



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 30 (25.7. bis 31.7.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 30. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Werte liegen weiterhin auf einem deutlich höheren Niveau als in den Vorjahren. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 30. KW bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Zahl der Arztbesuche liegt ebenfalls noch deutlich über dem Niveau der Vorjahre (seit 2006) um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 30. KW 2022 in insgesamt 51 (55 %) der 92 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 17 (18 %) Proben mit Parainfluenzaviren (PIV), 16 (17 %) mit SARS-CoV-2, elf (12 %) mit Rhinoviren, drei (3 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und jeweils zwei (2 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), humanen Metapneumoviren (hMPV) und Influenzaviren.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 30. KW 2022 insgesamt gesunken, nachdem die Werte seit der 16. KW 2022 trotz leichter Schwankungen weitestgehend stabil waren. In den Altersgruppen unter 60 Jahren liegen die SARI-Fallzahlen auf einem während der Sommermonate üblichen Niveau, insbesondere bei den ab 80-Jährigen werden allerdings noch höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorsaisons.

Die im Vergleich mit den Vorjahren aktuell noch 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. In den letzten Wochen wurde wieder sporadisch RSV in Sentinelproben 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 geht seit der 25. KW kontinuierlich zurück und ist in der 30. KW auf sehr niedrigem Niveau. Die COVID-19 Aktivität stieg in der 24. KW deutlich an, war seit der 28. KW wieder rückläufig und blieb von der 29. KW auf die 30. KW stabil. Die aktuell für diese Jahreszeit vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird momentan hauptsächlich durch SARS-CoV-2-Infektionen (Erwachsene) sowie Rhino- und Parainfluenzavirusinfektionen (Kinder) verursacht.

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 ist insgesamt gesunken. Der Anteil der mit schwerer Atemwegserkrankung hospitalisierten Patienten mit einer COVID-19-Diagnose liegt mit rund 36 % weiterhin auf einem hohen Niveau.

* 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 30. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken (4,0 %; Vorwoche: 4,4 %) (Abb. 1). Die ARE-Rate ist sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gesunken. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von ca. 3,3 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die ARE-Rate liegt gegenwärtig höher als in den vorpandemischen Jahren zur 30. KW. Weitere Informationen unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

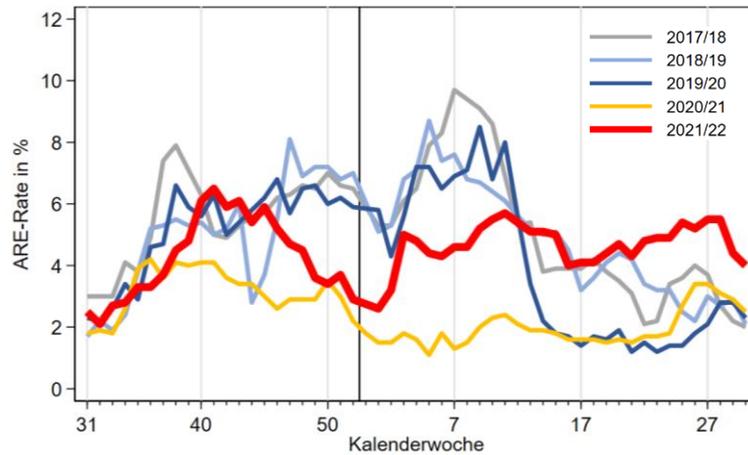


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 30. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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 30. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen (Abb. 2). Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 30. KW 2022 bei ca. 1.200 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,0 Million Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 30. KW 2022 deutlich über den Werten der Vorsaisons seit Beginn der ganzjährigen ARE-Surveillance in 2006.

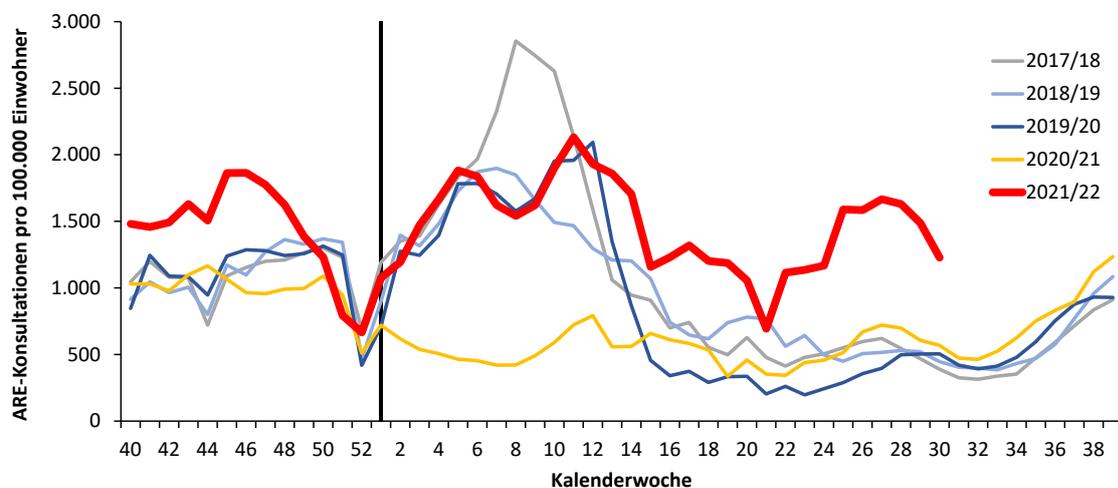


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 30. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 30. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern und den Erwachsenen zwar gesunken (Abb. 3), bei den Erwachsenen wurde aber nach wie vor 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 beitragen.

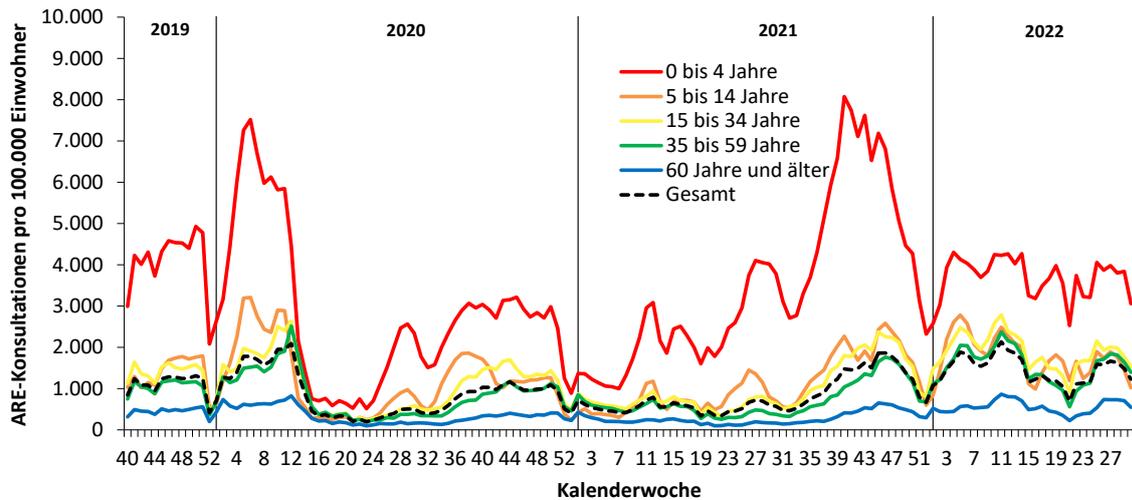


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 30. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 30. KW 2022 in insgesamt 51 (55 %) der 92 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 2.8.2022.

	26. KW	27. KW	28. KW	29. KW	30. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	101	103	81	70	92	6.130
Probenanzahl mit Virusnachweis	60	65	52	37	51	3.755
Anteil Positive (%)	59	63	64	53	55	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	3
A(H ₃ N ₂)	5	4	3	1	2	268
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 (%)	5	4	4	1	2	5
RSV	0	0	2	0	3	640
Anteil Positive (%)	0	0	2	0	3	10
hMPV	4	2	1	1	2	428
Anteil Positive (%)	4	2	1	1	2	7
PIV (1 – 4)	21	22	14	14	17	378
Anteil Positive (%)	21	21	17	20	18	6
Rhinoviren	10	15	17	14	11	1010
Anteil Positive (%)	10	15	21	20	12	16
hCoV	2	0	1	0	2	615
Anteil Positive (%)	2	0	1	0	2	10
SARS-CoV-2	20	28	17	12	16	811
Anteil Positive (%)	20	27	21	17	17	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 Parainfluenzaviren, SARS-CoV-2 und Rhinoviren in der 30. 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 30. KW bei 2 %. Die SARS-CoV-2-Positivenrate ging nach einem deutlichen Anstieg von der 22. KW bis zur 27. KW zwei Wochen lang zurück. Von der 29. zur 30. KW ist sie stabil geblieben. Die Rhinoviren-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag bei 12 %. Die PIV-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 4). In den letzten Wochen wurde wieder sporadisch RSV in Sentinelproben identifiziert.

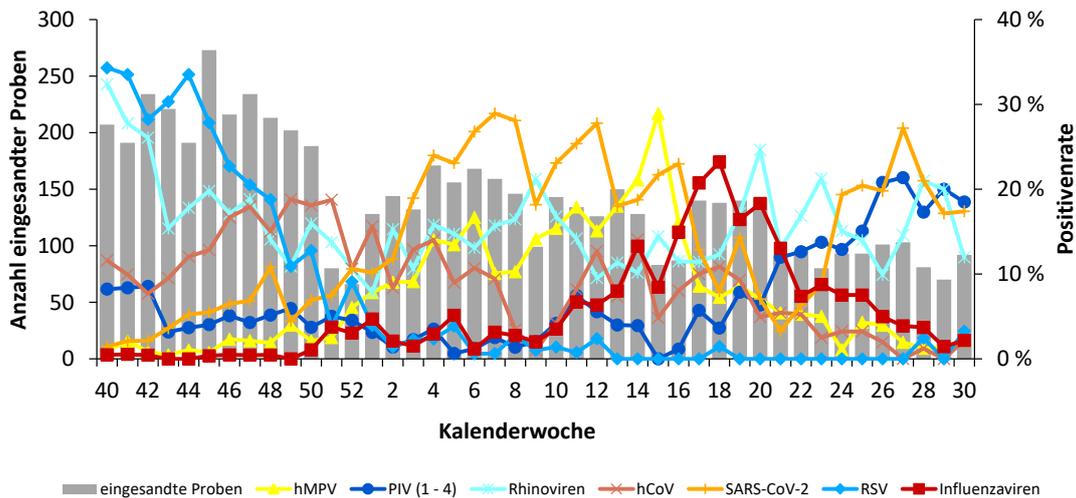


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 30. KW 2022.

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 30. MW 2022 wurden bislang 160 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 2). Bei 26 Fällen (16 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 2.8.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 18.738 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 3.351 Fällen (18 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren. Seit der 40. MW 2021 wurden 36 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion übermittelt.

Bislang wurden 99 Influenzafälle an das RKI übermittelt, bei denen eine Angabe zu einer Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 vorlag.

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

		25. MW	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	402	277	165	191	134	127	16.442
	A(H1N1)pdm09	6	1	0	0	0	0	82
	A(H3N2)	19	6	12	7	2	4	658
	nicht nach A / B differenziert	37	28	16	16	30	23	1.036
	B	11	9	6	4	6	6	520
Gesamt		475	321	199	218	172	160	18.738

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) in der 30. KW 2022 insgesamt gesunken, nachdem die Werte seit der 16. KW 2022 trotz leichter Schwankungen weitestgehend stabil waren. In den Altersgruppen unter 60 Jahren liegen die Fallzahlen auf einem üblichen niedrigen Niveau entsprechend der Jahreszeit. In den Altersgruppen ab 60 Jahre sind die SARI-Fallzahlen in der 30. KW 2022 gesunken, es werden jedoch insbesondere bei den ab 80-jährigen noch etwas mehr Fälle beobachtet als in den Vorsaisons (Abb. 5).

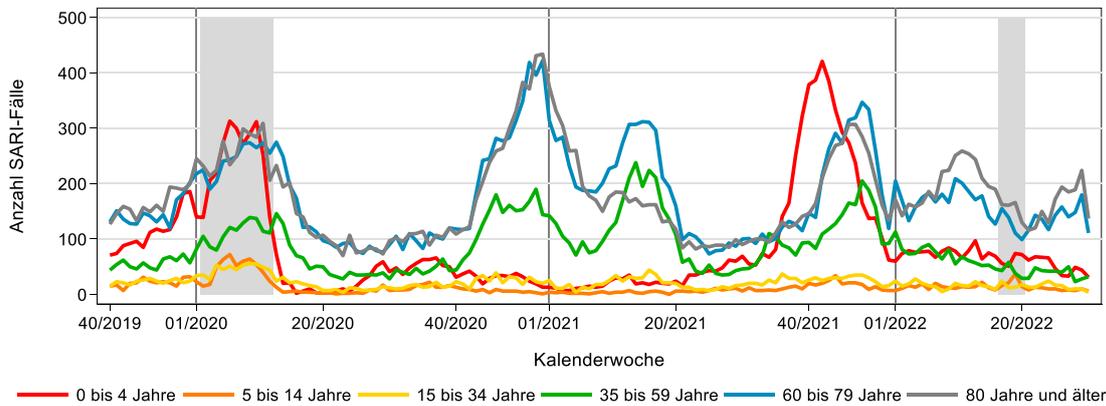


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 30. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen ist in der 30. KW 2022 gesunken. So wurden in der 30. KW 2022 bei insgesamt 36 % (Vorwoche: 46 %) 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 30. KW 2022 insgesamt unter 1 %.

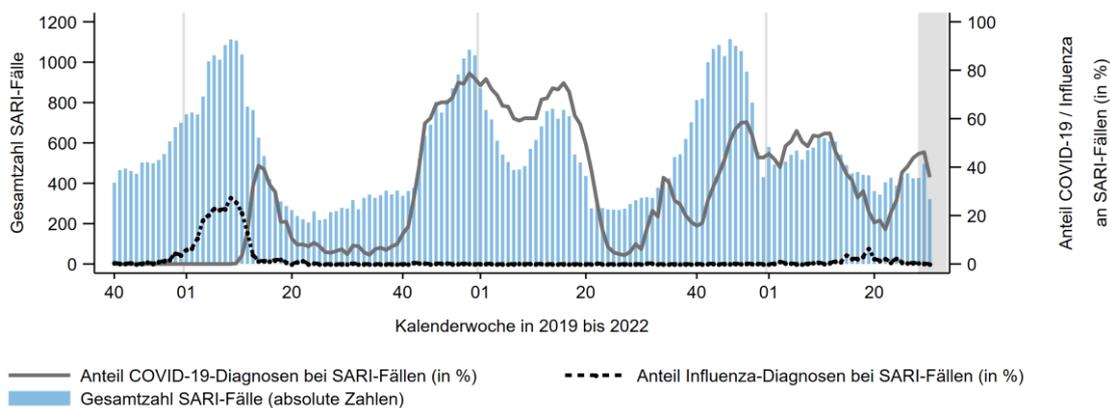


Abb. 6: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 30. 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 30. KW 2022 bei insgesamt 44 % (Vorwoche: 55 %). Bei intensivpflichtigen SARI-Fällen wurde in der 30. KW 2022 keine Influenza-Diagnose vergeben.

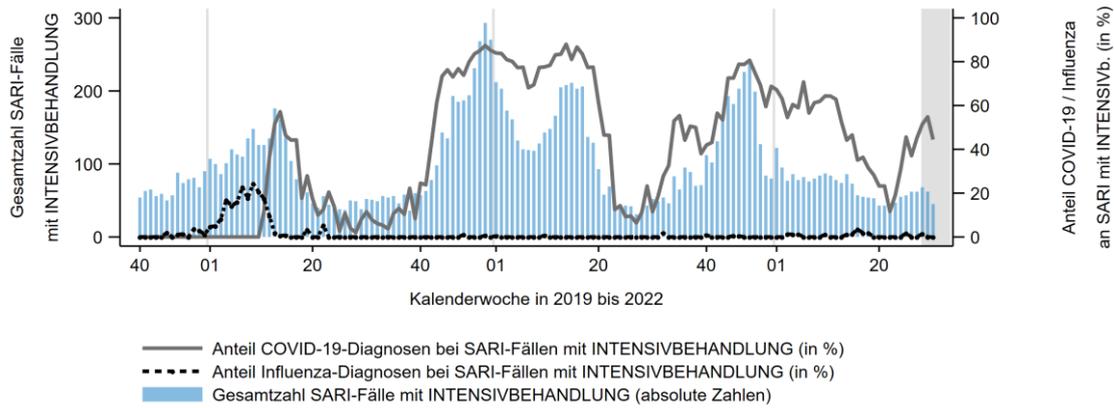


Abb. 7 Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 30. 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. 424 vom 25.7.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 10.7.2022. 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, Influenza und COVID-19 in einem Sentinel-System gemeinsam zu überwachen. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik zu COVID-19 berücksichtigen.

Weltweit ging die Influenza-Aktivität nach einem Höhepunkt im März 2022 kontinuierlich zurück.

In der südlichen Hemisphäre ist die Influenza-Aktivität zurückgegangen. In Australien und Neuseeland hat die Influenza-Aktivität in einigen Regionen ihren Höhepunkt erreicht. Es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren detektiert.

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

Vom 27.06. bis zum 10.7.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 89.819 Proben und meldeten 4.386 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 99 % Influenza A-Viren und bei 1 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 60 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren und 2 % zu A(H1N1)pdm09. 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 30/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10288