



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 7 (14.2. bis 20.2.2022)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 7. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 7. KW bundesweit insgesamt deutlich weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen in der 7. KW leicht unter dem Niveau der Jahre vor der COVID-19-Pandemie im Zeitraum der jährlichen Grippewellen und weiterhin deutlich höher als letztes Jahr um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 7. KW 2022 in insgesamt 79 (61 %) der 130 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 36 (28 %) Proben mit SARS-CoV-2, 20 (15 %) mit Rhinoviren, 13 (10 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), zwölf (9 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43, HKU1, 229E oder NL63, vier (3 %) mit Influenzaviren, drei (2 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und eine (1 %) Probe mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 2. KW 2022 insgesamt weitestgehend stabil geblieben.

Für die 7. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 222 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 22.2.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland ist weiterhin niedrig und liegt in der 7. KW 2022 bei 3 %. Eine Grippewelle (nach Definition der AGI) auf Bevölkerungsebene hat bisher nicht begonnen. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt.

Weitere Informationen zur Saison 2021/22

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb der bisherigen typischen Zeiträume bestimmt. Die RSV-Saison begann nach Definition des RKI in der 35. KW 2021 und endete in der 50. KW 2021. Influenzaviren wurden seit der 50. KW 2021 regelmäßig detektiert, bei den bisher subtypisierten Viren handelte es sich hauptsächlich um Influenza A(H3N2)-Viren. Die Influenza-Aktivität befindet sich auf einem niedrigen Niveau. Die Arztbesuche mit akuten Atemwegsinfektionen wegen COVID-19 haben seit dem Jahreswechsel deutlich zugenommen. Die ARE-Konsultationsinzidenz hatte in der aktuellen Saison 2021/22 ihren bisherigen Höhepunkt in der 5. KW 2022 mit ca. 1,6 Millionen Arztbesuchen wegen ARE. Die ARE-Aktivität in Deutschland wird in der Bevölkerung und im ambulanten Bereich weiterhin durch die Omikron-Welle mitbestimmt.

Auf europäischer Ebene gibt es derzeit keine weiteren Hinweise auf eine steigende Influenza-Aktivität. Eine hohe Krankheitslast durch COVID-19 bestimmt das Infektionsgeschehen. Das Einhalten der AHA+L-Regeln reduziert das Übertragungsrisiko für COVID-19, Influenza und weitere respiratorisch übertragbare akute Infektionen.

Sentinel-Ergebnisse aus der syndromischen und virologischen Surveillance zu COVID-19 werden donnerstags im RKI-Wochenbericht zu COVID-19 aufgeführt:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html.

* 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 7. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben (4,5 %; Vorwoche: 4,5 %). Während die ARE-Rate bei den 5- bis 14-jährigen Kindern gestiegen ist, ist sie bei allen anderen Altersgruppen gesunken oder stabil geblieben. Die ARE-Rate lag in der 7. KW deutlich über dem Vorjahreswert, aber unter den Jahren vor der Pandemie (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 4,5 % einer Gesamtzahl von ca. 3,7 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

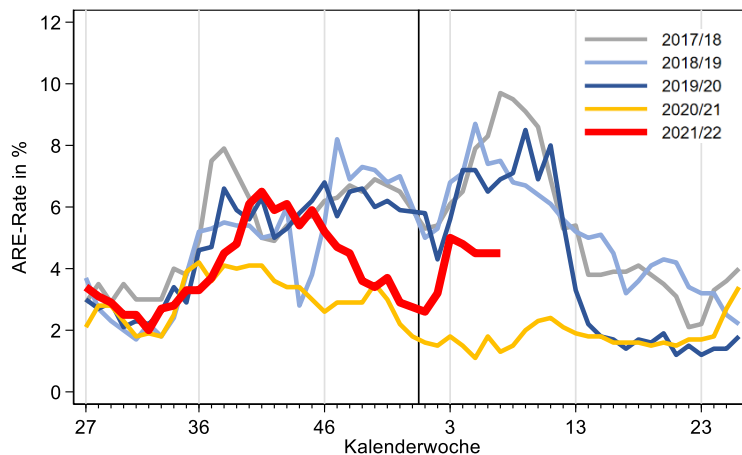


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 7. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 7. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Während in der AGI-Großregion Norden (West) der Praxisindex im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität lag, lag dieser im Süden und Osten im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität.

Tab. 1: Praxisindex* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 52. KW 2021 bis zur 7. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW
Süden	78	110	107	134	172	205	204	182
Baden-Württemberg	86	106	110	130	178	195	185	182
Bayern	70	115	105	138	166	215	223	183
Mitte (West)	93	121	128	181	194	205	208	155
Hessen	92	83	117	199	193	208	214	151
Nordrhein-Westfalen	111	142	132	181	206	226	218	177
Rheinland-Pfalz, Saarland	77	139	135	163	183	181	192	136
Norden (West)	124	152	123	137	147	134	140	128
Niedersachsen, Bremen	137	107	100	126	150	148	150	134
Schleswig-Holstein, Hamburg	111	197	147	148	144	120	131	122
Osten	95	113	103	131	149	186	220	212
Brandenburg, Berlin	75	132	130	184	180	204	209	143
Mecklenburg-Vorpommern	116	124	108	130	163	159	209	241
Sachsen	98	87	66	80	112	134	168	184
Sachsen-Anhalt	102	127	108	138	149	263	346	321
Thüringen	83	97	104	122	140	171	169	170
Gesamt	96	122	115	149	170	190	198	168

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

* Praxisindex bis 115: Hintergrund-Aktivität; 116 bis 135: geringfügig erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 136 bis 155: moderat erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 156 bis 180: deutlich erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex > 180: stark erhöhte ARE-Aktivität

Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen seit dem Jahreswechsel 2021/22 im Bereich der Jahre vor der Pandemie (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken und lag in der 7. KW 2022 bei ca. 1.500 (6. KW: 1.800, 5. KW: 1.900) 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. Der bisherige Höhepunkt in der Saison 2021/22 wurde in der 5. KW mit rund 1,6 Millionen ARE-Arztbesuchen verzeichnet.

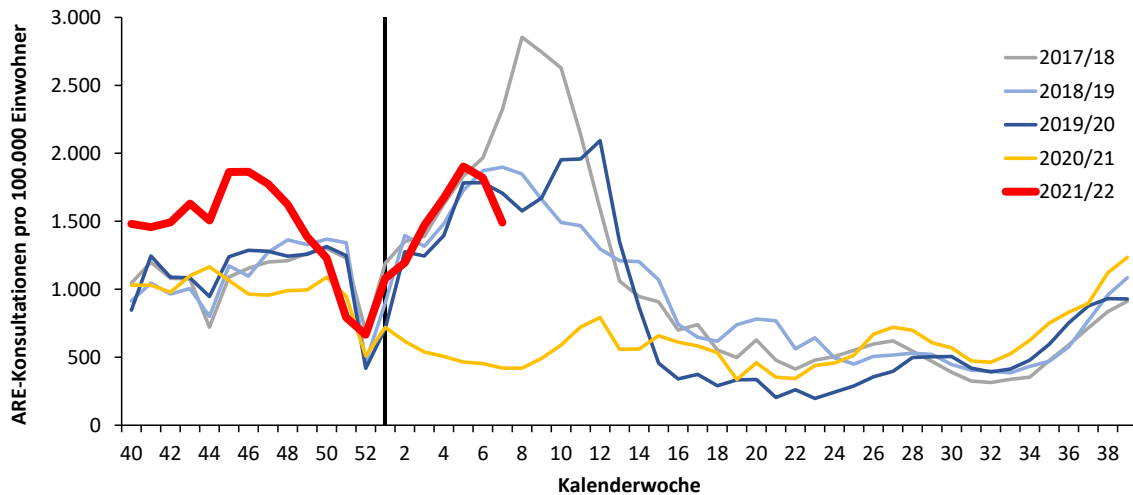


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 7. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 7. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3). Der stärkste Rückgang im Vergleich zur Vorwoche wurde bei den 5- bis 14-Jährigen mit 29 % verzeichnet. In allen anderen Altersgruppen lag der Rückgang zwischen 13 % und 17 %. Die Werte liegen in der 7. KW 2022 bei den Erwachsenen ab 15 Jahren im Bereich der Jahre vor der COVID-19-Pandemie während der jährlichen Grippewellen. Bei den Kindern, insbesondere bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) liegen die Werte aktuell darunter.

Die Diagramme der ARE-Konsultationsinzidenz für Deutschland und die einzelnen AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

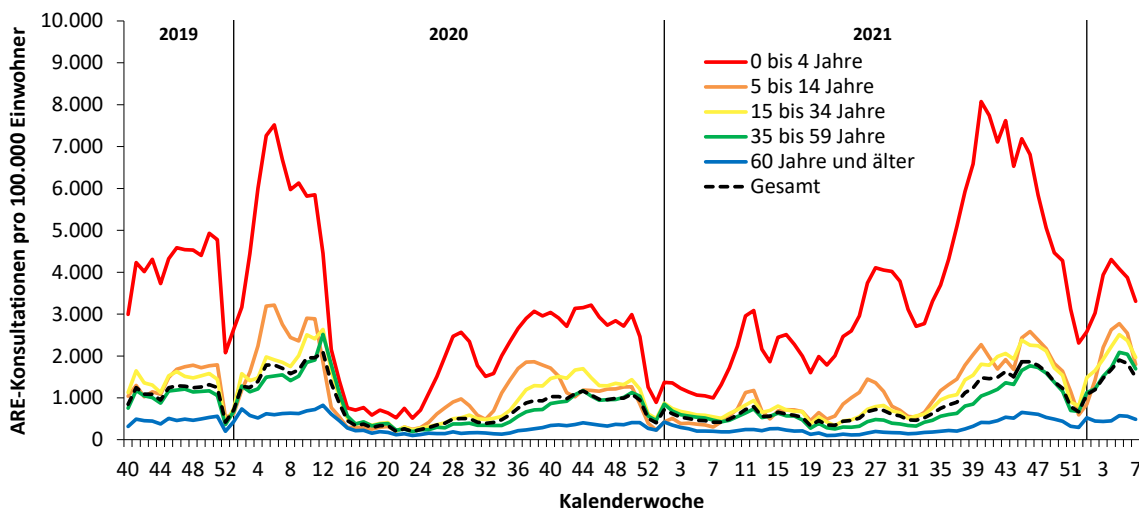


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 7. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

In der syndromischen ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2021/22 bisher 647 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 7. KW 2022 lagen 405 Meldungen vor, darunter 249 Meldungen über das SEED^{ARE}-Modul. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 7. KW 2022 insgesamt 130 Sentinelproben von 48 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 7. KW 2022 in insgesamt 79 (61 %) der 130 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 36 (28 %) Proben mit SARS-CoV-2, 20 (15 %) mit Rhinoviren, 13 (10 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), zwölf (9 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs OC43, HKU1, 229E oder NL63, drei (2 %) mit Parainfluenzaviren (PIV) und eine (1 %) Probe mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV). In der 7. KW wurden in vier (3 %; 95 %-Konfidenzintervall [0; 8]) Proben Influenzaviren nachgewiesen, darunter drei mit Influenza A(H3N2)-Viren und eine mit Influenza B-Viren der Victoria-Linie (Tab. 2; Stand: 22.2.2022).

In der 7. KW 2022 gab es insgesamt eine Dreifachinfektion und acht Doppelinfektionen, darunter eine Doppelinfektion mit Influenza A(H3N2)-Viren und SARS-CoV-2. Mehrfachnachweise waren insbesondere in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen häufig.

Tab. 2: 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).

	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	133	174	158	169	130	3.564
Probenanzahl mit Virusnachweis	73	121	101	103	79	2.170
Anteil Positive (%)	55	70	64	61	61	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H3N2)	2	6	8	2	3	43
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0
B(Victoria)	0	0	0	0	1	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	2	3	5	1	3	1
RSV	3	4	6	1	1	627
Anteil Positive (%)	2	2	4	1	1	18
hMPV	12	24	21	29	13	168
Anteil Positive (%)	9	14	13	17	10	5
PIV (1 – 4)	3	6	1	2	3	161
Anteil Positive (%)	2	3	1	1	2	5
Rhinoviren	14	28	23	22	20	623
Anteil Positive (%)	11	16	15	13	15	17
hCoV	17	24	14	18	12	462
Anteil Positive (%)	13	14	9	11	9	13
SARS-CoV-2	25	41	37	45	36	347
Anteil Positive (%)	19	24	23	27	28	10

* 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.

Die ARE-Aktivität wurde zu Beginn der Saison durch eine ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb der bisherigen typischen Zeiträume bestimmt. Die RSV-Saison begann mit der 35. KW 2021 und endete in der 50. KW 2021. In der 7. KW 2022 ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche gleichbleibend niedrig geblieben (Abb. 4).

Influenzaviren wurden in dieser Saison bisher am häufigsten in der 1. und 5. KW 2022 mit einer Positivenrate von jeweils 5 % detektiert. In der 7. KW lag die Influenza-Positivenrate bei 3 %. Die hMPV-Positivenrate zeigte seit der 51. KW 2021 einen steigenden Trend, der sich in der 7. KW 2022 nicht fortgesetzt hat. Aktuell ist die ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen weiterhin auf die vermehrte Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen, aber auch Rhinoviren werden relativ häufig nachgewiesen.

Die SARS-CoV-2-Positivenraten bei Kindern bis 14 Jahre und Personen ab 15 Jahre zeigen in der aktuellen Berichtswoche einen Rückgang bei den Älteren und einen leichten Anstieg bei den Kindern (Abb. 5). Rhinoviren wurden in der 7. KW am häufigsten bei den 0- bis 1-Jährigen, hMPV am häufigsten bei den 2- bis 4-Jährigen detektiert (Abb. 6). Die SARS-CoV-2-Positivenrate lag bei den 5- bis 14-Jährigen mit 53 % am

höchsten, gefolgt von den über 59-Jährigen (50 %). Bei den Kleinkindern bis 4 Jahren lagen die SARS-CoV-2-Positivenraten deutlich niedriger (zwischen 7 % und 9 %). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 261 SARS-CoV-2-positive Sentinelproben mittels Omikron-spezifischer PCR untersucht. Die ersten Omikron-Nachweise im Sentinel gab es in der 50. KW 2021. Seitdem ist der Anteil Omikron-positiver Proben von 8 % auf 100 % gestiegen (Stand 22.2.2022).

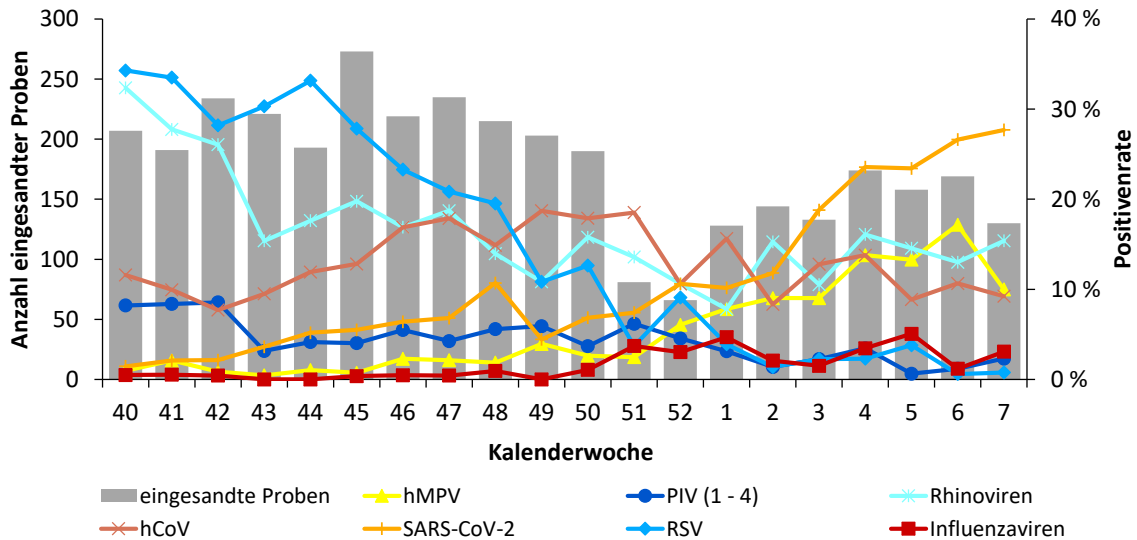


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 7. KW 2022.

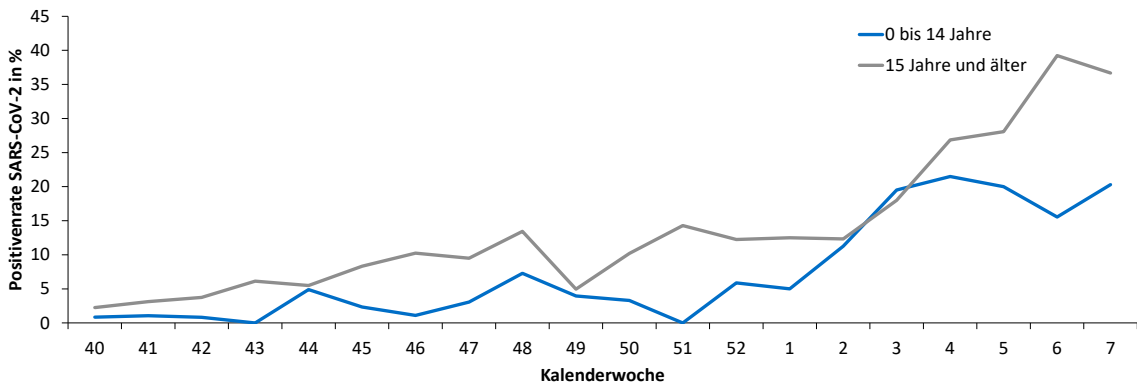


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 7. KW 2022.

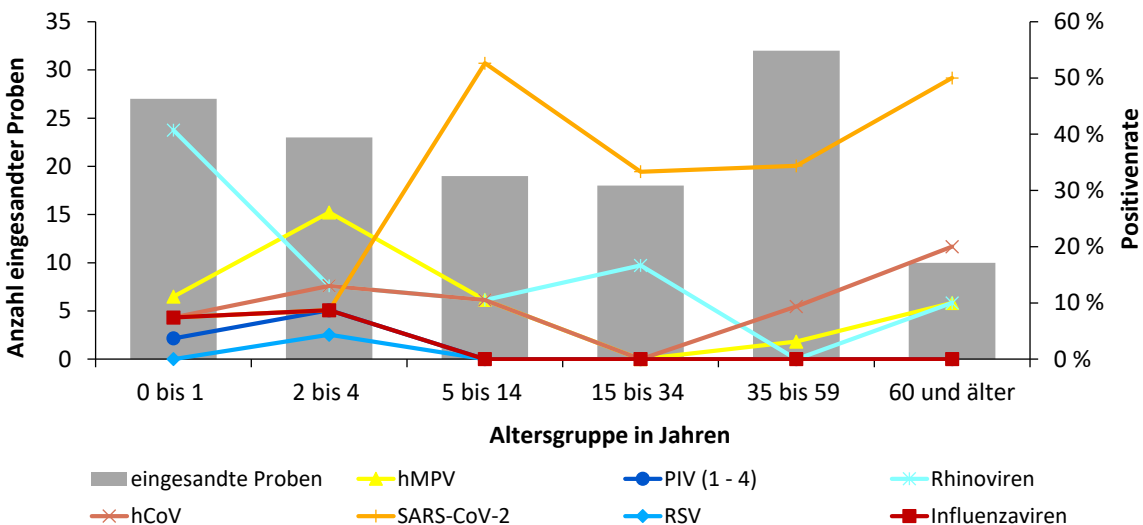


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 7. KW 2022.

Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 57 Influenza A(H3N2)-Viren, ein A(H1N1)pdm09-Virus und ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert (aus dem Sentinel und Einsendungen von Laboren). Alle Influenza A(H3N2)-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H3N2)-Impfstamm (A/Cambodia/eo826360/2020), während das Influenza B-Virus mit B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria/2/87 (del162-164B)-lineage) reagierte. Das A(H1N1)pdm09-Virus reagierte mit Antiserum gegen den A(H1N1)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019).

Aus Proben des Sentinels wurden neun A(H3N2) Influenzaviren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere acht A(H3N2) Influenzaviren aus anderen Einsendungen. Alle 17 A(H3N2) Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020).

Informationen des NRZ für Influenzaviren zur Charakterisierung der zirkulierenden Viren und Übereinstimmung mit den im Impfstoff enthaltenen Stämmen sind abrufbar unter:

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/Impstoffzusammensetzung.html>.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 7. MW 2022 wurden bislang 222 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 37 Fällen (17 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 22.2.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 2.351 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte niedrig. Es wurden jedoch deutlich mehr Fälle als im Vorjahr (Stand 23.2.2021: 429) übermittelt. Bei 496 Fällen (21 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren.

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

		2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	204	225	235	273	219	189	1.908
	A(H1N1)pdm09	0	3	2	1	2	0	13
	A(H3N2)	13	8	17	6	10	5	104
	nicht nach A / B differenziert	1	8	11	17	31	14	120
	B	9	4	14	17	4	14	206
Gesamt		227	248	279	314	266	222	2.351

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

Es wurden bisher sieben Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter jeweils zwei Ausbrüche in Krankenhäusern, Kindergärten bzw. Horten oder Schulen sowie ein Ausbruch in einer Kaserne. Alle Ausbrüche wurden bisher durch Influenza A-Viren verursacht.

Bislang wurden sieben 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>.

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) insgesamt seit der 2. KW 2022 stabil geblieben. Dabei waren die SARI-Fallzahlen insbesondere in den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre sowie 5 bis 14 Jahre in den letzten Wochen weitestgehend stabil, wohingegen die Zahl der SARI-Fälle zwischen 15 und 59 Jahre gesunken ist. In den Altersgruppen ab 60 Jahre deutete sich in den vergangenen Wochen ein Anstieg der SARI-Fallzahlen an (Abb. 7).

Die SARI-Fallzahlen liegen insgesamt in der 7. KW 2022 etwa auf dem Niveau der Vorsaison und damit deutlich unter den Werten der vorpandemischen Saisons, in denen es zumeist zwischen Januar und März eine Grippewelle gab. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der 7. KW 2022 in den Altersgruppen unter 60 Jahre niedrig, in den Altersgruppen ab 60 Jahre leicht erhöht. Dabei liegen die Fallzahlen in den Altersgruppen unter 15 Jahre aktuell deutlich über den Werten der Vorsaison, in den anderen Altersgruppen etwa im Bereich der Werte der Vorsaison oder leicht darunter.

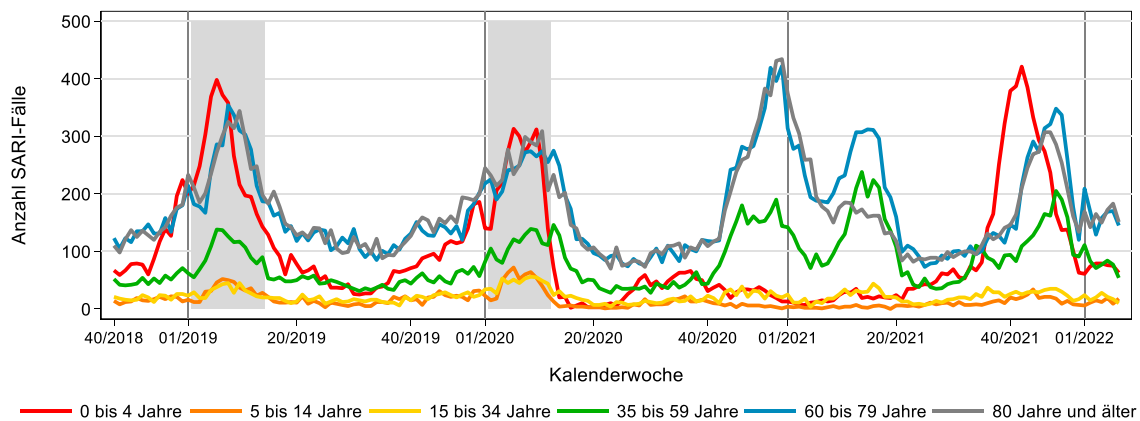


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 7. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist seit der 4. KW 2022 weitestgehend stabil. So wurden in der 7. KW bei insgesamt 49 % (Vorwoche: 52 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 8). In den Altersgruppen ab 35 Jahre wurde in der 7. KW 2022 bei mindestens der Hälfte der SARI-Fälle eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert. Der Anteil der COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Patientinnen und Patienten unter 35 Jahre ist in der 7. KW 2022 gesunken.

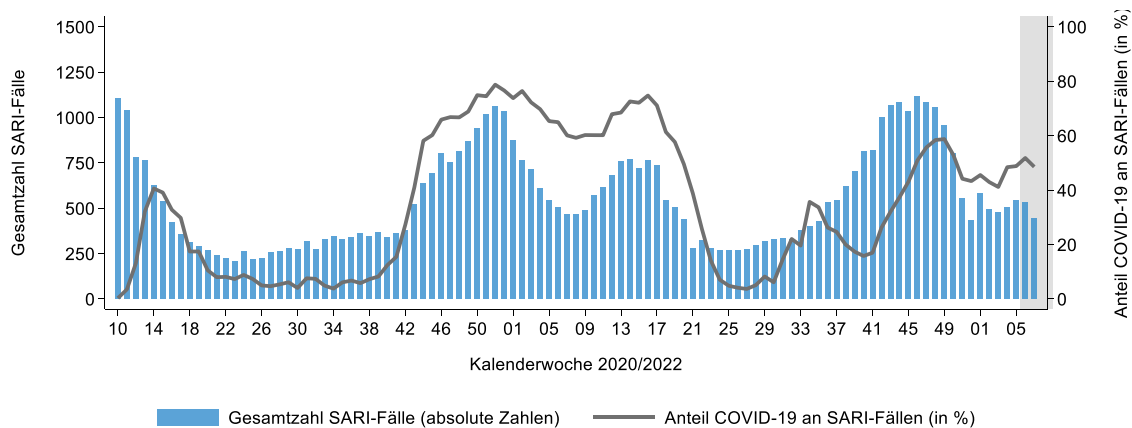


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 7. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

* 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).

In Abb. 9 ist der Anteil an COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil lag in der 7. KW 2022 bei insgesamt 50 % (Vorwoche: 60 %).

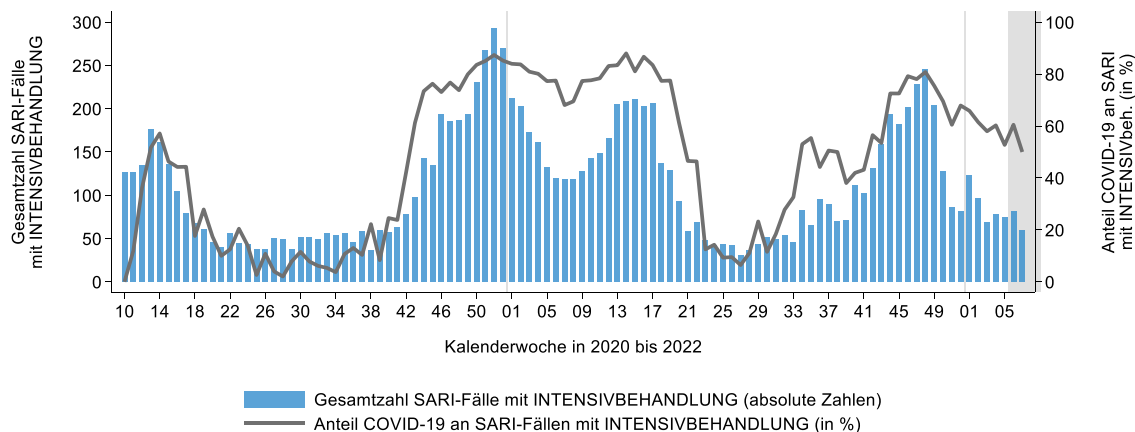


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 7. 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 europäischen Influenzasurveillance

Für die WHO Region Europa wurde der regionale Schwellenwert für den Beginn der Grippesaison mit erhöhter Influenza-Aktivität (Positivenrate von 10 %) in der 49. KW 2021 überschritten, ist danach aber wieder zurückgegangen. In der 6. KW 2022 lag die Influenza-Positivenrate bei 6 %, in der 5. KW bei 8 %. Sechs Länder meldeten in der 6. KW eine saisonale Influenzaviruzirkulation mit Positivenraten mit mindestens 10 %.

Von 38 Ländern, die für die 6. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 27 Länder über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, neun Länder über eine niedrige und jeweils ein Land über eine mittlere bzw. hohe Influenza-Aktivität.

Für die 6. KW 2022 wurden in 66 (6 %) von 1.021 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, alle waren positiv für Influenza A-Viren. Es wurden 50 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren alle Influenza A(H3N2)-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 2.265 (7 %) von 33.589 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 99 % Influenza A-Virusnachweise und 1 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 1.574 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 1.464 (93 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 110 (7 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Von den 29 Influenza B-Virusnachweisen wurden fünf charakterisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus neun Ländern 2.323 SARI-Fälle für die 6. KW 2022 übermittelt. Es wurden 425 (18 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren sechs (1 %) positiv für Influenzaviren, ausschließlich Influenza A (100 %). In der 6. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 53 % (5. KW: 51 %). Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org/>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 413 vom 21.2.2022)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 6.2.2022.

Die WHO weist darauf hin, dass die Ergebnisse der globalen Influenzaüberwachung mit Einschränkungen zu interpretieren sind, da die COVID-19-Pandemie in vielen Ländern die Influenzasurveillance-systeme beeinflusst. Angesichts der zunehmenden Influenzafallzahlen während der COVID-19-Pandemie wird den

Ländern empfohlen, sich auf die gemeinsame Verbreitung von Influenza und COVID-19 vorzubereiten und die integrierte gleichzeitige Überwachung von Influenza und COVID-19 zu verbessern. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik berücksichtigen.

Weltweit wurde über eine weiterhin niedrige und rückläufige Influenza-Aktivität nach einem Höhepunkt zum Jahresende 2021 berichtet. In einigen Ländern erreichte die Influenza-Aktivität aber das Niveau, das zu dieser Zeit vor der COVID-19-Pandemie zu beobachten war.

In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre nahm die Influenza-Aktivität ab. Es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und Influenza B-Viren der Victoria-Linie nachgewiesen. In China wurde nach einem Höhepunkt in der 2. KW 2022 über einen Rückgang der Influenza-Aktivität berichtet. Es wurden hauptsächlich Influenza B-Viren der Victoria-Linie detektiert.

Im tropischen Südamerika wurde weiterhin eine Zirkulation von Influenza A(H3N2)-Viren verzeichnet. Während im tropischen Ostafrika hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren gefolgt von Influenza B-Viren (Victoria-Linie) nachgewiesen wurden, wurden in Zentralafrika hauptsächlich Influenza B-Viren nachgewiesen. In Südasien wurde in einigen Ländern über eine sinkende Influenza-Aktivität berichtet.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre wurde insgesamt über eine weiterhin niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Eine Ausnahme bildeten einige Länder in der gemäßigten Zone Südamerikas mit steigenden Nachweisen von Influenza A(H3N2)-Viren.

Vom 24.1.2022 bis 6.2.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 490.516 Proben und meldeten 12.368 Influenzavirusnachweise. Davon wurden bei 68 % Influenza A-Viren und bei 32 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 94 % zu den Influenza A(H3N2)-Viren. Unter den charakterisierten Influenza B-Viren gehörten knapp 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>.

Hinweis in eigener Sache: Das RKI bittet um Ihre Unterstützung

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) lebt von der aktiven Mitarbeit der Sentinelpraxen. Jedes Jahr scheiden altersbedingt oder aus anderen Gründen Arztpraxen aus der AGI aus. Wir suchen ständig engagierte neue Haus- und Kinderarztpraxen, die an der AGI teilnehmen wollen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich auf unserer Homepage informieren unter <https://influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx> oder unter der E-Mail-Adresse agi@rki.de weitere Informationen anfordern.

Auch das Online Portal GrippeWeb, das die ARE- und ILI-Aktivität direkt aus der Bevölkerung erfasst, sucht ständig Teilnehmende, um die Aussagekraft der Daten weiter zu verbessern. Eine Registrierung bei GrippeWeb ist in wenigen Schritten unter: <https://grippeweb.rki.de/Register.aspx> möglich.

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 7/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9738