



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 12 (21.3. bis 27.3.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 12. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 12. KW bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen in der 12. KW im Bereich der jährlichen Grippewellen vor der COVID-19-Pandemie.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2022 in insgesamt 77 (66 %) der 117 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 34 (29 %) Proben mit SARS-CoV-2, jeweils 16 (14 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) bzw. humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), 10 (9 %) mit Rhinoviren, acht (7 %) mit Influenzaviren, sechs (5 %) 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 12. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 574 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 29.3.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland ist im Vergleich zur Vorwoche nicht weiter angestiegen. 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 noch auf einem niedrigen Niveau. Die Influenzameldefälle gemäß IfSG zeigen seit drei Wochen einen steigenden Trend, die von wechselndem Testverhalten unabhängigeren Sentinelergebnisse sind im Vergleich zur Vorwoche jedoch stabil geblieben. Die ARE-Konsultationsinzidenz hat in der aktuellen Saison 2021/22 ihren bisherigen Höhepunkt in der 11. KW mit ca. 1,7 Millionen Arztbesuchen erreicht. 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 ist die Influenza-Aktivität gesunken. Die Influenza-Positivenrate für Europa lag in der 11. KW bei 20 %, in der 10. KW bei 27 %. Der hohe Infektionsdruck durch COVID-19 bestimmt weiterhin 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.

* 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 12. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen (6,0 %; Vorwoche: 5,8 %), der Anstieg hat sich aber nur aufgrund von Nachmeldungen für die 11. KW ergeben. Bei den Kindern sind die ARE-Raten gesunken und bei den Erwachsenen ab 35 Jahre gestiegen. Die ARE-Rate lag in der 12. KW im Bereich der vorpandemischen Jahre, wobei vor der Pandemie in der 12. KW die Werte bei abklingender Influenza-Aktivität bereits zurückgingen, während sie aktuell seit mehreren Wochen anstiegen (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 6,0 % einer Gesamtzahl von ca. fünf Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

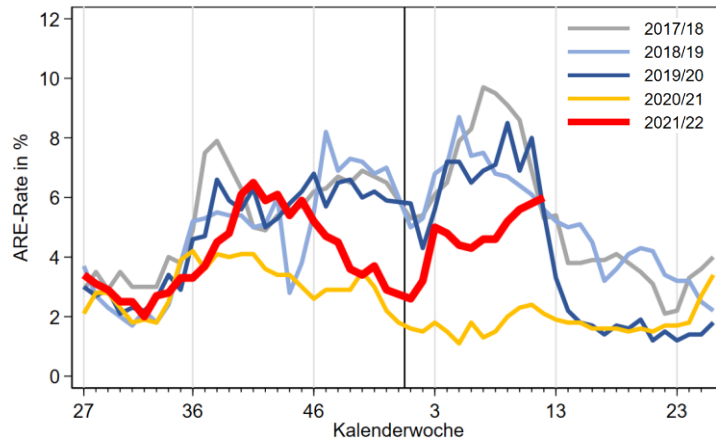


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 12. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 12. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lagen insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Im Vergleich zur Vorwoche nahmen die Werte in den AGI-Großregionen Süden, Norden und Osten ab und sind in der Mitte stabil geblieben.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 5. KW bis zur 12. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW
Süden	207	210	193	187	192	228	233	208
Baden-Württemberg	198	195	186	184	188	213	220	206
Bayern	215	225	199	189	197	243	245	209
Mitte (West)	206	209	171	153	163	170	197	195
Hessen	211	218	165	136	171	164	192	204
Nordrhein-Westfalen	224	219	194	164	170	172	212	189
Rheinland-Pfalz, Saarland	183	192	154	160	147	174	185	192
Norden (West)	133	147	140	141	138	163	190	162
Niedersachsen, Bremen	145	161	137	147	150	163	196	182
Schleswig-Holstein, Hamburg	120	134	144	135	127	163	184	142
Osten	195	205	185	201	203	238	268	223
Brandenburg, Berlin	204	206	163	169	162	189	191	167
Mecklenburg-Vorpommern	175	159	248	179	216	285	325	271
Sachsen	161	176	163	175	196	205	247	199
Sachsen-Anhalt	264	314	219	253	207	225	275	258
Thüringen	170	170	132	227	232	287	303	221
Gesamt	193	199	176	171	176	199	221	195

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 12. KW 2022 im Bereich der Jahre vor der Pandemie (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken, allerdings hat sich der Vorwochenwert (11. KW) durch Nachmeldungen deutlich erhöht. Der Wert lag in der 12. KW 2022 bei rund 1.800 (11. KW: 2.100, 10. KW: 1.900) Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,5 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

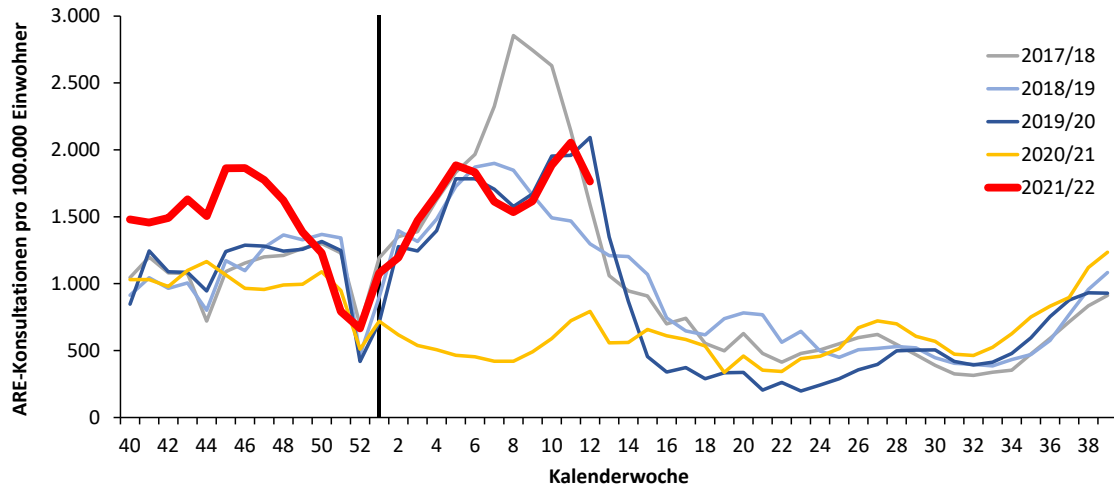


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 12. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 12. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3). Den deutlichsten Rückgang gab es im Vergleich zur Vorwoche bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre; 20 %). Die Werte lagen in der 12. 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>.

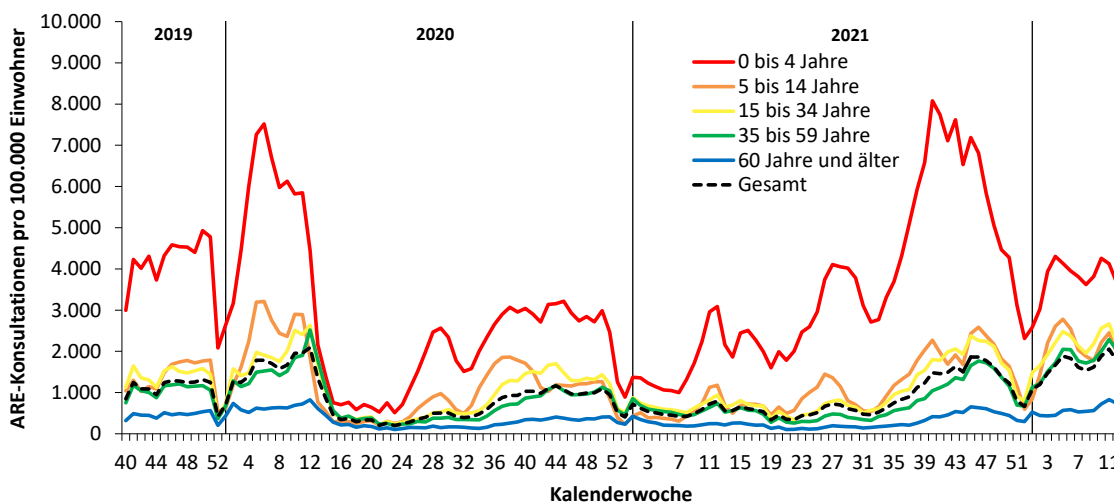


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 12. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 651 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 12. KW 2022 lagen 417 Meldungen vor, darunter 256 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 12. KW 2022 insgesamt 117 Sentinelproben von 39 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2022 in insgesamt 77 (66 %) der 117 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 34 (29 %) Proben mit SARS-CoV-2, jeweils 16 (14 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) bzw. humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) aller untersuchten Typen (OC43, HKU1, 229E oder NL63), 10 (9 %) mit Rhinoviren, sechs (5 %) Parainfluenzaviren (PIV) und zwei (2 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV). Außerdem wurden in acht (7 %; 95 %-Konfidenzintervall [2; 13]) Proben Influenzaviren identifiziert, davon waren sechs Influenza A(H3N2) und jeweils eine Probe Influenza A(H1N1)pdm09 bzw. A (nicht subtypisiert) (Tab. 2; Stand: 29.3.2022).

In der 12. KW 2022 gab es insgesamt 16 Doppelinfektionen, darunter häufig Kombinationen von SARS-CoV2 mit hMPV oder hCoV. Mehrfachnachweise waren in der Altersgruppe der 0- bis 14-jährigen häufig.

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

	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	146	99	143	134	117	4.232
Probenanzahl mit Virusnachweis	88	54	83	93	77	2.586
Anteil Positive (%)	60	55	58	69	66	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	1	2
A(H3N2)	3	2	4	6	6	65
A(H1N1)pdm09	1	0	0	4	1	6
B(Victoria)	0	0	0	0	0	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	3	2	3	7	7	2
RSV	4	1	2	1	2	637
Anteil Positive (%)	3	1	1	1	2	15
hMPV	15	14	22	24	16	262
Anteil Positive (%)	10	14	15	18	14	6
PIV (1 – 4)	2	2	6	10	6	188
Anteil Positive (%)	1	2	4	7	5	4
Rhinoviren	24	21	24	19	10	726
Anteil Positive (%)	16	21	17	14	9	17
hCoV	5	1	6	11	16	504
Anteil Positive (%)	3	1	4	8	14	12
SARS-CoV-2	41	18	33	34	34	517
Anteil Positive (%)	28	18	23	25	29	12

* 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 12. KW 2022 ist die Positivenrate für SARS-CoV-2 im Vergleich zur Vorwoche erneut leicht gestiegen, ebenso die Positivenrate für hCoV. Die Positivenraten für hMPV und Rhinoviren sind gesunken (Abb. 4).

In der 12. KW blieb die Influenza-Positivenrate stabil und lag bei 7 % (Vorwoche: 7 %). 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 werden relativ häufig nachgewiesen. hCoV wird seit der 10. KW wieder öfter nachgewiesen. hMPV wurden hauptsächlich bei den 0- bis 4-jährigen detektiert, Influenzaviren in den Altersgruppen unter 35 Jahre.

Die SARS-CoV-2-Positivenrate ist bei Kindern bis 14 Jahre in der 12. KW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen, während sie bei den Erwachsenen ab 15 Jahre leicht gesunken ist (Abb. 5). Die SARS-CoV-2-Positivenrate war in der 12. KW bei den 35- bis 59-jährigen mit 44 % am höchsten und bei den 15- bis 34-jährigen mit 12 % am niedrigsten (Abb. 6). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 393 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 82 % gestiegen (Stand 29.3.2022).

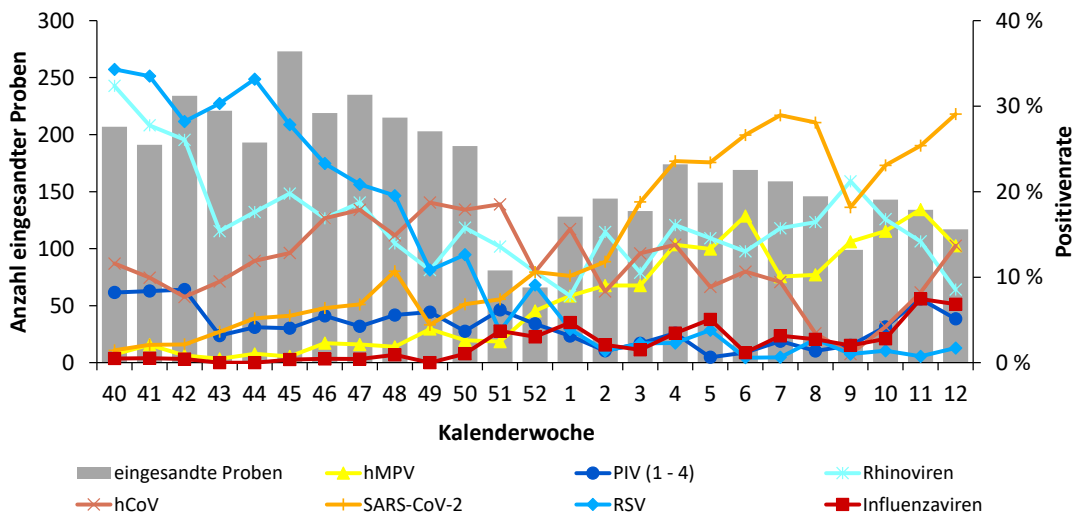


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivierate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 12. KW 2022.

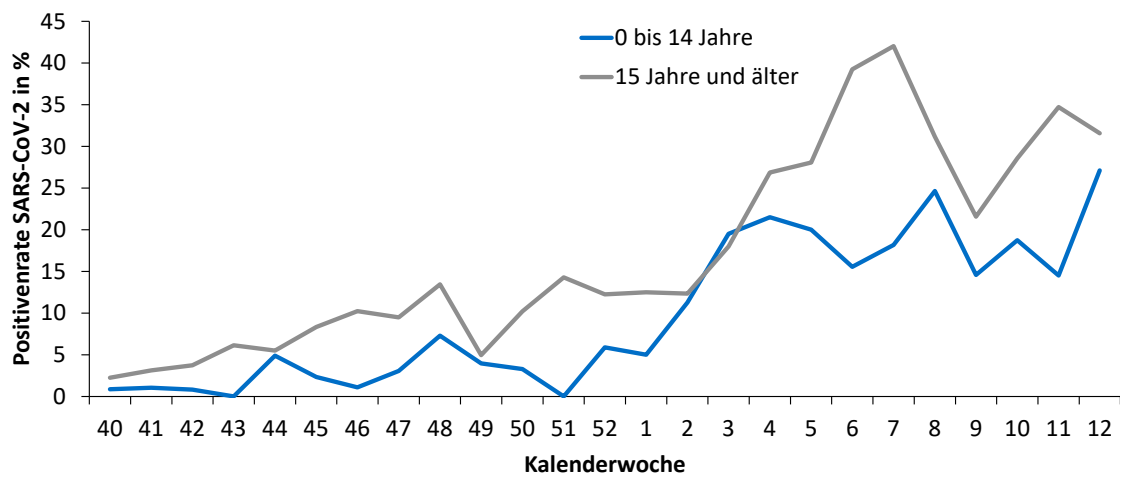


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 12. KW 2022.

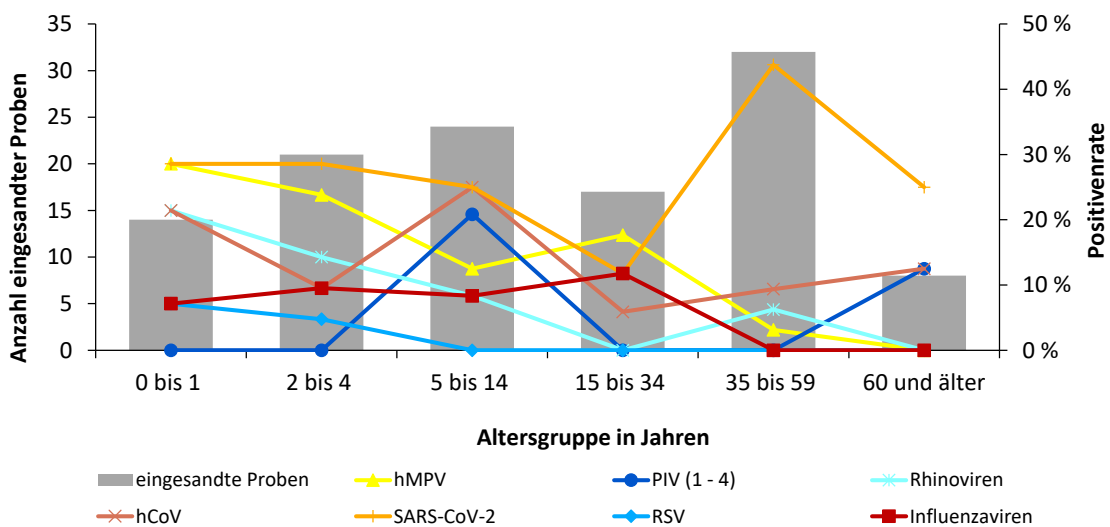


Abb. 6: Anteil (Positivieraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 12. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 104 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 27 Influenza A(H3N2)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 27 Influenza A(H3N2)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 54 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 (70 A(H3N2)-, zwei 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.

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 12. MW 2022 wurden bislang 574 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt, eine deutliche Zunahme der Fallzahlen in den letzten drei Wochen (Tab. 3). Bei 83 Fällen (14 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 29.3.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 4.033 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 30.3.2021: 488) übermittelt. Bei 797 Fällen (20 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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)

	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza A (nicht subtypisiert)	196	147	157	254	386	530	3.396
A(H1N1)pdm09	0	2	2	4	1	2	24
A(H3N2)	5	6	2	8	5	11	137
nicht nach A / B differenziert	16	15	11	9	25	18	200
B	14	14	9	19	15	13	276
Gesamt	231	184	181	294	432	574	4.033

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

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

Bislang wurden 16 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. In der Altersgruppe ab 80 Jahre sind die SARI-Fallzahlen seit dem Jahreswechsel allmählich gestiegen und liegen in der 12. KW 2022 auf einem erhöhten Niveau. In den anderen Altersgruppen werden dagegen seit einigen Wochen weitestgehend stabile Fallzahlen auf einem niedrigen Niveau beobachtet (Abb. 7).

Die SARI-Fallzahlen liegen insgesamt in der 12. KW 2022 unter dem Niveau der Vorsaison und damit deutlich unter den Werten der vorpandemischen Saisons, in denen es zumeist zwischen Januar und April eine Grippewelle gab.

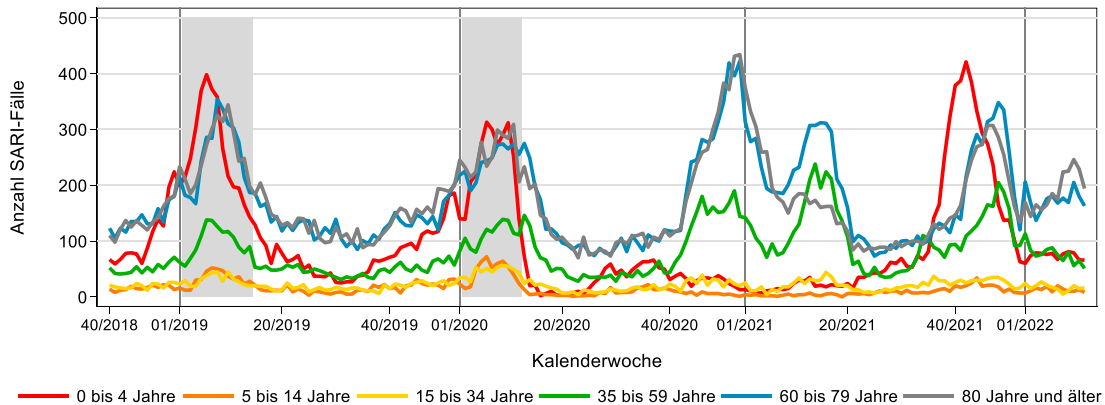


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 12. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der 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 12. KW 2022 bei insgesamt 50 % (Vorwoche: 51 %) 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 35 Jahre wurde in der 12. KW 2022 bei mindestens der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert.

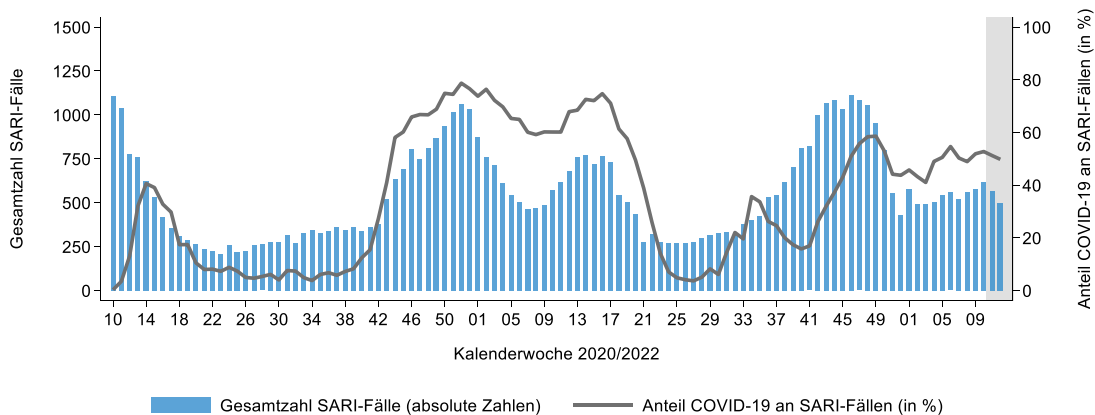


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 12. 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. Auch dieser Anteil ist seit einigen Wochen weitestgehend stabil und lag in der 12. KW 2022 bei insgesamt 57 % (Vorwoche: 58 %).

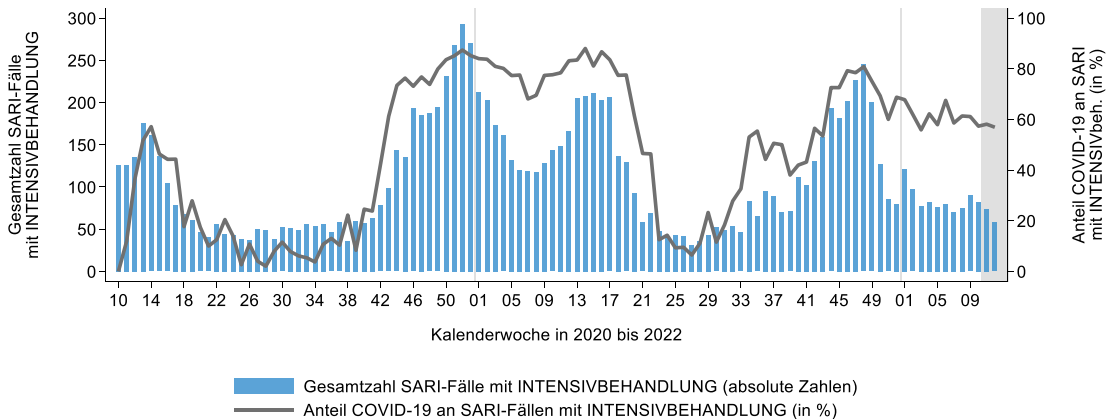


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 12. 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 ist die Influenza-Positivenrate in der 11. KW 2022 auf 20 % (10. KW 27 %) gesunken. Der Schwellenwert für eine erhöhte Influenza-Aktivität in der Region ist 10 %. 13 Länder meldeten in der 11. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten von mindestens 10 %, einige Länder meldeten z. T. auch Influenza-Positivenraten deutlich über 30 % (z. B. Ungarn: 79 %; Frankreich: 71 %; Belgien: 63 %; Niederlande: 62 %; Spanien: 35 %).

Von 42 Ländern, die für die 11. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 19 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 15 Länder über eine niedrige, sechs Länder (darunter Belgien, Dänemark, Frankreich) über eine mittlere Influenza-Aktivität und zwei Länder (Luxemburg und Bulgarien) über eine hohe Influenza-Aktivität.

Für die 11. KW 2022 wurden in 268 (20 %) von 1.326 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, bis auf zwei waren alle positiv für Influenza A-Viren. Es wurden 212 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 89 % Influenza A(H3N2)-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 3.471 (8 %) von 41.204 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 99 % Influenza A-Virusnachweise und 1 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 2.643 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 2.434 (92 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 209 (8 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Von den 40 Influenza B-Virusnachweisen wurden sechs charakterisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus 13 Ländern 2.805 SARI-Fälle für die 11. KW 2022 übermittelt. Es wurden 269 (10 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 13 (5 %) positiv für Influenzaviren, davon waren jeweils 69 % positiv für Influenza A- und 31 % für Influenza B-Viren. In der 11. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 34 % (10. KW: 40 %). Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

Für die Saison 2021/2022 sind die ersten Ergebnisse zur Schätzung der Wirksamkeit der Influenzaimpfung aus der gepoolten europäischen Analyse, weiteren Ländern in Europa und aus den USA verfügbar:

<https://flunewseurope.org/Vaccine>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 415 vom 21.3.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 6.3.2022.

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

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre nahm die Influenza-Aktivität zu oder war stabil. Es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und Influenza B-Viren der Victoria-Linie nachgewiesen.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre wurde insgesamt über eine weiterhin niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Eine Ausnahme bildeten einige Länder in der gemäßigten Zone Südamerikas mit steigenden Nachweisen von Influenza A(H3N2)-Viren.

Vom 21.2.2022 bis 6.3.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 367.148 Proben und meldeten 17.423 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 74 % Influenza A-Viren und bei 26 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 88 % 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>.

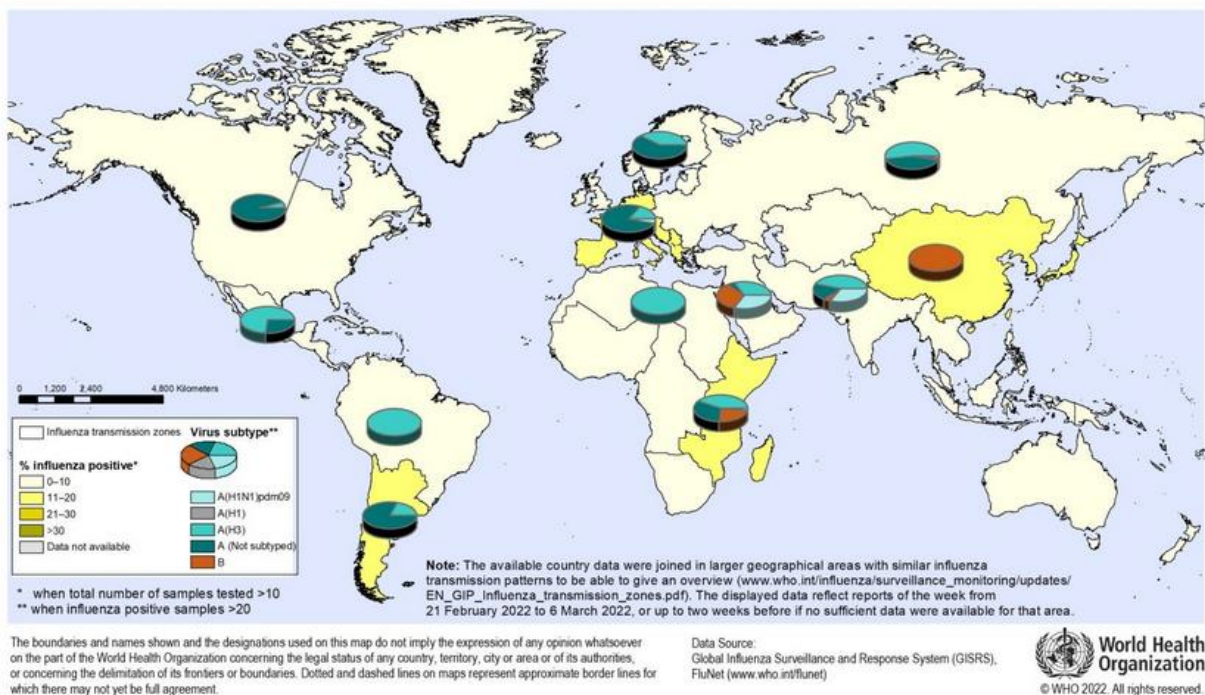


Abb. 10: Anteil Influenzavirus-positiver Proben nach Typ und Subtyp in den verschiedenen WHO Influenzatransmissionszonen. Datenstand 21.3.2022, mit Daten vom 21.2.2022 bis zum 6.3.2022 (Quelle:

https://www.who.int/images/default-source/departments/global-influenza-programme/biweekly/2022_03_21_surveillance_update_415.png, zuletzt abgerufen am 29.3.2022)

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 12/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9859