

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
42. Kalenderwoche (14.10. bis 20.10.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität liegt weiterhin auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen ist aktuell niedrig und liegt auf dem Niveau der Vorjahre. Das ARE-Geschehen wird seit Juli 2024 hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. Durch die Herbstferien in einigen Bundesländern können die Werte stärker schwanken und sich nachträglich noch erhöhen.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 42. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls leicht gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 42. KW 2024 in insgesamt 75 der 136 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (29 %) und SARS-CoV-2 (19 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 6 %), Adenoviren (5 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 4 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 42. KW 2024 gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten blieb weiter relativ stabil. Es wurden in der 42. KW bei 20 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben. In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden ebenfalls hauptsächlich Rhinoviren (27 %) und SARS-CoV-2 (19 %) in den eingesandten Proben nachgewiesen.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle gemäß IfSG ist in der 42. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 41. MW zunächst nicht weiter angestiegen. In der 40. KW 2024 wurde die Sublinie KP.3.1.1 mit einem kaum veränderten Anteil von 40 %, die rekombinante Sublinie XEC mit einem steigenden Anteil von 39 % nachgewiesen.

Seit der 38. KW ist ein starker Anstieg in der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser zu beobachten. Die Viruslast von Influenza A- und B-Viren im Abwasser, die ab der 42. KW ebenfalls berichtet wird, befindet sich seit der 9. KW 2024 im niedrigen Bereich.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- 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.
- Artikel (17.10.2024) im Epidemiologischen Bulletin zur Wirksamkeit der saisonalen Influenzaimpfung in der Saison 2023/24 in Deutschland:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/42_24.pdf
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 2.10.2024):
<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 – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 42. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag insgesamt bei rund 8.200 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 8.700; Abb. 1). Dabei sind die Werte insbesondere bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,9 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 in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken und lag bei rund 900 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.000). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

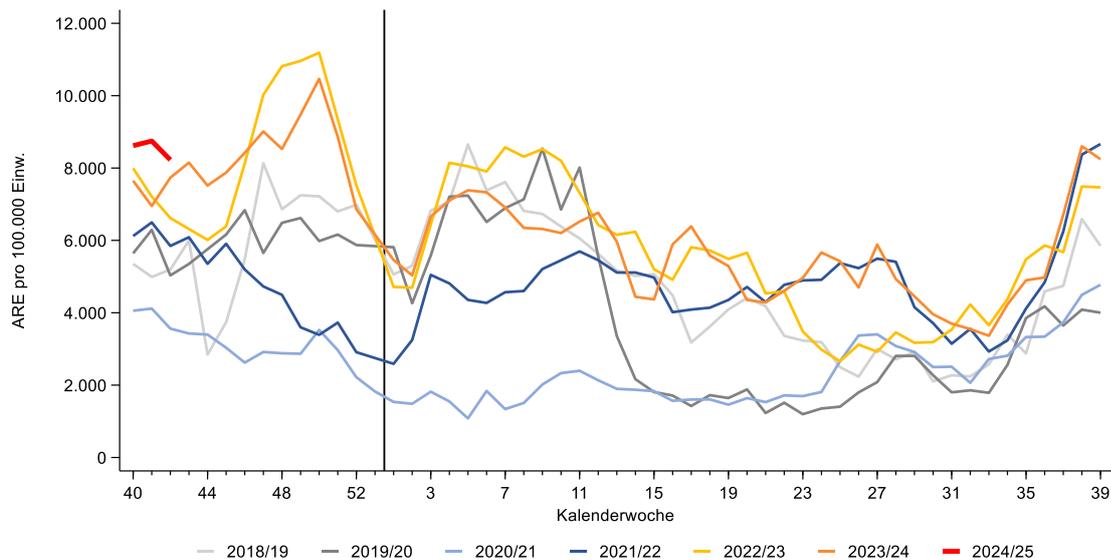


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 42. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken (Abb. 2). Die ca. 1.800 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 42. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 1,5 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

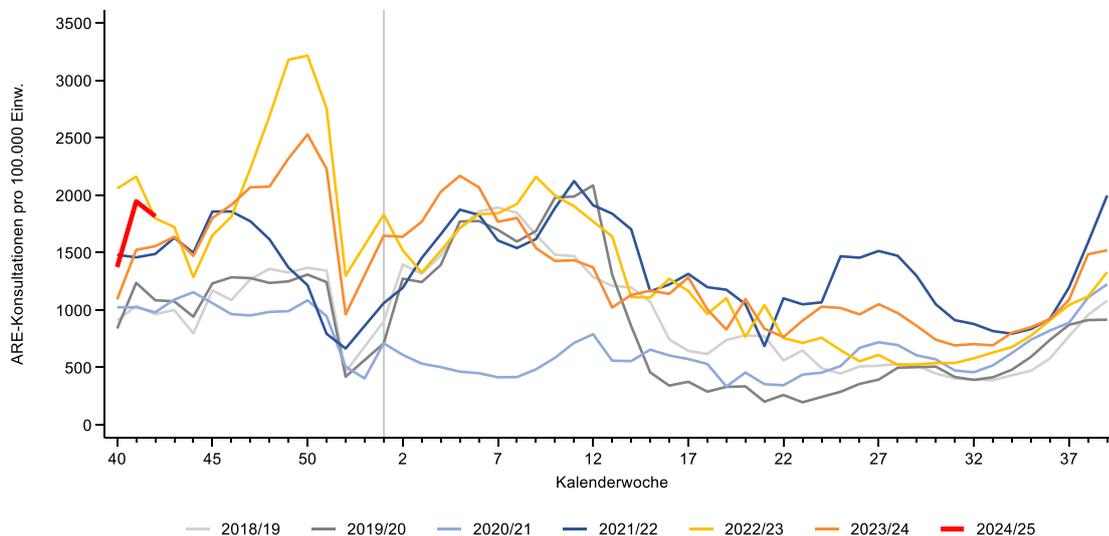


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 42. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den 0- bis 4-jährigen Kindern gestiegen, in allen anderen Altersgruppen sind die Werte leicht gesunken (Abb. 3).

Aufgrund der Herbstferien in einigen Bundesländern in der 42. KW 2024 können sich die Werte durch ein geändertes Konsultationsverhalten und Praxisschließzeiten sowie durch nachträgliche Meldungen stärker verändern.

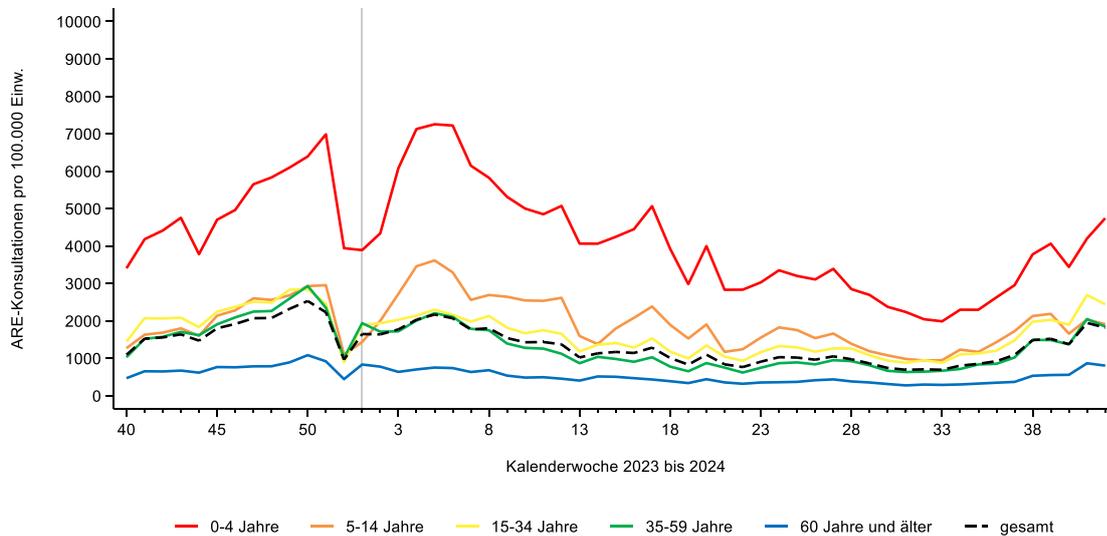


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 42. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 der 42. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befindet sich mit rund 100 Arztbesuchen wegen ARE mit COVID-19 Diagnose pro 100.000 Einwohner auf einem ähnlichen Niveau wie letztes Jahr um diese Zeit.

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 Surveillance im ARE-Praxis-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 42. KW 2024 insgesamt 136 Sentinelproben von 54 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 75 (55 %) der 136 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 42. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 29 %) und SARS-CoV-2 (PR 19 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 6 %), Adenoviren (PR 5 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; PR 4 %). Influenza A- und B-Viren, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und Influenza C-Viren wurden in der 42. KW nicht nachgewiesen.

Es gab eine Dreifach- und neun Doppelinfectionen, die hauptsächlich bei Kindern unter fünf Jahren detektiert wurden.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2023/24 und 2024/25 (bis zur 42. KW 2024), Stand 22.10.2024.

	39. KW	Gesamt 2023/24	40. KW	41. KW	42. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	113	8.571	86	159	136	381
Probenanzahl mit Virusnachweis*	54	5.186	44	91	75	210
Positivenrate (PR)	48 %	61 %	51 %	57 %	55 %	55 %
Influenzaviren						
A (nicht subtypisiert)	0	8	0	0	0	0
A(H3N2)	0	54	0	1	0	1
A(H1N1)pdm09	2	1.130	0	2	0	2
B	0	190	0	0	0	0
SARS-CoV-2	13	950	10	32	26	68
RSV	0	559	0	0	0	0
hMPV	0	220	0	2	0	2
PIV (1 – 4)	7	353	5	7	8	20
Rhinoviren	35	1.585	25	49	40	114
hCoV	0	360	1	3	5	9
Adenoviren	1	330	5	3	7	15
Influenza C-Viren**	-	-	0	1	0	1

* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen.

Rhinoviren wurden in allen Altersgruppen nachgewiesen, während SARS-CoV-2 hauptsächlich bei Erwachsenen ab 35 Jahren identifiziert wurden (Abb. 4).

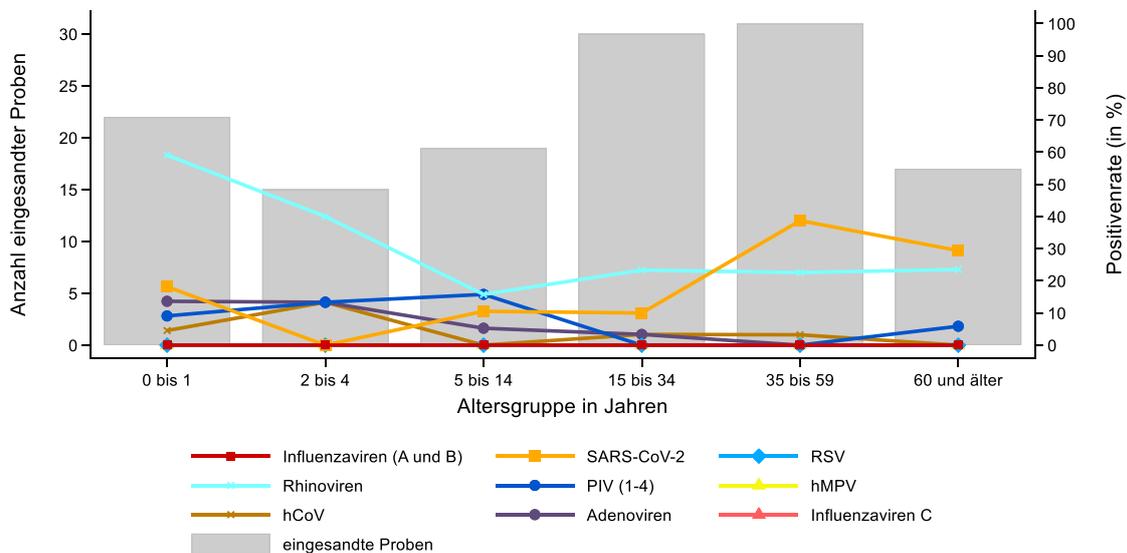


Abb. 4: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren und Adenoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 42. KW 2024.

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 Influenzaviren sind abrufbar unter www.rki.de/nrz-influenza.

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

Für die 40. KW 2024 stehen aktuell 72 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 22.10.2024). Derzeit zirkulieren in Deutschland verschiedene SARS-CoV-2 Linien, die sich von der als VOI eingestuftten Variante JN.1 ableiten, darunter KP.3.1.1 und XEC, die von der WHO¹ als VUM eingestuft sind. XEC wurde in Deutschland erstmals im Juni 2024 detektiert. Sie leitet sich aus einer Rekombination zweier JN.1-Sublinien (KS.1.1 und KP.3.3) ab.

Der Anteil der Linie KP.3.1.1 hat sich im Vergleich zur Vorwoche (38 %) kaum verändert und lag bei 40 %. Ihr Höchstwert lag in 33. KW 2024 bei 48 %. Die rekombinante Linie XEC wurde mit einem steigenden Anteil von 39 % nachgewiesen (Vorwoche: 34 %).

Das ECDC² geht aufgrund vorläufiger Daten aus Europa von einem Wachstumsvorteil von XEC gegenüber anderen zirkulierenden SARS-CoV-2 Linien aus. 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 und dem ECDC weiterhin als gering eingestuft. Mit der zunehmenden Verbreitung aufgeführter SARS-CoV-2 Linien wird keine Erhöhung der Krankheitsschwere beobachtet.

Aufgrund von Nachmeldungen kann es zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegenden 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) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 42. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die SARI-Inzidenz liegt aktuell auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (Abb. 5).

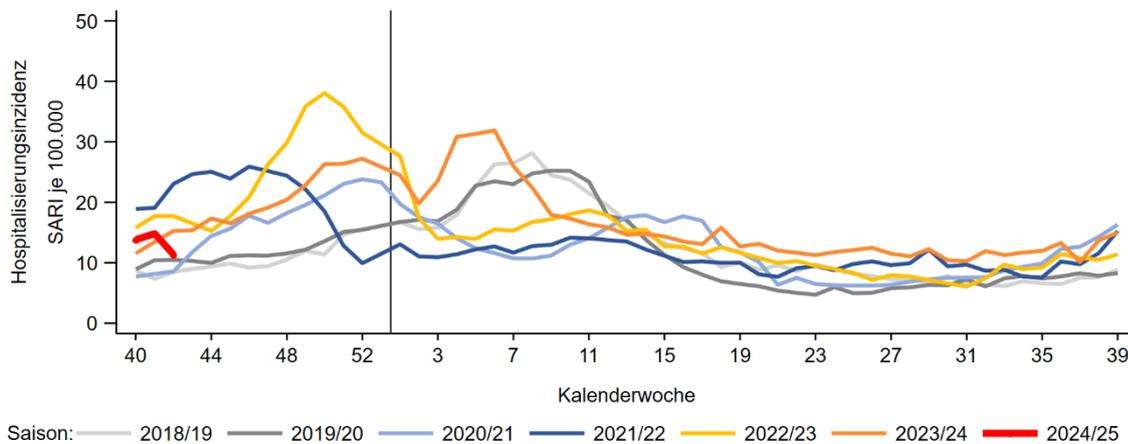


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 42. KW 2024), Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 42. KW 2024 in der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre stabil geblieben, während in den übrigen Altersgruppen die Werte zurückgingen. Während des Sommers 2024 wurden bei den 5- bis 14-Jährigen und den 15- bis 34-Jährigen zum Teil deutlich höhere Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. Aktuell liegt die SARI-Inzidenz in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen auf einem im Vergleich zu den Vorjahren erhöhten Niveau. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 42. KW auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

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

² <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-28-september-4-october-2024-week-40>

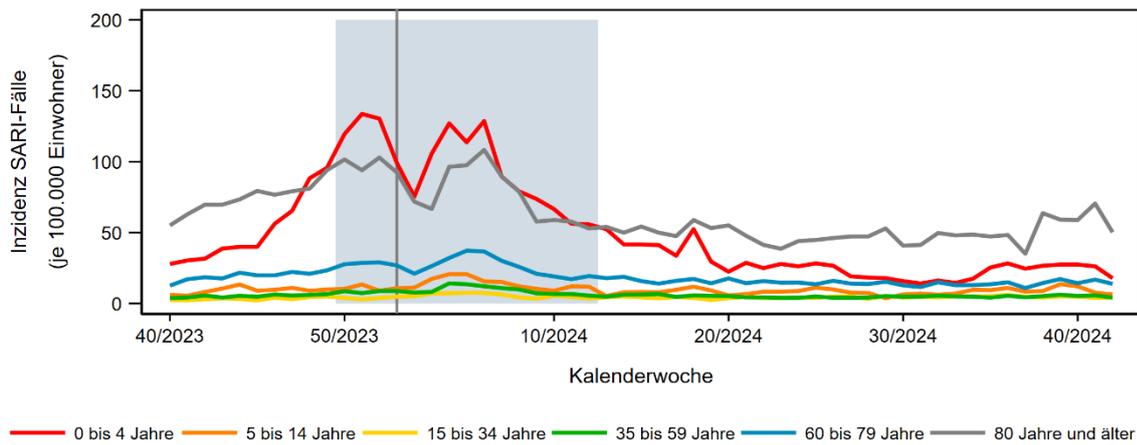


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2023 bis zur 42. KW 2024, Daten aus 69 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle in Saison 2023/24 ist grau hinterlegt.

Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag ab der 28. KW 2024 über 10 % und ist danach allmählich weiter angestiegen. In den letzten Wochen blieb der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei etwa 20 % relativ stabil. In der 42. KW 2024 erhielten 20 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 22 %). In der 42. KW wurde bei weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza-Diagnose vergeben. Es wurden keine RSV-Erkrankungen diagnostiziert (Abb. 7).

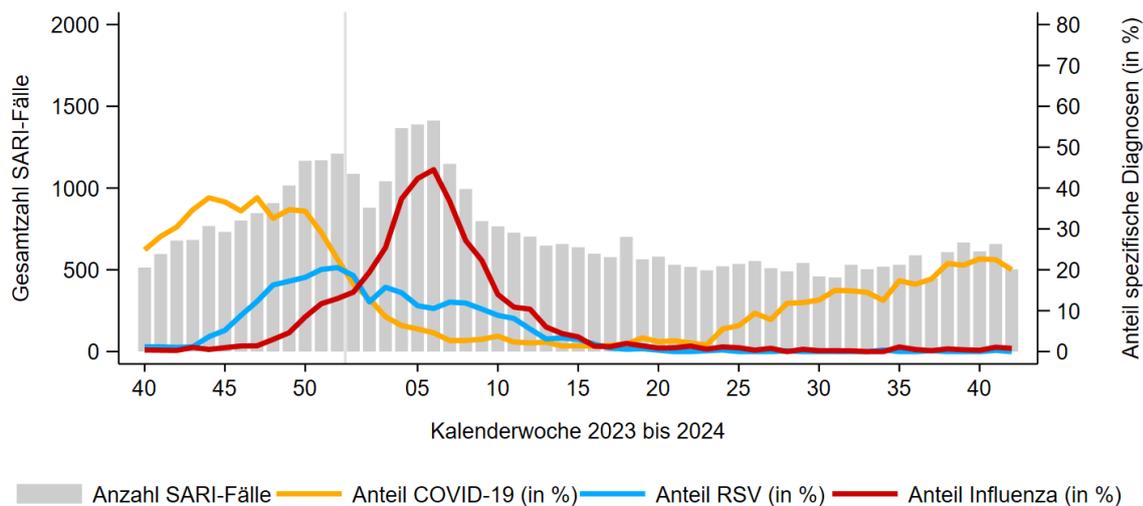


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 42. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 69 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

COVID-19-Diagnosen wurden in der 42. KW in den meisten Altersgruppen vergeben, überwiegend jedoch in den Altersgruppen ab 60 Jahren. Bei SARI-Fällen ab 80 Jahren war der Anteil der COVID-19-Diagnosen mit 30 % besonders hoch (Abb. 8). Es wurden vereinzelt Influenza-Diagnosen bei Erwachsenen vergeben.

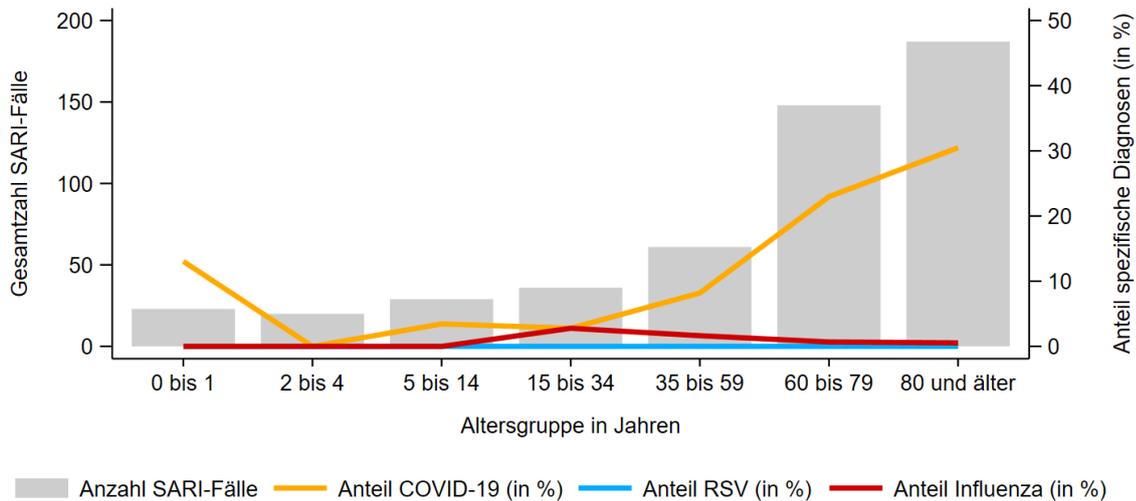


Abb. 8: Anzahl der in der 42. KW 2024 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Nach dem Ende der Grippewelle der Saison 2023/24 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, jedoch zeigte sich bisher kein Anstieg bei der Anzahl intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle (Abb. 9, graue Balken). In der 42. KW 2024 erhielten 30 % der intensivpflichtigen SARI-Fälle im Sentinel eine COVID-19-Diagnose. Es wurden keine Influenza- oder RSV-Diagnosen bei intensivpflichtigen SARI-Fällen vergeben.

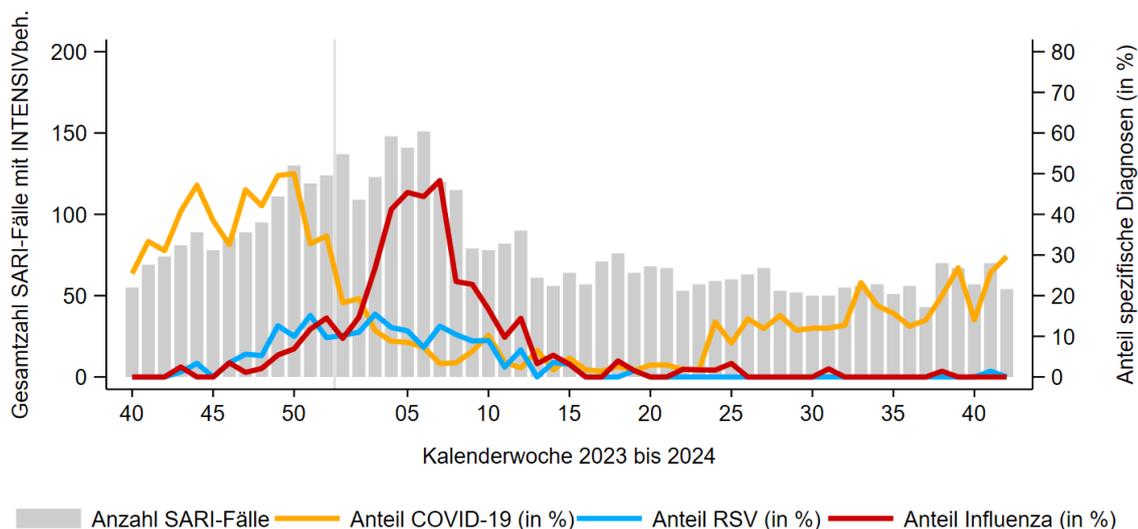


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 42. 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.

Virologische SARI-Surveillance im Krankenhaus-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Mit Beginn der Saison 2024/25 wird die Berichterstattung zur syndromischen Krankenhaussurveillance (ICOSARI) um die virologische SARI Sentinel-Surveillance erweitert. Diese umfasst 15 Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ für Inflenzaviren wurden in der 42. KW 2024 insgesamt 26 Sentinelproben aus fünf der 15 teilnehmenden Kliniken zugesandt. In insgesamt zwölf (46 %) der 26 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In der 42. KW 2024 zirkulierten Rhinoviren (PR 27 %), SARS-CoV-2 (Positivenrate (PR) 19 %), Adenoviren (PR 7 %) und hCoV (PR 4 %). Inflenzaviren und RSV wurden in der 42. KW nicht nachgewiesen.

Es gab drei Doppelinfektionen, an denen Rhinoviren in Kombination mit Adenoviren oder hCoV beteiligt waren.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2023/24 und 2024/25 (bis zur 42. KW 2024), Stand 22.10.2024.

	39. KW	Gesamt 2023/24	40. KW	41. KW	42. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	48	1.924	31	52	26	110
Probenanzahl mit Virusnachweis*	17	901	14	16	12	42
Positivenrate (PR)	35 %	47 %	45 %	31 %	46 %	38 %
Inflenzaviren						
A (nicht subtypisiert)	0	4	0	0	0	0
A(H3N2)	0	4	0	0	0	0
A(H1N1)pdm09	0	158	1	0	0	1
B	0	6	0	0	0	0
SARS-CoV-2	5	195	6	11	5	22
RSV	0	128	0	0	0	0
hMPV	0	74	0	0	0	0
PIV (1 – 4)	0	59	3	2	0	5
Rhinoviren	11	276	3	3	7	13
hCoV	1	49	1	0	1	2
Adenoviren	1	44	0	1	2	3
Influenza C-Viren**	-	-	0	0	0	0

* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

In der 42. MW 2024 wurden bislang insgesamt 240 Fälle gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 240 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche auf niedrigem Niveau stabil geblieben. Bei 24 Fällen (10 % von allen laborbestätigten Fällen) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 22.10.2024). In der Saison 2024/25 wurden bislang keine Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 keine Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labor-diagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	81	96	118	124	174	166	464
A(H1N1)pdm09	4	2	4	4	3	4	11
A(H3N2)	1	1	2	0	2	1	3
nicht nach A / B	3	4	3	5	13	6	24
B	20	36	34	47	62	63	172
Gesamt	109	139	161	180	254	240	674
Hospitalisierte Fälle	20	34	42	47	52	24	123

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

COVID-19

In der 42. MW 2024 wurden bislang 11.580 COVID-19 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 4). Bei 3.653 (32 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 22.10.2024). Der Anstieg der Fallzahlen hat sich zunächst nicht fortgesetzt. In der Saison 2024/25 wurden bisher 193 Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. 96 % der Verstorbenen waren 60 Jahre oder älter.

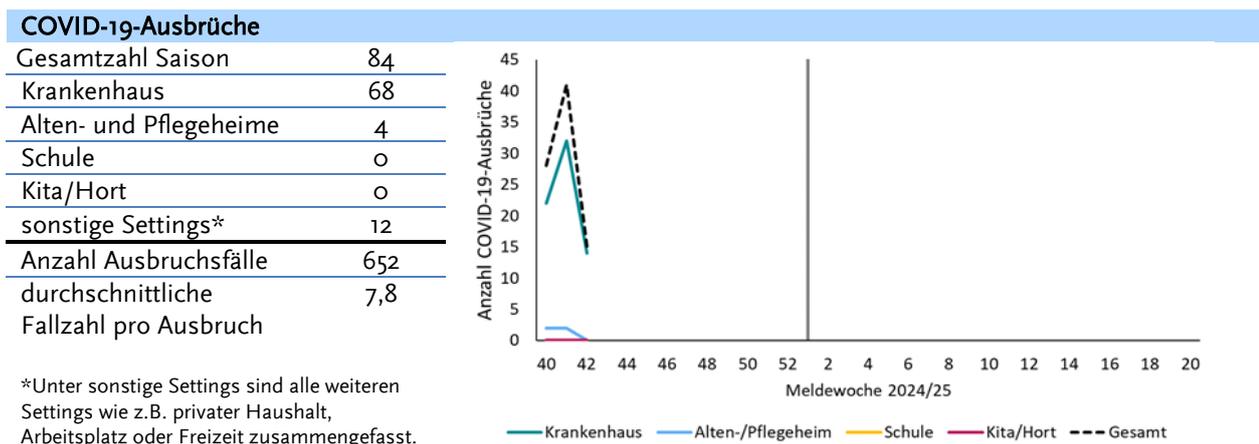
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 84 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 15 Ausbrüche in der 42. MW übermittelt (Tab 5).³

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	5.847	7.567	9.834	8.137	12.037	11.580	31.754
Hospitalisierte Fälle	1.781	2.309	3.054	2.597	4.218	3.653	10.468

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

Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2024/25. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition berücksichtigt (laborbestätigte Fälle). Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.



RSV-Infektionen

Für die 42. MW 2024 wurden bislang insgesamt 57 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 57 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 6). Die Fallzahlen befinden sich auf einem niedrigen Niveau.

Bei 14 (25 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 42. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 22.10.2024). In der Saison 2024/25 wurden bislang keine Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 keine RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorie C-E)

	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	22	39	59	24	35	57	116
Hospitalisierte Fälle	3	9	8	6	9	14	29

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

³ Eine ausführliche Beschreibung zu Ausbrüchen und Ausbruchsfällen mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in der Saison 2023/24 wurden im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/39_24.pdf

Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

SARS-CoV-2

Die Abb. 10 zeigt den Verlauf der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser. Seit der 38. KW ist ein starker Anstieg in der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast zu beobachten.

In der 42. KW lagen Daten aus 119 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.

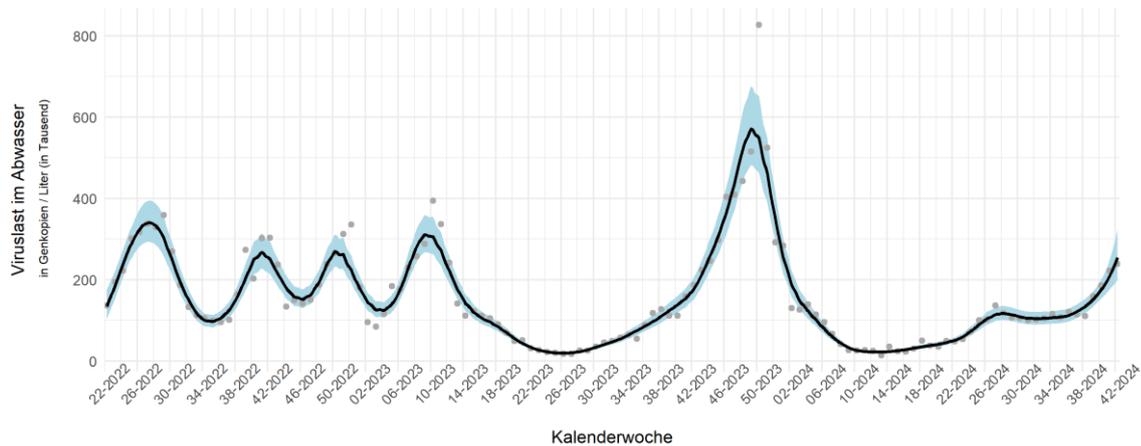


Abb. 10: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 22.10.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (16.10.2024, 42. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert.

Influenzaviren

Die Abb. 11 zeigt den Verlauf der aggregierten Viruslast von Influenza A- und B-Viren im Abwasser. Insgesamt wird in 92 Kläranlagen auf Influenzaviren untersucht. Seit der 9. KW 2024 befinden sich die Viruslasten für Influenza A- und B-Viren im niedrigen Bereich.

In der 42. KW lagen Daten aus 83 Kläranlagen für Influenza A-Viren und 83 Kläranlagen für Influenza B-Viren vor. Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere, wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnern nachmelden.

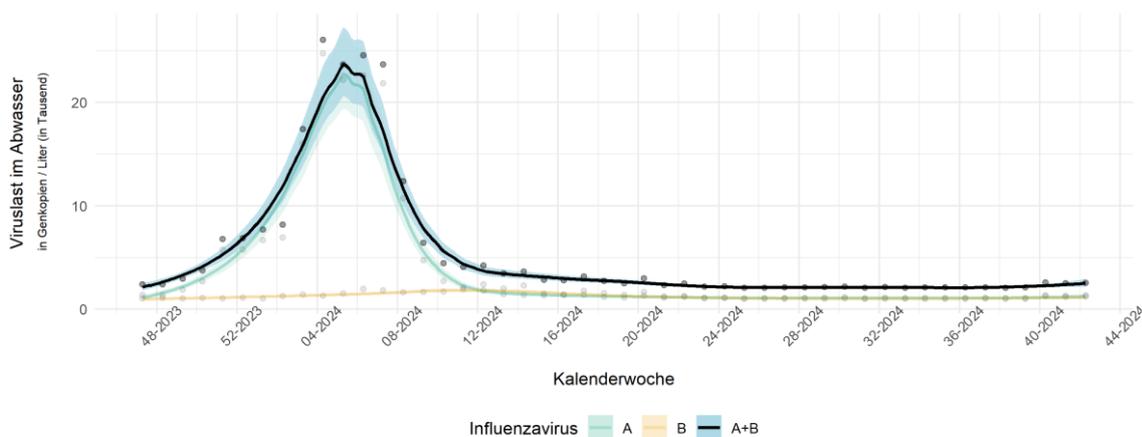


Abb. 11: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 22.10.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (16.10.2024, 42. 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, Hackmann C, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 42/2024 | DOI: 10.25646/12872