



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 28 (11.7. bis 17.7.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 28. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Die Werte liegen weiterhin auf einem deutlich höheren Niveau als in den Vorjahren. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 28. KW bundesweit etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Zahl der Arztbesuche liegt ebenfalls deutlich über dem Niveau der Vorjahre (seit 2006) um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 28. KW 2022 in insgesamt 43 (66 %) der 65 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 16 (25 %) Proben mit Rhinoviren, 14 (22 %) mit SARS-CoV-2, zehn (15 %) mit Parainfluenzaviren (PIV), jeweils zwei (3 %) mit Influenzaviren bzw. mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und jeweils eine (2 %) Probe mit humanen Metapneumoviren (hMPV) bzw. mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV). 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 Parainfluenza- sowie Rhinoviren bei Kindern nachgewiesen.

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 geht seit der 25. KW kontinuierlich 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 %, ist in der 27. KW weiter auf 26 % gestiegen und liegt nun wieder bei 20 %. Die aktuell für diese Jahreszeit vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird momentan hauptsächlich durch SARS-CoV-2-Infektionen (Erwachsene) sowie Rhino- und Parainfluenzaviren (Kinder) verursacht. 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 relativ stabil, allerdings ist darunter der Anteil der Patienten mit einer COVID-19-Diagnose weiterhin mit rund 40 % hoch.

* 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 28. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gesunken (5,5 %; Vorwoche: 5,8 %) (Abb. 1). Die ARE-Rate ist bei den Kindern gesunken und bei den Erwachsenen stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von ca. 4,6 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die ARE-Rate liegt gegenwärtig höher als in den vorpandemischen Jahren zur 28. 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>.

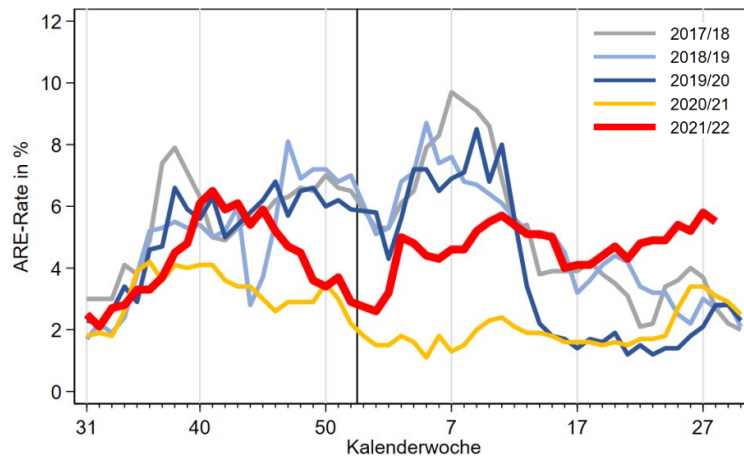


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 28. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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 28. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht zurückgegangen (Abb. 2). Allerdings kam es für die 27. KW zu Nachmeldungen, sodass ein eher stabiler Trend angenommen wird. Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 28. 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 28. KW 2022 deutlich über den Werten der Vorsaisons seit Beginn der ganzjährigen ARE-Surveillance in 2006.

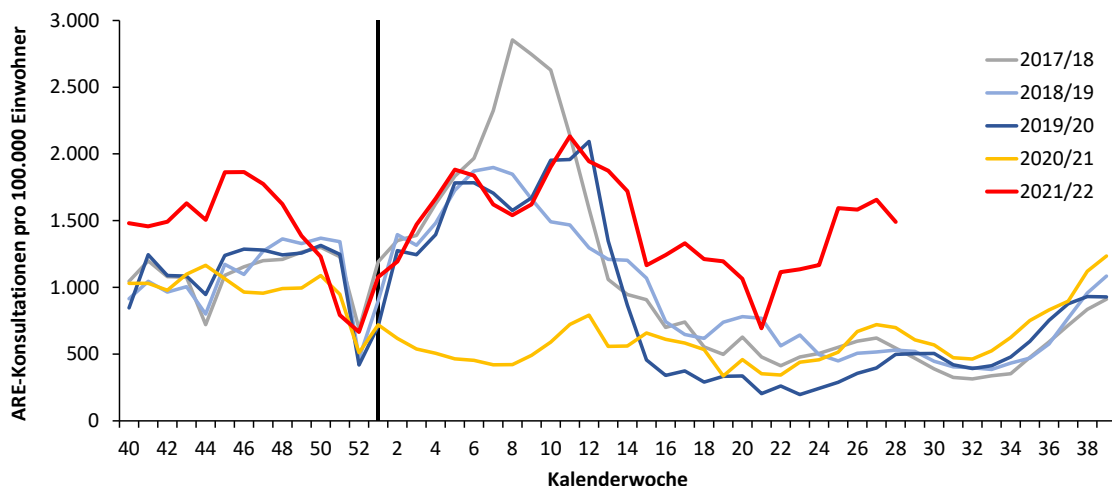


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 28. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 28. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern und den Erwachsenen gesunken (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.

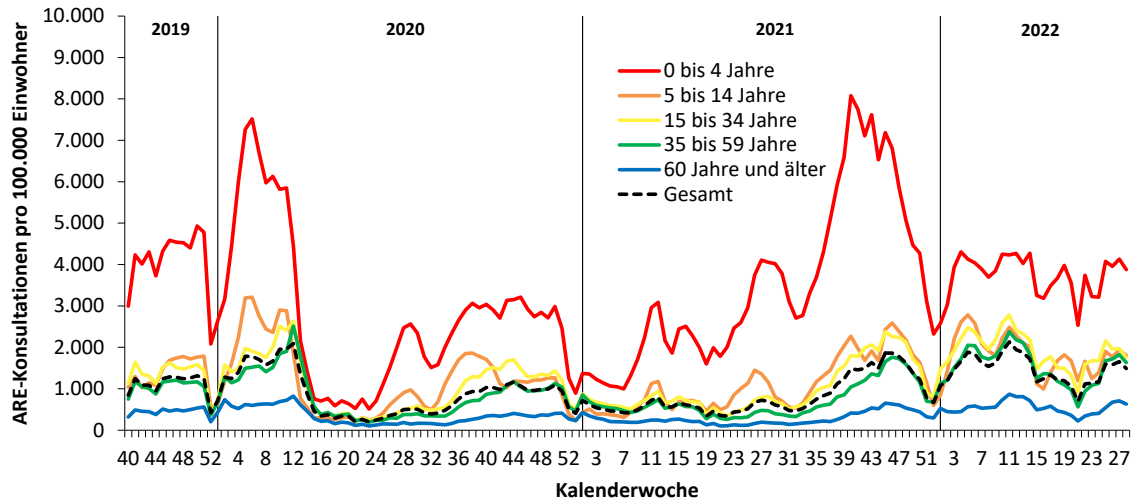


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 28. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influzaviren

Im NRZ für Influzaviren wurden in der 28. KW 2022 in insgesamt 43 (66 %) der 65 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2021/22 (ab 40. KW 2021), Datenstand 19.7.2022.

| | 24. KW | 25. KW | 26. KW | 27. KW | 28. KW | Gesamt ab 40. KW 2021 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| Anzahl eingesandter Proben* | 93 | 93 | 101 | 103 | 65 | 5.952 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis | 53 | 58 | 60 | 65 | 43 | 3.658 |
| Anteil Positive (%) | 57 | 62 | 59 | 63 | 66 | 61 |
| Influenza | | | | | | |
| A (nicht subtypisiert) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| A(H ₃ N ₂) | 7 | 7 | 5 | 4 | 2 | 264 |
| 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 (%) | 8 | 8 | 5 | 4 | 3 | 5 |
| RSV | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 637 |
| Anteil Positive (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 11 |
| hMPV | 1 | 4 | 4 | 2 | 1 | 425 |
| Anteil Positive (%) | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 7 |
| PIV (1 – 4) | 12 | 14 | 21 | 22 | 10 | 343 |
| Anteil Positive (%) | 13 | 15 | 21 | 21 | 15 | 6 |
| Rhinoviren | 14 | 13 | 10 | 15 | 16 | 984 |
| Anteil Positive (%) | 15 | 14 | 10 | 15 | 25 | 17 |
| hCoV | 3 | 3 | 2 | 0 | 1 | 613 |
| Anteil Positive (%) | 3 | 3 | 2 | 0 | 2 | 10 |
| SARS-CoV-2 | 18 | 19 | 20 | 28 | 14 | 780 |
| Anteil Positive (%) | 19 | 20 | 20 | 27 | 22 | 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 Rhinoviren, SARS-CoV-2 und Parainfluenzaviren in der 28. 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 28. KW noch bei 2 %. Die SARS-CoV-2-Positivenrate zeigte nach einem stabilen Verlauf von der 24. KW bis zur 26. KW einen deutlichen Anstieg in der 27. KW. In der 28. KW lag sie wieder bei ca. 20 %. Seit der 26. KW ist die Rhinoviren-Positivenrate auf 25 % gestiegen. Dagegen ist die PIV-Positivenrate zur Vorwoche gesunken (Abb. 4).

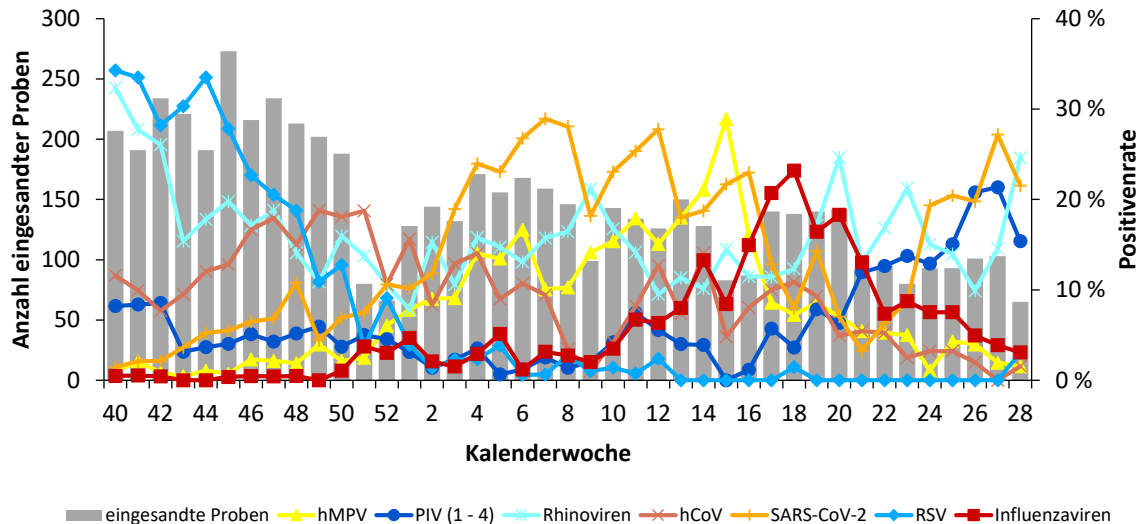


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 28. KW 2022.

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.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 28. MW 2022 wurden bislang 215 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 2). Bei 35 Fällen (16 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 19.7.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 18.383 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 3.281 Fällen (18 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

Bislang wurden 94 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 Influenzatypp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

| | 23. MW | 24. MW | 25. MW | 26. MW | 27. MW | 28. MW | Gesamt ab 40. MW 2021 |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------|
| Influenza A (nicht subtypisiert) | 497 | 438 | 396 | 272 | 164 | 189 | 16.164 |
| A(H1N1)pdm09 | 0 | 2 | 6 | 1 | 0 | 0 | 81 |
| A(H3N2) | 20 | 18 | 16 | 6 | 12 | 6 | 646 |
| nicht nach A / B differenziert | 34 | 57 | 36 | 28 | 16 | 16 | 983 |
| B | 10 | 14 | 11 | 9 | 6 | 4 | 509 |
| Gesamt | 561 | 529 | 465 | 316 | 198 | 215 | 18.383 |

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. Die SARI-Fallzahlen sind in der 28. KW in der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre gestiegen, in allen anderen Altersgruppen sind die SARI-Fallzahlen gesunken oder stabil geblieben. In allen Altersgruppen liegen die Fallzahlen auf einem üblichen niedrigen Niveau entsprechend der Jahreszeit, jedoch werden aktuell in der Altersgruppe ab 80 Jahre etwas mehr Fälle beobachtet als in den meisten Vorsaisons um diese Zeit (Abb. 5).

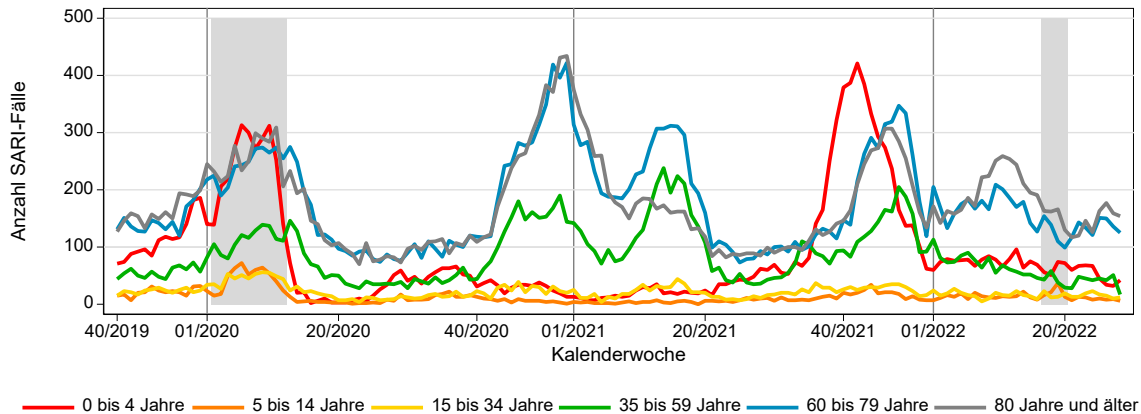


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 28. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anstieg des Anteils an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen, der seit der 23. KW 2022 beobachtet worden war, hat sich in der 28. KW zunächst nicht fortgesetzt. So wurden in der 28. KW 2022 bei insgesamt 40 % (Vorwoche: 40 %) 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 28. KW 2022 insgesamt unter 1 %.

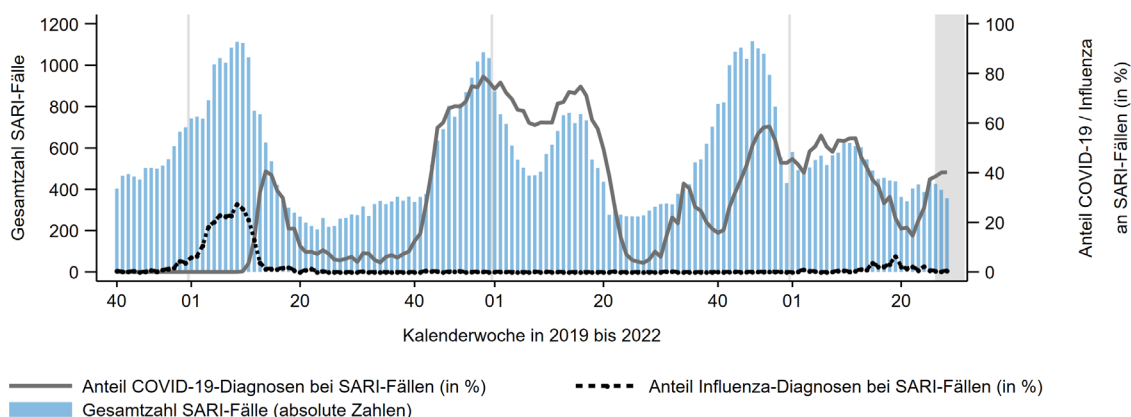


Abb. 6: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 28. KW 2022. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist aufgrund von Nachmeldungen noch mit Änderungen 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. 7 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil lag in der 28. KW 2022 bei insgesamt 44 % (Vorwoche: 40 %). Bei intensivpflichtigen SARI-Fällen wurde in der 28. KW 2022 eine Influenza-Diagnose vergeben.

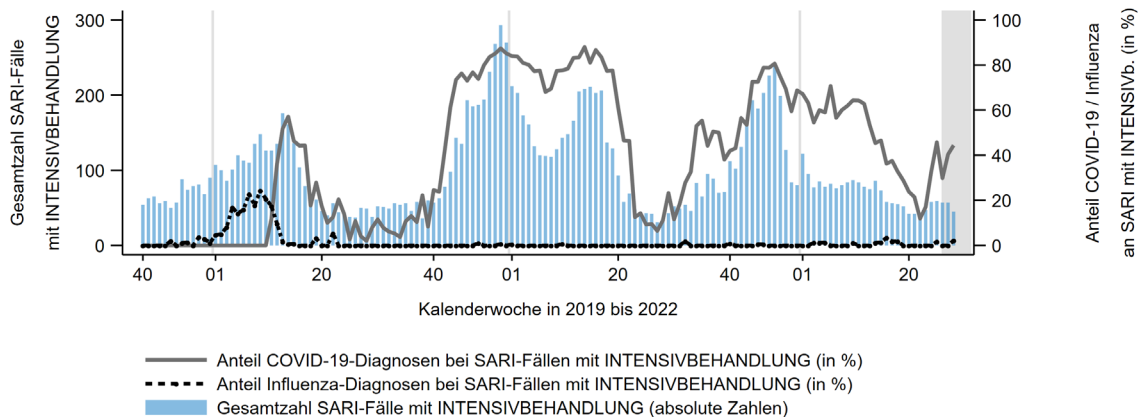


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 28. 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.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 423 vom 11.7.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 26.6.2022. Die WHO weist darauf hin, dass die Ergebnisse mit Einschränkungen zu interpretieren sind, da die COVID-19-Pandemie in vielen Ländern die Influenzasurveillance-systeme beeinflusst. Den Ländern wird empfohlen, die Influenza und COVID-19 in den Sentinel-Systemen gemeinsam 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 südlichen Hemisphäre hat die Influenza-Aktivität nach einem Anstieg inzwischen ein Plateau erreicht. In Australien wurden hauptsächlich Influenza A-Viren detektiert.

In der nördlichen Hemisphäre nahm die Influenza-Aktivität ab. Sie liegt auf einem jahreszeitlich üblichen niedrigen Niveau. Es dominierten Influenza A(H3N2)-Viren.

Vom 13.06. bis zum 26.6.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 163.505 Proben und meldeten 9.741 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 98 % Influenza A-Viren und bei 2 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 96 % 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>.

Literaturhinweis

Das Europäische Zentrum für Krankheitsprävention und -kontrolle (ECDC) hat am 18.7.2022 ein Dokument mit Hinweisen zur Surveillance akuter Atemwegsinfektionen publiziert:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-europe>.

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 28/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10286