



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 17 (24.4. bis 30.4.2023)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist im Vergleich zur Vorwoche in der 17. KW wieder angestiegen. Die aktuelle ARE-Rate lag über den Werten der vorpandemischen Jahre zu dieser Zeit. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Zahl der Arztbesuche lag über dem Wertebereich der vorpandemischen Jahre zu dieser Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 17. KW 2023 in insgesamt 53 (53 %) der 100 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 20 (20 %) Proben mit Rhinoviren, zwölf (12 %) mit Influenzaviren, zehn (10 %) mit Parainfluenzaviren (PIV), acht (8 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), sechs (6 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und eine Probe (1 %) mit SARS-CoV-2. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 17. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den letzten Wochen gesunken und liegt auf einem niedrigen Niveau. Insgesamt blieb der Anteil der mit einer schweren Atemwegserkrankung hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Diagnose in der 17. KW 2023 relativ stabil bei 12 %. Der Anteil an Influenza-Diagnosen blieb unverändert bei 2 %. Wie in der Vorwoche wurde bei 1 % der SARI-Fälle eine RSV-Diagnose vergeben.

Die ARE-Aktivität in der Bevölkerung ist für die Jahreszeit in der 17. KW 2023 immer noch vergleichsweise hoch. Sie ist auf die Zirkulation unterschiedlicher Viren zurückzuführen, insbesondere auf Rhinoviren, Influenzaviren, PIV und hMPV. Nach Definition des Robert Koch-Instituts endete die zweite, Influenza B-dominierte Grippewelle der Saison 2022/23 mit der 14. KW 2023.

Weitere Informationen zum bisherigen Verlauf der Saison 2022/23

Schon zu Beginn der Saison 2022/23 lag die ARE-Aktivität auf einem hohen Niveau, verursacht durch die Zirkulation von SARS-CoV-2. Dann stieg die RSV-Aktivität deutlich an und die RSV-Welle erstreckte sich von der 41. KW 2022 bis zur 3. KW 2023. Fast zeitgleich stieg die Influenza-Aktivität an und nachfolgend wurde die ARE-Aktivität durch die Influenza A(H3N2)-dominierte Grippewelle von der 43. KW 2022 bis zur 1. KW 2023 bestimmt. Während in den vorpandemischen Saisons die Grippewelle meist erst nach dem Jahreswechsel begann, erreichte die Influenza-Aktivität in der aktuellen Saison bereits in der 50. KW 2022 den Höhepunkt und ging dann sehr rasch zurück. Ab der 5. KW 2023 wurde ein erneuter Anstieg der Influenza-Positivenrate verzeichnet, nun verursacht durch die Zirkulation von Influenza B-Viren. Diese zweite, Influenza B-dominierte Grippewelle hielt von der 9. KW 2023 bis zur 14. KW 2023 an. Die vergleichsweise hohe ARE-Aktivität wird weiterhin durch die zeitgleiche Zirkulation verschiedener Atemwegserreger, inklusive der typischen Erkältungsviren, hervorgerufen. Die Übertragungswahrscheinlichkeit in geschlossenen Räumen kann durch ein entsprechendes Verhalten reduziert werden.

Weitere Informationen des RKI zu akuten Atemwegsinfektionen wie saisonale Influenza und COVID-19: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/ARE_Tab.html

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

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

Nachdem die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in der Bevölkerung (GrippeWeb) von der 9. KW bis zur 16. KW gesunken war, stieg die Rate in der 17. KW wieder auf 6,3 % an (Abb. 1). Im Vergleich zur Vorwoche ist die ARE-Rate insbesondere bei den Kindern bis 14 Jahre deutlich angestiegen, aber auch bei den Erwachsenen ab 15 Jahre war ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Die aktuelle ARE-Rate von 6,3 % entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,2 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Der aktuelle Wert liegt über dem Niveau der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Weitere Informationen unter <https://www.rki.de/grippeweb>.

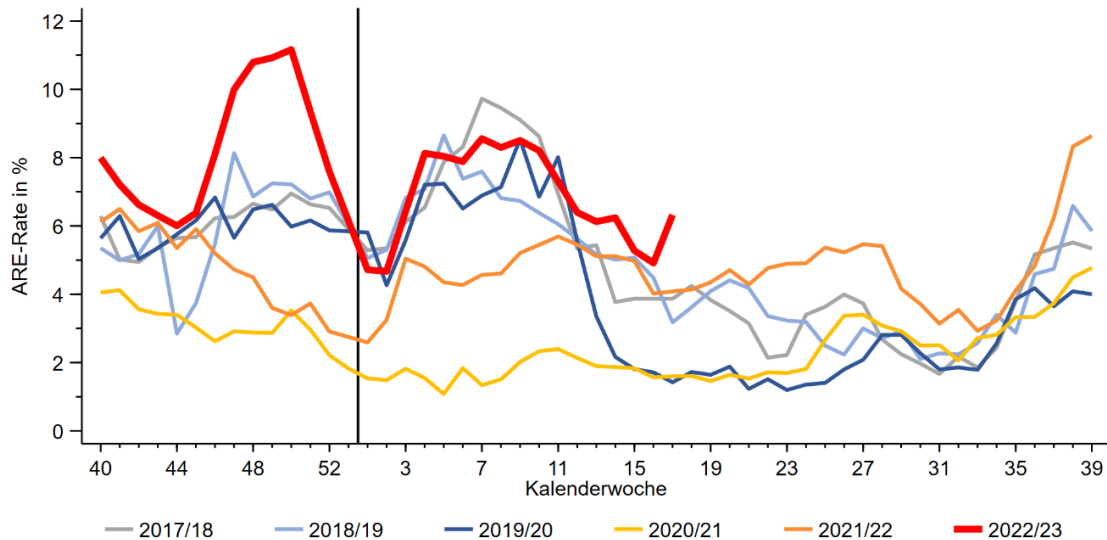


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 17. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 17. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Tab. 1). Die rund 1.000 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 830.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Tab. 1: ARE-Konsultationsinzidenz/100.000 Einwohner (gerundet) in den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 11. KW bis zur 17. KW 2023.

AGI-Region	11. KW	12. KW	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW
Baden-Württemberg	1.800	1.600	1.600	1.300	1.100	1.300	1.000
Bayern	2.100	1.900	1.800	1.200	1.300	1.300	1.000
Hessen	2.000	1.800	1.700	1.100	1.000	1.300	1.100
Nordrhein-Westfalen	2.200	1.900	1.600	1.200	1.100	1.300	1.000
Rheinland-Pfalz, Saarland	1.800	1.700	1.500	800	1.100	1.400	1.000
Niedersachsen, Bremen	1.700	1.700	1.500	1.000	1.200	1.100	1.000
Schleswig-Holstein, Hamburg	2.000	2.000	1.800	1.400	1.000	1.200	900
Brandenburg, Berlin	2.000	1.700	1.600	1.000	1.400	1.300	1.200
Mecklenburg-Vorpommern	2.600	2.400	2.400	1.700	1.100	2.000	1.400
Sachsen	1.500	1.600	1.700	1.400	1.000	1.400	1.000
Sachsen-Anhalt	1.900	1.700	1.400	1.100	1.200	700	1.100
Thüringen	1.900	2.100	1.800	1.200	1.200	1.400	1.000
Gesamt	2.000	1.800	1.700	1.200	1.100	1.300	1.000

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

Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 17. KW 2023 über dem Wertebereich der vorpandemischen Jahre zu dieser Zeit (Abb. 2). In den vorpandemischen Saisons ging die Grippewelle häufig im April zu Ende, was zumeist mit einem deutlichen Rückgang der ARE-Aktivität einherging. Nach der ungewöhnlich frühen (ersten) Grippewelle waren von der 9. KW bis zur 14. KW 2023 die Kriterien für eine zweite Grippewelle in der Saison 2022/23 erfüllt. Die ARE-Aktivität ist aktuell auf die zeitgleiche Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen.

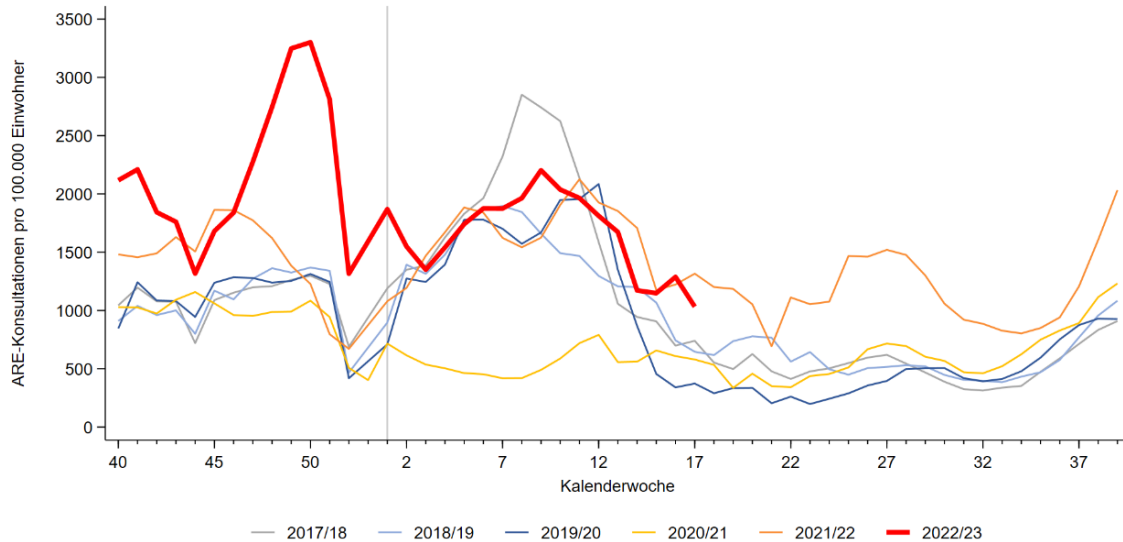


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 17. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 17. KW in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Abb. 3).

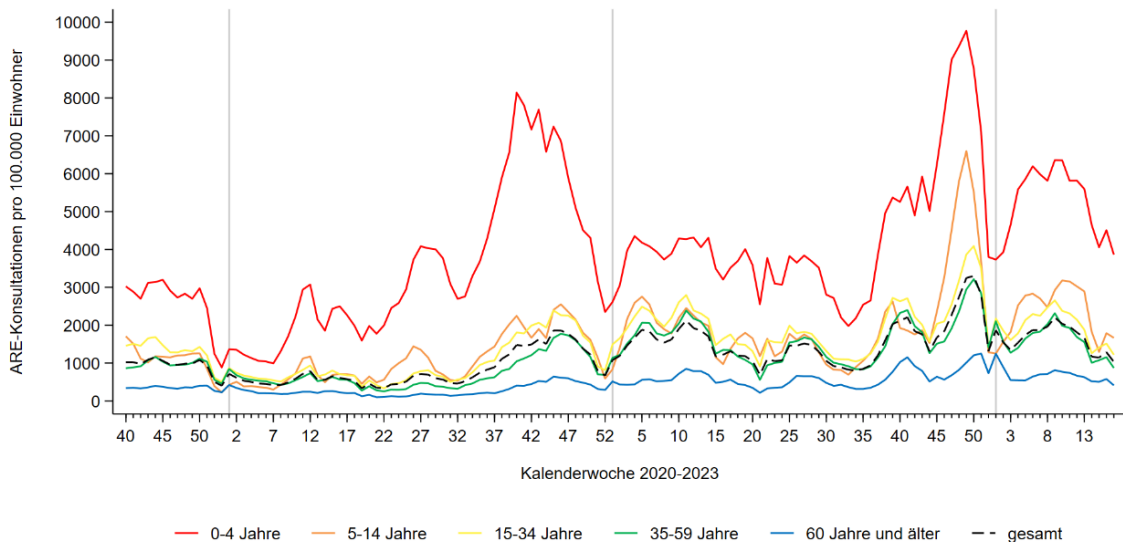


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 17. KW 2023 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

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 17. KW 2023 insgesamt 100 Sentinelproben von 36 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 53 (53 %) der 100 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab vier Doppelinfektionen.

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 2.5.2023.

	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	138	74	65	102	100	5.176
Probenanzahl mit Virusnachweis	74	44	29	53	53	3.433
Anteil Positive (%)	54	59	45	52	53	66
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	2
A(H3N2)	0	0	0	0	0	1.072
A(H1N1)pdm09	0	0	1	0	3	87
B(Victoria)	21	21	6	9	9	318
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	15	28	11	9	12	28
RSV	0	0	0	0	0	538
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	10
hMPV	14	6	7	5	8	319
Anteil Positive (%)	10	8	11	5	8	6
PIV (1 – 4)	4	5	8	12	10	190
Anteil Positive (%)	3	7	12	12	10	4
Rhinoviren	22	9	3	16	20	599
Anteil Positive (%)	16	12	5	16	20	12
hCoV	10	3	6	8	6	336
Anteil Positive (%)	7	4	9	8	6	6
SARS-CoV-2	8	4	0	3	1	311
Anteil Positive (%)	6	5	0	3	1	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 17. KW 2023 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren, gefolgt von Influenzaviren und Parainfluenzaviren (PIV) (Tab. 2, Abb. 4).

Die Influenza-Positivenrate lag in der 17. KW bei 12 % (95 %-Konfidenzintervall [6; 20]). Die Influenza A(H3N2)-dominierte Grippewelle begann in der 43. KW 2022 und endete nach elf Wochen mit der 1. KW 2023. Seit der 3. KW 2023 nahm der Anteil an Influenza B-Virusnachweisen (Victoria-Linie) deutlich zu (Abb. 5). Ab der 9. KW 2023 waren die Kriterien für den Beginn einer zweiten Grippewelle erfüllt. Diese Influenza B-dominierte Grippewelle endete nach sechs Wochen mit der 14. KW 2023.

Seit dem Jahreswechsel ist die RSV-Positivenrate allmählich gesunken und seit der 11. KW 2023 sind keine RSV nachgewiesen worden. Die RSV-Welle in Deutschland hat nach Definition des RKI in der 41. KW 2022 begonnen und endete nach 15 Wochen mit der 3. KW 2023.

Während in der 17. KW bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) am häufigsten Rhinoviren nachgewiesen wurden, wurden bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) vorwiegend Influenzaviren identifiziert (Abb. 6). Bei den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) zirkulierten hauptsächlich PIV, Influenzaviren und hCoV. Bei den 35- bis 59-jährigen waren Rhinoviren die am häufigsten nachgewiesenen Atemwegsviren, bei den ab 60-jährigen dagegen hMPV.

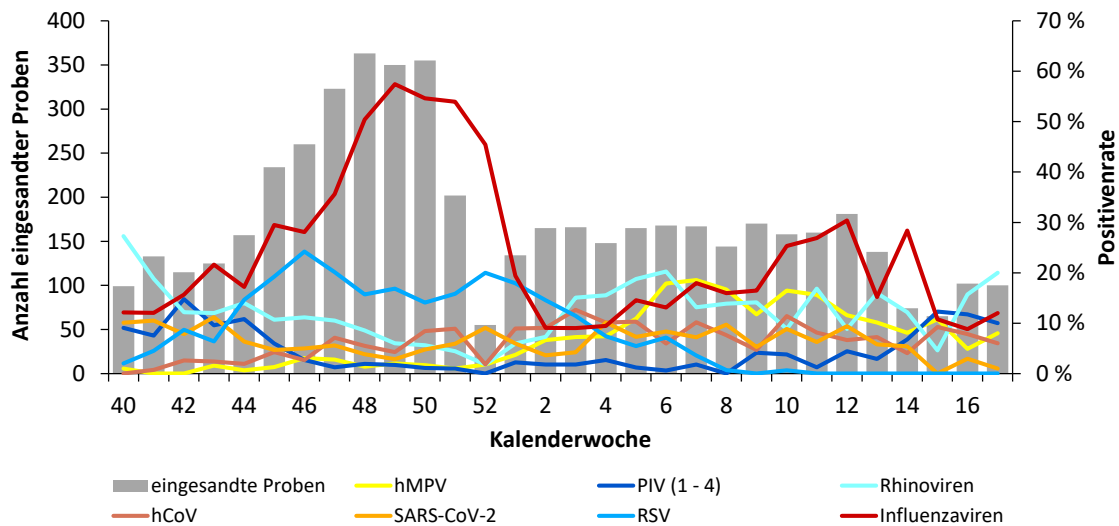


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 17. KW 2023.

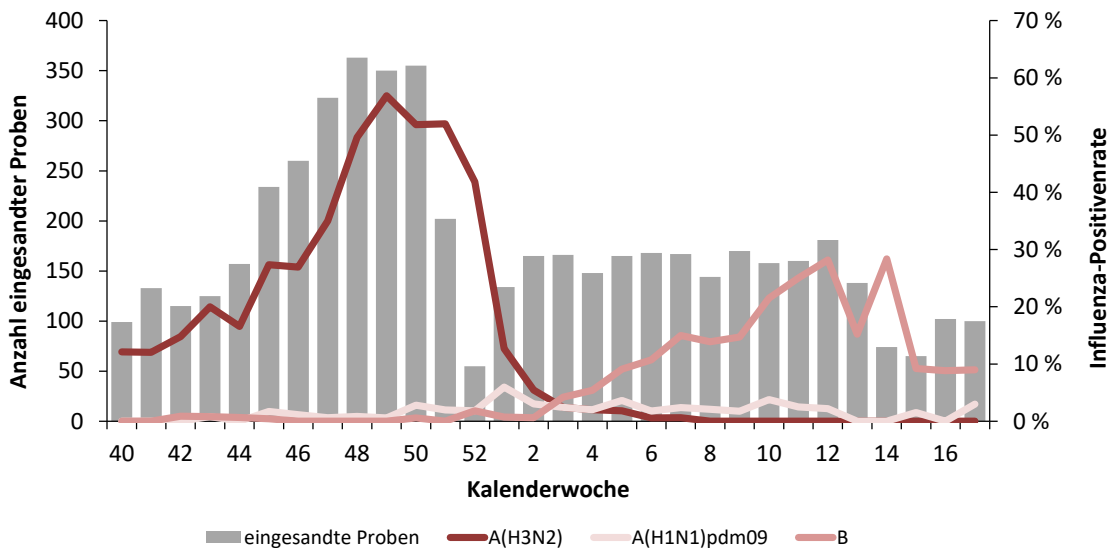


Abb. 5: Anteil der Nachweise für Influenza A(H3N2)-, A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 17. KW 2023.

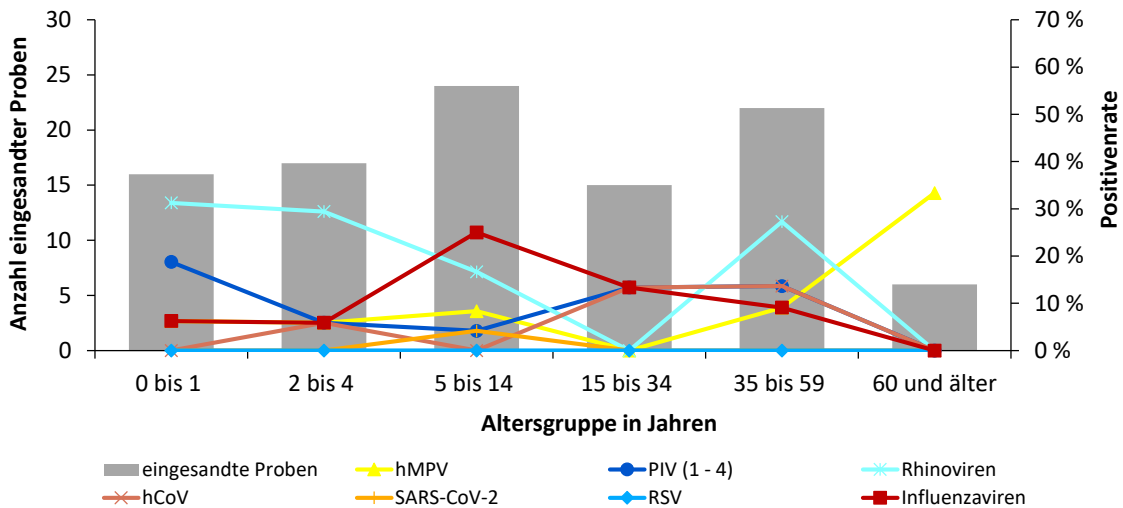


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) für die 17. KW 2023.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des Sentinels wurden 447 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 282 Viren der A/Bangladesh/4005/2020-Subgruppe und weitere 132 Viren der A/Slovenia/8720/2022-Subgruppe zuzuordnen; 26 Viren gehören zu einer weiteren Subgruppe mit den Substitutionen HA1: E50K, D53N, S91N, N96S, N122D, I192F, I223V, HA2:N49S im Hämagglutinin und sechs weitere Viren teilen die meisten Substitutionen mit dieser Subgruppe bis auf HA1: S91N und N122D. Ein weiteres Virus dieser Subgruppe, ohne die Substitutionen HA1: E50K, S91N, N122D, I223V weist die zusätzliche Substitution I140M auf. Darüber hinaus wurden 37 A(H₁N₁)pdm09 Viren sequenziert, welche alle zur Clade 6B.1A.5a.2 gehören. Darunter sind sechs Viren der A/Norway/25089/2022-Subgruppe und drei Viren der A/Sydney/5/2021-Subgruppe zuzuordnen; 28 Viren gehören zu drei weiteren Subgruppen. Die 25 charakterisierten B/Victoria-Viren gehören zur Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021).

Seit der 40. KW 2022 wurden 381 Influenza A(H₃N₂)-Viren, 81 Influenza A(H₁N₁)pdm09-Viren und 201 Influenza B-Viren der Victoria-Linie in Zellkultur isoliert. Alle isolierten A(H₃N₂)-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Referenzserum (A/Darwin/9/2021) im Hämagglutinationshemmtest sehr gut erkannt. Die A(H₁N₁)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) ebenfalls detektiert. 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, Expositionsdosis, Alter u. a.).

Es wurden keine Resistenzen gegen Neuraminidaseinhibitoren (Oseltamivir, Zanamivir) bei den bisher untersuchten Viren nachgewiesen, hierbei wurden 248 A(H₃N₂)-, 81 A(H₁N₁)pdm09- und 138 B/Victoria-Viren sowie ein H₃N₂+B/Victoria-Doppelisolat untersucht. Molekulare Marker, die mit einer Resistenz gegen den Polymerase-Inhibitor Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den untersuchten Influenzavirusgenen (464 A(H₃N₂), 41 A(H₁N₁)pdm09, vier B/Victoria und ein H₃N₂+B/Victoria-Doppelisolat) ebenfalls nicht nachgewiesen.

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

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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

In der 17. MW 2023 wurden bislang 661 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 111 (17 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand: 2.5.2023).

Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 290.949 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 42.117 (14 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und 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)

		12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza	A (nicht subtypisiert)	451	315	153	168	118	78	246.418
	A(H ₁ N ₁)pdm09	20	4	7	5	4	2	717
	A(H ₃ N ₂)	0	1	1	0	1	0	5.247
	nicht nach A / B differenziert	149	98	79	47	47	29	13.717
	B	3.186	2.350	1.455	1.068	816	552	24.850
Gesamt		3.806	2.768	1.695	1.288	986	661	290.949

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 490 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 119 in Kindergärten / Horten, 107 Ausbrüche in Schulen, 88 in privaten Haushalten,

63 in Alten- / Pflegeheimen, 59 in Krankenhäusern, acht in medizinischen / ambulanten Behandlungseinrichtungen, sieben in Rehaeinrichtungen, drei in Wohnstätten / Seniorentagestätten, jeweils zwei in Justizvollzugsanstalten bzw. Betreuungseinrichtungen und jeweils ein Ausbruch in einem Flüchtlingsheim bzw. Arbeitsplatz sowie 30 Ausbrüche ohne Angabe des Infektionsortes.

Seit der 40. MW 2022 wurden bisher 1.022 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 950 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, 31 nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und 41 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) lag die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) von der 8. KW bis einschließlich der 12. KW 2023 auf einem erhöhten Niveau, jedoch noch unter den Werten, die in den vorpandemischen Jahren um diese Zeit beobachtet wurden. Seit der 13. KW 2023 ist die SARI-Inzidenz deutlich gesunken und liegt aktuell auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

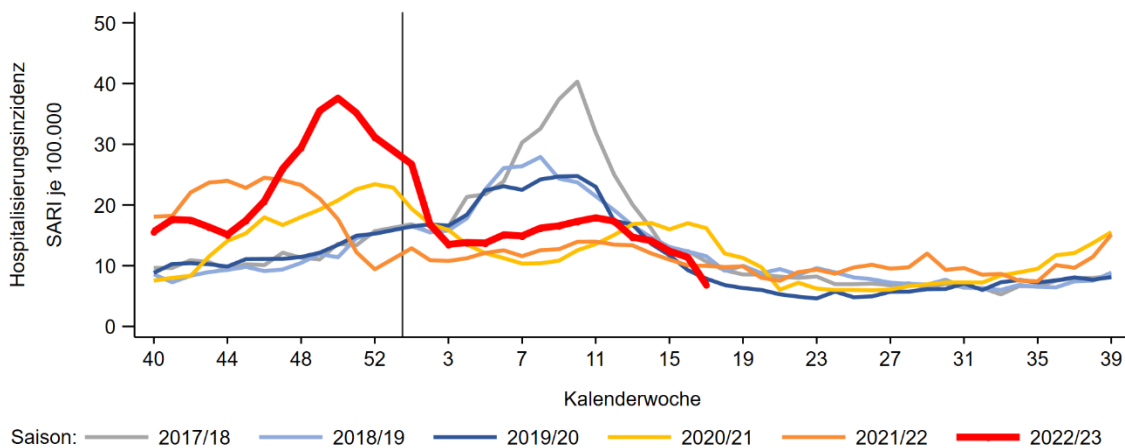


Abb. 7: Wöchentlich Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 17. KW 2023), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der 17. KW 2023 kam es in allen Altersgruppen zu einem Rückgang der SARI-Fallzahlen, die Werte befanden sich hierbei auf einem niedrigen Niveau (Abb. 8).

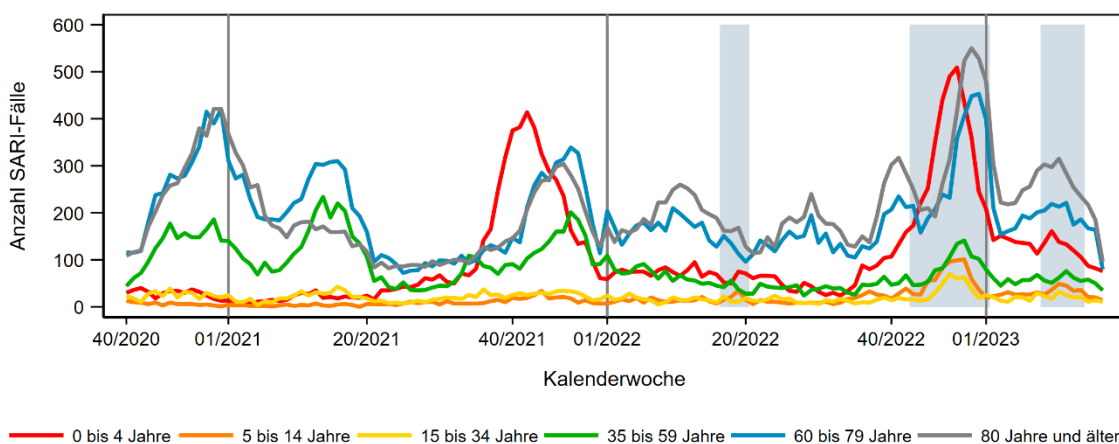


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 17. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist farbig hinterlegt.

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. 9). Hierbei fallen die starken Fallzahlenstiege bei den 0- bis 4-jährigen und den ab 80-jährigen vor dem Jahreswechsel 2022/23 auf. Aktuell sind weiterhin die jüngste und die älteste

Altersgruppe von schweren akuten Atemwegserkrankungen am häufigsten betroffen, jedoch wurden seit dem Jahreswechsel 2022/23 wieder deutlich weniger Patientinnen und Patienten aus diesen Altersgruppen mit einer SARI ins Krankenhaus eingewiesen.

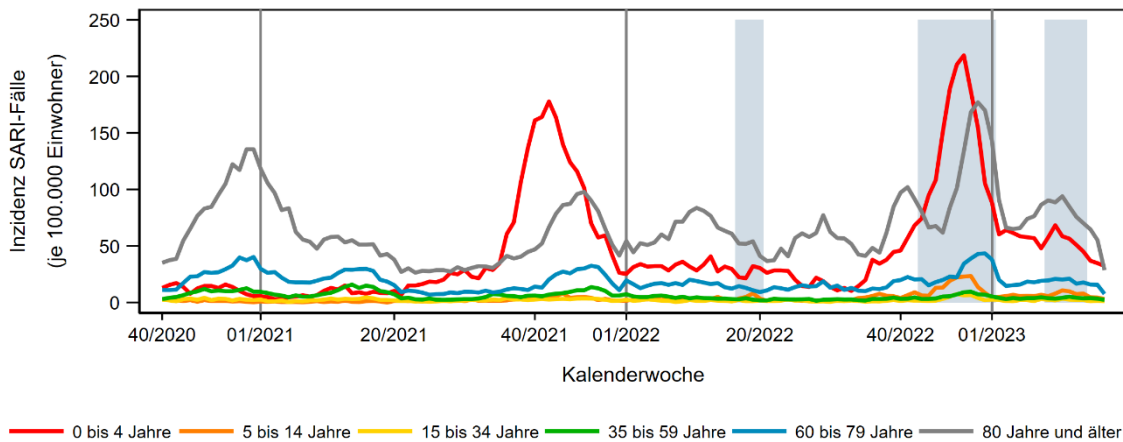


Abb. 9: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 17. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippe-welle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Diagnosen ist in der 17. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben. So wurde bei insgesamt 12 % aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben. Bei 2 % der SARI-Fälle wurde eine Influenzavirus-Infektion diagnostiziert und damit ebenso viele wie in der Vorwoche. Der Anteil an RSV-Diagnosen lag in der 17. KW 2023 unverändert bei 1 % (Abb. 10).

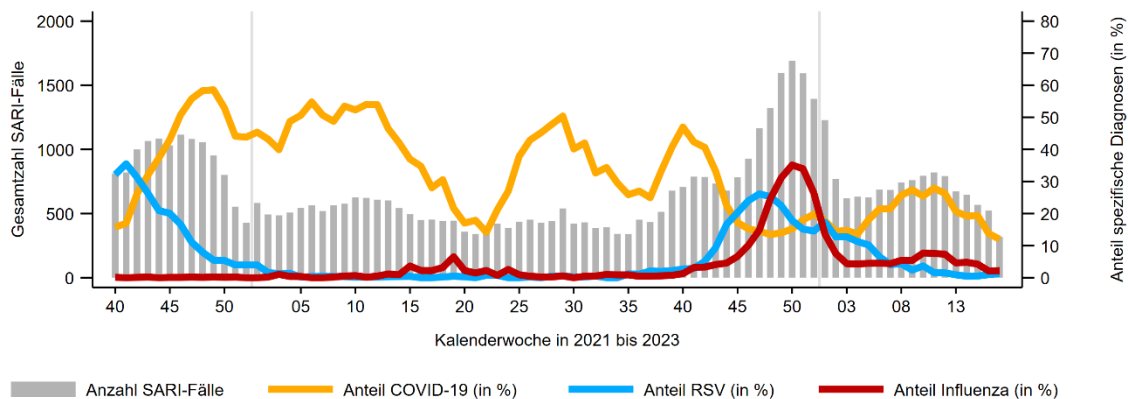


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2021 bis zur 17. KW 2023. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Es wurde in der 17. KW 2023 vor allem bei SARI-Fällen ab 15 Jahren eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 11). Influenza-Diagnosen gab es vorwiegend in den Altersgruppen unter 15 Jahre. In der 17. KW 2023 erhielten 9 % der 0- bis 1-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose.

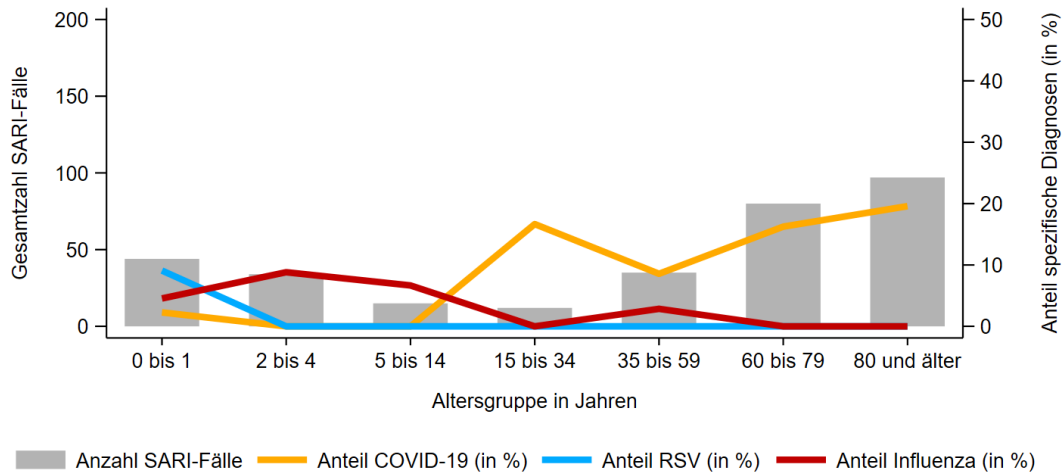


Abb. 11: Anzahl der in der 17. KW 2023 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen.

In Abb. 12 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Es wurde in der 17. KW 2023 bei insgesamt 14 % der SARI-Fälle mit Intensivbehandlung eine COVID-19-Diagnose vergeben. Es wurde bei keinem SARI-Fall mit Intensivbehandlung eine Influenza- oder eine RSV-Erkrankung diagnostiziert.

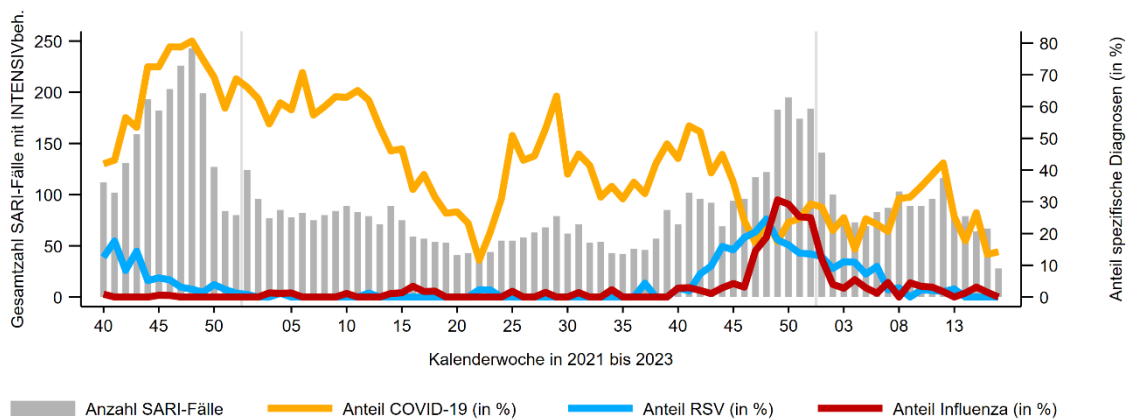


Abb. 12: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2021 bis zur 17. KW 2023. 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 (16. KW 2023)

Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region (im englischen Sprachraum auch Influenza season genannt) in der 45. KW 2022 begonnen. In der 16. KW 2023 lag die Influenza-Positivenrate bei den Sentinelproben erstmalig wieder unter dem Schwellenwert von 10 %. Die Influenza-Aktivität war nach einem Höhepunkt in der 51. KW 2022 bis zur 4. KW 2023 in der gesamten Region zunächst rückläufig. Zwischen der 6. KW und der 11. KW 2023 lag die Influenza-Positivenrate dann relativ stabil auf höherem Niveau bei etwa 25 %, ging nachfolgend jedoch wieder zurück und lag in der 16. KW bei 9 %.

Von den 37 Ländern, die für die 16. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 15 Länder eine Influenza-Aktivität unterhalb der nationalen

Schwellenwerte (darunter Deutschland), 18 Länder eine niedrige Influenza-Aktivität, drei Länder eine mittlere und ein Land eine hohe Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks ist in der 16. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken (9 %; 15. KW: 10 %). Für die 16. KW 2023 wurden in 171 (9 %) von 1.935 Sentinelproben Influenzaviren detektiert. Davon waren 23 (14 %) Influenza A-Viren und 148 (86 %) Influenza B-Viren. Unter den zehn subtypisierten Influenza A-Viren wurde neunmal Influenza A (H1N1)pdm09 und einmal Influenza A(H3N2) nachgewiesen. Alle 40 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 1.888 SARI-Fälle für die 16. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 16. KW bei 2 % (15. KW: 3 %).

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

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 17/2023; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/11386