



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
32. Kalenderwoche (5.8. bis 11.8.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Seit einigen Wochen liegt die ARE-Aktivität insgesamt auf einem vergleichsweise hohen Niveau für diese Jahreszeit, sie scheint sich aktuell aber etwas abzuschwächen. Das ARE-Geschehen wird hauptsächlich durch SARS-CoV-2 und Rhinoviren bestimmt. Die SARS-CoV-2-Aktivität hat sich in den letzten Wochen stabilisiert. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen bleibt insgesamt auf einem niedrigen Niveau. COVID-19 wird vorwiegend bei älteren SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert. Die Sommerferien können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität und die Surveillance-Systeme haben.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 32. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 32. KW im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 32. KW 2024 in insgesamt 27 der 59 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich SARS-CoV-2 (17 %) und Rhinoviren (15 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 7 %), humanen Metapneumoviren (hMPV) und Adenoviren (je 5 %). Influenzaviren, Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane saisonalen Coronaviren (hCoV) wurden in der 32. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 32. KW 2024 leicht gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ist leicht zurückgegangen, in der 32. KW wurde bei 9 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 32. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 31. MW relativ stabil geblieben. Im Abwassermonitoring ist die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast in den letzten drei Wochen stabil.

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.
- Beschluss für die Empfehlung der STIKO zum Wechsel von quadrivalenten zu trivalenten Influenza-Impfstoffen: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/31_24.html.
- Beschluss zur Empfehlung der STIKO zur RSV-Impfung bei Senioren:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/32_24.html.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 15.7.2024), 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 32. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag insgesamt bei rund 3.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 3.900; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den Kindern bis 14 Jahre besonders deutlich gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 2,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Sie liegt aktuell im oberen Wertebereich der Vorjahre zu dieser Jahreszeit.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden zeigte seit Mitte Mai einen steigenden Trend, in den letzten drei Wochen hat sich der Wert jedoch stabilisiert und lag in der 32. KW bei rund 600 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

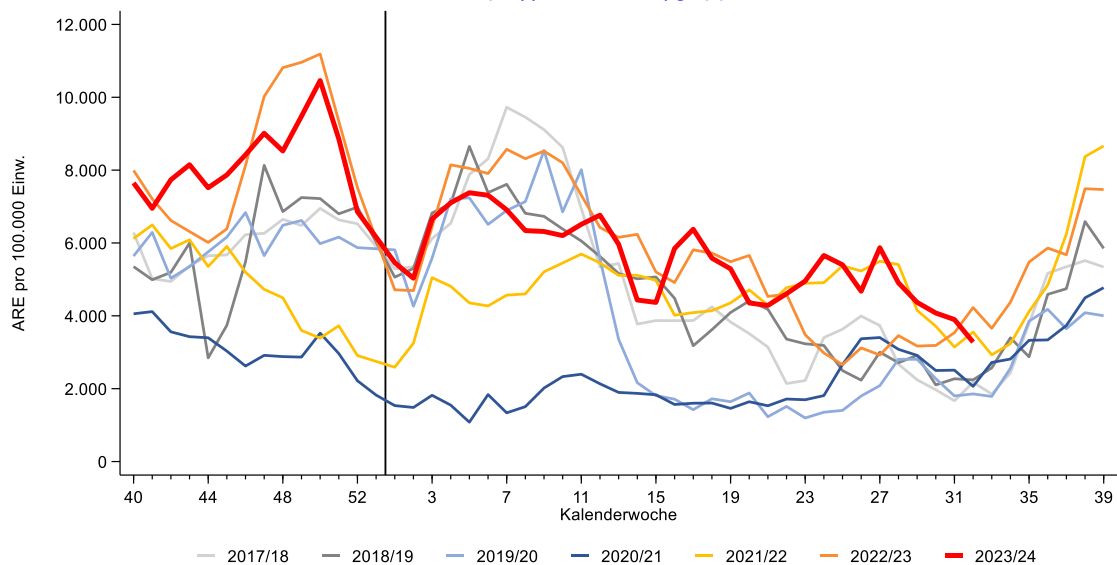


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 32. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 32. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen (Abb. 2). Die ca. 800 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 32. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 660.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

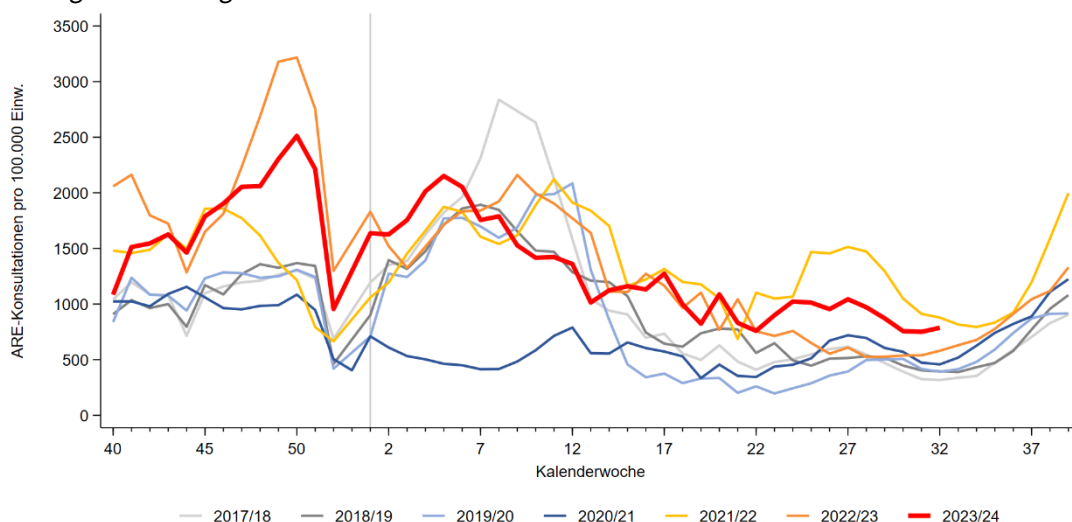


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 32. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Sommerferien in mehreren Bundesländern können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität haben (Feriendichte in der 32. KW: etwa 80 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte>).

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE in der aktuellen Berichtswoche ist im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen leicht gesunken. In den anderen Altersgruppen sind die Werte leicht gestiegen (Abb. 3). Es zeigen sich aber auch regionale Unterschiede. Während die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz in Süddeutschland weiter zurückgingen, stiegen sie in Norddeutschland zum Teil deutlich an.

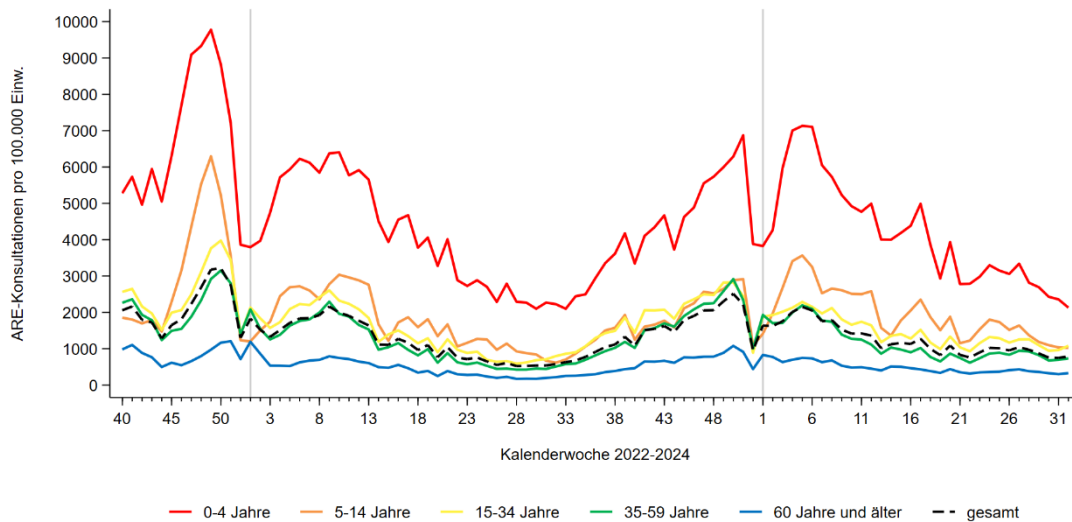


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 32. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet wird, ist in der 32. KW im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben. 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 Inflenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Inflenzaviren wurden in der 32. KW 2024 insgesamt 59 Sentinelproben von 32 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 27 (46 %) der 59 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 32. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich SARS-CoV-2 (Positivenrate (PR) 17 %) und Rhinoviren (PR 15 %), mit Abstand gefolgt von Parainflenzaviren (PIV; PR 7 %), humanen Metapneumoviren (hMPV) und Adenoviren (PR je 5 %). Inflenzaviren, Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane saisonalen Coronaviren (hCoV) wurden in der 32. KW nicht nachgewiesen.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 13.8.2024.

	28. KW	29. KW	30. KW	31. KW	32. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	106	101	80	75	59	7.909
Probenanzahl mit Virusnachweis	55	53	43	38	27	4.834
Anteil Positive	52 %	52 %	54 %	51 %	46 %	61%
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	8
A(H ₃ N ₂)	0	0	0	0	0	55
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	0	0	0	1.128
B(Victoria)	0	0	0	0	0	188
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	19	21	14	15	10	863
RSV	0	0	0	0	0	559
hMPV	4	1	3	2	3	217
PIV (1 – 4)	7	5	5	5	4	333
Rhinoviren	24	27	18	12	9	1.467
hCoV	0	0	1	1	0	350
Adenoviren**	4	2	4	4	3	307

* 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

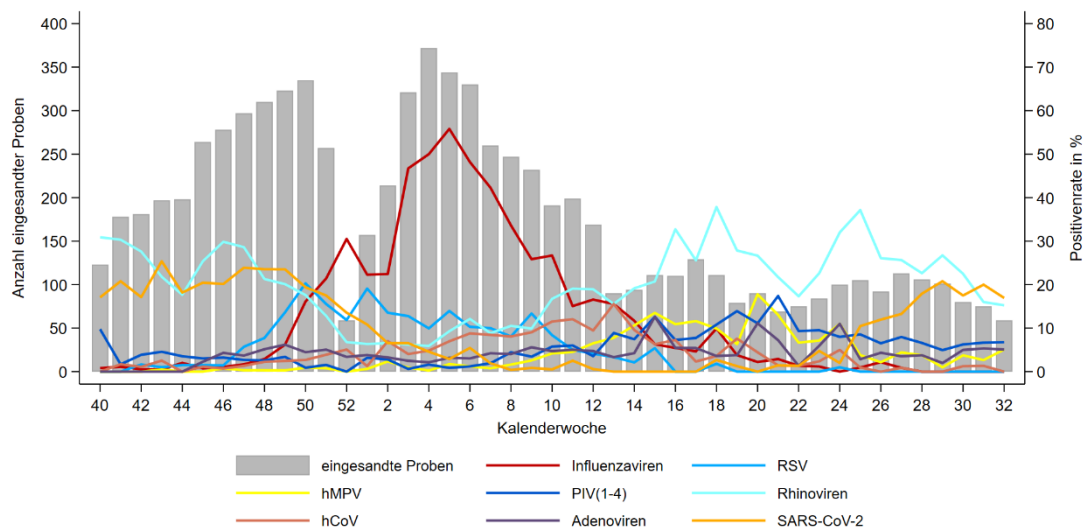


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 32. KW 2024.

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)

Bis auf Weiteres wird an dieser Stelle im zweiwöchigen Rhythmus über die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland berichtet. Die wöchentlich 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 weiterhin 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 Werten, die in den meisten Vorjahren während der Sommerzeit beobachtet wurden. Die Inzidenz ist in der 32. KW 2024 leicht zurückgegangen. Insgesamt liegt die SARI-Inzidenz weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 5).

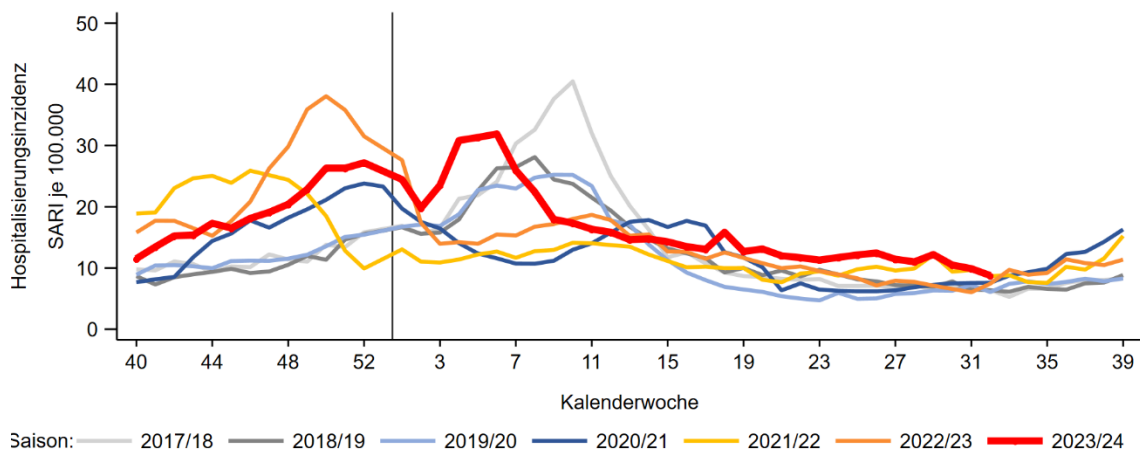


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 32. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Seit der 20. KW 2024 bewegten sich die SARI-Fallzahlen bei jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) auf einem erhöhten Niveau. Hierbei wurden zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 32. KW 2024 auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

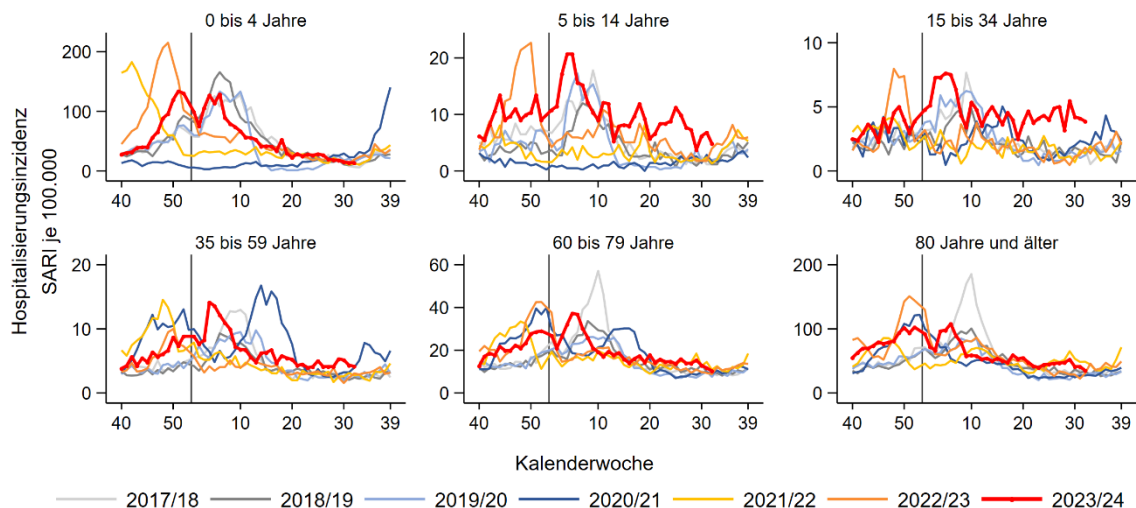


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 32. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 32. KW 2024 erhielten 9 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose. Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen ist damit wieder etwas gesunken. In den letzten Wochen wurden COVID-19-Diagnosen überwiegend in den Altersgruppen ab 60 Jahren vergeben, insbesondere bei den ab 80-jährigen. Es wurden in der 32. KW keine Influenza- oder RSV-Erkrankungen diagnostiziert (Abb. 7).

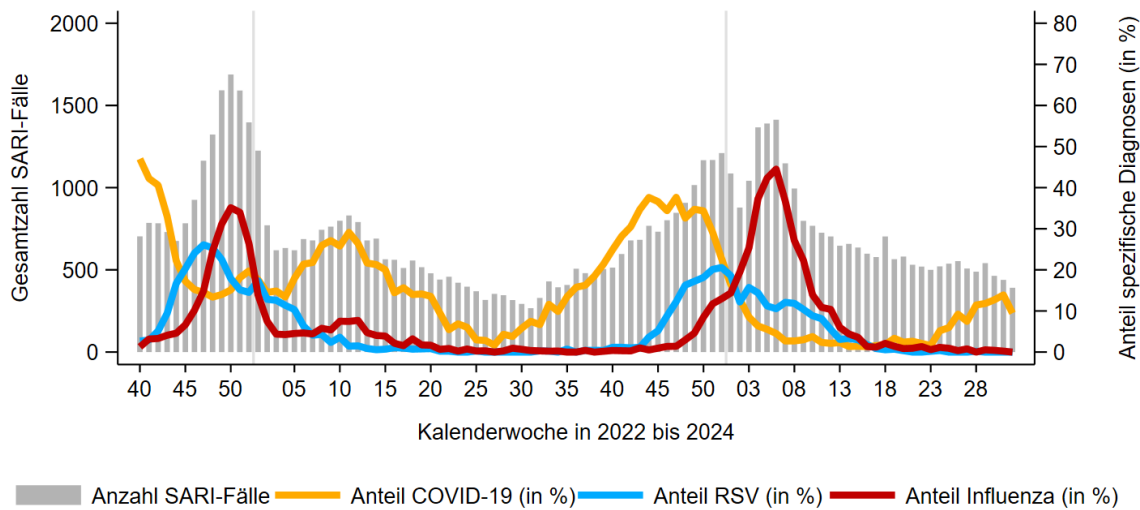


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 32. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 69 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. Nach dem Ende der Grippewelle blieb die Inzidenz intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle vergleichsweise niedrig und es wurden nur noch vereinzelt krankheitsspezifische Diagnosen vergeben. Seit der 24. KW 2024 wurden wieder etwas mehr COVID-19-Erkrankungen diagnostiziert. Insgesamt blieb die Inzidenz von intensivbehandelten SARI-Fällen mit COVID-19-Diagnose jedoch weiterhin auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (wöchentlich weniger als zwei Fälle je 1 Million Einw. seit der 7. KW 2024). In der 32. KW 2024 erhielten vier (11 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose. Es wurden keine Influenza- oder RSV-Diagnosen bei intensivpflichtigen SARI-Fällen vergeben.

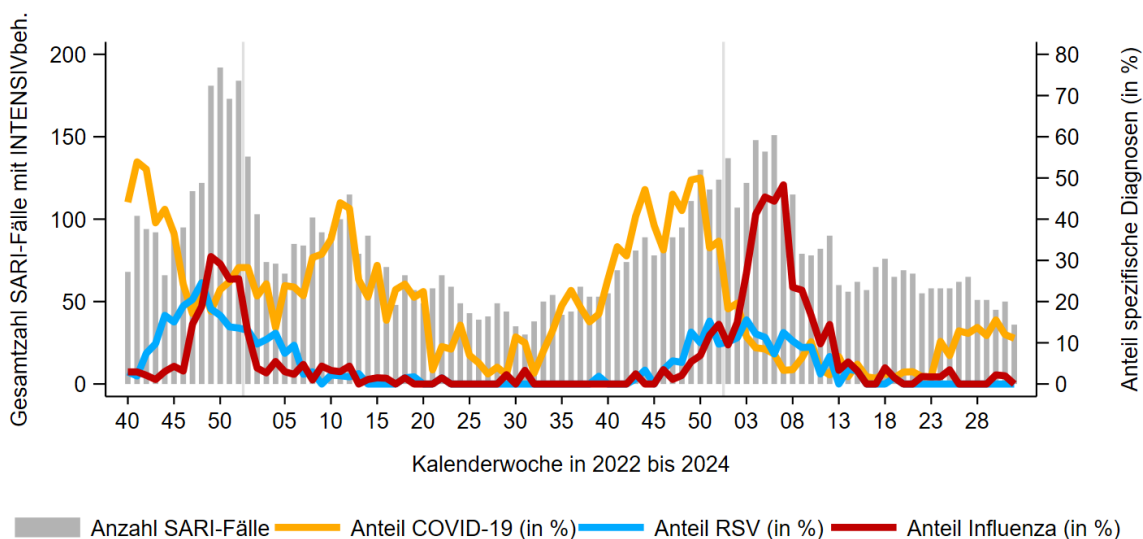


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 32. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 69 Sentinelkliniken.

Zu beachten ist, dass es sich um Auswertungen vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 32. MW 2024 wurden bislang insgesamt 84 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) entsprechen. Alle 84 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 19 (23 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 32. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 13.8.2024). Die Fallzahlen sind in der 32. MW stabil geblieben.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 214.674 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 213.922 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.474 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.133 Todesfälle (+ 4 zur Vorwoche) mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Die hinzugekommenen Todesfälle sind Nachmeldungen aus den Vorwochen. Von 1.132 Todesfällen mit Angabe zum Alter gehörten 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 Influenzaty/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	32. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	54	62	62	66	52	54	182.027
A(H1N1)pdm09	5	3	0	1	0	0	6.034
A(H3N2)	3	3	1	2	2	0	150
nicht nach A / B differenziert	2	8	6	3	3	3	5.031
B	34	25	35	29	22	27	20.680
Gesamt	98	101	104	101	79	84	213.922
Hospitalisierte Fälle	34	22	30	25	15	19	44.474

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

COVID-19

Für die 32. MW 2024 wurden bislang 4.484 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.239 (28 %) Fällen wurde für die 32. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 13.8.2024). In der 32. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 374.178 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 127.080 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 7.011 (+ 57 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)

	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	32. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	3.652	4.506	4.779	4.869	4.582	4.484	374.178
Hospitalisierte Fälle	1.212	1.553	1.562	1.581	1.346	1.239	127.080

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

RSV-Infektionen

Für die 32. MW 2024 wurden bislang insgesamt 29 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. Alle 29 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei neun Fällen (31 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 32. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 13.8.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.618 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.573 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.579 (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 der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	32. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	46	30	24	18	14	29	57.573
Hospitalisierte Fälle	18	13	8	3	2	9	17.579

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. Nach einem Anstieg der aggregierten Viruslast seit Mitte Mai 2024 (20. KW) haben sich die Werte seit einigen Wochen stabilisiert.

In der 32. KW lagen Daten aus 124 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Wochen 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>.

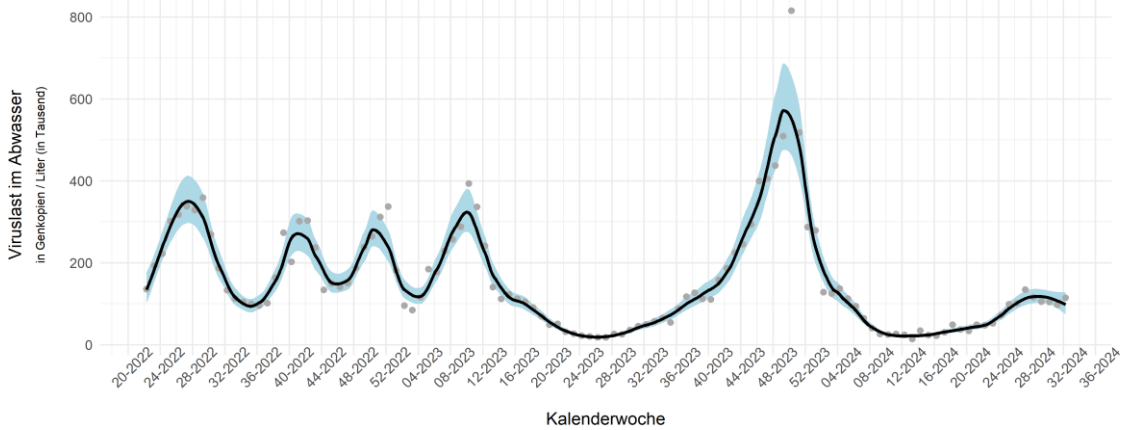


Abb. 9: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 13.8.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (7.8.2024, 32. KW). Gezeigt werden 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, Dürrwald 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 32/2024 | DOI: 10.25646/12486