



# 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 21 (23.5. bis 29.5.2022)

### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

*Mit dem ARE-Wochenbericht der 20. KW 2022 endete die ausführliche wöchentliche Berichterstattung in der Saison 2021/22. Aufgrund der gering erhöhten Influenza-Aktivität in Deutschland seit der 17. KW 2022 wird zunächst weiterhin ein leicht gekürzter wöchentlicher Bericht veröffentlicht.*

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 21. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden in der 21. KW bundesweit deutlich weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche, die Werte sind in allen Altersgruppen gesunken.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 21. KW 2022 insgesamt 44 (53 %) der 83 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter zwölf (14 %) Proben mit Rhinoviren, jeweils zehn (12 %) mit Influenza- bzw. Parainfluenzaviren (PIV), jeweils fünf (6 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) bzw. humanen Metapneumoviren (hMPV) und drei (4 %) mit SARS-CoV-2. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 20. KW 2022 insgesamt nochmals weiter zurück gegangen.

Die Influenza-Positivenrate (bzw. die untere Grenze des Konfidenzintervalls) hat seit der 17. KW 2022 eine Höhe erreicht, die die Definition der saisonalen Grippewelle, die sonst typischerweise im Winter auftritt, erfüllt. Üblicherweise gibt es mit dem Beginn der Grippewelle im Winter einen Anstieg der ARE-Aktivität, dies ist aktuell jedoch in Deutschland nicht der Fall. Die Influenza-Aktivität bleibt insgesamt niedrig und ist aktuell rückläufig.

### 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. Seit der 17. KW 2022 sind die virologischen Kriterien für den Beginn einer Grippewelle erfüllt, wobei die Influenza-Aktivität niedrig blieb und aktuell rückläufig ist.

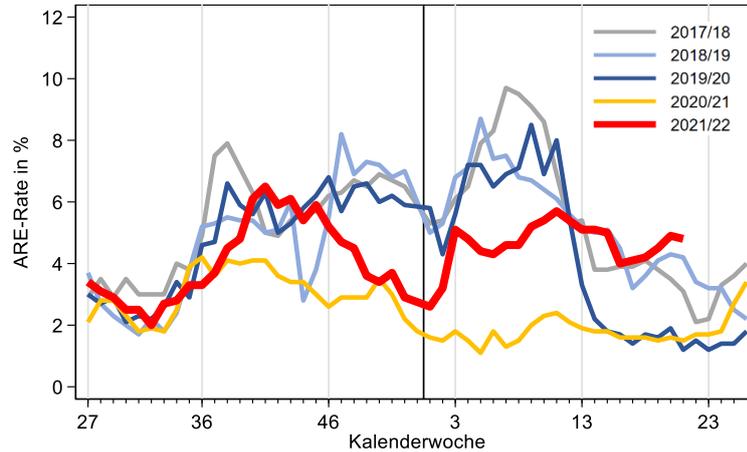
Die ARE-Aktivität in der Bevölkerung liegt aktuell über den Werten der vorpandemischen Saisons. Im ambulanten und stationären Bereich liegt die Zahl der ARE- und SARI-Patientinnen und -Patienten auf dem jahreszeitlich üblichen niedrigen Niveau der Spätfrühlings- und Sommermonate.

\* 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 21. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben (4,8 %; Vorwoche: 4,9 %) (Abb. 1). Einen leichten Anstieg gab es in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen, in allen anderen Altersgruppen sind die Werte gesunken oder stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Rate entspricht mit 4,8 % einer Gesamtzahl von knapp vier Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de>.

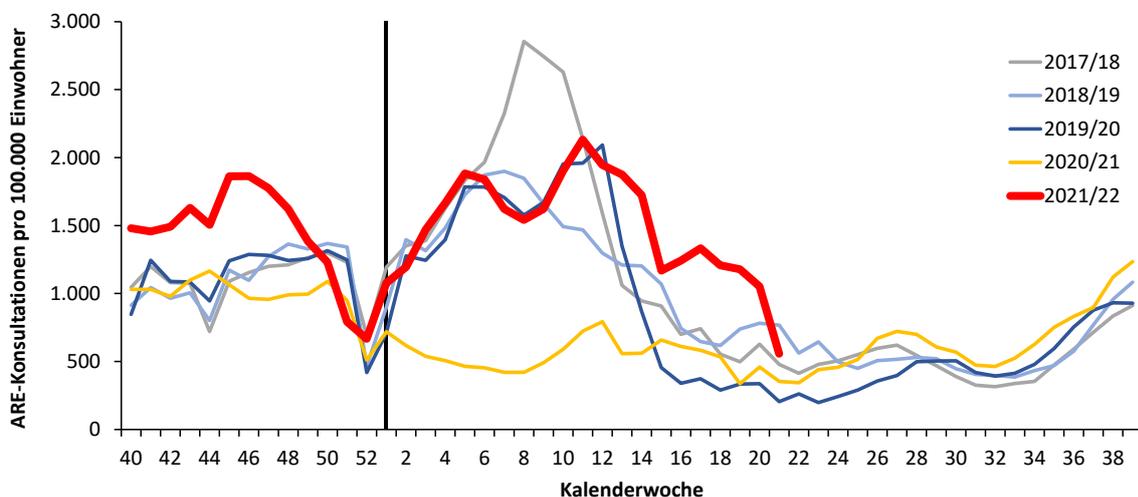


**Abb. 1:** Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 21. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

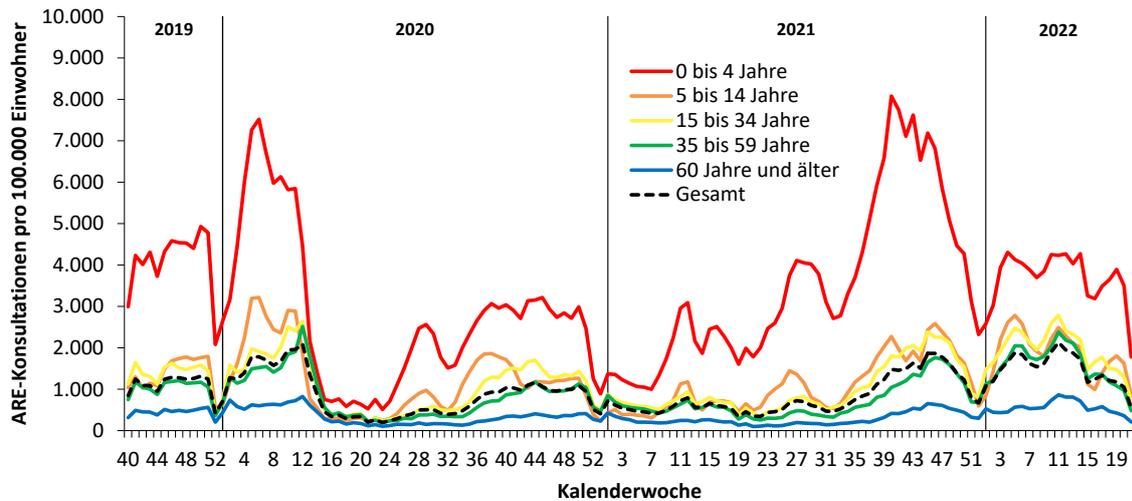
Die Diagramme des Praxisindex und der ARE-Konsultationsinzidenz für Deutschland und die einzelnen AGI-Regionen werden wöchentlich aktualisiert und sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 21. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken (Abb. 2). Der Wert der ARE-Konsultationsinzidenz lag in der 21. KW 2022 bei ca. 560 Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von rund 460.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 21. KW im Bereich der Vorjahre. Es ist zu beachten, dass es möglicherweise zu einem veränderten Konsultationsverhalten wegen des Feier-/Brückentags in der 21. KW gekommen ist, ein ähnliches Phänomen wird regelmäßig zum Jahreswechsel und während der Osterfeiertage beobachtet.



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 21. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 21. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen deutlich gesunken (Abb. 3).



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 21. 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 21. KW 2022 in insgesamt 44 (53 %) der 83 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren sowie Influenza- und Parainfluenzaviren (PIV) in der 21. KW 2022.

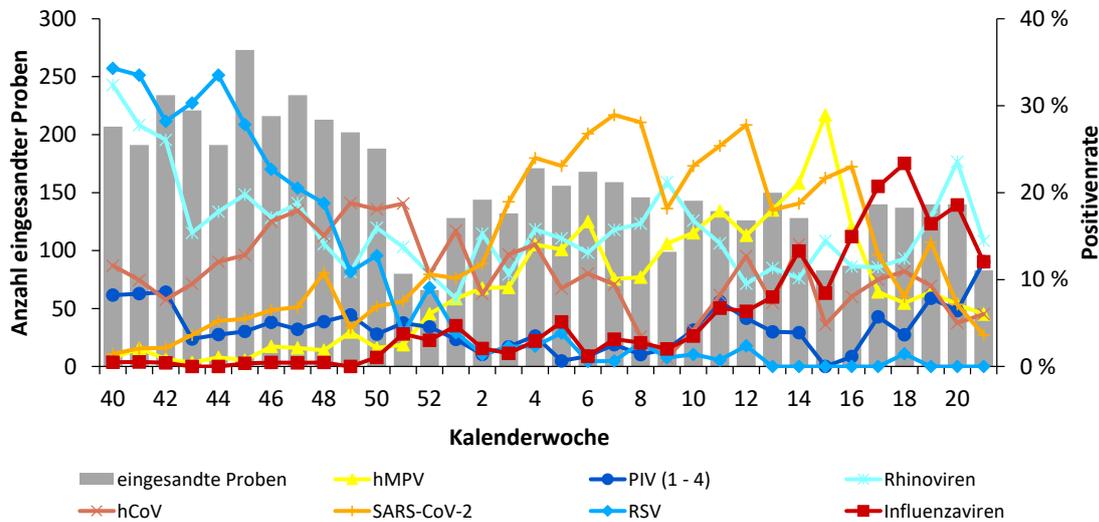
**Tab. 1:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2021/22 (ab 40. KW 2021), Datenstand 31.5.2022.

	17. KW	18. KW	19. KW	20. KW	21. KW	Gesamt ab 40. KW 2021
Anzahl eingesandter Proben*	140	137	140	140	83	5.310
Probenanzahl mit Virusnachweis	89	84	94	89	44	3.282
Anteil Positive (%)	64	61	67	64	53	62
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	3
A(H3N2)	29	31	21	25	10	223
A(H1N1)pdm09	0	1	2	0	0	13
B(Victoria)	0	0	0	1	0	3
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	21	23	16	19	12	5
RSV	0	2	0	0	0	635
Anteil Positive (%)	0	1	0	0	0	12
hMPV	12	10	12	10	5	404
Anteil Positive (%)	9	7	9	7	6	8
PIV (1 – 4)	8	5	11	9	10	240
Anteil Positive (%)	6	4	8	6	12	5
Rhinoviren	16	17	24	33	12	881
Anteil Positive (%)	11	12	17	24	14	17
hCoV	14	15	13	7	5	597
Anteil Positive (%)	10	11	9	5	6	11
SARS-CoV-2	18	11	20	10	3	668
Anteil Positive (%)	13	8	14	7	4	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.

Die Influenza-Positivenrate lag zwischen der 17. KW und 20. KW 2022 mit leichten Schwankungen bei rund 20 %. (Abb. 4). In der 21. KW ist die Influenza-Positivenrate auf 12 % gesunken. Die ARE-Aktivität ist seit der 17. KW nicht deutlich angestiegen, die Influenza-Aktivität blieb niedrig und ist aktuell rückläufig.

Der Anteil von Omikron unter den SARS-CoV-2 Nachweisen liegt weiterhin bei 100 %, darunter aktuell nur Nachweise von BA.2 (Stand 31.5.2022).



**Abb. 4:** Anteil der Nachweise mit Influzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 21. KW 2022.

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 Influzaviren sind abrufbar unter [www.rki.de/nrz-influenza](http://www.rki.de/nrz-influenza).

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 21. MW 2022 wurden bislang 821 labordiagnostisch bestätigte Influzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 2). Seit der 20. MW geht die Anzahl der gemeldeten Fälle wieder zurück.

**Tab. 2:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influzafälle nach Meldewoche (MW) und Influzatyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

		16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	20. MW	21. MW	Gesamt ab 40. MW 2021
Influenza	A (nicht subtypisiert)	900	1.256	1.517	1.830	1.574	715	13.484
	A(H1N1)pdm09	3	9	5	6	9	4	69
	A(H3N2)	25	52	54	75	66	40	529
	nicht nach A / B differenziert	67	86	62	84	73	44	752
	B	16	23	20	20	19	18	443
<b>Gesamt</b>		<b>1.011</b>	<b>1.426</b>	<b>1.658</b>	<b>2.015</b>	<b>1.741</b>	<b>821</b>	<b>15.277</b>

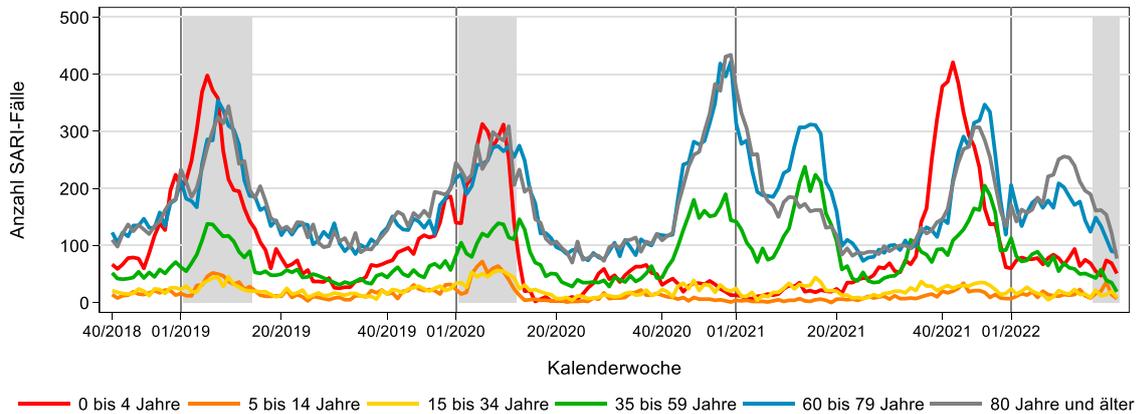
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Die Zahl der an das RKI übermittelten Influzafälle 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>.

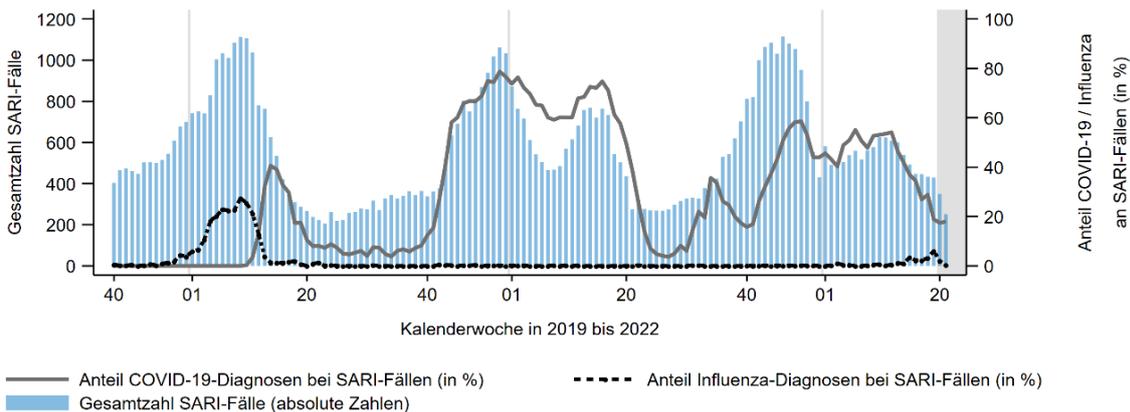
## Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI)\* ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 20. KW 2022 insgesamt nochmals weiter zurück gegangen. In der 21. KW 2022 sind die SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen gesunken, nur in der Altersgruppe 60 bis 79 Jahre blieb die Zahl der SARI-Fälle im Vergleich zur Vorwoche stabil. In den meisten Altersgruppen liegen die Fallzahlen auf einem jahreszeitlich üblichen, niedrigen Niveau. Bei den 35- bis 59-jährigen wurden in der 21. KW 2022 weniger Fälle beobachtet als in den Vorjahren 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 21. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

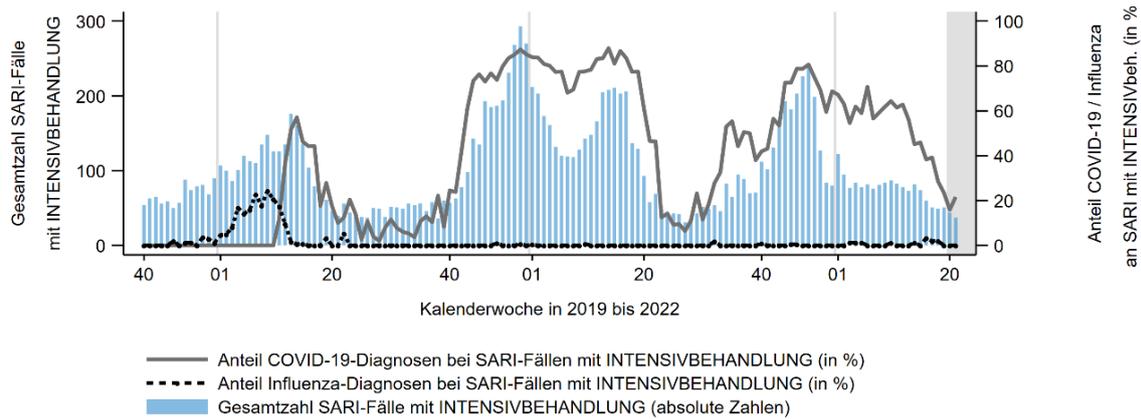
Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist seit der 19. KW 2022 stabil. So wurden in der 21. KW 2022 bei insgesamt 18 % (Vorwoche: 17 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose 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 deutlich und lag in der 21. KW 2022 insgesamt unter 1 %.



**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 21. 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 21. KW 2022 bei insgesamt 22 % (Vorwoche: 16 %). Bei intensivpflichtigen SARI-Fällen wurden in der 21. KW 2022 keine Influenza-Diagnosen vergeben.

\* 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).



**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 21. 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.

### 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 21/2022; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10102