



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 32 (8.8. bis 14.8.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 32. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Werte liegen auf einem höheren Niveau als in den Vorjahren. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 32. KW bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Zahl der Arztbesuche liegt weiterhin deutlich über dem Niveau der Vorjahre (seit 2006) um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 32. KW 2022 insgesamt 27 (51 %) der 53 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter zwölf (23 %) mit SARS-CoV-2 Proben, jeweils sechs (11 %) mit Parainfluenza- (PIV) bzw. Rhinoviren, zwei (4 %) mit Influenzaviren und eine Probe (2 %) mit humanen Metapneumoviren. Es wurden in keiner Probe Respiratorische Synzytial- oder humane saisonale Coronaviren detektiert. In den Sommerwochen werden aufgrund der Ferien- und Urlaubszeit weniger Proben eingeschickt.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 32. KW 2022 insgesamt gesunken. In den Altersgruppen unter 80 Jahren liegen die SARI-Fallzahlen auf einem während der Sommermonate üblichen Niveau, bei den ab 80-Jährigen werden jedoch weiterhin noch etwas 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. Hierbei werden hauptsächlich SARS-CoV-2 bei Erwachsenen sowie Parainfluenza- und Rhinoviren bei Kindern nachgewiesen. In den letzten Wochen wurde sporadisch RSV in Sentinelproben identifiziert, in der 31. KW und 32. KW 2022 gab es jedoch keine RSV-Nachweise.

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. Seit der 22. KW 2022 liegt die Influenza-Positivenrate unter 10 %. Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurde in den letzten Wochen eine gleichbleibend niedrige Anzahl von Influenzafällen übermittelt. Die COVID-19 Aktivität ist in der 32. KW im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen, die SARS-CoV-2-Positivenrate liegt seit der 24. KW bei rund 20 – 30 %. 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 geht insgesamt seit der 30. KW 2022

* Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <https://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

zurück. Ebenso ist der Anteil der mit schwerer Atemwegserkrankung hospitalisierten Patienten mit einer COVID-19-Diagnose zuletzt gesunken, liegt mit 27 % jedoch noch auf einem erhöhten Niveau.

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Rate ist in der 32. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen (3,7 %; Vorwoche: 3,2 %) (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. 3,1 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die ARE-Rate liegt gegenwärtig weiterhin höher als in den meisten Vorjahren zur 32. KW. Weitere Informationen unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

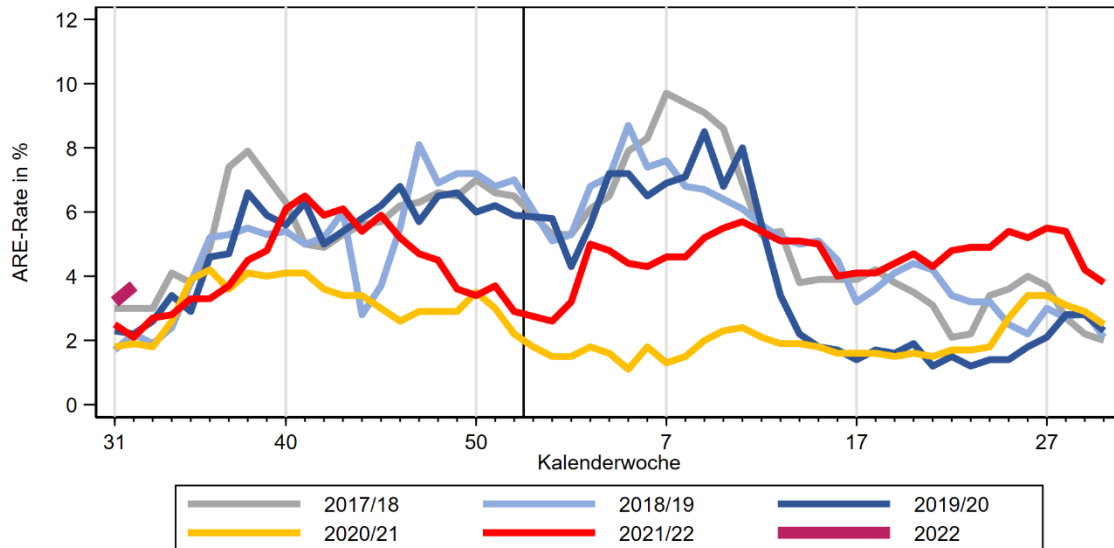


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) von der 31. KW 2017 bis zur 32. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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 32. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen (Abb. 2). Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 32. KW 2022 bei ca. 1.000 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 800.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 32. KW 2022 weiterhin deutlich über den Werten der Vorsaisons seit Beginn der ganzjährigen ARE-Surveillance in 2006.

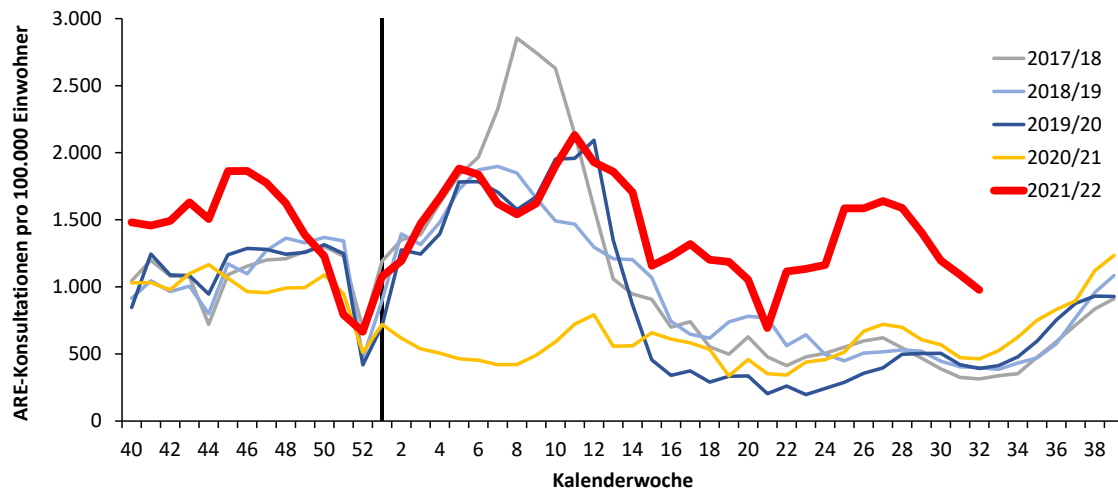


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 32. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 32. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern und den Erwachsenen gesunken (Abb. 3). Bei den Kindern liegen die Werte aktuell wieder in einem Bereich, wie sie vor der COVID-19-Pandemie beobachtet wurden. Bei den Erwachsenen wurde jedoch weiterhin 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.

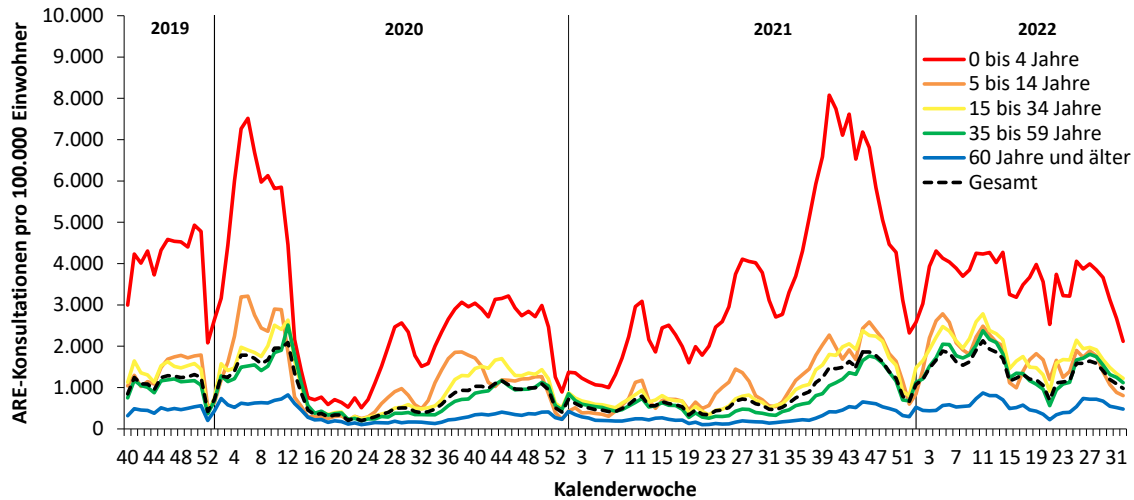


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 32. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 32. KW 2022 in insgesamt 27 (51 %) der 53 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 16.8.2022.

| | 28. KW | 29. KW | 30. KW | 31. KW | 32. KW | Gesamt ab 40. KW 2021 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| Anzahl eingesandter Proben* | 81 | 70 | 100 | 67 | 53 | 6.258 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis | 52 | 37 | 55 | 32 | 27 | 3.818 |
| Anteil Positive (%) | 64 | 53 | 55 | 48 | 51 | 61 |
| Influenza | | | | | | |
| A (nicht subtypisiert) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| A(H ₃ N ₂) | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 270 |
| 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 (%) | 4 | 1 | 2 | 0 | 4 | 5 |
| RSV | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 640 |
| Anteil Positive (%) | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 10 |
| hMPV | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 429 |
| Anteil Positive (%) | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 7 |
| PIV (1 – 4) | 14 | 14 | 19 | 8 | 6 | 394 |
| Anteil Positive (%) | 17 | 20 | 19 | 12 | 11 | 6 |
| Rhinoviren | 17 | 14 | 11 | 5 | 6 | 1021 |
| Anteil Positive (%) | 21 | 20 | 11 | 7 | 11 | 16 |
| hCoV | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 615 |
| Anteil Positive (%) | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 10 |
| SARS-CoV-2 | 17 | 12 | 18 | 20 | 12 | 845 |
| Anteil Positive (%) | 21 | 17 | 18 | 30 | 23 | 14 |

* 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 den Sommerwochen werden aufgrund der Ferien- und Urlaubszeit weniger Proben eingeschickt.

In der 32. KW 2022 zirkulierten vorwiegend SARS-CoV-2, PIV und Rhinoviren.

Die Influenza-Positivenrate lag zwischen der 22. KW und 25. KW 2022 mit leichten Schwankungen bei rund 8 %, ging dann stetig zurück und lag in der 31. KW erstmalig seit der 49. KW bei 0 %. In der 32. KW ist die Influenza-Positivenrate jedoch wieder auf 4 % angestiegen. Die SARS-CoV-2-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken auf 23 %. Seit der 24. KW liegt die SARS-CoV-2-Positivenrate bei rund 20 – 30 %. Die Rhinoviren-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. In den letzten Wochen wurden sporadisch Respiratorische Synzytialviren (RSV) in Sentinelproben identifiziert, in der 31. KW und 32. KW 2022 gab es jedoch keine RSV-Nachweise (Abb. 4).

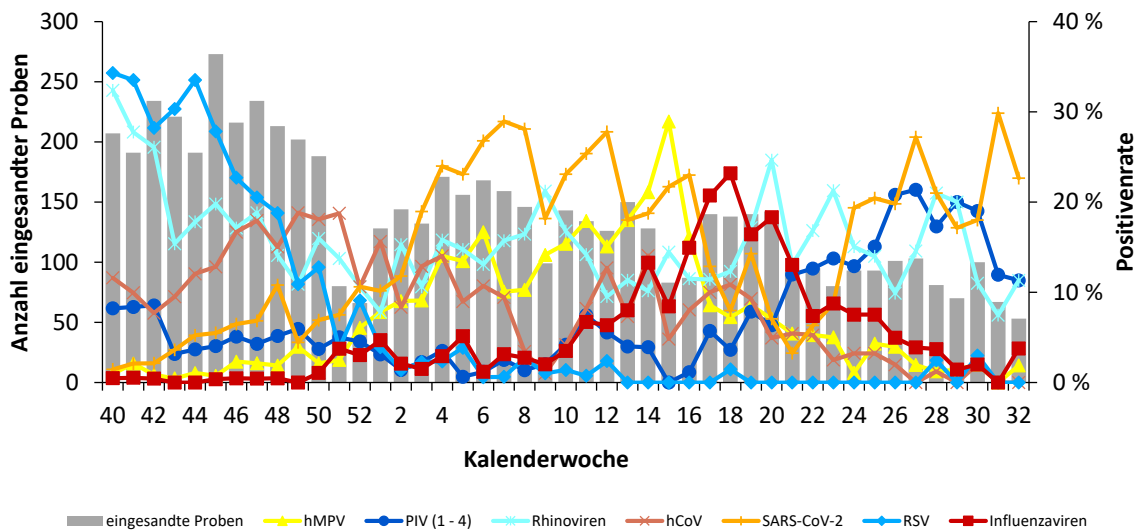


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 32. KW 2022.

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 32. MW 2022 wurden bislang 157 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 2). Bei 27 Fällen (17 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 16.8.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 19.070 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 3.405 Fällen (18 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren. Seit der 40. MW 2021 wurden 36 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion übermittelt.

Bislang wurden 105 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 Influenzatypp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

| | | 27. MW | 28. MW | 29. MW | 30. MW | 31. MW | 32. MW | Gesamt ab 40. MW 2021 |
|---------------|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------|
| Influenza | A (nicht subtypisiert) | 165 | 191 | 135 | 128 | 139 | 121 | 16.712 |
| | A(H1N1)pdm09 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 82 |
| | A(H3N2) | 12 | 7 | 3 | 4 | 4 | 4 | 667 |
| | nicht nach A / B differenziert | 16 | 16 | 31 | 24 | 12 | 28 | 1.083 |
| | B | 6 | 4 | 6 | 6 | 2 | 4 | 526 |
| Gesamt | | 199 | 218 | 175 | 162 | 157 | 157 | 19.070 |

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 32. KW 2022 insgesamt zurückgegangen, nachdem es in der Vorwoche eine Stagnation der Werte gab. In der 32. KW kam es insbesondere bei Kindern unter 14 Jahren sowie bei den ab 60-jährigen zu einem deutlichen Rückgang der Fallzahlen. In den Altersgruppen unter 80 Jahren liegt die Zahl der SARI-Fälle auf einem üblichen niedrigen Niveau entsprechend der Jahreszeit. Bei den ab 80-jährigen werden jedoch weiterhin noch etwas mehr Fälle beobachtet als in den Vorsaisons (Abb. 5).

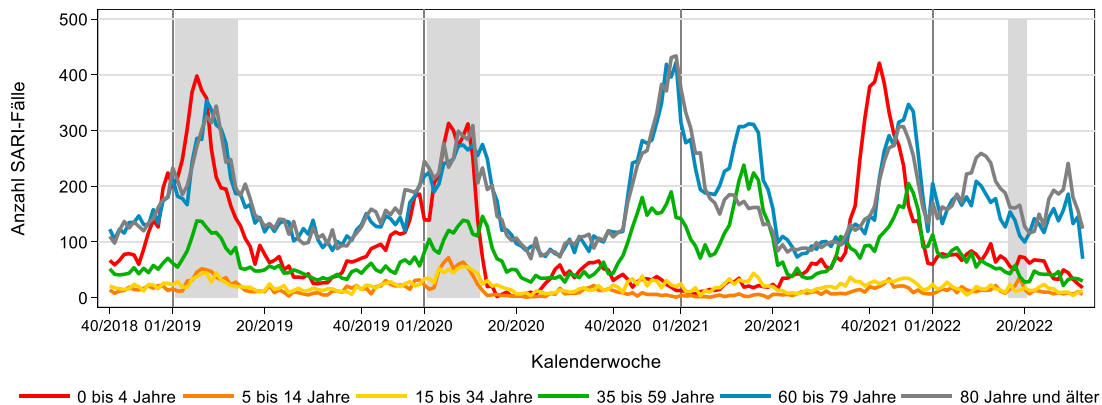


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 32. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen ist in der 32. KW 2022 gesunken. So wurden in der 32. KW 2022 bei insgesamt 27 % (Vorwoche: 36 %) 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. Ab der 20. KW 2022 ist die Zahl der Influenza-Diagnosen jedoch wieder gesunken und liegt seit der 25. KW 2022 insgesamt unter 1 %.

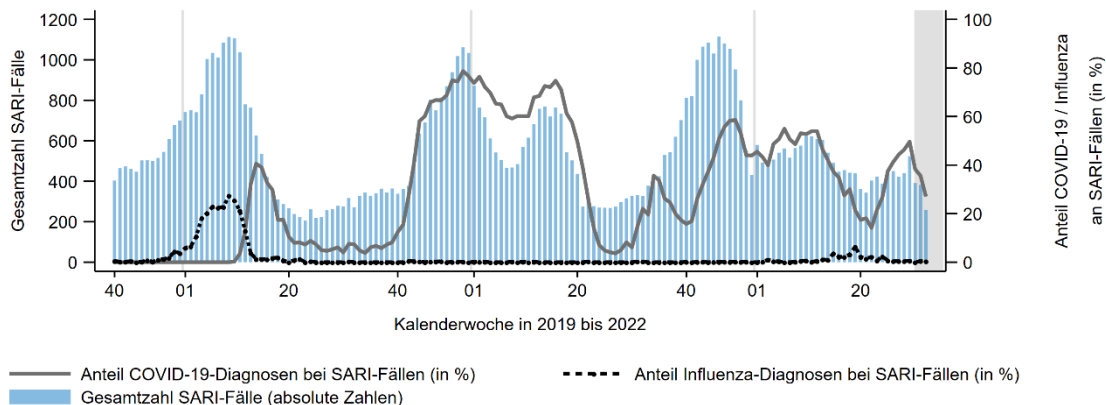


Abb. 6 Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 32. 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 32. KW 2022 bei insgesamt 30 % (Vorwoche: 43 %). Bei intensivpflichtigen SARI-Fällen wurde in der 32. KW 2022 keine Influenza-Diagnose vergeben.

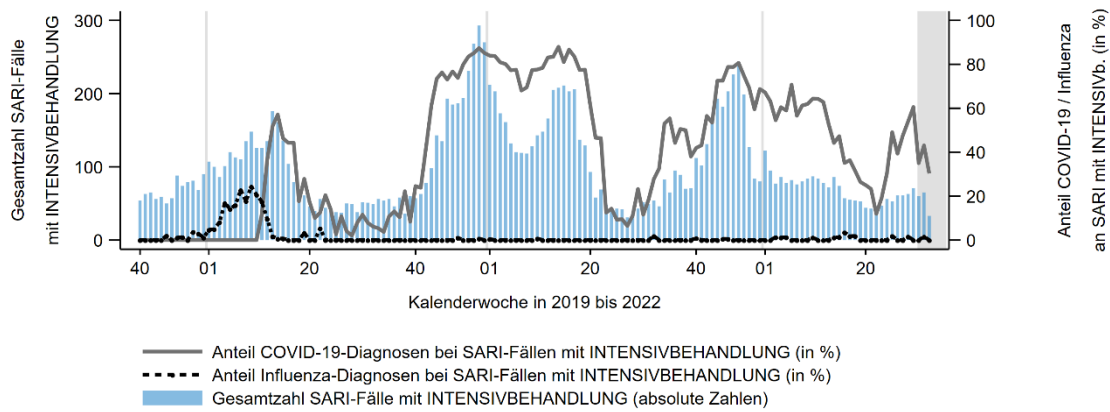


Abb. 7 Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 32. 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 globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 425 vom 8.8.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 24.7.2022. Die WHO weist darauf hin, dass die Ergebnisse mit Einschränkungen zu interpretieren sind, da die COVID-19-Pandemie in vielen Ländern die Systeme der Influenzasurveillance 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 Ozeanien nahm die Influenza-Aktivität ab, in einigen Inselstaaten nahm die ILI-Aktivität zu. 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 11.07. bis zum 24.7.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 145.086 Proben und meldeten 6.449 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 98 % Influenza A-Viren und bei 2 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 97 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren und 3 % 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 32/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10377