



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 27 (4.7. bis 10.7.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 27. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Werte liegen weiterhin auf einem deutlich höheren Niveau als in den Vorjahren. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 27. KW bundesweit etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Zahl der Arztbesuche liegt ebenfalls deutlich über dem Niveau der Vorjahre um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 27. KW 2022 in insgesamt 55 (62 %) der 89 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 23 (26 %) Proben mit SARS-CoV-2, 19 (21 %) mit Parainfluenzaviren (PIV), 13 (15 %) mit Rhinoviren, vier (4 %) mit Influenzaviren und zwei (2 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV). Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden nicht nachgewiesen. SARS-CoV-2 werden seit mehreren Wochen insbesondere in der Altersgruppe der Erwachsenen identifiziert.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) insgesamt seit mehreren Wochen trotz leichter Schwankungen weitestgehend stabil.

Die im Vergleich mit den Vorjahren aktuell deutlich höhere ARE-Aktivität ist auf die Ko-Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen. Es werden SARS-CoV-2 hauptsächlich bei Erwachsenen und Parainfluenzaviren bei Kindern nachgewiesen; Rhino- und Influenzaviren werden gleichmäßiger in beiden Altersgruppen identifiziert.

Weitere Informationen zum bisherigen Verlauf der Saison 2021/22

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison ab der 40. KW 2021 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. Nach den Osterferien haben sich bei Kindern zunehmend Influenzaviren ausgebreitet. Von der 17. KW bis zur 20. KW 2022 waren die virologischen Kriterien einer Grippewelle erfüllt, wobei die Influenza-Aktivität niedrig blieb. Die Influenza-Positivenrate lag bis zur 25. KW bei rund 7 % und geht nun langsam zurück. Die COVID-19 Aktivität stieg in der 24. KW wieder deutlich an. Die SARS-CoV-2-Positivenrate lag dann drei Wochen bei etwa 20 % und ist in der 27. KW weiter auf 26 % gestiegen. Die aktuell für diese Jahreszeit vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird momentan hauptsächlich durch SARS-CoV-2-Infektionen (Erwachsene) sowie Parainfluenzaviren (Kinder) verursacht. Rhinoviren tragen ebenfalls zur erhöhten ARE-Aktivität bei, die Influenza-Aktivität ist aktuell nur noch gering.

Atemwegserreger, insbesondere die leicht übertragbaren pandemischen Coronaviren der VOC Omikron mit der Sublinie BA.5, verbreiten sich aktuell besonders in der erwachsenen Bevölkerung. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen mit schweren Atemwegsinfektionen bleibt stabil, allerdings ist darunter der Anteil der Patienten mit einer COVID-19-Diagnose wieder angestiegen.

* 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 27. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen (6,0 %; Vorwoche: 5,3 %) (Abb. 1). Die ARE-Rate ist sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gestiegen. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von ca. 5,0 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die ARE-Rate liegt gegenwärtig höher als in den vorpandemischen Jahren zur 27. KW. Aufgrund der grundlegenden Überarbeitung der GrippeWeb-Anwendung, die in der 27. KW 2022 gestartet ist, kann es vermehrt zu Nachmeldungen kommen. Die Daten sind daher noch unter Vorbehalt zu betrachten. Weitere Informationen unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

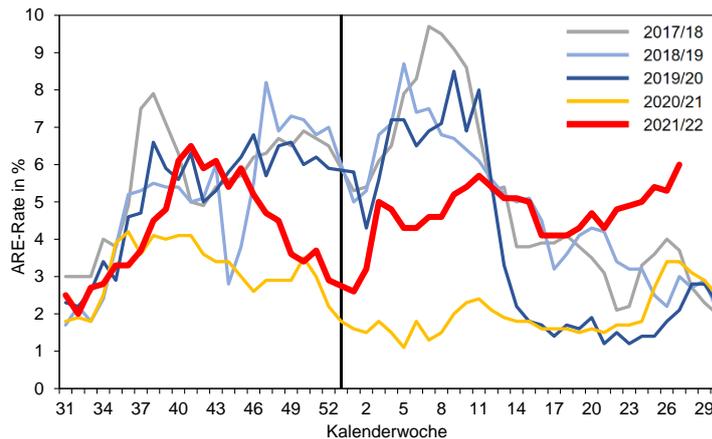


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 27. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

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

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 27. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht zurückgegangen (Abb. 2). Allerdings kam es für die 26. KW zu einer Reihe von Nachmeldungen, sodass ein eher stabiler Trend angenommen wird. Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 27. KW 2022 bei ca. 1.500 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,2 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 27. KW 2022 deutlich über den Werten der Vorsaisons.

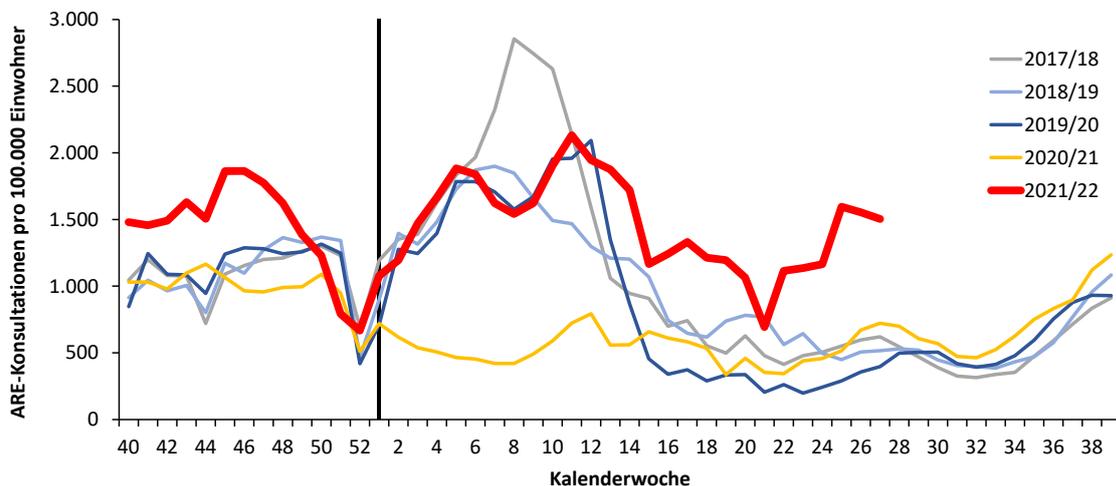


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 27. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 27. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern und jungen Erwachsenen gesunken und bei den ab 35-jährigen relativ stabil geblieben (Abb. 3). Bei den Erwachsenen wurde eine bis zu dreimal höhere ARE-Konsultationsinzidenz beobachtet als in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie zu dieser Zeit. Dazu kann neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten beigetragen.

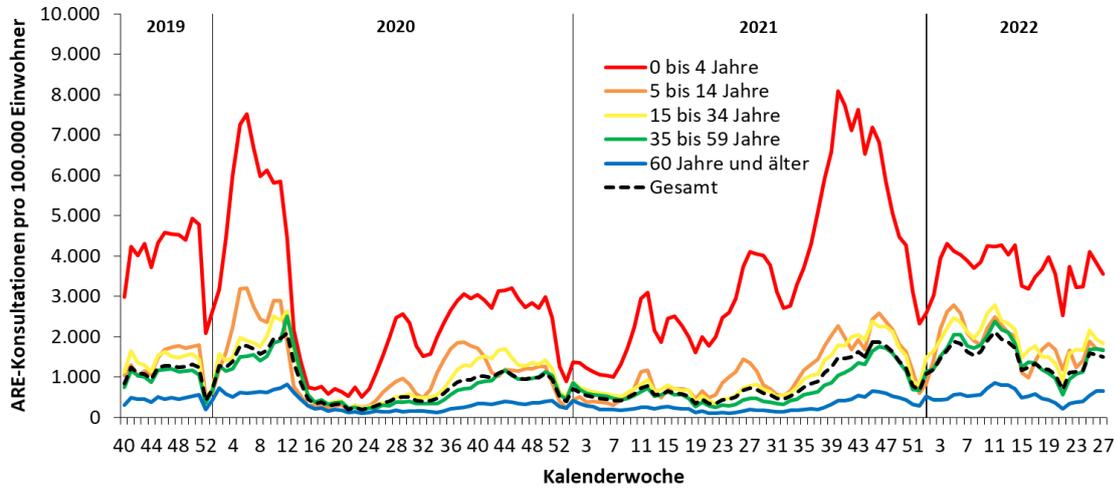


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 27. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 27. KW 2022 in insgesamt 55 (62 %) der 89 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

Tab. 1: 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 12.7.2022.

	23. KW	24. KW	25. KW	26. KW	27. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	80	93	93	101	89	5.873
Probenanzahl mit Virusnachweis	45	53	58	60	55	3.605
Anteil Positive (%)	56	57	62	59	62	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	3
A(H ₃ N ₂)	7	7	7	5	4	262
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	0	0	0	13
B(Victoria)	0	0	0	0	0	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	9	8	8	5	4	5
RSV	0	0	0	0	0	635
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	11
hMPV	4	1	4	4	2	424
Anteil Positive (%)	5	1	4	4	2	7
PIV (1 – 4)	11	12	14	21	19	330
Anteil Positive (%)	14	13	15	21	21	6
Rhinoviren	17	14	13	10	13	966
Anteil Positive (%)	21	15	14	10	15	16
hCoV	2	3	3	2	0	612
Anteil Positive (%)	3	3	3	2	0	10
SARS-CoV-2	7	18	19	20	23	761
Anteil Positive (%)	9	19	20	20	26	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.

Es zirkulierten hauptsächlich SARS-CoV-2, Parainfluenzaviren und Rhinoviren in der 27. KW 2022. Die Influenza-Positivenrate lag zwischen der 17. KW und 20. KW 2022 mit leichten Schwankungen bei rund 20 %, ging dann aber deutlich zurück und lag in der 27. KW bei 4 %. Die SARS-CoV-2-Positivenrate zeigte besonders von der 23. KW zur 24. KW einen deutlichen Anstieg. Nachdem die Werte drei Wochen stabil gewesen sind bei ca. 20 %, sind sie in der 27. KW auf 26 % gestiegen. Seit der 17. KW ist die Parainfluenza-Positivenrate auf 21 % gestiegen (Abb. 4).

Der Anteil von Omikron unter den SARS-CoV-2 Nachweisen liegt weiterhin bei 100 % (Datenstand 12.7.2022).

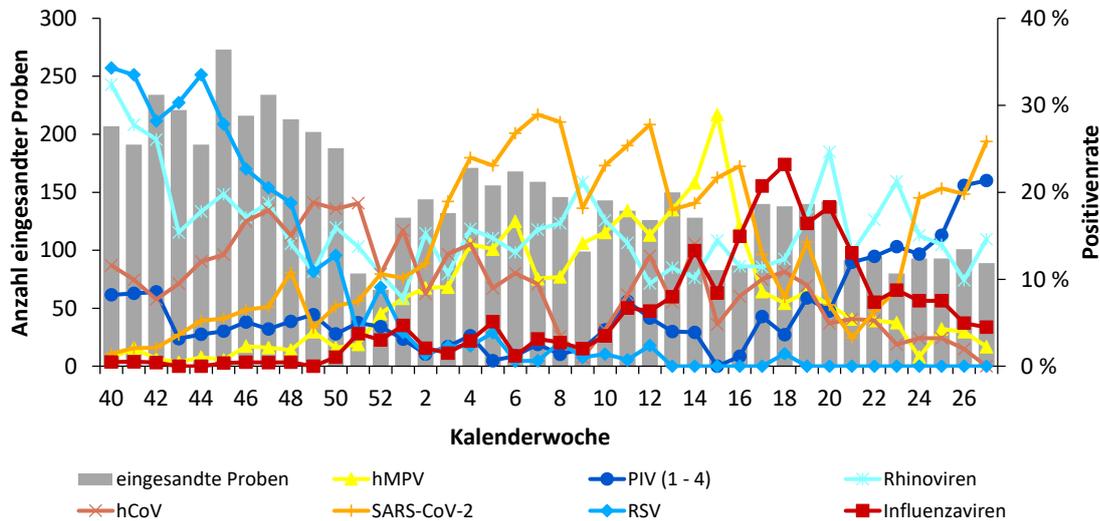


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 27. KW 2022.

Diagramme für Deutschland und die zwölf AGI-Regionen mit täglich aktualisierten Ergebnissen aus der virologischen Surveillance der AGI sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

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

Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 27. MW 2022 wurden bislang 192 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 2). Seit der 20. MW geht die Anzahl der übermittelten Fälle zurück. Bei 38 Fällen (20 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 12.7.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 18.153 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 3.198 Fällen (18 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2021 wurden 36 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion übermittelt. Bislang wurden 92 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>.

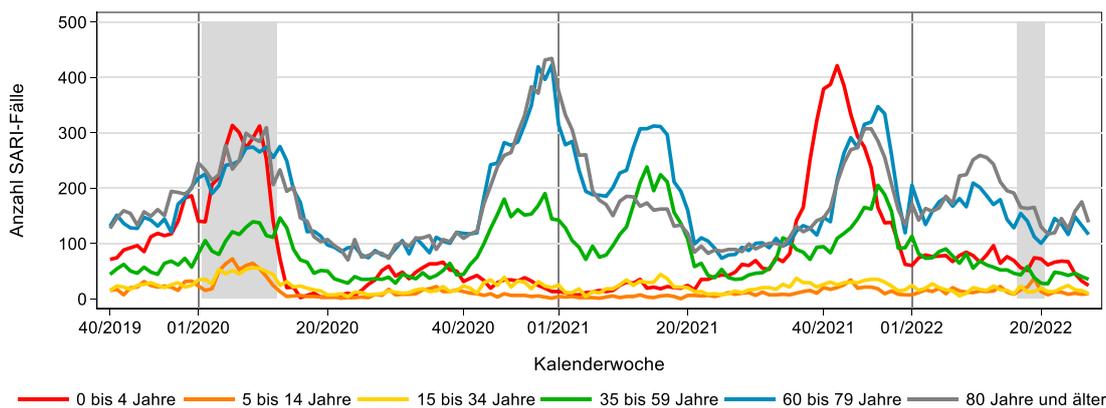
Tab. 2: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzotyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

		22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27 MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	635	497	438	396	272	159	15.961
	A(H1N1)pdm09	2	0	2	6	1	0	81
	A(H3N2)	31	20	18	16	6	12	640
	nicht nach A / B differenziert	41	34	57	36	28	15	966
	B	11	10	14	11	9	6	505
Gesamt		720	561	529	465	316	192	18.153

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

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 mehreren Wochen trotz leichter Schwankungen weitestgehend stabil. Dabei sind die SARI-Fallzahlen in der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre in den letzten Wochen zurückgegangen. Dagegen wurde in der Altersgruppe ab 80 Jahre seit der 23. KW 2022 ein leichter Anstieg der Fallzahlen beobachtet. In allen Altersgruppen liegen die Fallzahlen auf einem niedrigen Niveau, jedoch werden aktuell in der Altersgruppe ab 80 Jahre etwas mehr Fälle beobachtet als in den meisten Vorsaisons um diese Zeit (Abb. 5).



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 27. 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 den letzten Wochen angestiegen. So wurden in der 27. KW 2022 bei insgesamt 41 % (Vorwoche: 39 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 6). Zwischen der 15. KW und der 19. KW 2022 wurde bei SARI-Patientinnen und Patienten vermehrt Influenza diagnostiziert. Seit der 20. KW 2022 sank die Zahl der Influenza-Diagnosen jedoch wieder und lag in der 27. KW 2022 insgesamt unter 1 %.

* 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).

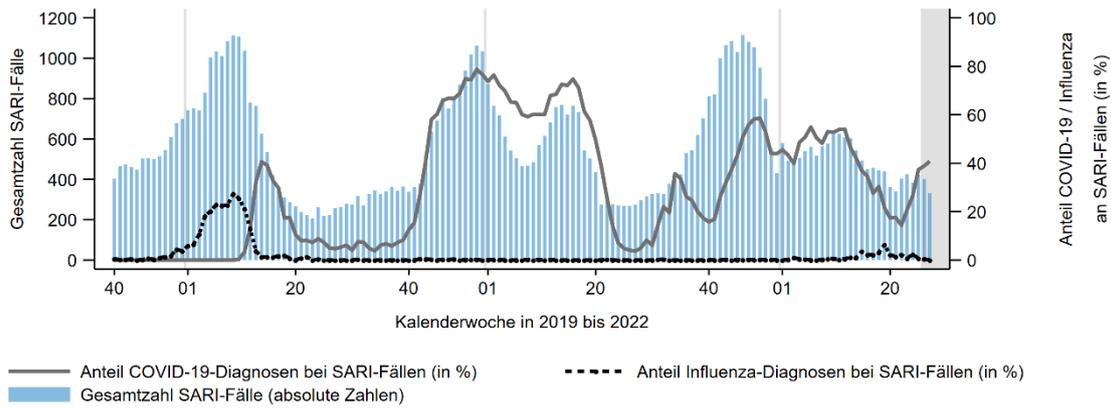


Abb. 6: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 27. KW 2022. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist aufgrund von Nachmeldungen noch mit Änderungen zu rechnen.

In Abb. 7 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil lag in der 27. KW 2022 bei insgesamt 47 % (Vorwoche: 29 %). Bei intensivpflichtigen SARI-Fällen wurde in der 27. KW 2022 keine Influenza-Diagnose vergeben.

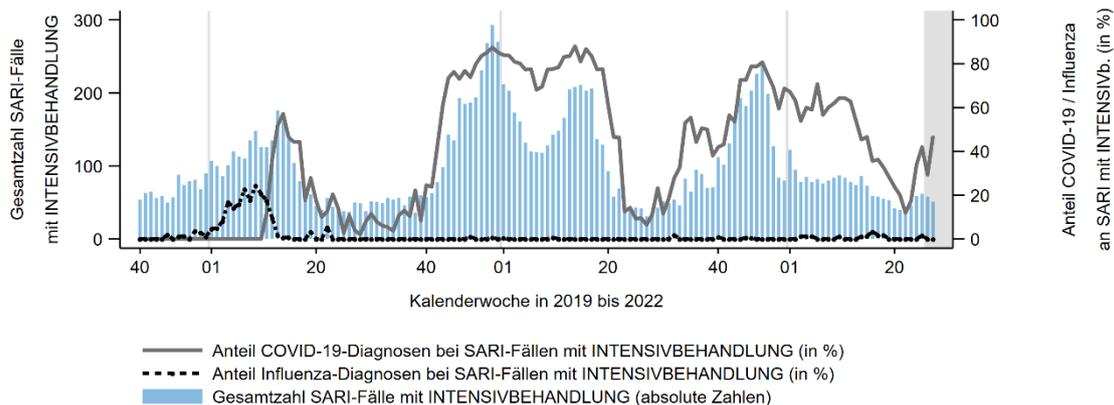


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 27. 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.

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 27/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10248