



# 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 51 und 52 (19.12.2022 bis 1.1.2023)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist von der 50. KW zur 51. KW und weiter zur 52. KW 2022 deutlich gesunken. Der aktuelle Wert lag trotz des Rückgangs über dem Bereich der Vorjahre um diese Zeit. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE von der 50. KW zur 52. KW bundesweit ebenfalls deutlich gesunken. Die Zahl der Arztbesuche lag über den Werten der 52. KW der Vorjahre.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 51. und 52. KW 2022 in insgesamt 197 (80 %) der 247 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 128 (52 %) Proben mit Influenzaviren, 41 (17 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV), 19 (8 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), 17 (7 %) mit SARS-CoV-2, zehn (4 %) mit Rhinoviren, drei (1 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) und zwei (1 %) mit Parainfluenzaviren (PIV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) liegt die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) insgesamt weiterhin auf einem sehr hohen Niveau im Bereich der Höchstwerte früherer Grippewellen. Dabei kam es in der 51. und 52. KW 2022 zu einem teils starken Rückgang der SARI-Fälle unter 60 Jahren, bei den ab 60-Jährigen blieb die Fallzahl dagegen in der 51. KW stabil und ging in der 52. KW nur leicht zurück. Der Anteil der mit einer schweren Atemwegserkrankung hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einer Influenza-Diagnose lag in der 52. KW bei insgesamt 28 %, der Anteil an COVID-19-Diagnosen lag bei 16 %. Bei 0- bis 4-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten blieb der Anteil der RSV-Diagnosen mit 52 % weiter sehr hoch.

Die ARE-Aktivität ist in der 51. und 52. KW 2022 hauptsächlich auf die starke Zirkulation von Influenzaviren, gefolgt von RSV, zurückzuführen. Influenzaviren verursachen weiterhin den Hauptteil der akuten Atemwegserkrankungen. Der starke Rückgang der Arztbesuche wegen ARE in der 51. und 52. KW wurde auch in den vorpandemischen Saisons regelmäßig zum Jahresende über die Feiertage beobachtet. Die weitere Entwicklung der Grippewelle in Deutschland kann erst in den kommenden Wochen besser beurteilt werden.

### Weitere Informationen zum bisherigen Verlauf der Saison 2022/23

Die ARE-Aktivität liegt seit vielen Wochen auf hohem Niveau, zunächst noch stark beeinflusst durch die Zirkulation von SARS-CoV-2, dann durch den frühen und starken Anstieg der RSV-Aktivität und inzwischen hauptsächlich verursacht durch die Influenzaviruszirkulation. Insbesondere bei Kindern unter zwei Jahren sorgt zudem die anhaltende RSV-Aktivität für Arztkonsultationen und Krankenhauseinweisungen.

Grippe: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Influenza\\_saisonal.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html)  
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Checkliste\\_Respiratorischer\\_Ausbruch.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.pdf)  
<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Influenza.html>

RSV: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/R/RSV/RSV.html>

COVID-19: [www.rki.de/covid-19](http://www.rki.de/covid-19)

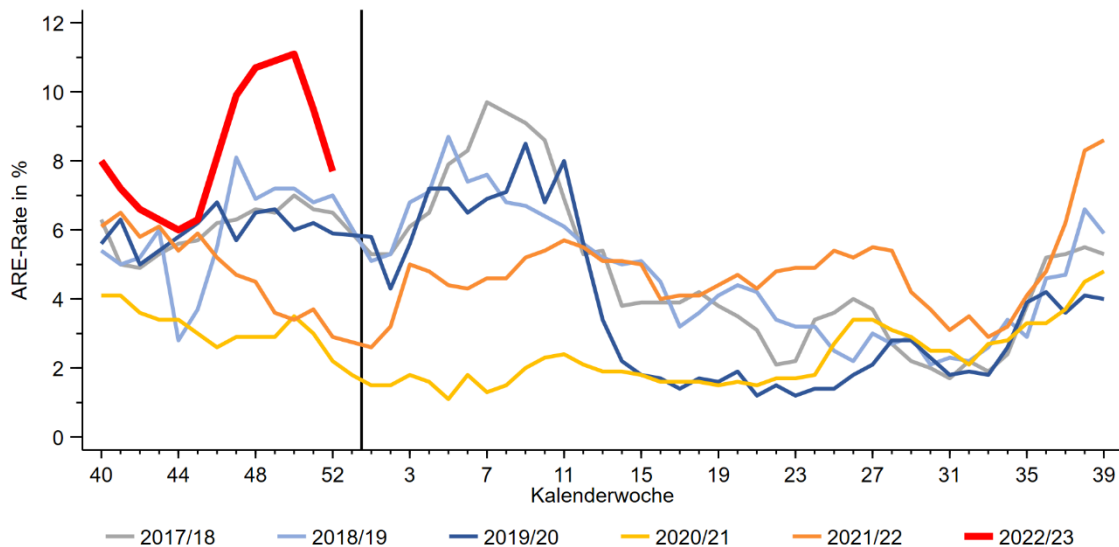
ARE vermeiden: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Buerger/Flyer\\_Winter.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Buerger/Flyer_Winter.pdf)

\* 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 von der 50. KW (11,1 %) zur 51. KW (9,5 %) und nochmals zur 52. KW 2022 (7,7 %) deutlich gesunken (Abb. 1). Dabei sind die ARE-Raten in fast allen Altersgruppen gesunken, bei den Kindern jedoch besonders deutlich. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von ca. 6,4 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die Gesamt-ARE-Rate lag trotz des deutlichen Rückgangs in den letzten zwei Berichtswochen weiterhin über dem Bereich der Vorjahre zu dieser Zeit. 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 2022/23 (bis zur 52. KW 2022). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

### Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

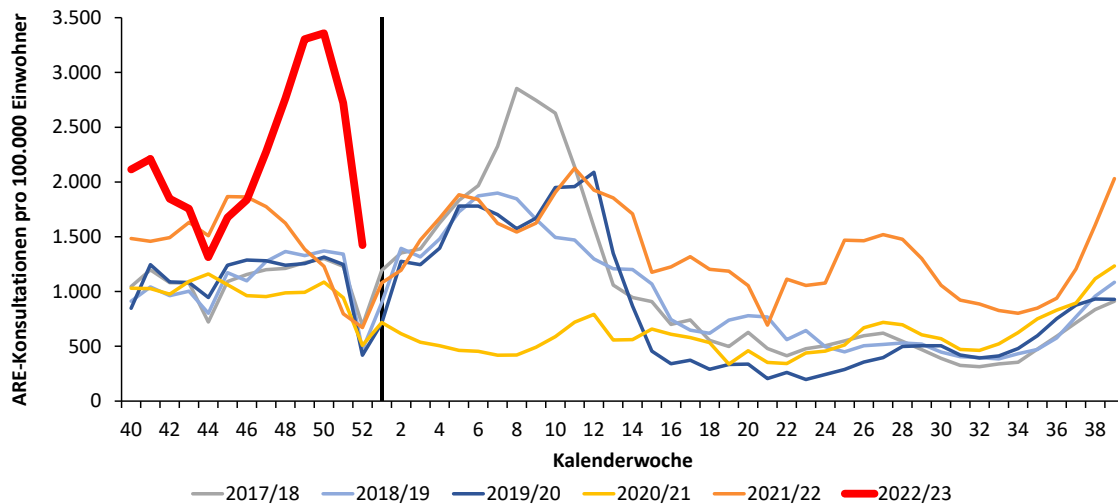
Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist von der 50. KW bis zur 52. KW gesunken (Tab. 1). Rund 1.400 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von ca. 1,2 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass bereits in der Woche vor Weihnachten (51. KW) fast alle Bundesländer einen oder mehrere Tage schulfrei und in der 52. KW alle Bundesländer Weihnachtsferien hatten.

**Tab. 1:** ARE-Konsultationsinzidenz/100.000 Einwohner (gerundet) in den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 46. KW bis zur 52. KW 2022.

AGI-Region	46. KW	47. KW	48. KW	49. KW	50. KW	51. KW	52. KW
Baden-Württemberg	1.700	2.100	2.700	3.100	3.200	2.400	1.400
Bayern	1.900	2.400	3.000	3.500	3.400	2.800	1.700
Hessen	2.000	2.300	2.500	3.100	2.900	2.600	1.400
Nordrhein-Westfalen	2.100	2.500	2.800	3.200	3.500	3.100	1.400
Rheinland-Pfalz, Saarland	1.800	1.900	2.200	2.600	2.700	2.400	1.400
Niedersachsen, Bremen	1.600	2.000	2.400	2.800	3.100	2.700	1.400
Schleswig-Holstein, Hamburg	2.000	2.400	2.700	3.600	3.300	2.400	1.300
Brandenburg, Berlin	1.500	2.200	3.000	4.100	4.300	2.800	1.300
Mecklenburg-Vorpommern	2.600	3.800	4.500	5.000	4.700	2.400	2.100
Sachsen	1.300	1.800	2.500	3.200	3.300	2.700	1.100
Sachsen-Anhalt	1.400	2.000	3.300	3.700	3.400	2.400	1.400
Thüringen	2.400	2.900	3.300	4.100	3.500	2.500	1.200
<b>Gesamt</b>	<b>1.800</b>	<b>2.300</b>	<b>2.800</b>	<b>3.300</b>	<b>3.400</b>	<b>2.700</b>	<b>1.400</b>

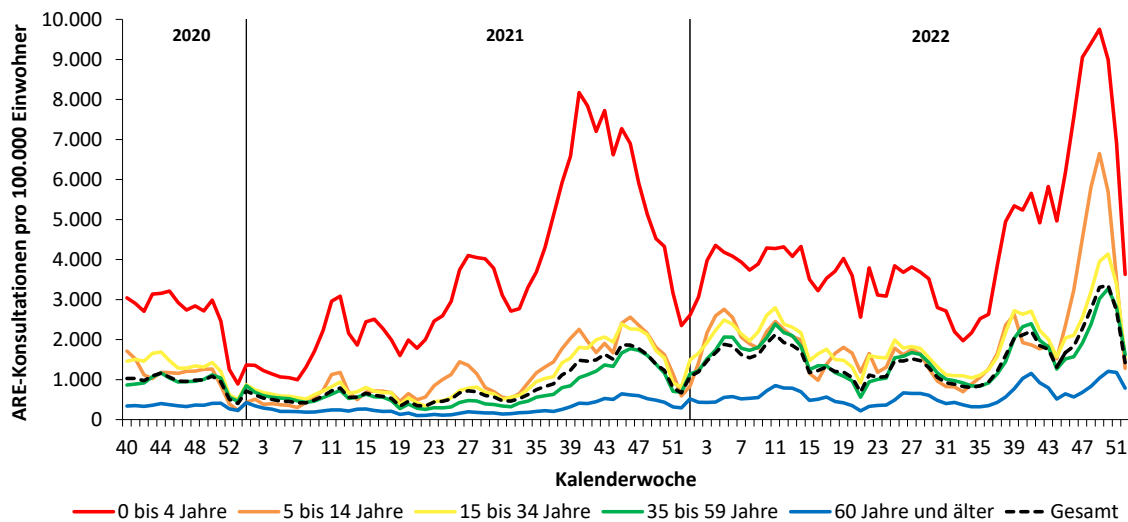
Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass nachträglich eingehende Meldungen die Werte in den Folgewochen noch verändern können.

Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag trotz des deutlichen Rückgangs in der 51. KW und 52. KW 2022 weiterhin über den Werten der Vorjahre zu dieser Zeit. Ein Rückgang der Arztbesuche wegen ARE wird jedes Jahr zum Jahreswechsel in den Weihnachtsferien beobachtet (Abb. 2). Neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen scheint auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten (Aufsuchen der Arztpraxen bereits bei milder ARE-Symptomatik) insbesondere bei Erwachsenen in 2022 zu höheren Werten beizutragen. Das belegen auch die Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden im GrippeWeb-Wochenbericht für die 50. KW 2022 (Abb. 5, abrufbar unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/10545>)



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 52. KW 2022). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist von der 50. KW auf die 52. KW 2022 bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) und den Erwachsenen (ab 15 Jahre) gesunken (Abb.3). Die Werte der Kinder haben sich denen der vorpandemischen Jahre angeglichen, die der Erwachsenen liegen darüber.



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 52. 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.

Diagramme für Deutschland (gesamt) und die zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter:

<https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

## Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 51. und 52. KW 2022 insgesamt 247 Sentinelproben von 71 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 197 (80 %) der 247 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab drei Dreifachinfektionen und 17 Doppelinfektionen, darunter vier mit Influenzaviren und RSV.

**Tab. 2:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2022/23 (ab 40. KW 2022), Datenstand 3.1.2023.

	48. KW	49. KW	50. KW	51. KW	52. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	363	350	355	198	49	2.760
Probenanzahl mit Virusnachweis	289	292	288	160	37	2.021
	80	83	81	81	76	73
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	1	1	0	0	2
A(H3N2)	180	199	184	103	19	1.028
A(H1N1)pdm09	3	2	10	4	1	30
B(Victoria)	0	0	2	0	1	7
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	50	57	55	54	43	39
RSV	57	59	50	31	10	428
Anteil Positive (%)	16	17	14	16	20	16
hMPV	5	7	6	2	1	45
Anteil Positive (%)	1	2	2	1	2	2
PIV (1 – 4)	7	6	4	2	0	109
Anteil Positive (%)	2	2	1	1	0	4
Rhinoviren	31	21	20	9	1	273
Anteil Positive (%)	9	6	6	5	2	10
hCoV	20	15	30	18	1	134
Anteil Positive (%)	6	4	8	9	2	5
SARS-CoV-2	14	10	17	12	5	157
Anteil Positive (%)	4	3	5	6	10	6

\* 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 51. KW und 52. KW 2022 zirkulierten überwiegend Influenzaviren, gefolgt von RSV. Die Positivenrate von SARS-CoV-2 liegt in der 52. KW bei 10 % (Abb. 4). Dies ist eine leichte Steigerung zu den vorangegangenen Wochen. Allerdings ist die niedrige Probenanzahl in der 52. KW zu beachten. Die SARS-CoV-2-Positivenrate bei den ab 35-Jährigen ist weiterhin höher als bei den jüngeren Altersgruppen (Abb. 5). Die Influenza-Positivenrate lag in der 51. KW bei 54 % (95 %-Konfidenzintervall [46; 62]) und in der 52. KW bei 43 % (95 %-Konfidenzintervall [28; 58]). Die Grippewelle hat nach Definition des RKI in der 43. KW begonnen und hält seitdem an. Es wurden bei den Influenza A-Nachweisen hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren, sporadisch auch A(H1N1)pdm09-Viren subtypisiert.

Die RSV-Welle hat nach Definition des RKI in der 41. KW begonnen und hält seitdem an.

Mit Ausnahme der 0- bis 1-Jährigen wurden in der 51. und 52. KW in allen Altersgruppen am häufigsten Influenzaviren bei Arztbesuchen wegen ARE-Symptomatik nachgewiesen mit Positivenraten zwischen 39 % und 82 % (Abb. 5).

## Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des Sentinels (S) wurden 35 A(H3N2)-Viren der Saison 2022/23 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert. Alle A(H3N2)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2. Darunter sind 21 Viren der A/Bangladesh/4005/2020-Subclade und weitere zwölf Viren der A/Slovenia/8720/2022-Subclade zuzuordnen. Zwei weitere Viren gehören zur A/Darwin/9/2021-Subclade. Darüber hinaus wurden zwei A(H1N1)pdm09-Viren (S und andere Einsendungen) sequenziert, welche zur Clade

6B.1A.5a.2 (Referenzvirus A/Norway/25089/2022) gehören und ein B/Victoria-Virus (S) charakterisiert, das der Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021) zuzuordnen ist.

Seit der 40. KW 2022 wurden 316 Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren, 31 Influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren und drei Influenza B-Viren der Victoria-Linie in Zellkultur isoliert. Alle isolierten A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Referenzserum (A/Darwin/9/2021) im Hämagglutinationshemmtest sehr gut erkannt. Die A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren reagierten ebenfalls sehr gut mit dem entsprechenden Referenzserum (A/Victoria/2570/2019). Die B/Victoria-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Serum (B/Austria/1359417/2021) detektiert, der Titer war jedoch gering. Diese Untersuchungen dienen der Untersuchung der Passgenauigkeit der Impfstämme; sie erlauben keine vollständigen Aussagen zur Wirksamkeit der Impfstoffe, da hier noch andere Faktoren berücksichtigt werden müssen (Abstand zur letzten Impfung, Zahl vorangegangener Antigenkontakte, Expositions dosis, Alter u. a.).

Es wurden keine Resistenzen gegen Neuraminidaseinhibitoren (Oseltamivir, Zanamivir) bei den bisher untersuchten Viren nachgewiesen (171 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>), sieben A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09 und drei B/Victoria).

Unter <https://nextstrain.org/groups/WHO-euro-flu/> werden die aktuell und in früheren Saisons ko-zirkulierenden Influenzavirusvarianten abbildet und weitere interaktive Datenvisualisierungen bereit gestellt.

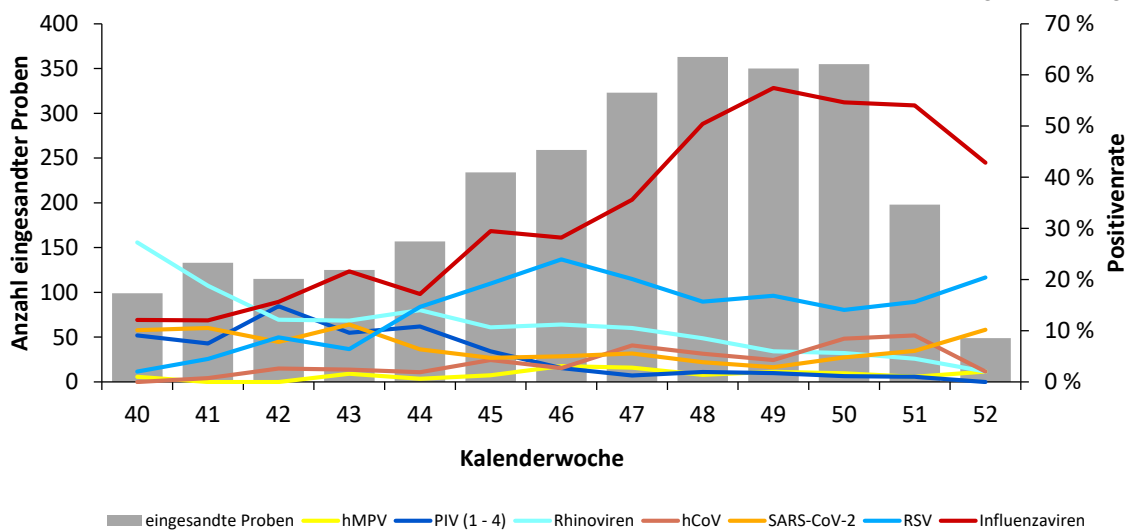


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 52. KW 2022.

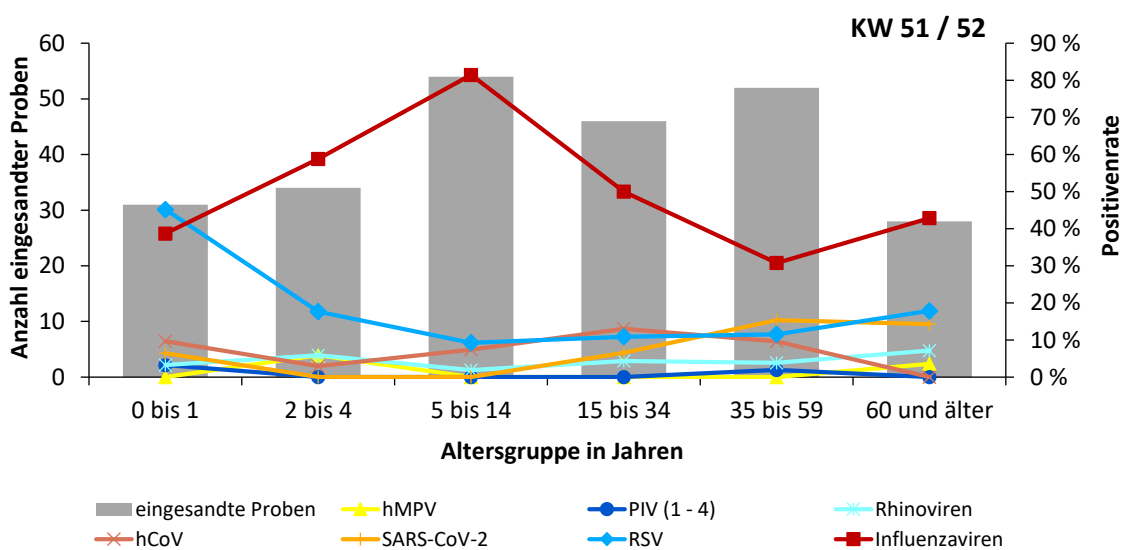


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) kumulativ für die 51. und 52. KW 2022.

Auf Basis der im Sentinel erhobenen Daten und der laufenden RSV-Welle ergibt sich eine Indikation zur Testung auf RSV in Kinderkliniken. Aufgrund des gegenwärtigen Status der Grippewelle hat die Differentialdiagnostik von Influenza in Krankenhäusern derzeit ebenfalls eine starke Bedeutung.

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter [www.rki.de/nrz-influenza](http://www.rki.de/nrz-influenza).

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Von der 51. bis zur 52. MW 2022 wurden bislang 71.957 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zu den Vorwochen gesunken. Bei 11.012 Fällen (15 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 3.1.2023).

Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 234.906 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 28.719 (12 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

**Tab. 3:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzatypp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	47. MW	48. MW	49. MW	50. MW	51. MW	52. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza A (nicht subtypisiert)	12.502	25.715	42.473	52.480	47.357	19.895	216.690
A(H1N1)pdm09	17	41	55	54	75	35	383
A(H3N2)	327	597	966	994	784	308	4.712
nicht nach A / B differenziert	833	1.750	2.439	2.697	2.301	700	11.736
B	92	122	170	257	262	240	1.385
<b>Gesamt</b>	<b>13.771</b>	<b>28.225</b>	<b>46.103</b>	<b>56.482</b>	<b>50.779</b>	<b>21.178</b>	<b>234.906</b>

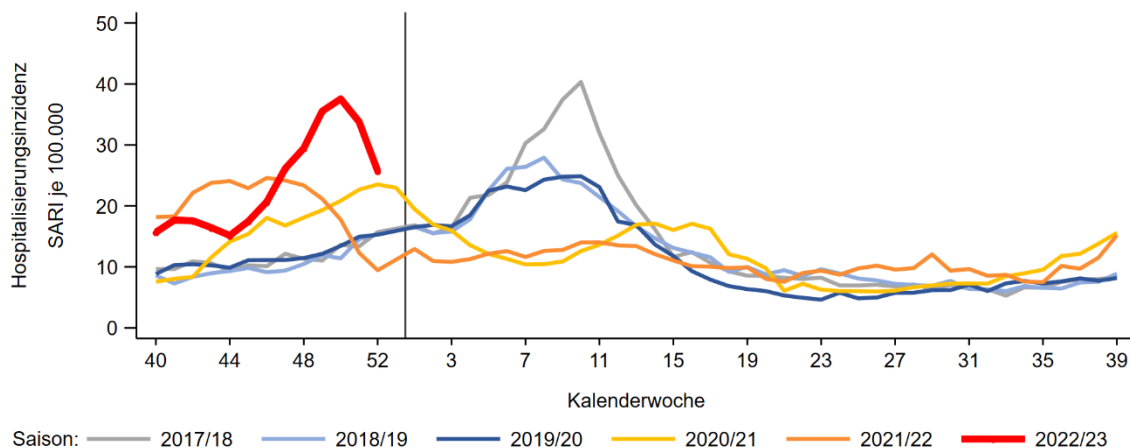
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Es wurden seit der 40. MW 2022 bisher 409 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 111 in Kindergärten / Horten, 103 Ausbrüche in Schulen, 54 in privaten Haushalten, 50 in Alten- / Pflegeheimen, 48 in Krankenhäusern, sieben in medizinischen / ambulanten Behandlungseinrichtungen, vier in Rehaeinrichtungen, jeweils zwei in Betreuungseinrichtungen und Wohnstätten / Wohnheimen und jeweils ein Ausbruch in einer Justizanstalt, einem Flüchtlingsheim bzw. Arbeitsplatz und 25 Ausbrüche ohne Angabe des Infektionsortes.

Seit der 40. MW 2022 wurden bisher 286 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 272 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, zwölf nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und zwei Infektionen mit Influenza B-Viren.

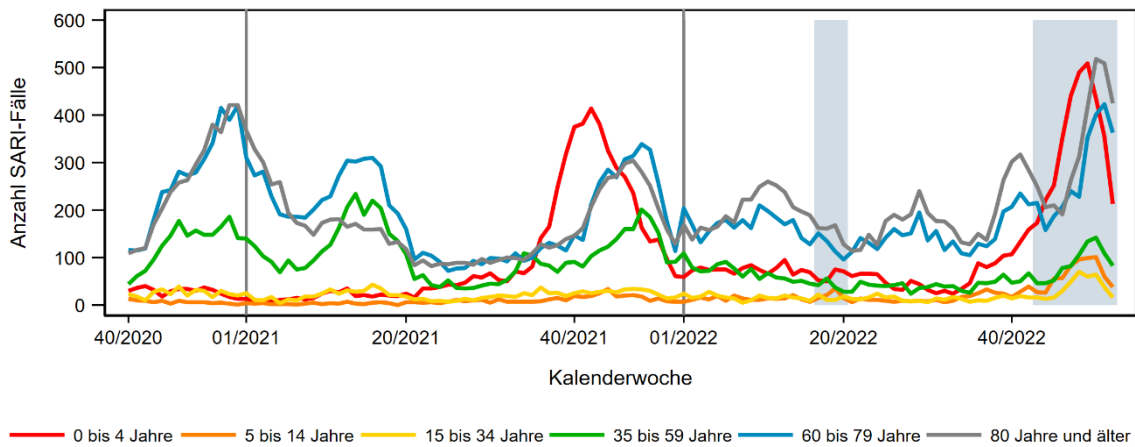
## Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 51. und in der 52. KW 2022 jeweils gesunken. Insgesamt liegt die Inzidenz der SARI-Fälle weiterhin auf einem sehr hohen Niveau vergleichbar zum Wertebereich auf dem Höhepunkt früherer Grippewellen, jedoch noch unter den Spitzenwerten, die während der starken Grippewelle 2017/18 beobachtet wurden (Abb. 6).



**Abb. 6:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 52. KW 2022), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

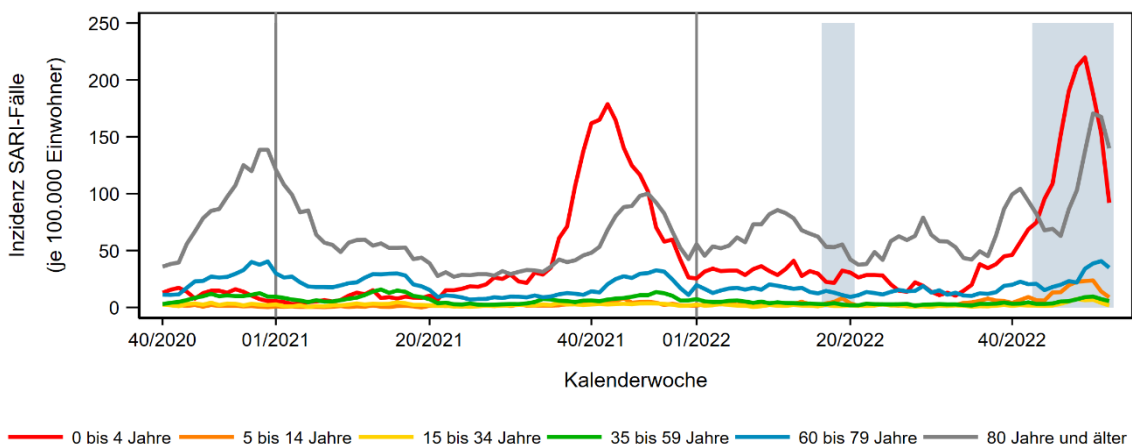
In der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre hat sich der Rückgang der SARI-Fälle seit der 50. KW 2022 weiter fortgesetzt. Auch in den übrigen Altersgruppen unter 60 Jahre kam es in der 51. und 52. KW 2022 zu einem teils starken Rückgang der SARI-Fallzahlen. In den Altersgruppen ab 60 Jahre blieb die Zahl der SARI-Fälle in der 51. KW 2022 dagegen stabil, in der 52. KW kam es zu einem leichten Rückgang. In den Altersgruppen ab 60 Jahre lagen die SARI-Fallzahlen in der 52. KW 2022 auf einem sehr hohen Niveau, bei den Kindern unter 15 Jahre lagen sie auf einem hohen Niveau (Abb. 7).



— 0 bis 4 Jahre — 5 bis 14 Jahre — 15 bis 34 Jahre — 35 bis 59 Jahre — 60 bis 79 Jahre — 80 Jahre und älter

**Abb. 7:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 52. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippeperiode ist farbig hinterlegt.

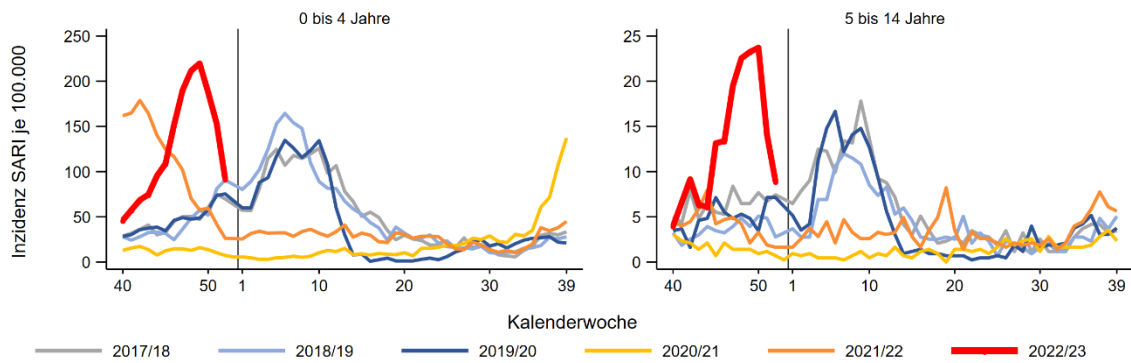
Bei Betrachtung der SARI-Inzidenz pro 100.000 Einwohner werden die Unterschiede in den Altersgruppen hinsichtlich der generellen Einweisungshäufigkeit ins Krankenhaus mit schweren Atemwegsinfektionen deutlicher (Abb. 8). In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen fällt die RSV-Erkrankungswelle im Herbst letzten Jahres besonders auf, ebenso der starke Anstieg der Fallzahlen ab der 36. KW 2022. Aktuell sind insbesondere die jüngste Altersgruppe und die älteste Altersgruppe von schweren akuten Atemwegserkrankungen sehr stark betroffen, wobei die Krankheitslast bei Kindern in den letzten Wochen deutlich zurückgegangen ist.



— 0 bis 4 Jahre — 5 bis 14 Jahre — 15 bis 34 Jahre — 35 bis 59 Jahre — 60 bis 79 Jahre — 80 Jahre und älter

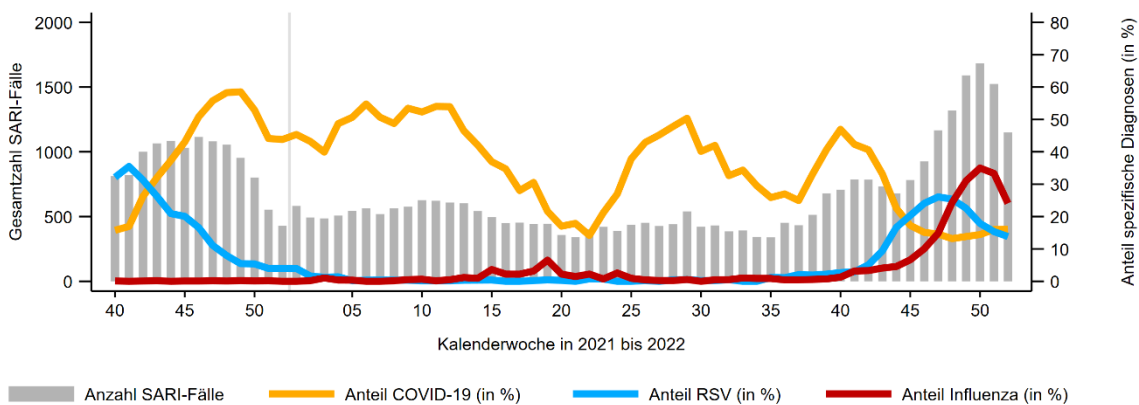
**Abb. 8:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 52. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippeperiode ist grau hinterlegt.

In den Altersgruppen bis 14 Jahre liegt die Zahl der SARI-Fälle nach dem deutlichen Rückgang in den letzten Wochen aktuell auf einem hohen Niveau, vergleichbar zu früheren Jahren in den Wochen vor dem Jahreswechsel (Abb. 9).



**Abb. 9:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre (links) und 5 bis 14 Jahre (rechts); Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 52. KW 2022), Daten aus 71 Sentinellkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

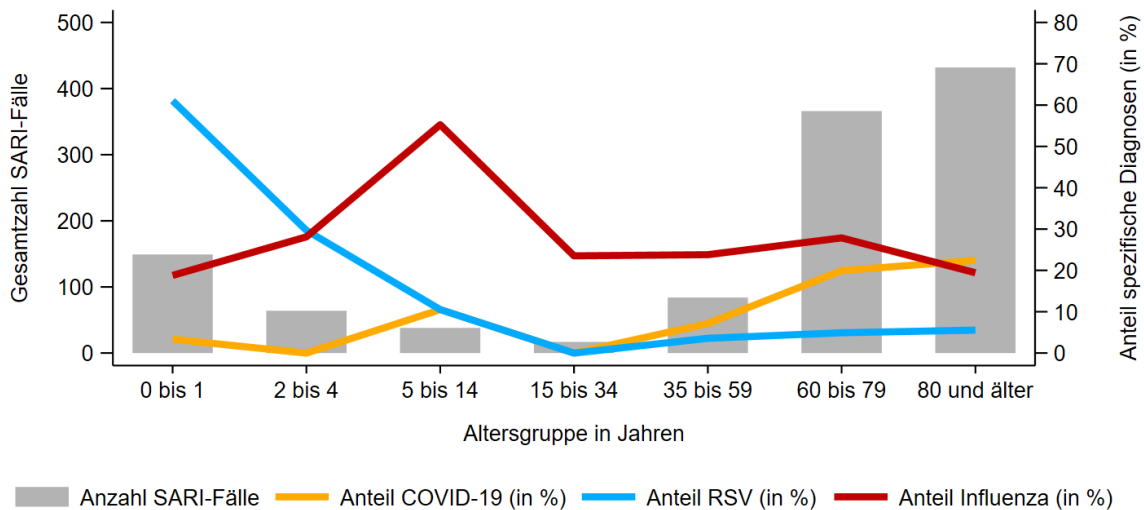
Der Anteil der Influenza-Diagnosen ist in der 52. KW 2022 zurückgegangen. So wurde bei insgesamt 24 % aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine Influenza-Diagnose vergeben. Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen lag dagegen bei 16 %. Bei 14 % der SARI-Fälle wurde eine RSV-Infektion diagnostiziert (Abb. 10).



**Abb. 10:** 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!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2021 bis zur 52. KW 2022. Daten aus 71 Sentinellkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

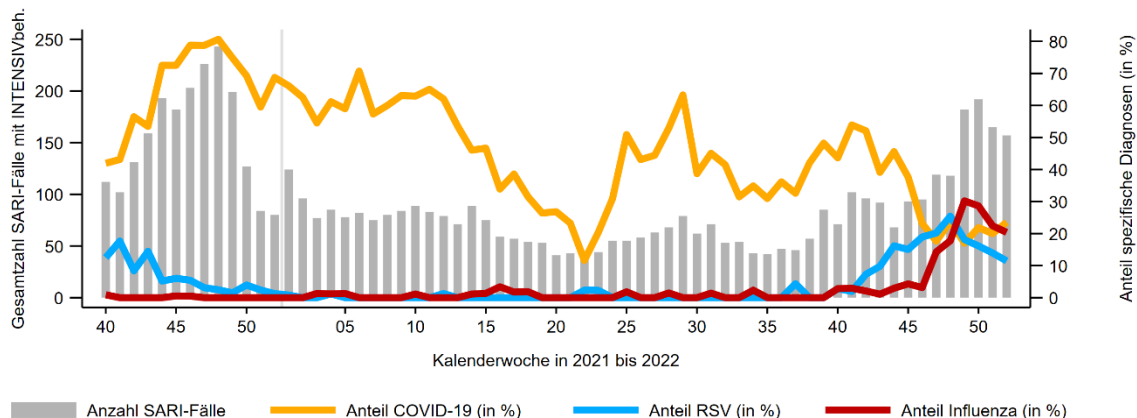
Es wurden in den Altersgruppen ab 60 Jahre häufiger COVID-19-Diagnosen vergeben. Dabei war unter den ab 80-jährigen SARI-Fällen der Anteil COVID-19-Diagnosen mit 22 % am höchsten (Abb. 11). Von einer Hospitalisierung mit Influenza waren dagegen alle Altersgruppen betroffen (zwischen 19 % und 55 %). Besonders häufig wurde eine Influenza-Diagnose bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre) vergeben, mehr als die Hälfte der SARI-Fälle erhielt hier eine solche Diagnose. Zudem wurde in der Altersgruppe unter 5 Jahren in den letzten Wochen sehr häufig RSV diagnostiziert. In der 52. KW 2022 erhielten 61 % der 0- bis 1-jährigen und 30 % der 2- bis 4-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose.





**Abb. 11:** Anzahl der in der 52. KW 2022 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen.

In Abb. 12 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. So wurde in der 52. KW 2022 bei insgesamt 24 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben, zudem erhielten 20 % der Fälle eine Influenza-Diagnose. Bei insgesamt 11 % der intensivpflichtigen SARI-Fälle wurde eine RSV-Erkrankung diagnostiziert.



**Abb. 12:** 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!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2021 bis zur 52. KW 2022. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist 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 (50. KW 2022)

Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region in der 45. KW begonnen. Von den 43 Ländern, die in der 50. KW Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten neun Länder eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, sieben Länder eine geringe, 15 Länder eine mittlere, sechs Länder (Belarus, Estland, Finnland, Deutschland, Malta und die Slowakei) eine hohe und sechs Länder (Österreich, Frankreich, Litauen, Luxemburg, Republik Moldau und die Russische Föderation) eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks stieg von 26 % in der 49. KW auf 31 % in der 50. KW 2022.

Für die 50. KW 2022 wurden in 1.376 (31 %) von 4.449 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, 1.318 (96 %) waren positiv für Influenza A-Viren und 58 (4 %) für Influenza B-Viren. Unter den 884 subtypisierten Influenza A-Viren waren 688 (78 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 196 (22 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 7.971 SARI-Fälle für die 50. KW 2022 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 50. KW bei 37 % (49. KW: 18 %). Die SARS-CoV-2-Positivenrate bei den SARI-Fällen lag bei 4 % (49. KW: 3 %).

Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

## Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 435 vom 23.12.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 11.12.2022. 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 Sentinelsystem gemeinsam zu überwachen. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik zu COVID-19 berücksichtigen.

Weltweit stieg die Influenza-Aktivität an, es dominieren Influenza A(H3N2)-Viren. Ein steigender Trend der Influenza-Aktivität wurde in der nördlichen Hemisphäre beobachtet, während in der südlichen Hemisphäre ein niedriges Niveau erreicht wurde.

In der nördlichen Hemisphäre nahm die Influenza-Aktivität in Europa weiter zu, in den nordamerikanischen Ländern ist die Influenza-Aktivität je nach den zur Bewertung herangezogenen Indikatoren gesunken, stabil geblieben oder gestiegen. Viele der Indikatoren lagen über den Werten, die sonst in dieser Jahreszeit beobachtet werden, einige Werte lagen über den Spitzenwerten früherer Grippewellen. In Europa und Nordamerika dominierten Influenza A(H3N2)-Viren.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre ist die Influenza-Aktivität im Berichtszeitraum weiter zurückgegangen. In Ozeanien wurde über eine niedrige Influenza-Aktivität berichtet.

In den meisten Ländern der tropischen Zone wurde eine niedrige Influenza-Aktivität verzeichnet, es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen.

Vom 28.11. bis zum 11.12.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 447.351 Proben und berichteten 81.619 Influenzavirusnachweise (Datenstand: 22.12.2022). Davon wurden 97 % Influenza A-Viren und 3 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 71 % zu Influenza A(H3N2) und 29 % 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 (in englischer Sprache): <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 51 – 52/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10917