza-Aktivität und zwei Länder (Finnland, Luxemburg) über eine hohe Influenza-Aktivität. Zum Teil kann die Diskrepanz zwischen hohen Influenza-Positivenraten und niedriger klinischer Influenza-Aktivität mit einem selektiveren oder geänderten Konsultations- oder Testverhalten in den Sentinelpraxen in einigen europäischen Ländern zusammenhängen.

Für die 19. KW 2022 wurden in 85 (10 %) von 892 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, bis auf zwei (2 %) Influenza B-Virusnachweise waren alle positiv für Influenza A-Viren (98 %). In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 6.804 (12 %) von 58.012 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden zu 99 % Influenza A-Viren und 1 % Influenza B-Viren detektiert. Unter den 5.579 subtypisierten Influenza A-Viren waren 5.195 (93 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 384 (7 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Von 14 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten alle zur Victoria-Linie.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus 13 Ländern 1.556 SARI-Fälle für die 19. KW 2022 übermittelt. Es wurden 171 (11 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren drei (2 %) positiv für Influenzaviren. In der 19. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 17 % (18. KW: 21 %). Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 419 vom 16.5.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 1.5.2022.

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. Den Ländern wird empfohlen, die Ko-Zirkulation von Influenzaviren und SARS-CoV-2 zu überwachen. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik berücksichtigen.

Weltweit blieb die Influenza-Aktivität im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren niedrig und ging nach dem Höhepunkt im März 2022 weiter zurück.

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde über eine gleichbleibende oder sinkende Influenza-Aktivität berichtet. Es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und Influenza B-Viren der Victoria-Linie nachgewiesen.

In der tropischen Zone wurde aus den meisten Ländern ebenfalls eine niedrige Influenza-Aktivität verzeichnet. Es dominieren ebenfalls Influenza A(H3N2)-Viren.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre wurde insgesamt über eine für diese Jahreszeit zu erwartende niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Eine Ausnahme bildeten Argentinien und Chile mit hoher oder steigender Influenza-Aktivität.

Vom 18.4.2022 bis 1.5.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 346.542 Proben und meldeten 27.625 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 98 % Influenza A-Viren und bei 2 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 94 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren. Unter den charakterisierten Influenza B-Viren gehörten 100 % der Victoria-Linie an.

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>.

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 20/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10062