



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
27. Kalenderwoche (1.7. bis 7.7.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität liegt insgesamt auf einem vergleichsweise hohen Niveau für diese Jahreszeit. Auf Bevölkerungsebene zeigt sich ein erneuter Anstieg akuter Atemwegserkrankungen. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt. Die Zunahme der SARS-CoV-2-Aktivität, die in den letzten Wochen beobachtet wurde, hat sich aktuell nicht in allen Systemen fortgesetzt. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen bleibt insgesamt auf einem niedrigen Niveau, COVID-19 wurde vorwiegend bei älteren SARI-Patienten und -Patientinnen diagnostiziert. Die Sommerferien in mehreren Bundesländern können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität und die Surveillance-Systeme haben (weniger Übertragungen in Kitas und Schulen, geändertes Konsultationsverhalten).

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 27. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 27. KW im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 27. KW 2024 in insgesamt 51 der 99 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter weiterhin hauptsächlich Rhinoviren (27 %), gefolgt von SARS-CoV-2 (12 %), Parainfluenzaviren (PIV; 7 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 5 %), Adenoviren (4 %) sowie humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und Influenzaviren mit einer Positivenrate von jeweils 1 %. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 27. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 27. KW 2024 gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten lag in der 27. KW bei 5 %, der Anteil der Influenza-Diagnosen unter 1 %.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19 Fälle ist in der 27. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 26. MW relativ stabil geblieben. Im Abwassermonitoring zeigt die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast weiterhin einen steigenden Trend. In Deutschland ist die JN.1-Sublinie KP.3 vorherrschend. Ihr Anteil lag zusammengefasst für die 24. und 25. KW bei 51 %.

Weitere Informationen zur Saison 2023/24 in Deutschland

- Das Risiko einer Atemwegsinfektion kann (unabhängig vom Impfstatus) durch die bekannten Verhaltensweisen reduziert werden: FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen?“:
https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#FAQId16765454.
- Zeitraum der Grippewelle: 50. KW 2023 bis 12. KW 2024 (Dauer: 15 Wochen)
- Zeitraum der RSV-Welle: 47. KW 2023 bis 10. KW 2024 (Dauer: 16 Wochen)
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 8.7.2024), ergänzt um Hinweise zu einer intensivierten Surveillance bei hospitalisierten Influenzapatienten während der Sommermonate:
<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>

Internationale ARE-Situation bei COVID-19-, Influenza- und RSV-Infektionen

- European Respiratory Virus Surveillance Summary (Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Daten zu Influenza, RSV und COVID-19):
<https://erviss.org/>
- WHO-Updates (Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19):
<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen (ARE) – Syndromische Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 27. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen und lag insgesamt bei rund 6.000 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.900; Abb. 1). Dabei sind die Werte in allen Altersgruppen gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,1 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland. Die Werte sind aktuell höher als in allen bisherigen Vorsaisons um diese Jahreszeit (seit dem Start von GrippeWeb im Jahr 2011).

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden stieg in den letzten Wochen leicht an. Der Anstieg setzte sich in der 27. KW nicht fort und lag bei rund 600 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

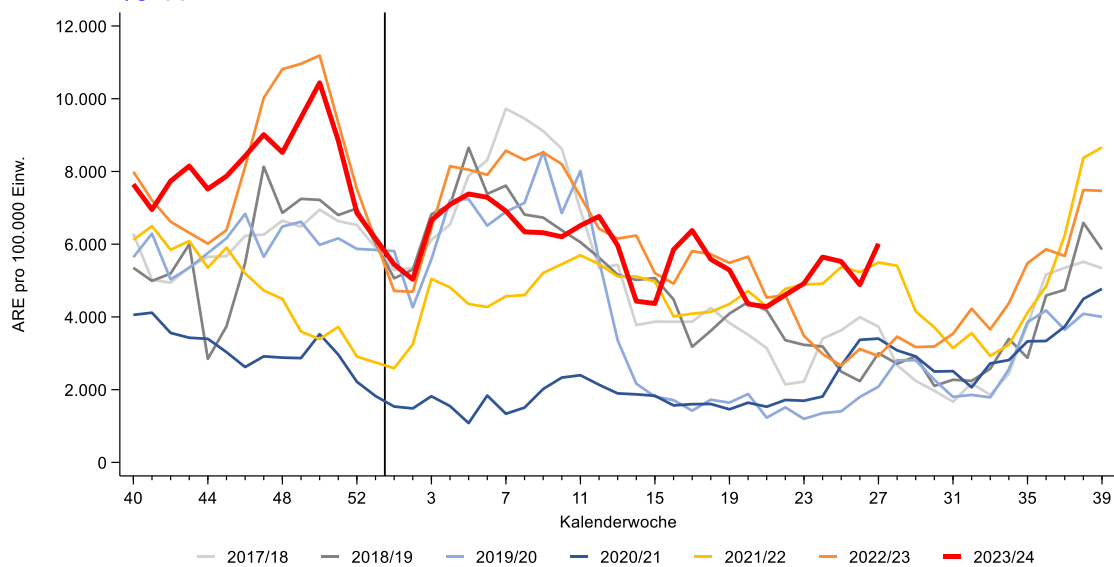


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 27. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 27. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 2). Die ca. 1.000 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 27. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 830.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

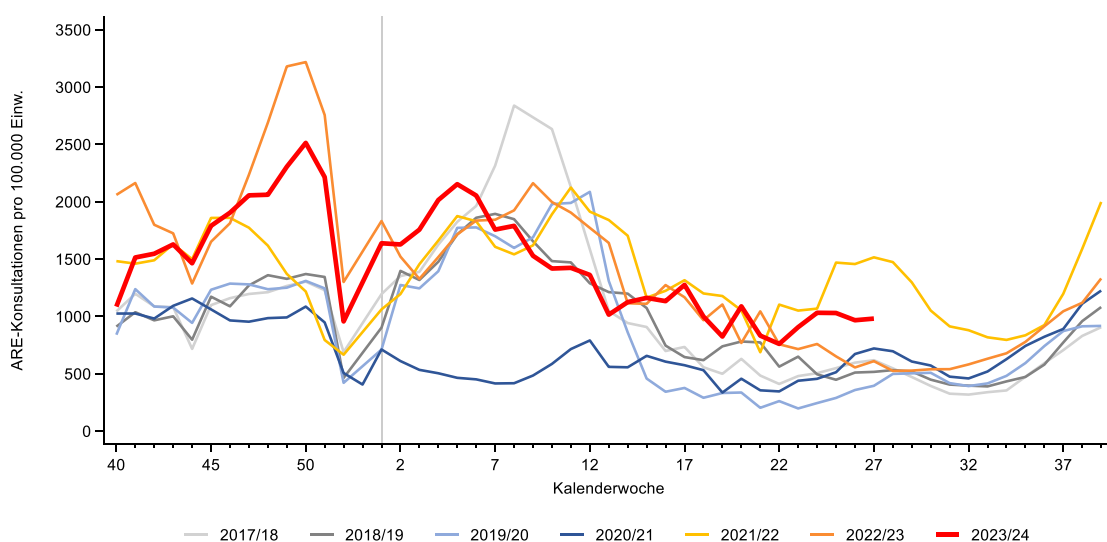


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 27. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Mit den beginnenden Sommerferien (Feriendichte in der 27. KW: 20 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte/>) ist die Zahl der Konsultationen wegen ARE in der aktuellen Berichtswoche im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen relativ stabil geblieben (Abb. 3).

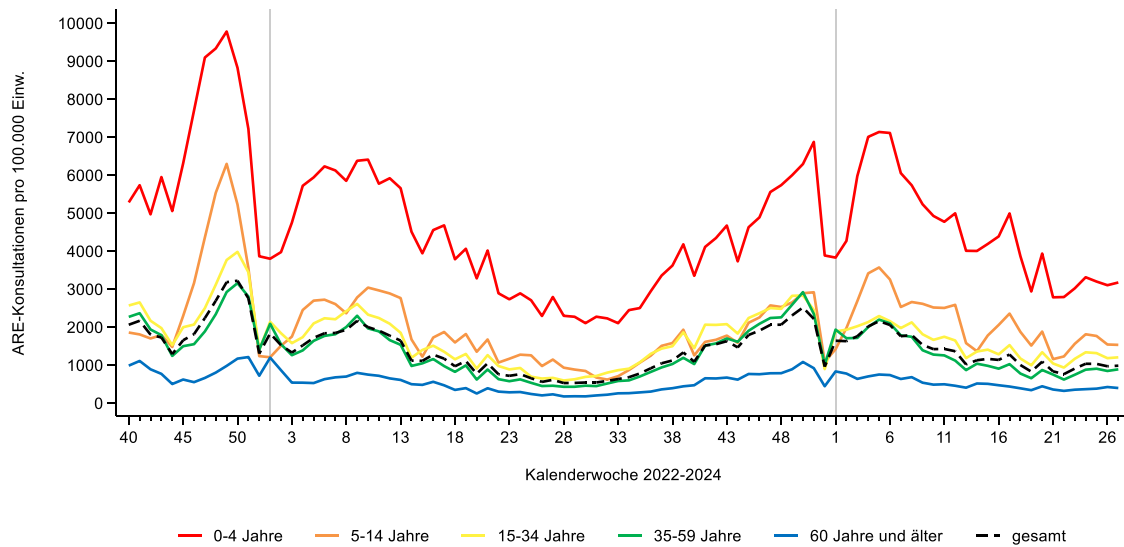


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 27. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden, ist in den letzten Wochen insbesondere bei den Erwachsenen auf niedrigem Niveau leicht angestiegen. Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz>.

Virologische Analysen von Atemwegserregern

Virologische Sentinel-Surveillance im ambulanten Bereich (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 27. KW 2024 insgesamt 99 Sentinelproben von 41 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 51 (52 %) der 99 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 27. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 27 %), mit Abstand gefolgt von SARS-CoV-2 (PR 12 %), Parainfluenzaviren (PIV; PR 7 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; PR 5 %), Adenoviren (PR 4 %) sowie humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und Influenzaviren mit einer PR von jeweils 1 %. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 27. KW nicht nachgewiesen.

SARS-CoV-2 wurde bei ARE-Patientinnen und -Patienten vorrangig ab einem Alter von 15 Jahren detektiert. Rhinoviren wurden in allen Altersgruppen detektiert, überwiegend bei den 0- bis 4-Jährigen.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 9.7.2024.

	23. KW	24. KW	25. KW	26. KW	27. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	84	100	105	92	99	7.474
Probenanzahl mit Virusnachweis	40	61	60	43	51	4.611
Anteil Positive	48 %	61 %	57 %	47 %	52 %	62 %
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	8
A(H ₃ N ₂)	0	0	0	0	1	55
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	1	0	0	1.128
B(Victoria)	1	0	0	2	0	188
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	4	2	11	11	12	781
RSV	0	1	0	0	0	559
hMPV	6	11	4	2	5	204
PIV (1 – 4)	8	8	9	6	7	305
Rhinoviren	19	32	39	24	27	1.375
hCoV	2	5	1	0	1	348
Adenoviren**	5	11	3	4	4	290

* 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.

** nicht untersucht von der 40. KW 2023 bis zur 44. KW 2023; die Untersuchungen wurden erst in der 45. KW 2023 aufgenommen

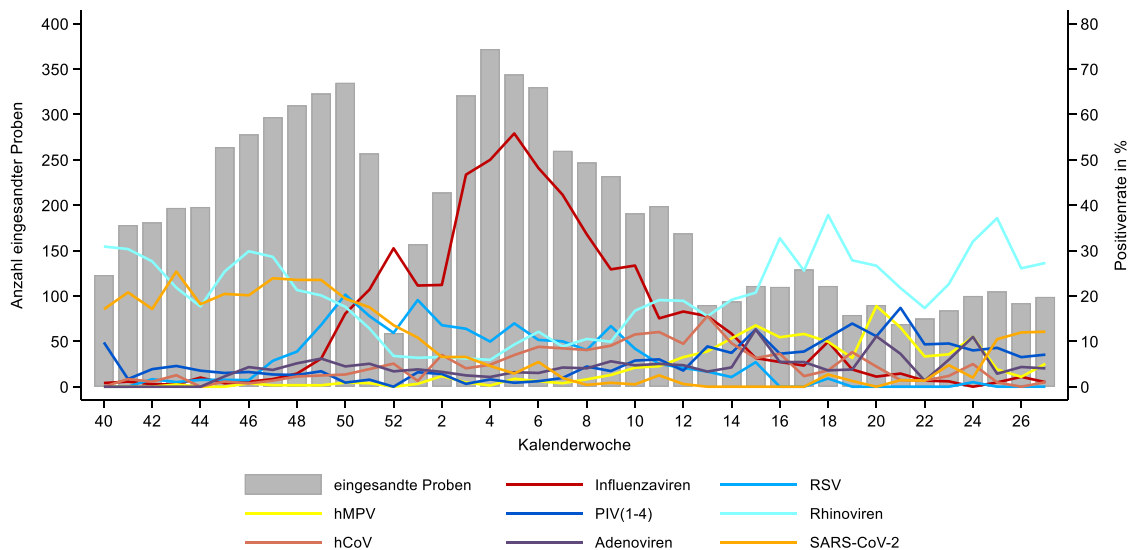


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 27. KW 2024.

Ergebnisse der Untersuchungen des NRZ für Inflenzaviren zu den zirkulierenden Viren, einschließlich der Analysen zur Passgenauigkeit der Impfstämme wurden während der Grippewelle regelmäßig veröffentlicht und sind abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2023_24.html.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Inflenzaviren sind abrufbar unter www.rki.de/nrz-influenza.

In eigener Sache: Trotz der Ferienzeit bitten wir alle an der virologischen Sentinelsurveillance beteiligten Praxen, weiterhin kontinuierlich Patientinnen und Patienten mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion zu beproben, um Änderungen der ARE-Aktivität bezüglich der verursachenden viralen Erreger besser einschätzen zu können.

Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

Für die 24. und 25. KW 2024 stehen aktuell 150 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (9.7.2024). In diesem Zeitraum wurde die JN.1-Sublinie KP.3 (einschließlich aller KP.3-Sublinien) mit einem steigenden Anteil von 51 % nachgewiesen. Der Anteil der JN.1-Sublinie KP.2 (einschließlich aller KP.2-Sublinien) stieg in den vergangenen Wochen leicht an und lag für die 24. und 25. KW 2024 zusammengefasst bei 13 %. Unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten ist KP.3 (einschließlich aller Sublinien) die dominierende Variante. Die Sublinien KP.3 und KP.2 sind seit dem 3.5.2024 von der WHO¹ separat als VUM eingestuft und zeichnen sich im Vergleich zur Elternlinie JN.1 durch jeweils drei zusätzliche Aminosäureaustausche im S-Protein aus (KP.3: F456L, Q493E, SV1104L; KP.2: R346T, F456L, V1104L). Erstmals Mitte Februar 2024 detektiert, stieg der Anteil von KP.3 und KP.2 Nachweisen in den letzten Wochen in verschiedenen Regionen weltweit.

Das von den derzeit als VOI oder VUM klassifizierten SARS-CoV-2 Varianten sowie ihren Sublinien ausgehende Risiko für die öffentliche Gesundheit wird von der WHO weiterhin als gering eingestuft.

Aufgrund von Nachmeldungen kann es zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegenden Berichtszeiträume kommen. Die aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sowie Informationen und detaillierte Darstellungen zu den Varianten, die als besorgniserregend eingestuft sind (Variants of Concern; VOC) oder unter Beobachtung stehen (Variants of Interest; VOI und Variants under Monitoring; VUM) sind im Dashboard abrufbar unter:

https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den Vorwochen etwas über den in den Vorjahren während der Sommerzeit beobachteten Werten. Nachdem die Inzidenz seit Mitte Mai weitestgehend stabil geblieben war, ist sie in der 27. KW 2024 gesunken. Insgesamt bleibt die SARI-Inzidenz weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 5)

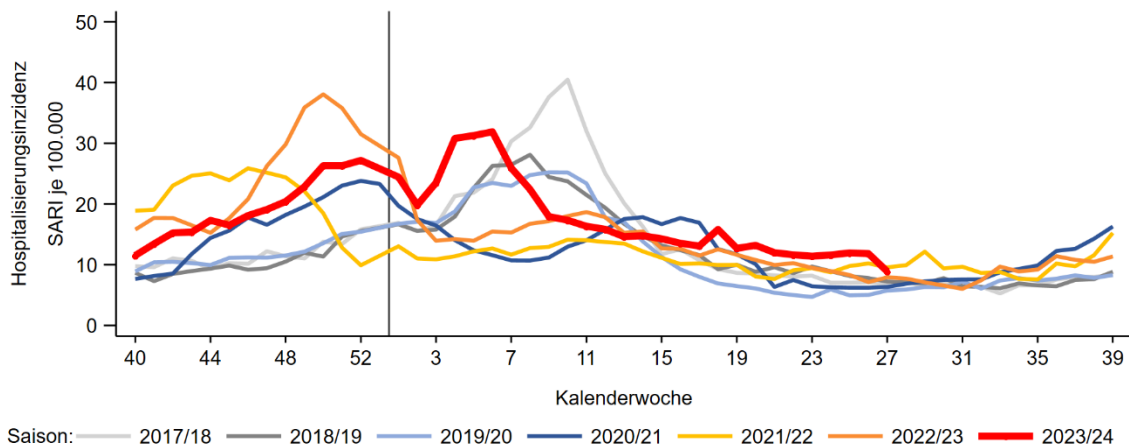


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 27. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 27. KW 2024 ist die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen gesunken, während sie bei Personen zwischen 15 und 34 Jahren stabil geblieben ist. Seit der 20. KW 2024 wurden in den Altersgruppen der Schulkinder und der jungen Erwachsenen (5 bis 14 Jahre, 15 bis 34 Jahre) deutlich höhere SARI-Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen jedoch auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/18122023_jn.1_ire_clean.pdf

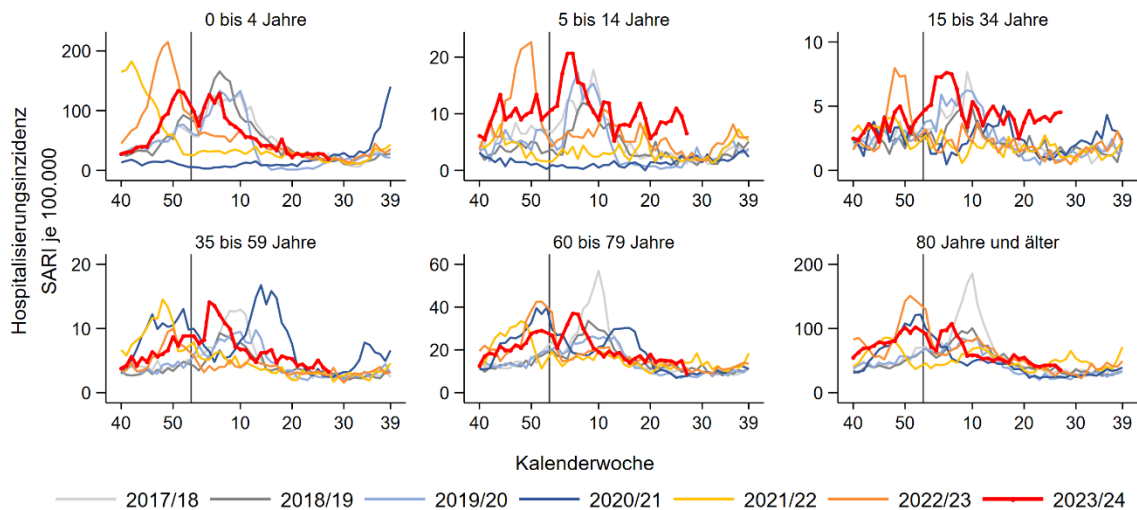


Abb. 6 Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 27. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag in der 27. KW 2024 bei 5 %. Die COVID-19-Diagnosen wurden überwiegend in der Altersgruppe ab 80 Jahren vergeben und nicht bei jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre), in denen weiterhin hohe SARI-Inzidenzwerte verzeichnet werden. Bei weniger als 1 % der SARI Fälle wurde eine Influenza-Diagnose vergeben. Es wurden in der 27. KW keine RSV-Erkrankungen bei SARI-Patientinnen- und -Patienten diagnostiziert (Abb. 7).

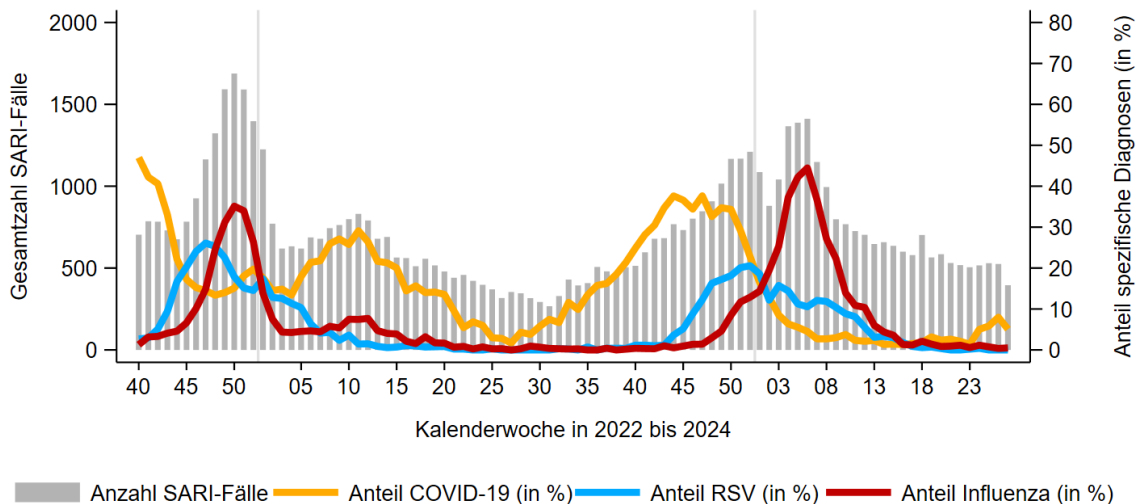


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 27. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

In Abb. 8 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Seit der 13. KW 2024 war die Inzidenz intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle vergleichsweise niedrig und es wurden nur noch vereinzelt krankheitsspezifische Diagnosen vergeben. In den letzten Wochen wurden wieder etwas mehr COVID-19-Erkrankungen diagnostiziert, jedoch insgesamt auf einem weiterhin niedrigen Niveau. In der 27. KW wurden jedoch keine krankheitsspezifischen Diagnosen (COVID-19, Influenza und RSV) bei SARI-Patienten mit Intensivbehandlung vergeben.

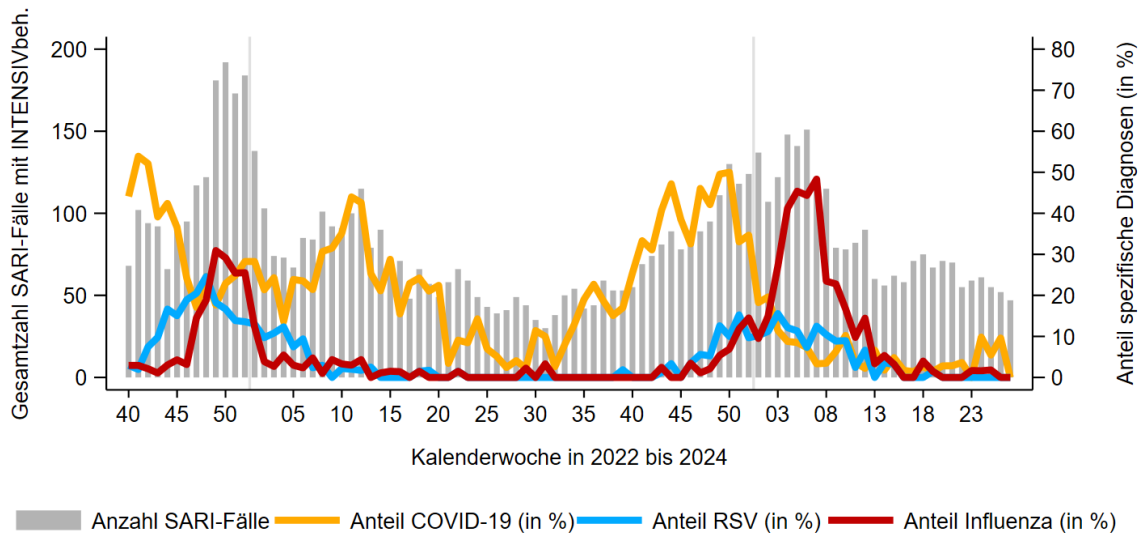


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 27. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 Sentinelkliniken.

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.

Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 27. MW 2024 wurden bislang insgesamt 96 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 96 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 26 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 27. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 9.7.2024). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 214.175 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 213.423 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.337 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.124 Todesfälle (+ 3 zur Vorwoche) mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Die neu hinzugekommenen Todesfälle sind Nachmeldungen aus den Vorwochen. Von 1.123 Todesfällen mit Angabe zum Alter gehören 89 % zur Altersgruppe ab 60 Jahre, 9 % zur Altersgruppe 35 bis 59 Jahre.

Tab. 2: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzatypp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	76	88	85	74	74	56	181.720
A(H1N1)pdm09	1	5	2	1	4	4	6.029
A(H3N2)	0	2	2	0	0	1	140
nicht nach A / B differenziert	6	4	4	10	4	2	5.005
B	154	96	65	67	57	33	20.529
Gesamt	237	195	158	152	139	96	213.423
Hospitalisierte Fälle	60	38	34	37	36	26	44.337

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

COVID-19

Für die 27. MW 2024 wurden bislang 3.459 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.022 (30 %) Fällen wurde für die 27. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 9.7.2024). In der 27. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 350.717 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 119.474 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 6.754 (+ 38 zur Vorwoche) Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt, 96 % der Verstorbenen waren 60 Jahre oder älter.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	839	1.196	1.704	2.640	3.448	3.459	350.717
Hospitalisierte Fälle	285	374	556	910	1.142	1.022	119.474

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

RSV-Infektionen

Für die 27. MW 2024 wurden bislang insgesamt 47 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) entsprechen. Von diesen 47 Fällen entfallen 44 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei 15 Fällen (34 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 27. MW 2024 angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 9.7.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.504 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.459 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.539 (31 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Daten zu Todesfällen mit RSV-Infektion werden derzeit noch validiert und deshalb hier nicht berichtet.

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	84	61	40	35	36	44	57.459
Hospitalisierte Fälle	24	11	17	15	11	15	17.539

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

Abwassermonitoring von SARS-CoV-2

Die Abb. 9 zeigt den Verlauf der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser. Seit Mitte Mai 2024 (20. KW) ist ein Anstieg der aggregierten Viruslast zu beobachten.

In der 27. KW lagen Daten aus 143 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Woche kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere, wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnern nachmelden.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.rki.de/abwassersurveillance>.

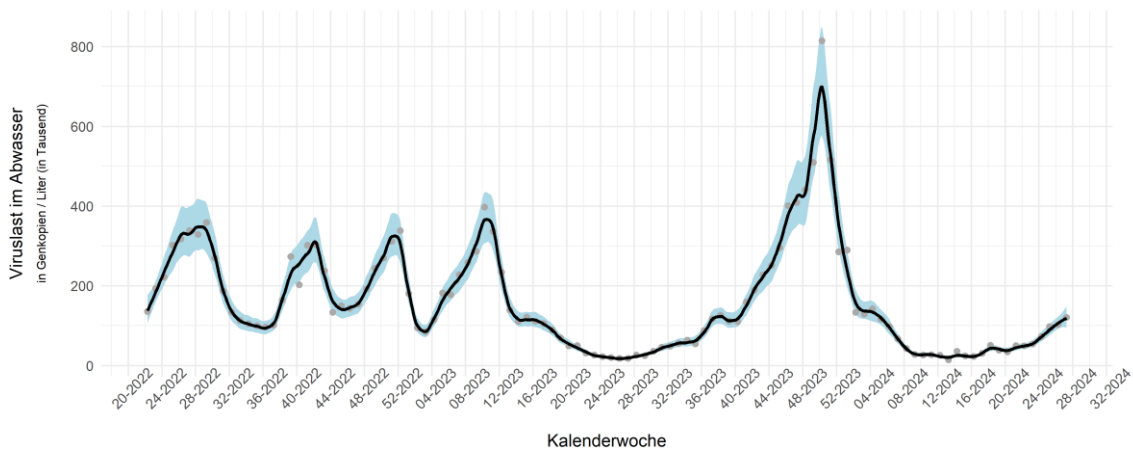


Abb. 9: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 9.7.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (3.7.2024, 27. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert.

Weitere Daten und Berichte zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in Deutschland

Daten zu verschiedenen Indikatoren werden als Open Data in Zenodo und auf GitHub bereitgestellt: <https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut> und <https://github.com/robert-koch-institut/>.

So werden zum Beispiel die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 5 und 6 im ARE-Wochenbericht) wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

- Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel): <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340322> bzw. https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts
- Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340315> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/ARE-Konsultationsinzidenz>
- Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8382330> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/SARI-Hospitalisierungsinzidenz>

Die grafische Aufbereitung der Daten ist im ARE-Dashboard realisiert (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags), abrufbar unter: <https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick>.

Trends relevanter Indikatoren werden im Infektionsradar des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verfügung gestellt: <https://infektionsradar.gesund.bund.de/de>.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Ein Bericht über die Intensivbettenkapazität in Deutschland wird täglich veröffentlicht und ist abrufbar unter: <http://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage>.

Informationen zur Notaufnahmesurveillance akuter Atemwegsinfektionen sind im Dashboard unter <https://public.data.rki.de/t/public/views/Notaufnahmesurveillance/DashboardSyndrome> zu finden.

Übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise sind über SurvStat@RKI individuell abfragbar: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/SurvStat/survstat_node.html.

Die Daten des COVID-19 Impfquotenmonitorings stehen wöchentlich dienstags aktualisiert auf der RKI-Webseite bereit: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html.

Autoren und Redaktionsteam:

Buda S, Dürwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Gvaladze T, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 27/2024 | DOI: 10.25646/12217