



# 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 (25.4. bis 1.5.2022)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 17. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern gestiegen, während sie bei den Erwachsenen gesunken ist. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 17. KW bundesweit etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche, nur bei den Schulkindern wurde ein Anstieg beobachtet.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 17. KW 2022 in insgesamt 81 (68 %) der 120 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 28 (23 %) Proben mit Influenzaviren, 16 (13 %) mit Rhinoviren, 14 (12 %) mit SARS-CoV-2, zwölf (10 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), elf (9 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) und sieben (6 %) mit Parainfluenzaviren (PIV). In keiner Probe wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) geht die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 14. KW 2022 insgesamt zurück. In den Altersgruppen der Schulkinder und jungen Erwachsenen kam es jedoch in der 17. KW zu einem Anstieg der Fallzahlen.

Für die 17. Meldewoche (MW) 2022 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 1.363 labor-diagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Stand: 3.5.2022).

Während die Arztbesuche wegen COVID-19-bedingter akuter Atemwegsinfektionen in der 17. KW weiter zurückgingen, ist die Influenza-Aktivität unter den berichteten ARE im Vergleich zur Vorwoche nochmals deutlich angestiegen, insbesondere in der Altersgruppe der Kinder bis 14 Jahre. Die Influenza-Positivrate (bzw. die untere Grenze des Konfidenzintervalls) hat in der 17. KW 2022 eine Höhe erreicht, die im Winter auf den Beginn der saisonalen Grippewelle hindeuten würde.

### 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 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. Seit der 11. KW ist die Krankheitslast wegen ARE in Deutschland insgesamt rückläufig. Nach den Osterferien scheinen sich bei Kindern jetzt allerdings zunehmend Influenzaviren des Subtyps A(H3N2) auszubreiten. In der 17. KW 2022 lag die Influenza-Positivrate bei 23 %.

**Eine späte, außersaisonale Grippewelle sollte unbedingt verhindert werden, indem Personen mit akuter Atemwegssymptomatik zu Hause bleiben und sich auskurieren oder zumindest den Kontakt zu größeren Personengruppen (wie z.B. in der Schule, am Arbeitsplatz oder bei privaten Treffen in Innenräumen) strikt meiden. Saisonale Faktoren begünstigen den Rückgang der Atemwegsinfektionen insgesamt weiterhin.**

Auf europäischer Ebene ist die Influenza-Positivrate in der 16. KW auf 20 % gesunken. Von der 10. KW bis zur 15. KW 2022 hatte sie durchgehend zwischen 25 % und 30 % gelegen.

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

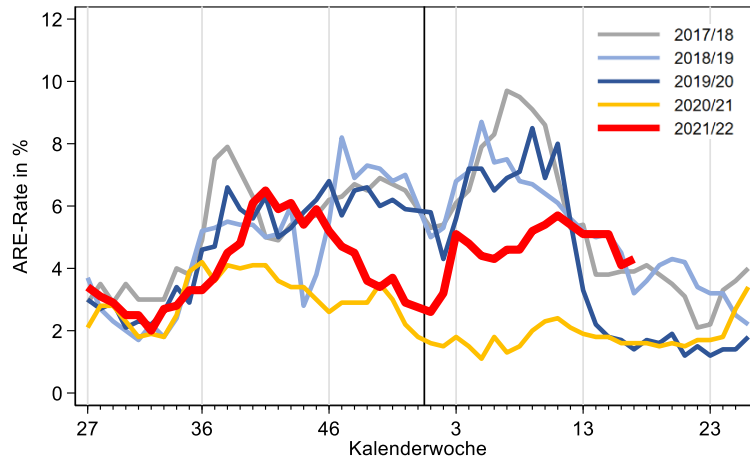
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html).

\* 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 17. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen (4,3 %; Vorwoche: 4,1 %). Der Anstieg der ARE-Rate ist insbesondere auf die Altersgruppe der Kinder bis 14 Jahre zurückzuführen. Die ARE-Rate lag in der 17. KW im Bereich der vorpandemischen Jahre (Abb. 1). Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 4,3 % einer Gesamtzahl von ca. 3,6 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 17. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Die Werte des Praxisindex sind in der 17. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit und in den meisten AGI-Regionen deutlich gesunken. Sie lagen insgesamt im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität (Tab. 1).

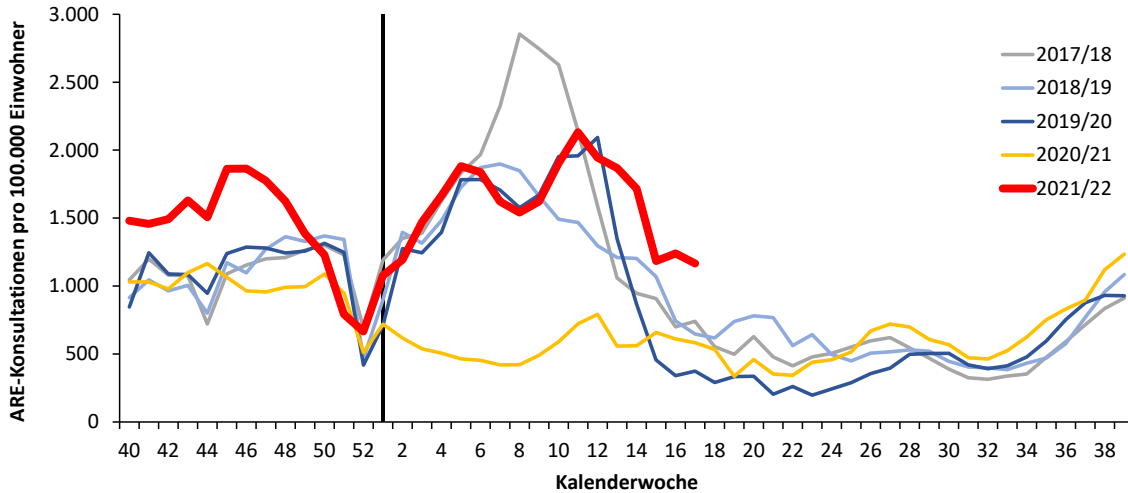
**Tab. 1:** Praxisindex\* in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 10. KW bis zur 17. KW 2022.

AGI-(Groß-)Region	10. KW	11. KW	12. KW	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW
<b>Süden</b>	233	241	229	210	181	162	168	137
Baden-Württemberg	219	227	222	191	168	156	158	121
Bayern	247	256	236	229	193	167	178	153
<b>Mitte (West)</b>	172	207	209	191	169	136	158	139
Hessen	167	210	214	194	165	122	165	145
Nordrhein-Westfalen	181	233	211	193	169	160	159	117
Rheinland-Pfalz, Saarland	169	178	203	187	172	127	151	154
<b>Norden (West)</b>	166	195	189	185	179	158	143	115
Niedersachsen, Bremen	164	197	182	189	180	184	156	119
Schleswig-Holstein, Hamburg	168	193	197	181	179	133	130	110
<b>Osten</b>	237	264	242	191	190	136	152	123
Brandenburg, Berlin	185	199	192	169	152	140	151	113
Mecklenburg-Vorpommern	284	304	272	194	214	142	137	119
Sachsen	205	240	221	187	144	121	147	100
Sachsen-Anhalt	224	275	247	205	274	122	195	157
Thüringen	288	303	277	198	165	155	130	125
<b>Gesamt</b>	<b>202</b>	<b>227</b>	<b>216</b>	<b>194</b>	<b>174</b>	<b>149</b>	<b>157</b>	<b>126</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

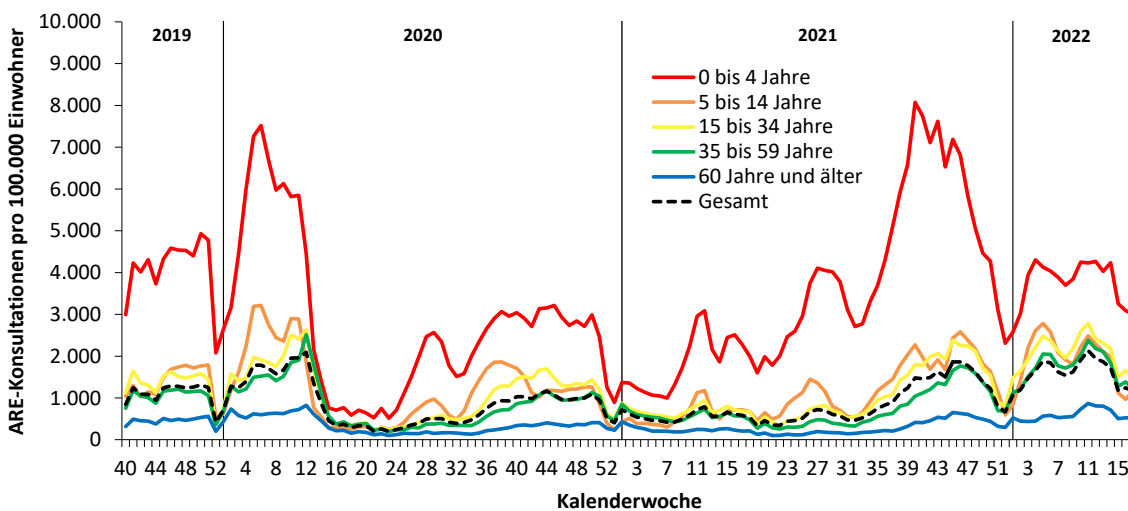
Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 17. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 17. KW 2022 bei knapp 1.200 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen, entspricht das einer Gesamtzahl von rund einer Million Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE liegt aktuell höher als in allen Vorsaisons zu dieser Zeit (Abb. 2).



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 17. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 17. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) um 22 % gestiegen, in allen anderen Altersgruppen sind die Werte dagegen stabil geblieben oder leicht gesunken (Abb. 3).

Die Werte lagen in der 17. KW 2022 bei den Erwachsenen ab 15 Jahre in einem Bereich, der höher ist als vor der Pandemie, da in den meisten vorpandemischen Saisons die Influenza-Aktivität zu dieser Zeit bereits deutlich zurückgegangen war. Bei den Klein- und Schulkindern (0 bis 14 Jahre) liegen die Werte in der 17. KW im Bereich der früheren Werte.



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 17. 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 655 registrierte Arztpraxen aktiv beteiligt. Für die aktuelle Auswertung der 17. KW 2022 lagen 416 Meldungen vor, darunter 270 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 17. KW 2022 insgesamt 120 Sentinelproben von 47 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 17. KW 2022 in insgesamt 81 (68 %) der 120 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 16 (13 %) Proben mit Rhinoviren, 14 (12 %) mit SARS-CoV-2, zwölf (10 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) der Typen OC43, HKU1, 229E oder NL63, elf (9 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV) sowie sieben (6 %) Proben mit Parainfluenzaviren (PIV). Außerdem wurden in 28 (23 %; 95 %-Konfidenzintervall [16; 32]) Proben Influenza A(H3N2)-Viren identifiziert (Tab. 2). In keiner Probe wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) nachgewiesen.

In der 17. KW 2022 gab es insgesamt sieben Doppelinfektionen, darunter eine mit Influenzaviren und SARS-CoV-2.

**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), Datenstand 3.5.2022.

	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	150	128	83	87	120	4.790
Probenanzahl mit Virusnachweis	93	90	59	59	81	2.963
Anteil Positive (%)	62	70	71	68	68	62
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	1	0	0	0	3
A(H3N2)	11	15	6	12	28	135
A(H1N1)pdm09	1	1	1	1	0	10
B(Victoria)	0	0	0	0	0	2
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	8	13	8	15	23	3
RSV	0	0	0	0	0	633
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	13
hMPV	27	27	24	14	11	366
Anteil Positive (%)	18	21	29	16	9	8
PIV (1 – 4)	6	5	0	1	7	204
Anteil Positive (%)	4	4	0	1	6	4
Rhinoviren	17	13	12	10	16	795
Anteil Positive (%)	11	10	14	11	13	17
hCoV	11	18	4	7	12	555
Anteil Positive (%)	7	14	5	8	10	12
SARS-CoV-2	27	24	18	20	14	620
Anteil Positive (%)	18	19	22	23	12	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.

In der 17. KW 2022 ist die Positivenrate für SARS-CoV-2 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken. Dagegen ist die Influenza-Positivenrate deutlich angestiegen und zeigt seit der 6. KW 2022 einen steigenden Trend (Abb. 4). Die Influenza-Positivenrate (bzw. die untere Grenze des Konfidenzintervalls) hat in der 17. KW 2022 damit eine Höhe erreicht, die nach Definition der AGI im Winter auf den Beginn der saisonalen Grippewelle hindeuten würde.

Aktuell ist die ARE-Aktivität gemäß den virologischen Ergebnissen erstmals in dieser Saison hauptsächlich auf die Zirkulation von Influenzaviren, gefolgt von Rhinoviren und SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zurückzuführen; auch hMPV und hCoV wurden relativ häufig nachgewiesen.

Die SARS-CoV-2-Positivenrate ist in der 17. KW im Vergleich zur Vorwoche sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gesunken, wobei sie bei den Erwachsenen seit der 4. KW 2022 kontinuierlich höher lag als bei den Kindern (Abb. 5). Während in der 17. KW 2022 Influenzaviren hauptsächlich bei Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre; 47 %) zirkulierten, wurde SARS-CoV-2 hauptsächlich im Erwachsenenalter ab 35 Jahren (25 – 27 %) detektiert (Abb. 6).

Bisher wurden seit der 48. KW 2021 503 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 100 % gestiegen (Stand 3.5.2022).

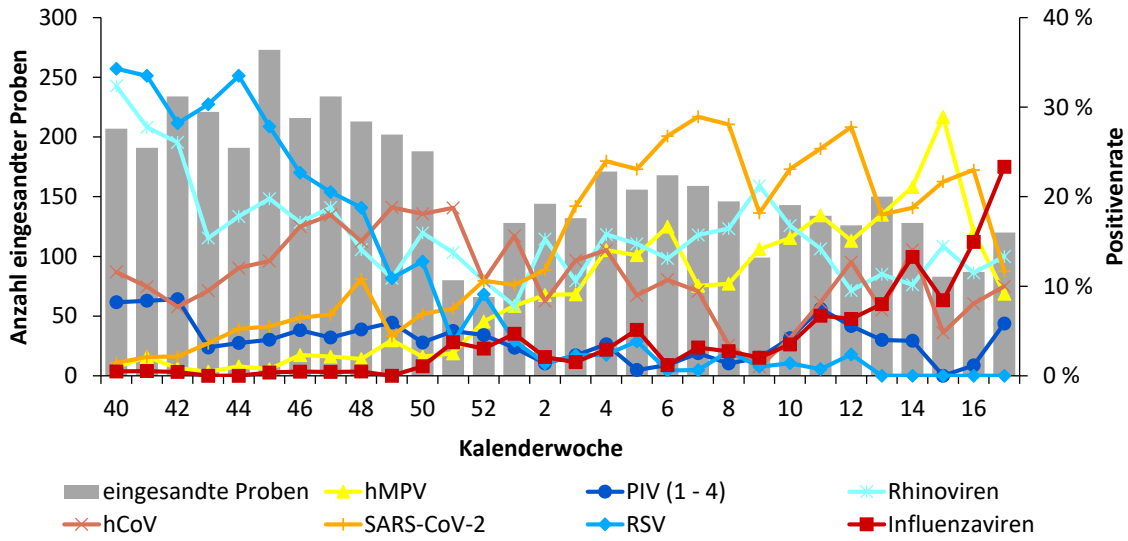


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 17. KW 2022.

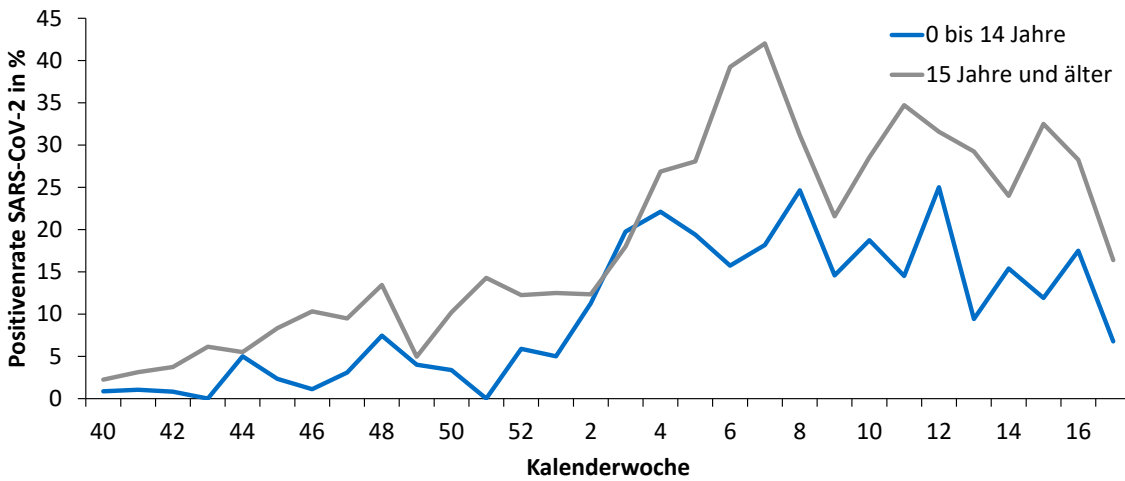


Abb. 5: Anteil der Nachweise mit SARS-CoV-2 in den Altersgruppen 0 bis 14 Jahre sowie 15 Jahre und älter von der 40. KW 2021 bis zur 17. KW 2022.

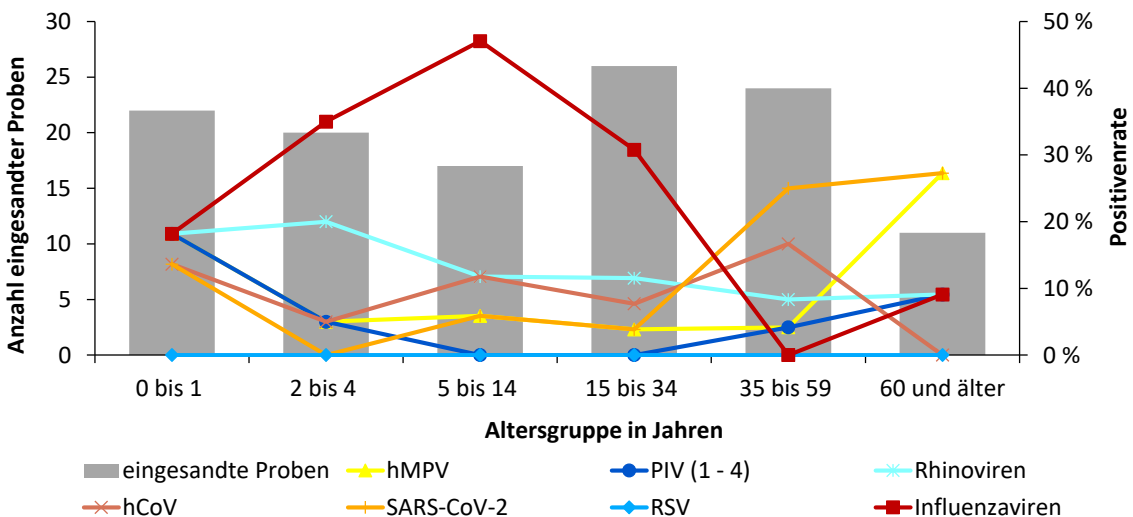


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 17. KW 2022.

## Charakterisierung der Influenzaviren

Bisher wurden 195 Influenza A(H3N2)-Viren, fünf A(H1N1)pdm09-Viren 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. Die A(H1N1)pdm09-Viren reagierten mit Antiserum gegen den A(H1N1)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/2570/2019).

Aus Proben des Sentinels wurden 32 Influenza A(H3N2)-Viren der Saison 2021/22 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert, weitere 56 Influenza A(H3N2)-Viren aus anderen Einsendungen (aE). Alle 88 A(H3N2)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2 (Referenzvirus A/Bangladesh/4005/2020). Darüber hinaus wurden ein A(H1N1)pdm09-Virus aus dem Sentinel und zwei weitere A(H1N1)pdm09-Viren (aE) sequenziert, welche zur Clade 6B.1A.5a.1 (Referenzvirus A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019) gehören. Zusätzlich wurde ein B/Victoria-Virus (aE) untersucht, das der Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021) zuzuordnen ist.

Alle untersuchten Influenzaviren zeigten sich gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich (104 A(H3N2)-, drei A(H1N1)pdm09-Viren und ein B/Victoria-Virus). Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sequenzierten A(H3N2)-Viren nicht detektiert.

Zusätzliche Informationen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter:

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

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 17. MW 2022 wurden bislang 1.363 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen an das RKI übermittelt. Seit der 9. MW wird ein steigender Trend der übermittelten Fälle gemäß IfSG beobachtet (Tab. 3). Bei 222 Fällen (16 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 3.5.2022). Für die 17. MW 2022 lag die Zahl der übermittelten Influenzafälle deutlich über dem Niveau der Jahre vor der COVID-19 Pandemie um diese Zeit (17. MW 2020: 176 Fälle; 2019: 828 Fälle; 2018: 428 Fälle).

Seit der 40. MW 2021 wurden insgesamt 8.931 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte insgesamt sehr niedrig. Bei 1.748 Fällen (20 %) 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 2021
Influenza A (nicht subtypisiert)	552	589	723	900	891	1.199	<b>7.744</b>
A(H1N1)pdm09	3	2	2	3	3	9	<b>44</b>
A(H3N2)	12	14	38	28	25	46	<b>289</b>
nicht nach A / B differenziert	20	45	48	38	65	87	<b>486</b>
B	14	17	19	16	16	22	<b>368</b>
<b>Gesamt</b>	<b>601</b>	<b>667</b>	<b>830</b>	<b>985</b>	<b>1.000</b>	<b>1.363</b>	<b>8.931</b>

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

Es wurden seit der 40. MW 2021 bisher 22 Influenza A-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt (acht zusätzliche zur Vorwoche), darunter sechs Ausbrüche in Kindergärten bzw. Horten, fünf in privaten Haushalten, jeweils vier in Krankenhäusern bzw. in Alten-/Pflegeheimen, zwei in Schulen sowie ein Ausbruch in einer Kaserne.

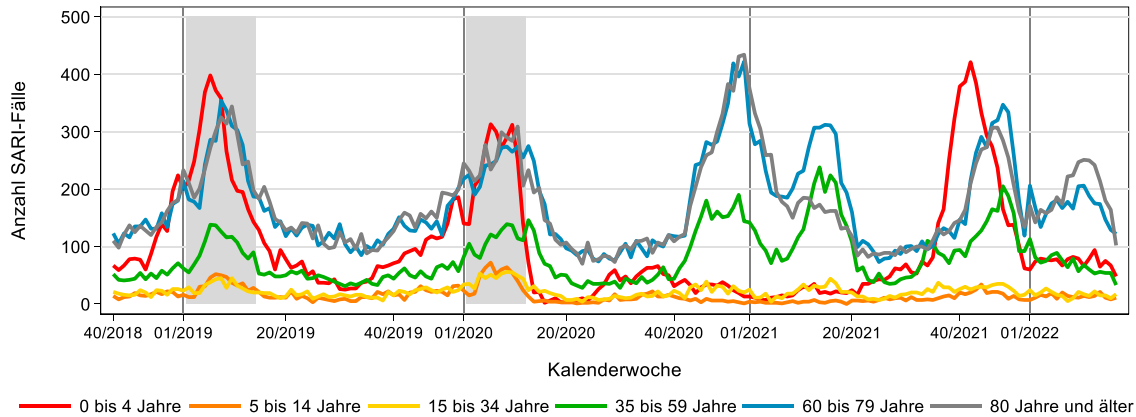
Bislang wurden 53 Influenzafälle an das RKI übermittelt, bei denen eine Angabe zu einer Doppelinfektion mit SARS-CoV-2 vorlag.

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>.

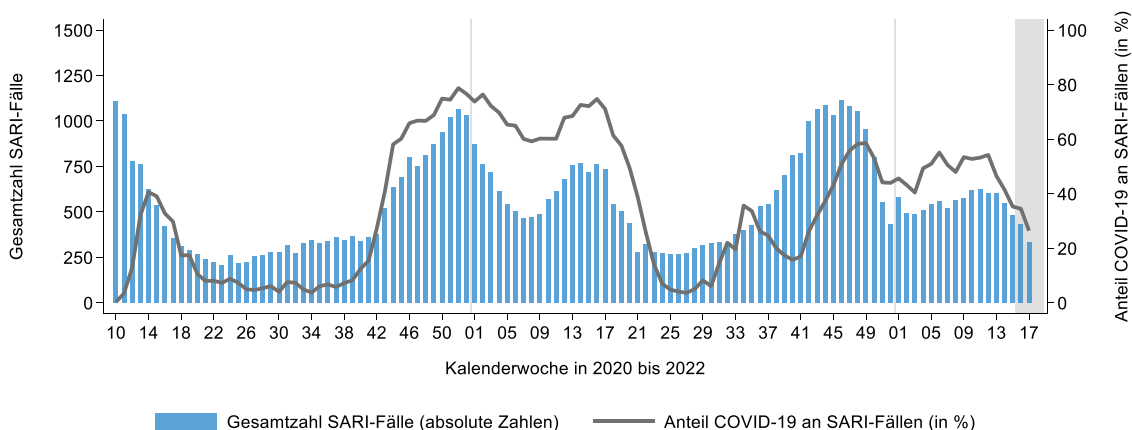
## Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI)\* geht die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 14. KW 2022 insgesamt zurück. Zuvor waren die Werte seit dem Jahreswechsel 2021/22 weitestgehend stabil. In der 17. KW 2022 sind die SARI-Fallzahlen bei den in den meisten Altersgruppen gesunken, in den Altersgruppen der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) und der jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) kam es jedoch zu einem Anstieg der Fallzahlen. Dabei liegen die SARI-Fallzahlen in allen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).



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

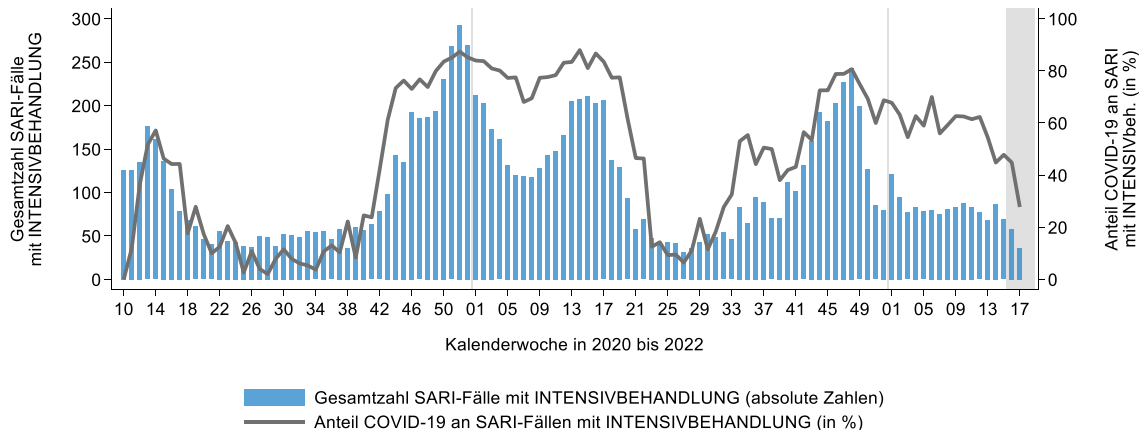
Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist in der 17. KW 2022 deutlich gesunken. So wurden in der 17. KW 2022 bei insgesamt 26 % (Vorwoche: 34 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 8). Dabei wurde in den Altersgruppen ab 35 Jahre in der 17. KW 2022 bei etwa jedem dritten SARI-Fall (zwischen 30 % und 36 %) eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert. Dagegen wird bei SARI-Patientinnen und Patienten seit der 13. KW 2022 vermehrt Influenza diagnostiziert. In der 17. KW 2022 waren davon insbesondere die Altersgruppen unter 60 Jahren betroffen, hier lag der Anteil an Influenza-Erkrankungen bei SARI-Fällen bei 9 %.



**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 17. 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 ist in der 17. KW 2022 deutlich gesunken und lag bei insgesamt 28 % (Vorwoche: 45 %).



**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 17. 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

Die Influenza-Aktivität für die aktuelle Saison ist deutlich höher als in der Saison 2020/21, aber im Vergleich mit den vorpandemischen Saisons auf einem niedrigen Niveau. In der WHO Region Europa lag die Influenza-Positivenrate seit der 10. KW 2022 auf einem Werteplateau zwischen 25 % und 30 %, in der 16. KW 2022 sank die Positivenrate dann auf 20 %. Sieben Länder meldeten in der 16. KW eine saisonale Influenzaviruszirkulation mit Positivenraten von mindestens 30 % (Polen: 67 %; Niederlande: 63 %; Frankreich: 45 %; Estland: 44 %; Luxemburg: 33 %; Dänemark: 30 %; Italien: 30 %).

Allerdings beurteilten nur wenige dieser Länder die hohen Positivenraten auch im Sinne einer mittleren oder gar hohen klinischen Influenza-Aktivität: Von 39 Ländern berichteten 18 Länder (darunter Deutschland) über eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 14 Länder über eine niedrige, sechs Länder (Dänemark, Georgien, Kasachstan, Lettland, Litauen und Rumänien) über eine mittlere Influenza-Aktivität und ein Land (Estland) über eine hohe Influenza-Aktivität. Möglicherweise hängt diese Diskrepanz zwischen hohen Influenza-Positivenraten und niedriger klinischer Influenza-Aktivität mit einem selektiveren oder geänderten Konsultations- oder Testverhalten in den Sentinelpraxen in einigen europäischen Ländern zusammen.

Für die 16. KW 2022 wurden in 187 (20 %) von 915 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, bis auf fünf (3 %) Influenza B-Virusnachweise waren alle positiv für Influenza A-Viren (97 %). In der Saison 2021/22 wurden bislang insgesamt 6.158 (12 %) von 51.594 Sentinelproben positiv auf Influenzaviren getestet. Es wurden zu 99 % Influenza A-Viren und 1 % Influenza B-Viren detektiert. Unter den 4.989 subtypisierten Influenza A-Viren waren 4.631 (93 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 358 (7 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Von zwölf charakterisierten Influenza B-Viren gehörten alle zur Victoria-Linie.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden aus neun Ländern 2.694 SARI-Fälle für die 16. KW 2022 übermittelt. Es wurden 352 (13 %) Proben auf Influenzaviren getestet, davon waren 12 (3 %) positiv für Influenzaviren, darunter waren 42 % Influenza A- und 58 % Influenza B-Viren. In der 16. KW 2022 lag die Positivenrate für SARS-CoV-2 bei den SARI-Fällen bei 26 % (15. KW: 24 %).

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



Das ECDC fasst im aktuellen Wochenbericht zum Infektionsgeschehen u. a. neben der aktuellen Influenzasituation auch die bisher vorliegenden Ergebnisse zur Wirksamkeit der Influenzaimpfung in der aktuellen Saison 2021/22 zusammen (S. 6). Der Bericht (in englischer Sprache) ist abrufbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-29-Apr-2022.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 17/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/9995