



# 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 8 (21.2. bis 27.2.2022)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 8. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 8. KW bundesweit insgesamt weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz liegen in der 8. KW leicht unter dem Niveau der jährlichen Grippewellen vor der COVID-19-Pandemie und weiterhin deutlich höher als letztes Jahr um diese Zeit.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 8. KW 2022 in insgesamt 79 (59 %) der 134 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 35 (26 %) Proben mit SARS-CoV-2, 23 (17 %) mit Rhinoviren, 13 (10 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), fünf (4 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs HKU1 oder 229E, vier (3 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV), drei (2 %) mit Influenzaviren und zwei (1 %) mit Parainfluenzaviren (PIV).

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 8. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 167 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 1.3.2022).

Die Influenza-Aktivität in Deutschland ist weiterhin niedrig und liegt in der 8. KW 2022 bei 2 %. 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, im stationären Bereich ist COVID-19 weiterhin die häufigste Erkrankung unter allen schweren Atemwegsinfektionen.

### 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. Influenzaviren wurden seit der 50. KW 2021 zwar regelmäßig detektiert, die Influenza-Aktivität befindet sich aber weiterhin 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, im stationären Bereich ist COVID-19 weiterhin die häufigste Erkrankung unter allen schweren Atemwegsinfektionen.

Auch auf europäischer Ebene gibt es derzeit keine Hinweise auf eine deutlich 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:

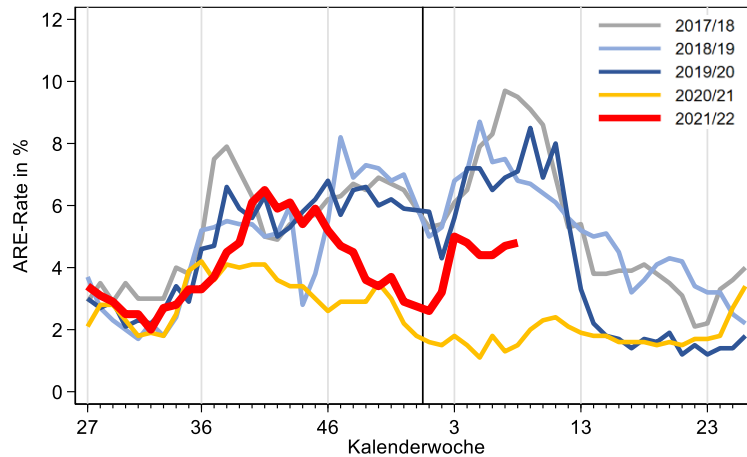
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html).

\* 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 8. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben (4,8 %; Vorwoche: 4,7 %). Während die ARE-Rate bei den Kindern gesunken ist, ist sie bei den Erwachsenen leicht gestiegen. Die ARE-Rate lag in der 8. KW deutlich über dem Vorjahreswert, aber unter den Jahren vor der Pandemie (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 4,8 % einer Gesamtzahl von knapp 4 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Seit dem Jahreswechsel wurde in der 3. KW 2022 die bisher höchste ARE-Rate erreicht (5,0 %), jedoch lagen die Werte im Herbst 2021 sichtbar darüber (41. KW 2021: 6,5 %). 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 8. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Die Werte des Praxisindex (gesamt) sind in der 8. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lagen insgesamt im Bereich moderat erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1). Während in der AGI-Großregion Norden (West) der Praxisindex im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität lag, lag dieser im Osten im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität.

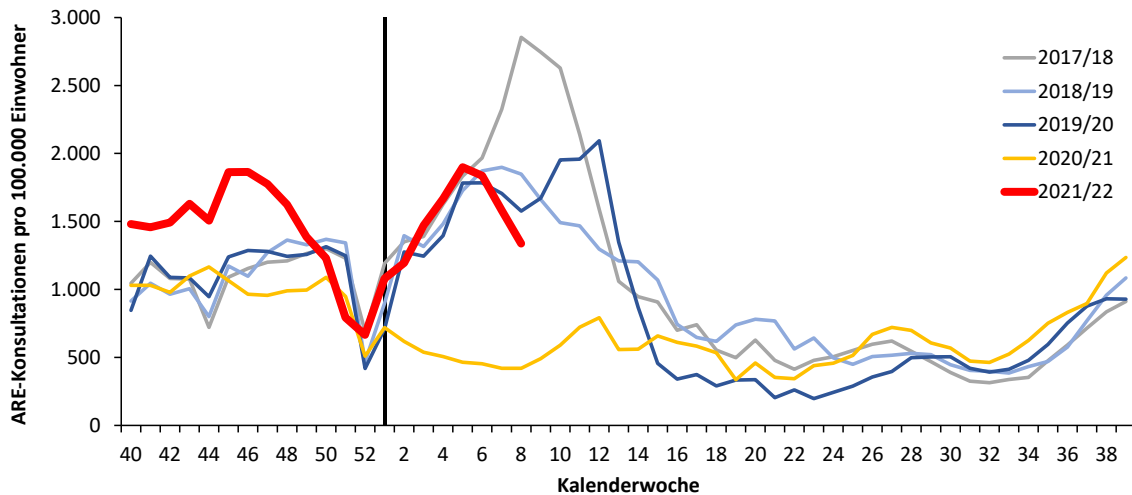
**Tab. 1:** Praxisindex\* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 1. KW bis zur 8. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW
<b>Süden</b>	110	107	134	173	207	208	194	164
Baden-Württemberg	106	110	130	180	198	191	187	178
Bayern	115	105	138	166	215	225	202	150
<b>Mitte (West)</b>	121	128	181	196	206	211	164	146
Hessen	83	117	199	199	211	220	164	143
Nordrhein-Westfalen	142	132	181	206	225	220	176	124
Rheinland-Pfalz, Saarland	139	135	163	183	182	192	153	170
<b>Norden (West)</b>	152	123	137	147	132	138	133	112
Niedersachsen, Bremen	107	100	126	151	144	145	134	121
Schleswig-Holstein, Hamburg	197	147	148	144	120	131	132	102
<b>Osten</b>	113	103	131	148	194	216	194	191
Brandenburg, Berlin	132	130	184	180	204	210	164	152
Mecklenburg-Vorpommern	124	108	130	163	170	209	268	180
Sachsen	87	66	80	112	161	182	169	172
Sachsen-Anhalt	127	108	138	149	264	313	215	261
Thüringen	97	104	122	139	170	168	156	187
<b>Gesamt</b>	<b>122</b>	<b>115</b>	<b>149</b>	<b>170</b>	<b>193</b>	<b>200</b>	<b>175</b>	<b>153</b>

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

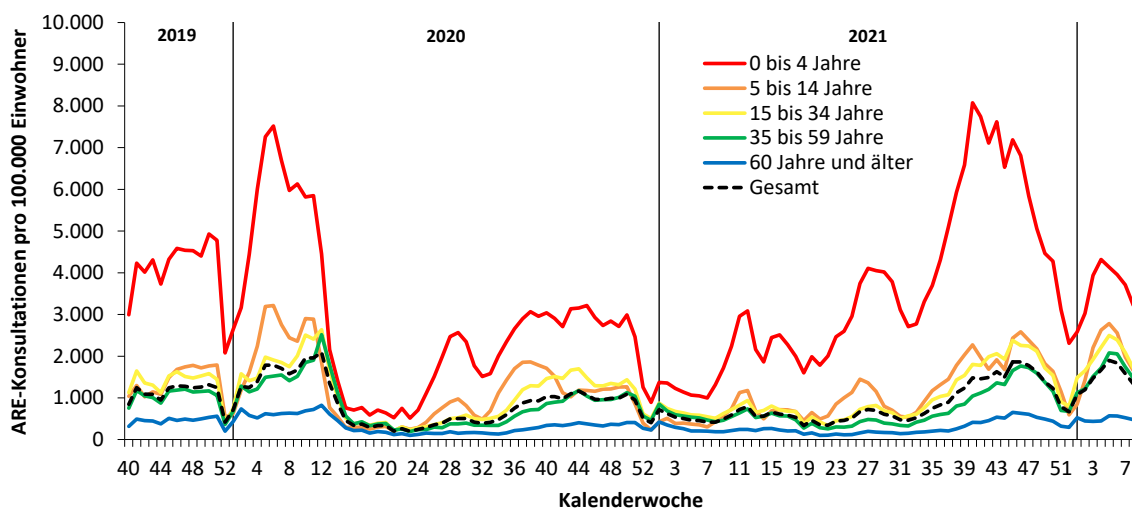
Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz lagen seit dem Jahreswechsel 2021/22 bis zur 7. KW 2022 im Bereich der Jahre vor der Pandemie (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag in der 8. KW 2022 bei ca. 1.400 (7. KW: 1.600, 6. KW: 1.800) Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,1 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. Ähnlich hohe Zahlen wurden bereits im Spätherbst (45./46. KW 2021) beobachtet.



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 8. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 8. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen weiter gesunken (Abb. 3). Der stärkste Rückgang im Vergleich zur Vorwoche wurde bei den 15- bis 34-jährigen mit 18 % verzeichnet. In allen anderen Altersgruppen lag der Rückgang zwischen 9 % und 16 %. Die Werte liegen in der 8. KW 2022 bei den Erwachsenen ab 15 Jahren im Bereich der jährlichen Grippeperioden vor der COVID-19-Pandemie. 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 8. KW 2022 lagen 409 Meldungen vor, darunter 255 Meldungen über das SEED<sup>ARE</sup>-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 8. KW 2022 insgesamt 134 Sentinelproben von 49 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 8. KW 2022 insgesamt 79 (59 %) der 134 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 35 (26 %) Proben mit SARS-CoV-2, 23 (17 %) mit Rhinoviren, 13 (10 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), fünf (4 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) des Typs HKU1 oder 229E, vier (3 %) mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und zwei (1 %) mit Parainfluenzaviren (PIV). In der 8. KW wurden in drei (2 %; 95 %-Konfidenzintervall [0; 7]) Proben Influenzaviren nachgewiesen, darunter zwei mit Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren und eine Probe mit Influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren (Tab. 2; Stand: 1.3.2022).

In der 8. KW 2022 gab es insgesamt sechs Doppelinfektionen. 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).

	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	174	158	169	159	134	3.727
Probenanzahl mit Virusnachweis	121	101	103	100	79	2.270
Anteil Positive (%)	70	64	61	63	59	61
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	1
A(H <sub>3</sub> N <sub>2</sub> )	6	8	2	4	2	46
A(H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> )pdm09	0	0	0	0	1	1
B(Victoria)	0	0	0	1	0	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	3	5	1	3	2	1
RSV	4	6	1	1	4	631
Anteil Positive (%)	2	4	1	1	3	17
hMPV	24	21	29	16	13	184
Anteil Positive (%)	14	13	17	10	10	5
PIV (1 – 4)	6	1	2	4	2	164
Anteil Positive (%)	3	1	1	3	1	4
Rhinoviren	28	23	22	25	23	651
Anteil Positive (%)	16	15	13	16	17	17
hCoV	24	14	18	15	5	470
Anteil Positive (%)	14	9	11	9	4	13
SARS-CoV-2	41	37	45	46	35	392
Anteil Positive (%)	24	23	27	29	26	11

\* 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. Seit dem Jahreswechsel liegt die RSV-Positivenrate in einem niedrigen Bereich (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 8. KW lag die Influenza-Positivenrate bei 2 %. Eine Grippewelle hat in dieser Saison bisher nicht begonnen. Die hMPV-Positivenrate zeigte seit der 51. KW 2021 einen steigenden Trend, der sich in der 7. und 8. 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 – wieder mit leicht steigender Tendenz seit der 6. KW – nachgewiesen. Rhinoviren wurden in der 8. KW am häufigsten bei den 0- bis 4-Jährigen detektiert.

Die SARS-CoV-2-Positivenraten bei Kindern bis 14 Jahre und Personen ab 15 Jahre zeigen ähnlich wie in der Vorwoche in der 8. KW einen Rückgang bei den Älteren und einen Anstieg bei den Kindern (Abb. 5). Die SARS-CoV-2-Positivenrate lag in der 8. KW bei den 5- bis 14-Jährigen mit 54 % am höchsten, gefolgt von den über 59-Jährigen (44 %). Bei den Kleinkindern bis 4 Jahre lagen die SARS-CoV-2-Positivenraten

deutlich niedriger (zwischen 6 % und 8 %) (Abb. 6). Bisher wurden seit der 48. KW 2021 303 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. Die ersten BA.2-Nachweise im Sentinel gab es in der 2. KW 2022. Seitdem ist der Anteil BA.2-positiver Proben von 9 % auf 51 % gestiegen (Stand 1.3.2022).

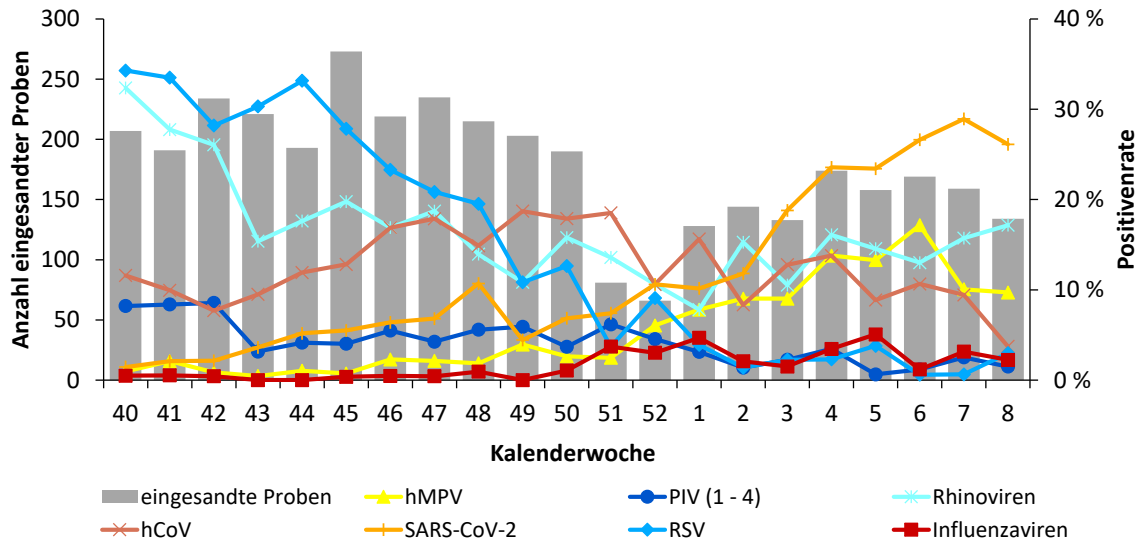


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 8. KW 2022.

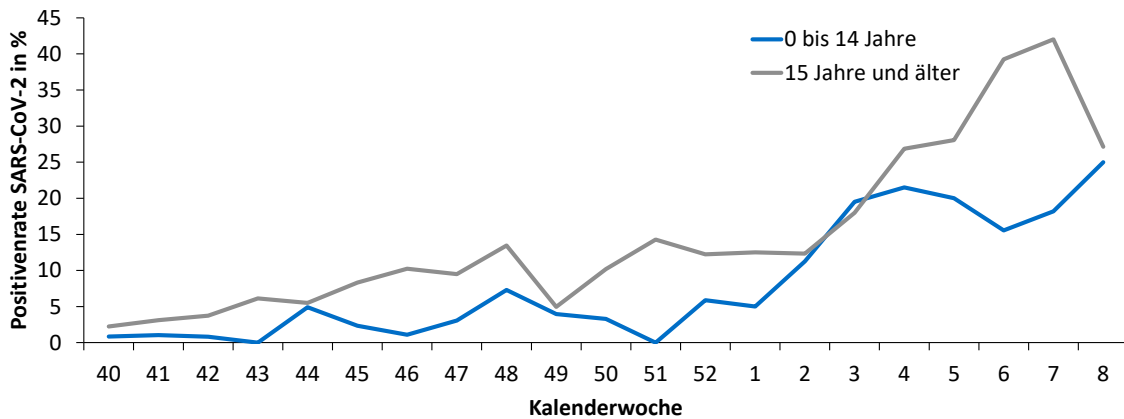


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre und 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 8. KW 2022.

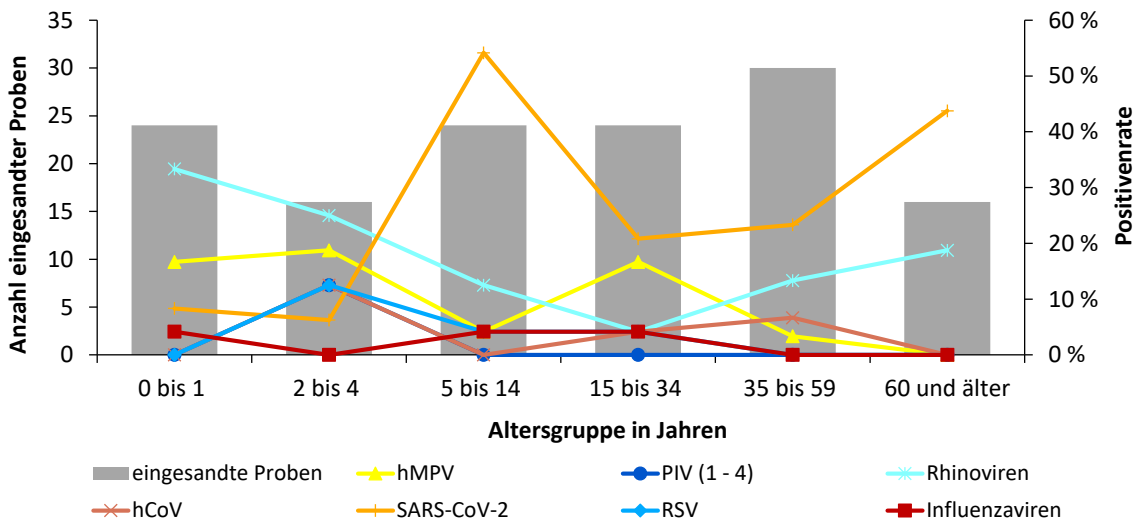


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 8. KW 2022.

## Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 62 Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren, ein A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Virus und ein Influenza B-Virus der Victoria-Linie mittels Hämagglutinationshemmtest charakterisiert (aus dem Sentinel und Einsendungen von Laboren). Alle Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-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(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Virus reagierte mit Antiserum gegen den A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019).

Aus Proben des Sentinels wurden 15 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) Influenzaviren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 16 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) Influenzaviren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 31 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden zwei A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09 Viren (aE) sequenziert, welche zur Clade 6B.1A.5a.1 (Referenzvirus A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019) gehören und ein B/Victoria Virus (aE) charakterisiert, das der Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021) zuzuordnen ist.

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 8. MW 2022 wurden bislang 167 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 29 Fällen (17 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 1.3.2022).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 2.525 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 2.3.2021: 438) übermittelt. Bei 532 Fällen (21 %) 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)

	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza A (nicht subtypisiert)	225	235	274	219	192	134	2.047
A(H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> )pdm09	3	2	1	2	0	1	14
A(H <sub>3</sub> N <sub>2</sub> )	8	17	7	10	5	6	111
nicht nach A / B differenziert	8	11	17	31	15	12	133
B	4	14	17	4	14	14	220
<b>Gesamt</b>	<b>248</b>	<b>279</b>	<b>316</b>	<b>266</b>	<b>226</b>	<b>167</b>	<b>2.525</b>

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

Es wurden bisher acht Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter jeweils zwei Ausbrüche in Krankenhäusern, Kindergärten bzw. Horten oder Schulen sowie jeweils ein Ausbruch in einer Kaserne bzw. in einem Wohnheim. 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:

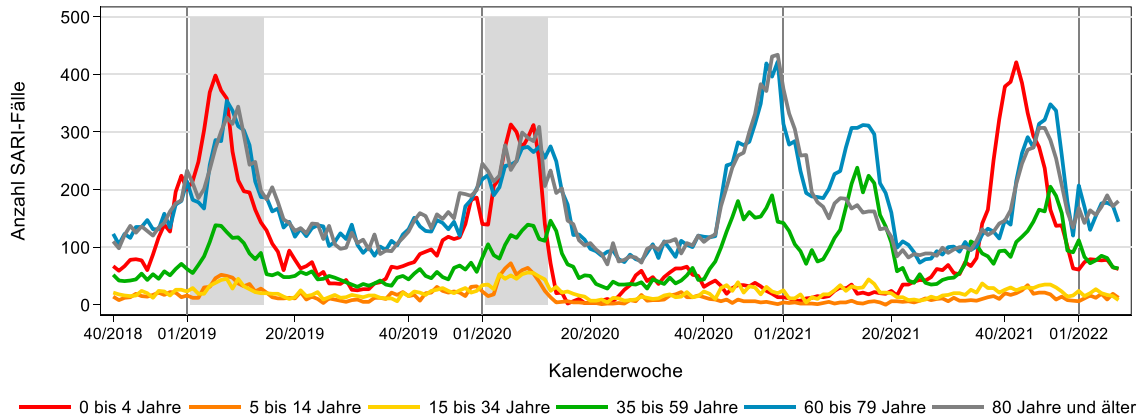
<https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.



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

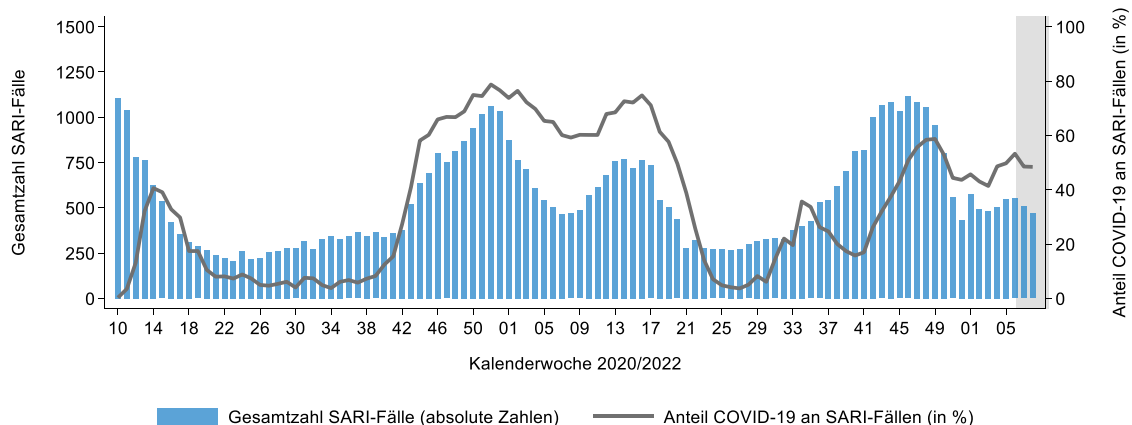
Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI)\* ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) insgesamt seit der 2. KW 2022 stabil geblieben. Die SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre sowie 5 bis 14 Jahre waren in den letzten Wochen weitestgehend stabil, dagegen ist die Zahl der SARI-Fälle zwischen 15 und 59 Jahre gesunken. In der Altersgruppe ab 80 Jahre kam es in den letzten Wochen zu einem Anstieg der SARI-Fallzahlen (Abb. 7).

Die SARI-Fallzahlen liegen insgesamt in der 8. KW 2022 etwa auf dem Niveau der Vorsaison und damit deutlich unter den Werten der vorpandemischen Saisons, in denen es zwischen Januar und April eine Grippewelle gab. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der 8. KW 2022 in den meisten Altersgruppen niedrig, in der Altersgruppe ab 80 Jahre sind die Werte leicht erhöht.



**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 8. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

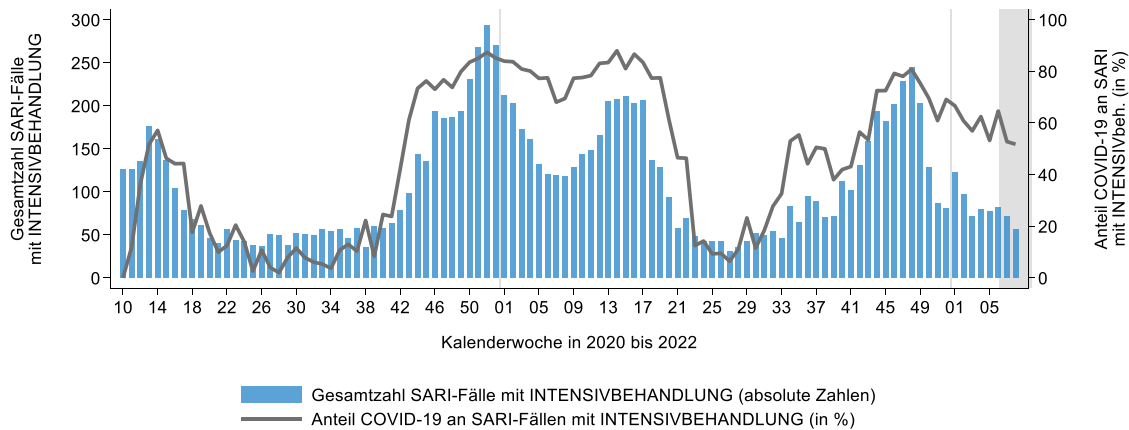
Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist seit der 4. KW 2022 weitestgehend stabil. So wurden in der 8. KW 2022 bei insgesamt 48 % (Vorwoche: 49 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 8). In den Altersgruppen ab 15 Jahre wurde in der 8. 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 15 Jahre lag von der 2. KW bis zur 6. KW mit etwa 20 % deutlich über dem Anteil, der in vorherigen COVID-19-Wellen beobachtet wurde, ist jedoch seit der 7. KW 2022 wieder unter 10 % 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 8. 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](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 8. KW 2022 bei insgesamt 52 % (Vorwoche: 53 %).



**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 8. 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 7. KW 2022 lag die Influenza-Positivenrate bei 9 %, in der 6. KW bei 8 %. Sieben Länder meldeten in der 7. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten über 10 %.

Von 37 Ländern, die für die 7. KW 2022 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 24 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, zehn Länder über eine niedrige, zwei über eine mittlere und ein Land über eine hohe Influenza-Aktivität.

Für die 7. KW 2022 wurden in 103 (9 %) von 1.102 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, 99 (96 %) waren positiv für Influenza A-Viren. Es wurden 60 Influenza A-Viren subtypisiert, davon waren 92 % Influenza A(H3N2)-Viren. In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 2.427 (7 %) von 35.205 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden 99 % Influenza A-Virusnachweise und 1 % Influenza B-Virusnachweise detektiert. Unter den 1.683 subtypisierten Influenza A-Virusnachweisen waren 1.559 (93 %) positiv für Influenza A(H3N2)-Viren und 124 (7 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Von den 33 Influenza B-Virusnachweisen wurden sechs charakterisiert, alle gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus neun Ländern 2.856 SARI-Fälle für die 7. KW 2022 übermittelt. Es wurden 331 (18 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren fünf (2 %) positiv für Influenzaviren, ausschließlich Influenza A (100 %). In der 7. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 46 % (5. KW: 52 %). Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org/>.

### Empfehlung für die Influenza-Impfstoffkomponenten für die Nordhalbkugel in der Saison 2022/23

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 25.2.2022 die Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs in der nördlichen Hemisphäre für die Saison 2022/23 veröffentlicht.

Gegenüber der Empfehlung für die Saison 2021/22 wurden die Komponenten im Impfstoff gegen



Influenza A(H3N2) und gegen Influenza B der Victoria-Linie aktualisiert. Alle anderen Komponenten wurden beibehalten. Im Vergleich zur Empfehlung für die Südhalbkugel 2022 wurden keine neuen Komponenten empfohlen.

Weitere Informationen und der ausführliche Bericht zur Empfehlung sind abrufbar (in englischer Sprache) unter: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2022-2023-northern-hemisphere-influenza-season>.

Eine hilfreiche Zusammenfassung findet sich in den Antworten auf häufig gestellte Fragen (in englischer Sprache) unter: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-influenza-recommendations/vcm-northern-hemisphere-recommendation-2022-2023/202202\\_qanda\\_recommendation.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-influenza-recommendations/vcm-northern-hemisphere-recommendation-2022-2023/202202_qanda_recommendation.pdf).

### 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](mailto: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 8/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9754