



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 25 (20.6. bis 26.6.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 25. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) gab es einen Rückgang, bei den Erwachsenen (ab 15 Jahre) sind die Werte dagegen gestiegen oder stabil geblieben. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 25. KW bundesweit deutlich mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Dabei sind die Werte in allen Altersgruppen gestiegen.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 25. KW 2022 in insgesamt 53 (62 %) der 85 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 17 (20 %) Proben mit SARS-CoV-2, 13 (15 %) mit Parainfluenzaviren (PIV), elf (13 %) mit Rhinoviren, sieben (8 %) mit Influenzaviren, vier (5 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) und drei (4 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 25. KW 2022 insgesamt leicht zurückgegangen.

Die im Vergleich mit den Vorjahren aktuell deutlich höhere ARE-Aktivität ist auf die Ko-Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen (hauptsächlich SARS-CoV-2, im geringeren Maße auch Rhinoviren, PIV und Influenzaviren).

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 liegt seit mehreren Wochen stabil bei rund 8 %. In der 24. KW war die COVID-19 Aktivität wieder deutlich angestiegen, der Anstieg hat sich jedoch in der 25. KW zunächst nicht fortgesetzt. Die aktuelle ARE-Aktivität insgesamt wird durch SARS-CoV-2, Rhinoviren und PIV sowie weitere zirkulierende Atemwegserreger bestimmt.

Die ARE-Aktivität in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich liegt aktuell über den Werten der vorpan-demischen Saisons, möglicherweise weil sich während der Wintermonate die meisten Atemwegserreger wegen des verantwortungsvollen Verhaltens großer Teile der Bevölkerung nicht wie üblich ausbreiten konnten und sich nun Nachholeffekte zeigen, die aktuell zu einer erneuten Zunahme der COVID-19 Aktivität führen. Im stationären Bereich liegt die Zahl der SARI-Patientinnen und -Patienten noch auf dem jahreszeitlich üblichen niedrigen Niveau der Sommermonate.

* 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 25. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben (5,4 %; Vorwoche: 5,4 %) (Abb. 1). Die ARE-Rate ist bei den Kindern bis 14 Jahre gesunken, während sie in den anderen drei Altersgruppen (ab 15 Jahre) gestiegen oder stabil geblieben ist. Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 5,4 % einer Gesamtzahl von ca. 4,5 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die ARE-Rate liegt gegenwärtig höher als in den vorpandemischen Jahren zur 25. KW. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

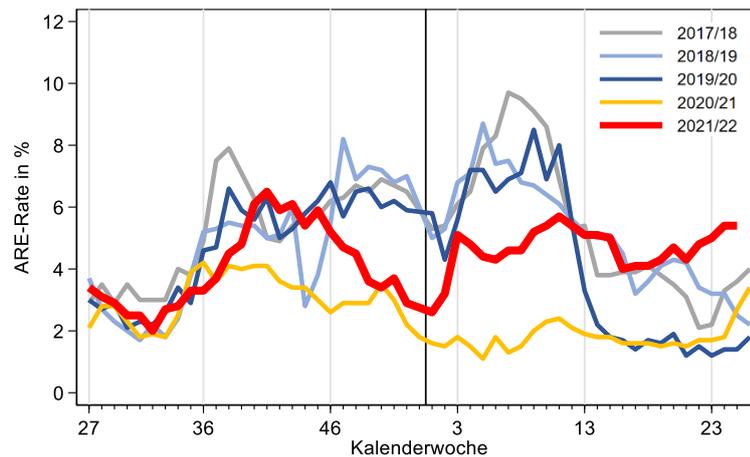


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 25. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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 25. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen (Abb. 2). Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 25. 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 25. KW 2022 deutlich über den Werten der Vorsaisons.

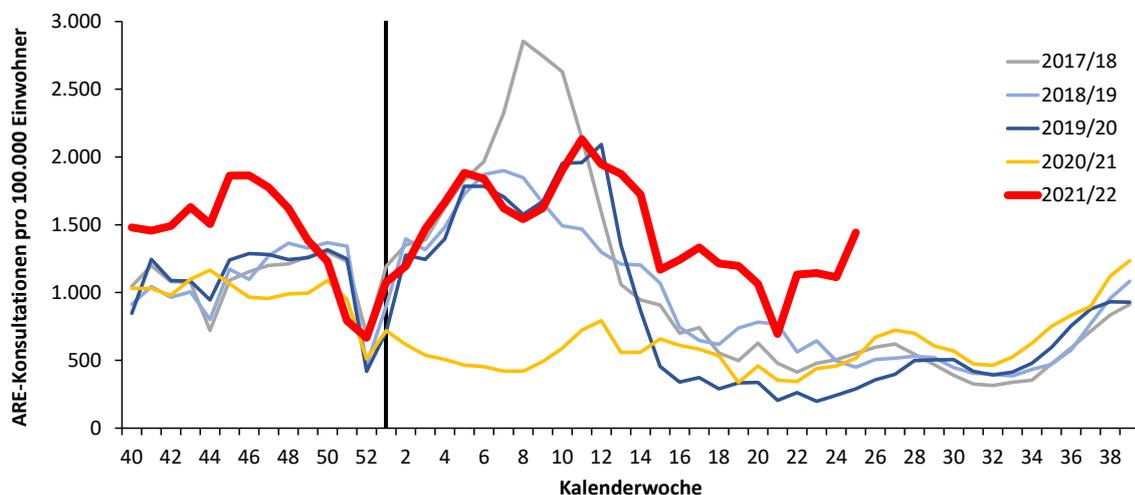


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 25. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 25. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gestiegen, insbesondere bei den Erwachsenen ab 15 Jahren (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 auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten (Aufsuchen der Arztpraxen bereits bei milder ARE-Symptomatik) beitragen.

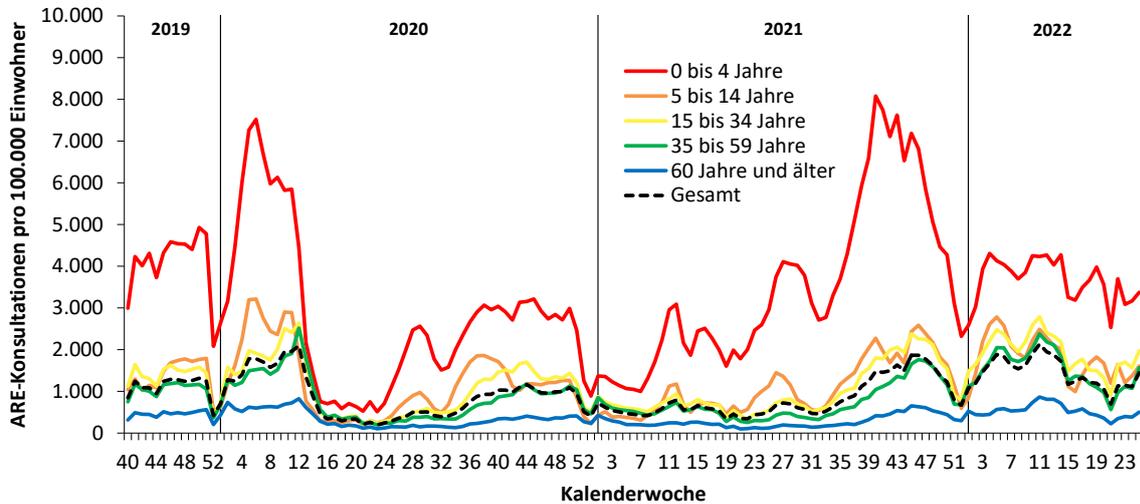


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 25. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 25. KW 2022 in insgesamt 53 (62 %) der 85 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 28.6.2022.

	21. KW	22. KW	23. KW	24. KW	25. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	92	95	80	93	85	5.675
Probenanzahl mit Virusnachweis	47	47	45	53	53	3.485
Anteil Positive (%)	51	49	56	57	62	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	3
A(H ₃ N ₂)	12	7	7	7	7	253
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 (%)	13	7	9	8	8	5
RSV	0	0	0	0	0	635
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	11
hMPV	5	5	4	1	4	418
Anteil Positive (%)	5	5	5	1	5	7
PIV (1 – 4)	11	12	11	12	13	289
Anteil Positive (%)	12	13	14	13	15	5
Rhinoviren	12	16	17	14	11	941
Anteil Positive (%)	13	17	21	15	13	17
hCoV	5	5	2	3	3	610
Anteil Positive (%)	5	5	3	3	4	11
SARS-CoV-2	3	6	7	18	17	716
Anteil Positive (%)	3	6	9	19	20	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 SARS-CoV-2, Rhino- und Parainfluenzaviren in der 25. KW 2022. Die Influenza-Positivenrate lag zwischen der 17. KW und 20. KW 2022 mit leichten Schwankungen bei rund 20 %. Seit der 22. KW blieb sie stabil bei einer Positivenrate zwischen 7 % und 9 %. Die SARS-CoV-2-Positivenrate zeigte seit der 22. KW und besonders von der 23. KW zur 24. KW einen steigenden Trend, der sich in der 25. KW 2022 bisher nicht fortgesetzt hat (Abb. 4).

Der Anteil von Omikron unter den SARS-CoV-2 Nachweisen liegt weiterhin bei 100 % (Datenstand 28.6.2022).

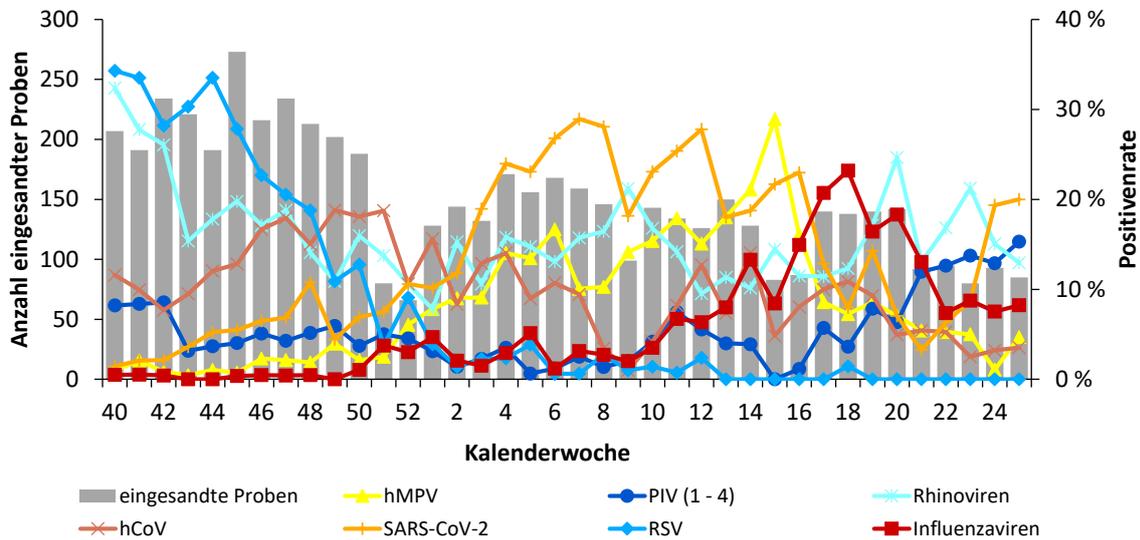


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 25. KW 2022.

Aus Proben des Sentinels wurden 115 Influenza A(H₃N₂)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 101 Influenza A(H₃N₂)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 216 A(H₃N₂)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden fünf A(H₁N₁)pdm09-Viren aus dem Sentinel und zwei weitere A(H₁N₁)pdm09-Viren (aE) sequenziert, welche alle zur Clade 6B.1A.5a.1 (Referenzvirus A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019) gehören. Zusätzlich wurde ein B/Victoria Virus (aE) charakterisiert, dass der Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021) zuzuordnen ist.

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.

Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 25. MW 2022 wurden bislang 448 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 2). Seit der 20. MW geht die Anzahl der gemeldeten Fälle zurück. Bei 97 Fällen (22 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 28.6.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 17.607 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 3.128 Fällen (18 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2021 wurden 30 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion übermittelt.

Bislang wurden 84 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 Influenzotyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

		20. MW	21. MW	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	1.581	745	634	497	436	381	15.496
	A(H1N1)pdm09	9	5	2	0	2	6	80
	A(H3N2)	69	44	31	20	17	13	618
	nicht nach A / B differenziert	74	45	41	34	57	37	924
	B	19	18	11	10	14	11	489
Gesamt		1.752	857	719	561	526	448	17.607

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 25. KW 2022 insgesamt leicht zurückgegangen. Dabei sind die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen 5 bis 14 Jahre, 60 bis 79 Jahre sowie ab 80 Jahre leicht gestiegen bzw. stabil geblieben. In den anderen Altersgruppen ist die Zahl der SARI-Fälle gesunken. In allen Altersgruppen liegen die Fallzahlen auf einem niedrigen Niveau, jedoch werden aktuell in den Altersgruppen ab 60 Jahre etwas mehr Fälle beobachtet als in den meisten Vorsaisons um diese Zeit (Abb. 5).

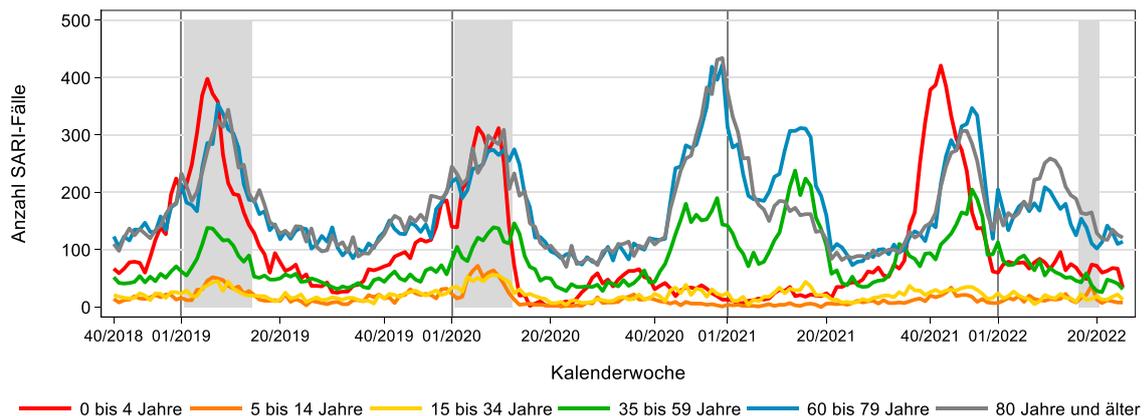


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 25. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist in der 25. KW 2022 erneut gestiegen. So wurden in der 25. KW 2022 bei insgesamt 36 % (Vorwoche: 24 %) 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 25. KW 2022 insgesamt bei rund 1 %.

* 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).

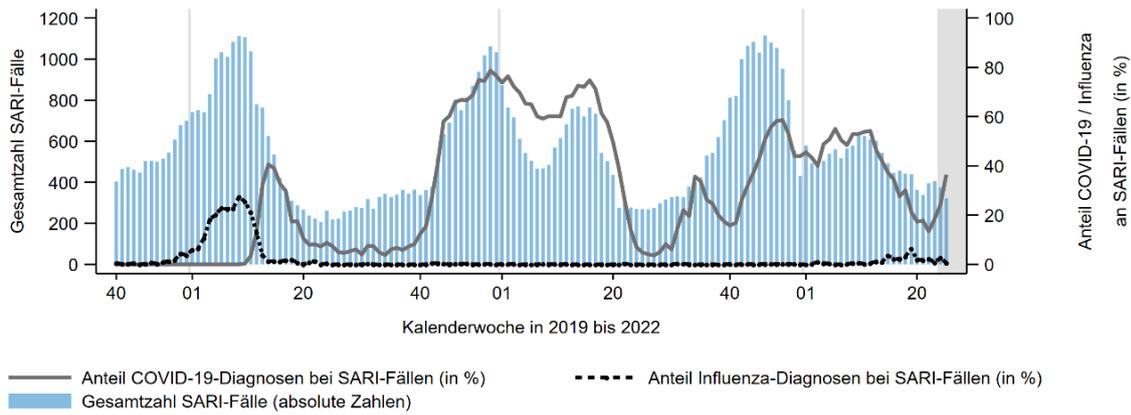


Abb. 6: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 25. 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 25. KW 2022 bei insgesamt 35 % (Vorwoche: 32 %). Bei intensivpflichtigen SARI-Fällen wurde in der 25. KW 2022 eine Influenza-Diagnose vergeben.

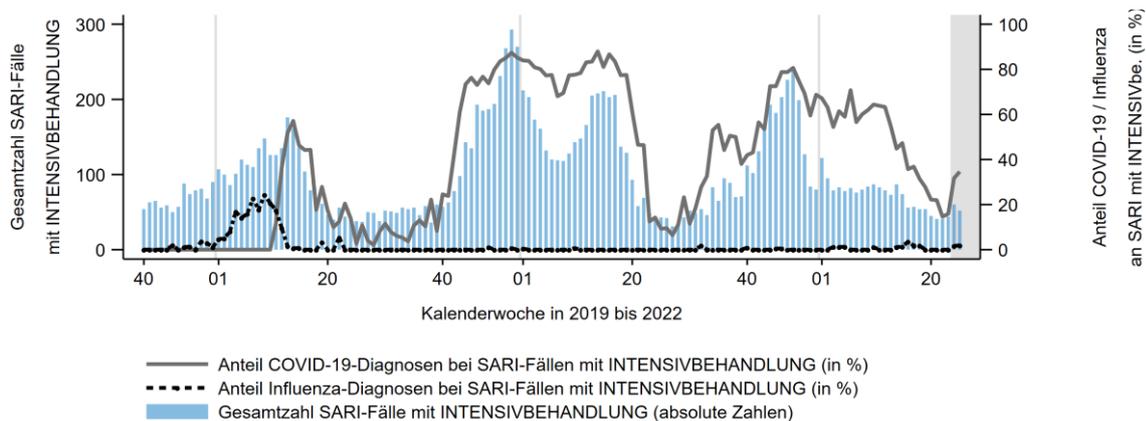


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2019 bis zur 25. 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.

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 25/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10195