



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
39. Kalenderwoche (23.9. bis 29.9.2024)

Mit diesem ARE-Wochenbericht endet die Berichterstattung für die Saison 2023/24. Ab der nächsten Woche beginnt die wöchentliche Berichterstattung für die neue Saison 2024/25.

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität liegt bereits auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. In den vergangenen zwei Wochen zeigte sich in einigen Systemen ein Anstieg der SARS-CoV-2-Aktivität. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen ist stabil geblieben und liegt auf dem Niveau der Vorjahre.

Der deutliche Anstieg der Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung, der in den letzten zwei Wochen beobachtet wurde, hat sich in der 39. KW 2024 nicht fortgesetzt.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 39. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 39. KW 2024 in insgesamt 40 der 87 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (29 %) und SARS-CoV-2 (11 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 7 %), Influenzaviren (2 %) und Adenoviren (1 %). Humane saisonale Coronaviren, Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane Metapneumoviren (hMPV) wurden in der 39. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 39. KW 2024 relativ stabil geblieben. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten blieb ebenfalls stabil. Es wurde in der 39. KW bei 17 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 39. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 38. MW gestiegen. In Deutschland ist die Sublinie KP.3.1.1 in der 37. KW mit einem Anteil von 43 % weiterhin vorherrschend. Die rekombinante Sublinie XEC wurde mit einem steigenden Anteil von 28 % in der 37. KW nachgewiesen. Die aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast ist nach einer stabilen Phase in der 39. KW leicht angestiegen.

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.
- Artikel (26.9.2024) im Epidemiologischen Bulletin zu Ausbruchsfällen mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in der Saison 2023/24 :
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/39_24.pdf
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 14.8.2024), 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)

Der deutliche Anstieg der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb), der in den letzten zwei Wochen beobachtet wurde, hat sich aktuell nicht fortgesetzt und lag in der 39. KW 2024 insgesamt bei rund 8.600 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 9.100; Abb. 1). Dabei sind die Werte in fast allen Altersgruppen gesunken, insbesondere bei den 0- bis 4-jährigen Kindern. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,3 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Sie liegt weiterhin auf einem für diese Jahreszeit vergleichsweise hohen Niveau.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist nach dem deutlichen Anstieg in der Vorwoche leicht gesunken und lag bei rund 1.400 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.200). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

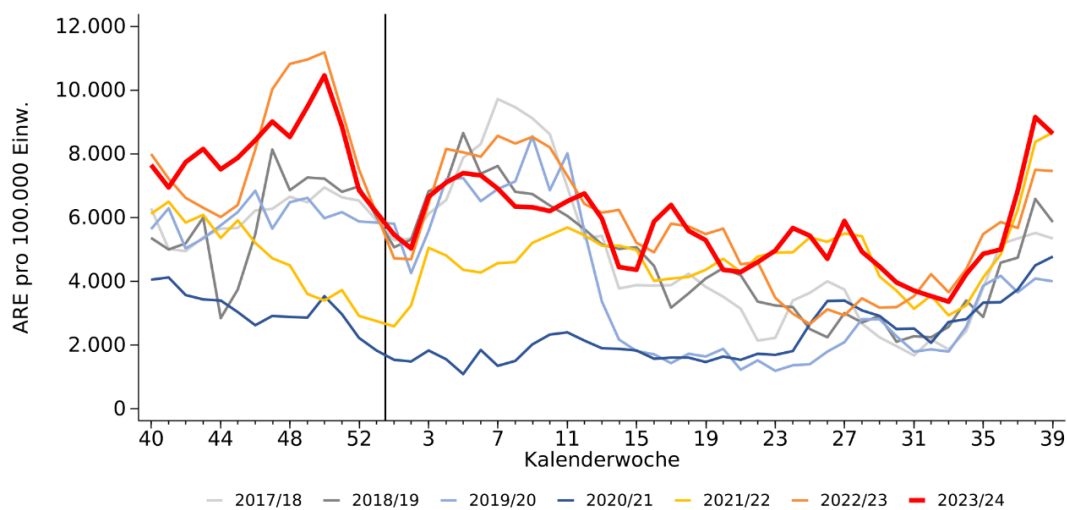


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 39. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 39. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 2). Die ca. 1.500 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 39. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 1,2 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

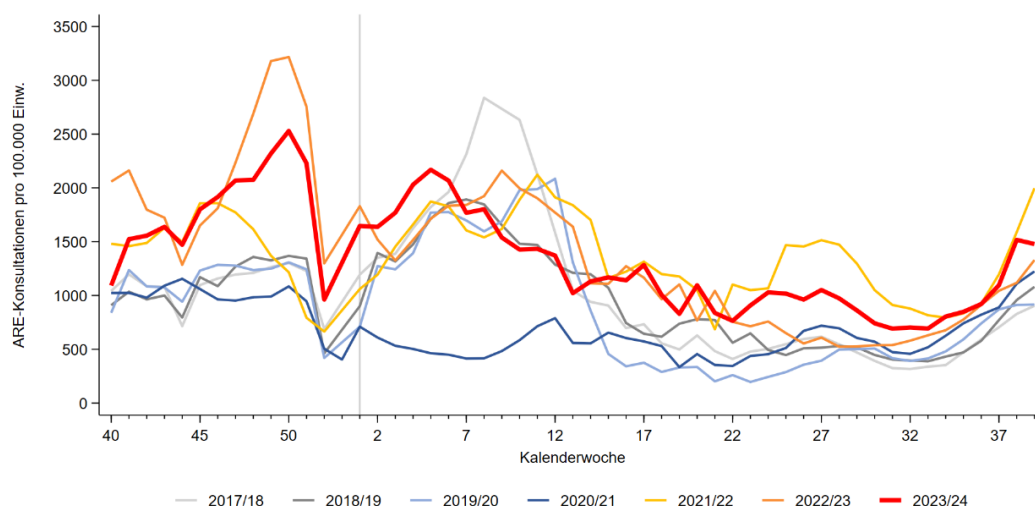


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 39. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Der für diese Jahreszeit übliche Anstieg der ARE-Aktivität, u.a. begünstigt durch wieder vermehrt stattfindende Kontakte in geschlossenen Räumen, hat sich aktuell nicht fortgesetzt.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 39. KW im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen relativ stabil geblieben (Abb. 3).

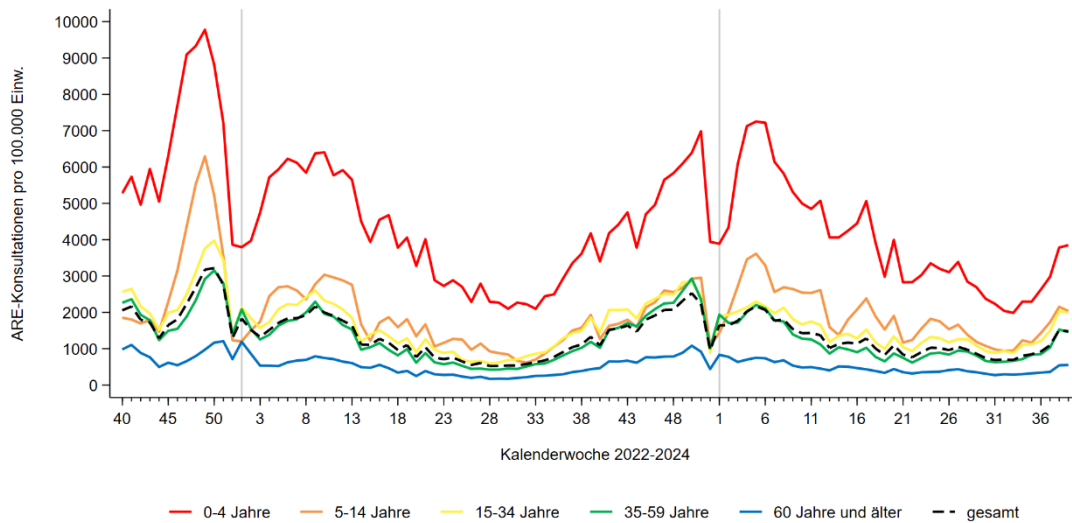


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 39. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 nach dem Anstieg, der in der Vorwoche erfolgt ist, in der 39. KW leicht gesunken.

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 39. KW 2024 insgesamt 87 Sentinelproben von 38 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 40 (46 %) der 87 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 39. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 29 %) und SARS-CoV-2 (PR 11 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 7 %), Influenzaviren (PR 2 %) und Adenoviren (PR 1 %). Humane saisonale Coronaviren, Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane Metapneumoviren (hMPV) wurden in der 39. KW nicht nachgewiesen.

Es gab vier Doppelinfektionen, die hauptsächlich bei Kindern bis 14 Jahren detektiert wurden.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 1.10.2024.

| | 35. KW | 36. KW | 37. KW | 38. KW | 39. KW | Gesamt ab 40. KW 2023 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| Anzahl eingesandter Proben* | 82 | 79 | 113 | 116 | 87 | 8.541 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis | 44 | 37 | 49 | 59 | 40 | 5.126 |
| Anteil Positive | 54 % | 47 % | 43 % | 51 % | 46 % | 60 % |
| 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 | 2 | 1.130 |
| B(Victoria) | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 190 |
| B(Yamagata) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SARS-CoV-2 | 18 | 15 | 18 | 19 | 10 | 967 |
| RSV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 559 |
| hMPV | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 220 |
| PIV (1 – 4) | 5 | 6 | 4 | 3 | 6 | 364 |
| Rhinoviren | 19 | 16 | 23 | 31 | 25 | 1.612 |
| hCoV | 2 | 1 | 2 | 4 | 0 | 360 |
| Adenoviren** | 5 | 2 | 3 | 6 | 1 | 330 |

* 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

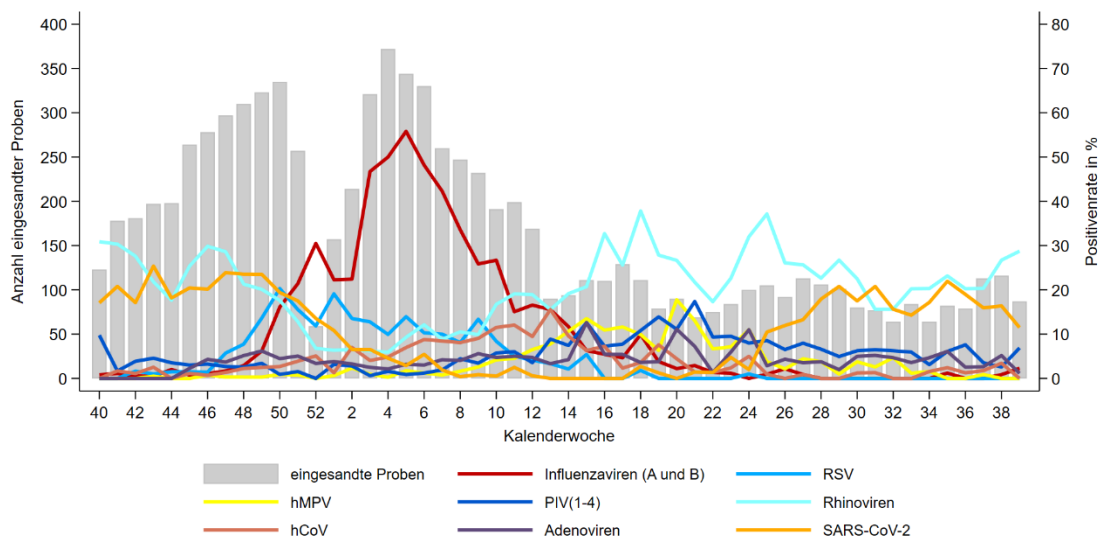


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 39. KW 2024.

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.

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

Für die 37. KW 2024 stehen aktuell 110 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 1.10.2024). Aufgrund einer Aktualisierung der verwendeten Software zur Linienzuordnung wurden eine Reihe neu definierter Sublinien aufgenommen. Dadurch verändern sich auch Anteile einzelner Sublinien für zurückliegende Zeiträume.

Derzeit zirkulieren in Deutschland verschiedene SARS-CoV-2-Linien, die sich von der als VOI eingestuftem Variante JN.1 ableiten, darunter KP.3.1.1 und XEC, die von der WHO¹ als VUM eingestuft sind. Der Anteil von KP.3.1.1 unter allen VOI/VUM hat sich in der 37. KW im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum kaum verändert und lag bei 43 %. KP.3.1.1 bleibt somit unter den in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien dominant. Die rekombinante Linie XEC wird mit einem weiterhin steigenden Anteil von 28 % in der 37. KW nachgewiesen. XEC wurde in Deutschland erstmals im Juli 2024 detektiert. Sie leitet sich aus einer Rekombination zweier JN.1-Sublinien (KS.1.1 und KP.3.3) ab.

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 zurückliegende Berichtszeiträume kommen.

Die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten sowie Informationen und detaillierte Darstellungen zu den Varianten 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) während der Sommermonate in 2024 durchgehend etwas über den Werten, die in den Vorjahren in der Sommerzeit beobachtet wurden. Die Inzidenz ist in der 39. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben und liegt aktuell auf dem Niveau, das auch im Vorjahr verzeichnet wurde (Abb. 5).

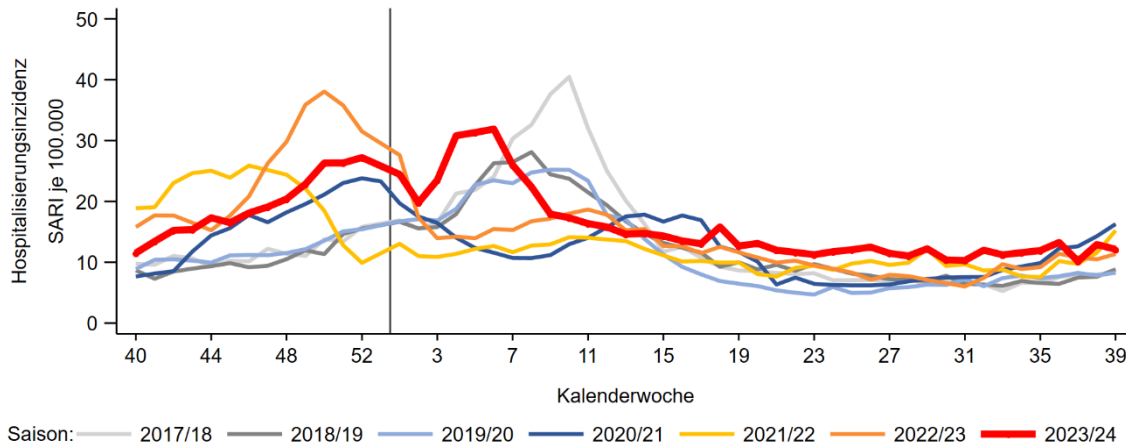


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 39. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 39. KW 2024 bei Schulkindern (5 bis 14 Jahren) angestiegen, während sie in den anderen Altersgruppen entweder gesunken oder stabil geblieben ist. Während des Sommers 2024 wurden bei den 5- bis 34-Jährigen zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. Bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre) und jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) werden weiterhin erhöhte SARI-Fallzahlen beobachtet. In den übrigen Altersgruppen liegt die SARI-Inzidenz in der 39. KW auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

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

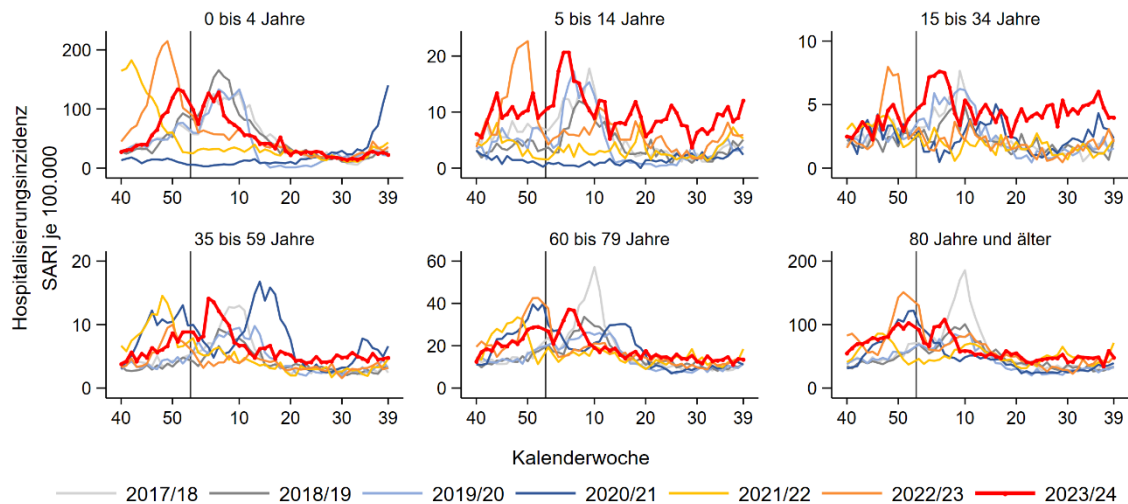


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 39. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 39. KW 2024 erhielten 17 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 18 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag seit der 28. KW 2024 stabil über 10 %. In den letzten Wochen wurden COVID-19-Diagnosen überwiegend in den Altersgruppen ab 60 Jahren vergeben, insbesondere bei den über 80-Jährigen. In der 39. KW wurde bei weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza-Diagnose gestellt. Es wurden keine RSV-Erkrankungen diagnostiziert (Abb. 7).

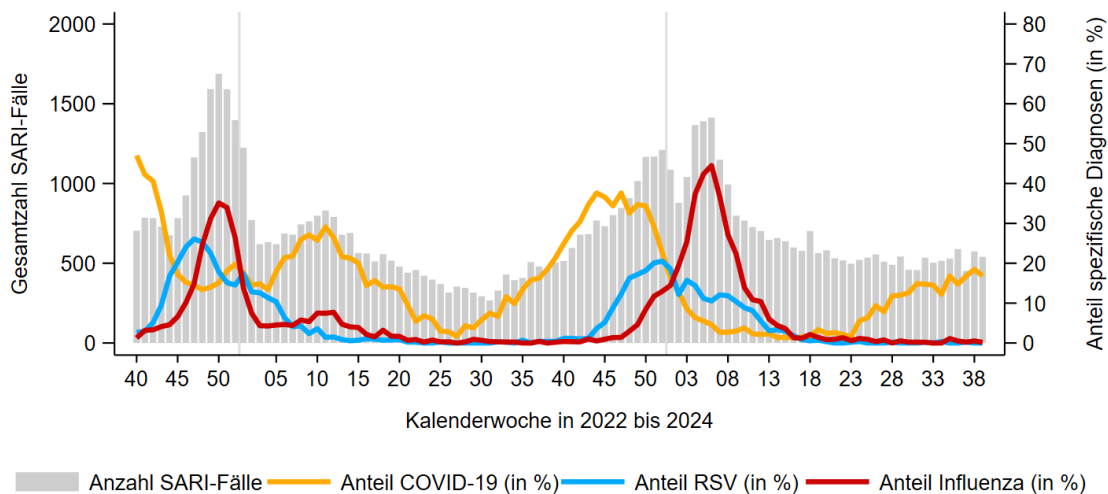


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 39. 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 drei Fälle je 1 Million Einw.). In der 39. KW 2024 erhielten acht (18 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose. Es wurden keine Influenza- oder RSV-Diagnosen bei intensivpflichtigen SARI-Fällen vergeben.

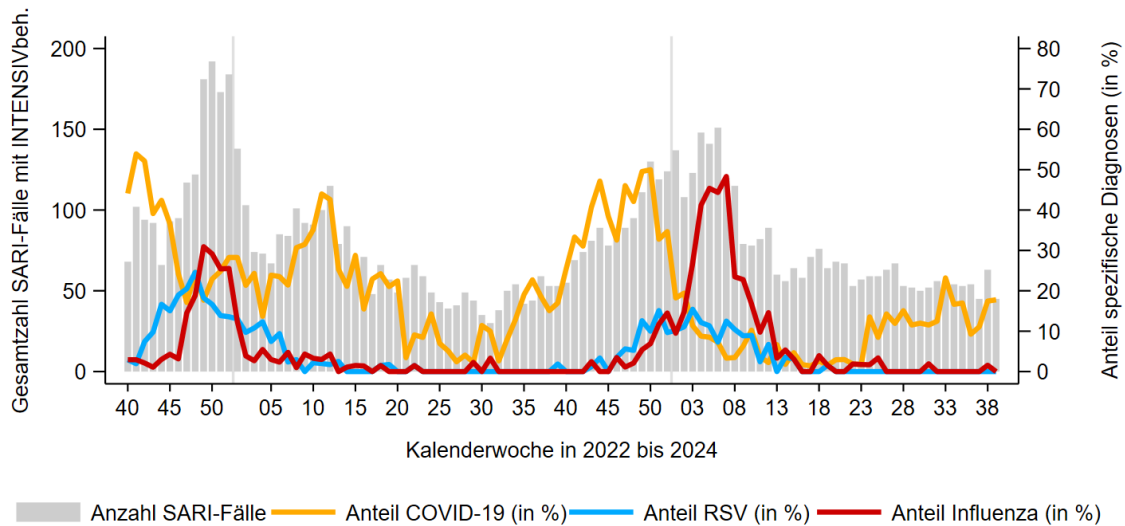


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 39. 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 39. MW 2024 wurden bislang insgesamt 156 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 156 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 39 (25 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 39. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 1.10.2024). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 215.580 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 214.827 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.687 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.141 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Von 1.140 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 Influenzatypp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

| | 34. MW | 35. MW | 36. MW | 37. MW | 38. MW | 39. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------|
| Influenza A (nicht subtypisiert) | 96 | 79 | 94 | 81 | 95 | 118 | 182.667 |
| A(H1N1)pdm09 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 3 | 6.050 |
| A(H3N2) | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 162 |
| nicht nach A / B differenziert | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 5.061 |
| B | 27 | 31 | 39 | 20 | 36 | 32 | 20.885 |
| Gesamt | 131 | 121 | 140 | 109 | 138 | 156 | 214.827 |
| Hospitalisierte Fälle | 25 | 28 | 34 | 19 | 32 | 39 | 44.687 |

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

COVID-19

Für die 39. MW 2024 wurden bislang 9.470 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 2.572 (27 %) Fällen wurde für die 39. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 1.10.2024). In der 39. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche erneut gestiegen.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 419.057 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 140.535 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 7.508 (+ 94 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)

| | 34. MW | 35. MW | 36. MW | 37. MW | 38. MW | 39. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| SARS-CoV-2 | 4.981 | 5.717 | 6.493 | 5.838 | 7.549 | 9.470 | 419.057 |
| Hospitalisierte Fälle | 1.468 | 1.666 | 1.930 | 1.742 | 2.225 | 2.572 | 140.535 |

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

RSV-Infektionen

Für die 39. MW 2024 wurden bislang insgesamt 56 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 56 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich auf einem niedrigen Niveau.

Bei fünf (9 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 39. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 1.10.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 58.885 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 57.840 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.628 (30 %) 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)

| | 34. MW | 35. MW | 36. MW | 37. MW | 38. MW | 39. MW | Gesamt ab 40. MW 2023 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| RSV | 53 | 35 | 27 | 22 | 39 | 56 | 57.840 |
| Hospitalisierte Fälle | 3 | 10 | 9 | 3 | 9 | 5 | 17.628 |

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, bei der sich nach einer stabilen Phase in der 39. KW 2024 ein Anstieg zeigte.

In der 39. KW lagen Daten aus 129 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>.

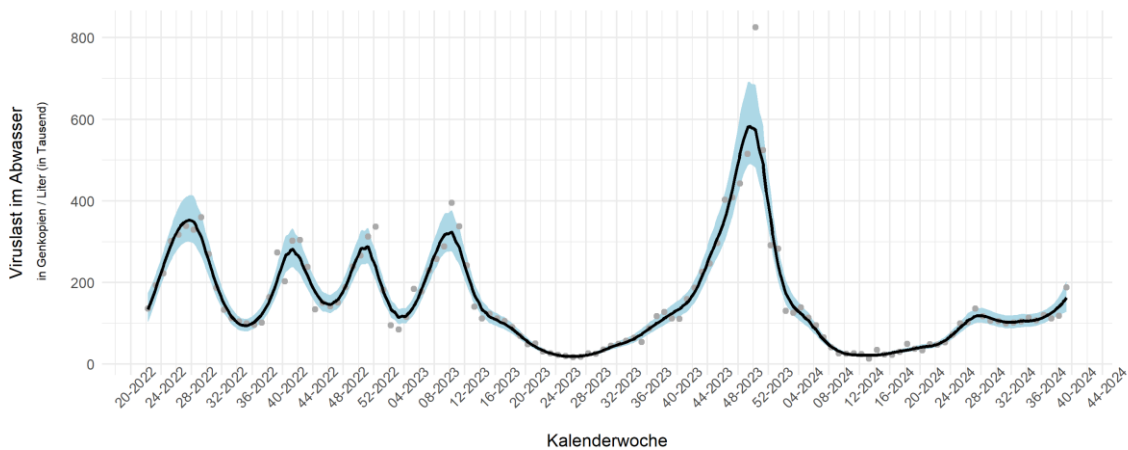


Abb. 9: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 1.10.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.9.2024, 39. KW). Gezeigt werden 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 39/2024 | DOI: 10.25646/12858