



ARE-Wochenbericht

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe*

Kalenderwoche 2 (9.1. bis 15.1.2023)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 2. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Der aktuelle Wert lag im Bereich der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE im Vergleich zur Vorwoche bundesweit gesunken. Die Zahl der Arztbesuche lag nun ebenfalls im Wertebereich der vorpandemischen Jahre.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 2. KW 2023 in insgesamt 67 (47 %) der 142 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 23 (16 %) Proben mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV), 13 (9 %) mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), elf (8 %) mit Influenzaviren, neun (6 %) mit Rhinoviren, sieben (5 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), sechs (4 %) mit SARS-CoV-2 und zwei (1 %) mit Parainfluenzaviren (PIV).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) insgesamt stark zurückgegangen und liegt auf einem Niveau vergleichbar zu den in den Vorjahren beobachteten Werten. Insgesamt lag der Anteil der mit einer schweren Atemwegserkrankung hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Diagnose in der 2. KW 2023 bei insgesamt 12 %, der Anteil an Influenza-Diagnosen lag bei 6 %. Bei 0- bis 4-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten ist der Anteil der RSV-Diagnosen gesunken und lag bei 45 %.

Die ARE-Aktivität ist in der 2. KW 2023 hauptsächlich auf die Zirkulation von RSV, gefolgt von hCoV und Influenzaviren zurückzuführen. RSV verursachten insbesondere bei den Kleinkindern und älteren Erwachsenen ab 60 Jahre die meisten Arztbesuche wegen ARE in der 2. KW. Die Grippewelle in Deutschland, die in der 43. KW 2022 begonnen hat, hat ihren Höhepunkt überschritten.

Weitere Informationen zum bisherigen Verlauf der Saison 2022/23

Die ARE-Aktivität lag seit Beginn der Saison 2022/23 auf einem hohen Niveau. Zunächst war sie noch stark beeinflusst durch die Zirkulation von SARS-CoV-2, dann durch den frühen und starken Anstieg der RSV-Aktivität insbesondere in der Altersgruppe der Kleinkinder. Seit November wird die ARE-Aktivität maßgeblich durch die mit Beginn der Grippewelle in der 43. KW 2022 anhaltende Influenzaviruszirkulation bestimmt. Während in den vorpandemischen Saisons die Grippewelle meist erst nach dem Jahreswechsel begann und die Influenza-Aktivität deutlich anstieg, geht die Influenza-Aktivität aktuell seit mehreren Wochen zurück. Im Zusammenhang mit der hohen Influenza-Aktivität stieg auch die Zahl bakterieller Sekundärinfektionen (Gruppe-A Streptokokken) mit teils schweren Krankheitsverläufen an.

Grippe: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Influenza.html>

RSV: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/R/RSV/RSV.html>

COVID-19: www.rki.de/covid-19

ARE vermeiden: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Buerger/Flyer_Winter.pdf

Ausbrüche kontrollieren: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.pdf

Inzidenzanstieg von Gruppe-A-Streptokokken-Infektionen:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2023/Ausgaben/01_23.pdf

* Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <https://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Rate ist in der 2. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (4,5 %; Vorwoche: 4,6 %) (Abb. 1). Dabei ist die ARE-Rate bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) nach dem Ende der Weihnachtsferien wieder gestiegen, während sie bei den Erwachsenen weiter gesunken ist. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von knapp 3,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die Gesamt-ARE-Rate lag in der 2. KW im Wertebereich der vorpandemischen Jahre. Weitere Informationen unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

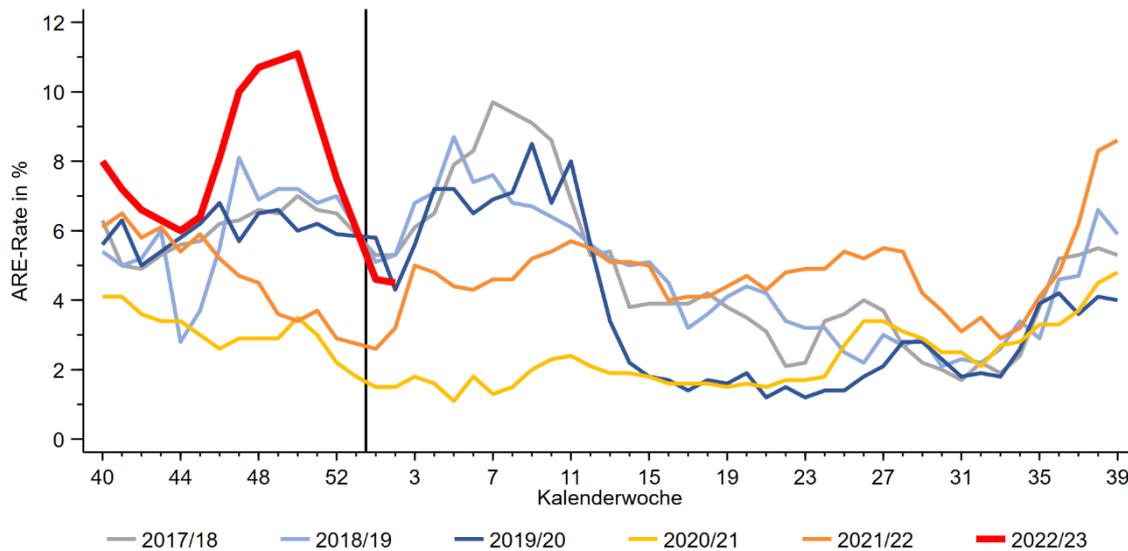


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 2. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza)

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 2. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche wieder deutlich gesunken (Tab. 1), nachdem die Zahl der Arztbesuche nach dem Jahreswechsel in der 1. KW angestiegen war. Grund des Anstiegs in der 1. KW waren möglicherweise während der Feiertage aufgeschobene Arztbesuche, ein ähnliches Phänomen ist auch schon in den Vorjahren beobachtet worden. Rund 1.300 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einwohner ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von ca. 1,1 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Tab. 1: ARE-Konsultationsinzidenz/100.000 Einwohner (gerundet) in den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 48. KW 2022 bis zur 2. KW 2023.

AGI-Region	48. KW	49. KW	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW
Baden-Württemberg	2.700	3.100	3.200	2.700	1.700	1.600	1.500
Bayern	3.000	3.400	3.400	2.900	1.600	1.500	1.600
Hessen	2.500	3.100	3.000	2.600	1.300	1.900	1.300
Nordrhein-Westfalen	2.800	3.200	3.400	3.100	1.000	1.900	1.400
Rheinland-Pfalz, Saarland	2.200	2.500	2.900	2.700	900	2.200	1.200
Niedersachsen, Bremen	2.300	2.800	2.900	2.600	1.400	1.700	1.000
Schleswig-Holstein, Hamburg	2.700	3.600	3.200	2.700	1.600	1.700	1.300
Brandenburg, Berlin	3.000	4.100	4.100	3.000	1.000	2.600	1.300
Mecklenburg-Vorpommern	4.500	5.000	4.800	2.400	2.000	2.700	1.400
Sachsen	2.500	3.200	3.400	3.100	1.200	2.100	1.300
Sachsen-Anhalt	3.300	3.700	3.400	2.400	800	1.300	1.000
Thüringen	3.300	4.100	3.600	2.800	1.200	2.000	1.300
Gesamt	2.700	3.300	3.300	2.800	1.300	1.900	1.300

Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass nachträglich eingehende Meldungen die Werte in den Folgewochen noch verändern können.

Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE lag in der 2. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche im Bereich der vorpandemischen Jahre zur 2. KW (Abb. 2). Während in den vorpandemischen Saisons die Grippewelle meist erst nach dem Jahreswechsel begann und die Influenza-Aktivität deutlich anstieg, geht die Influenza-Aktivität aktuell seit mehreren Wochen zurück.

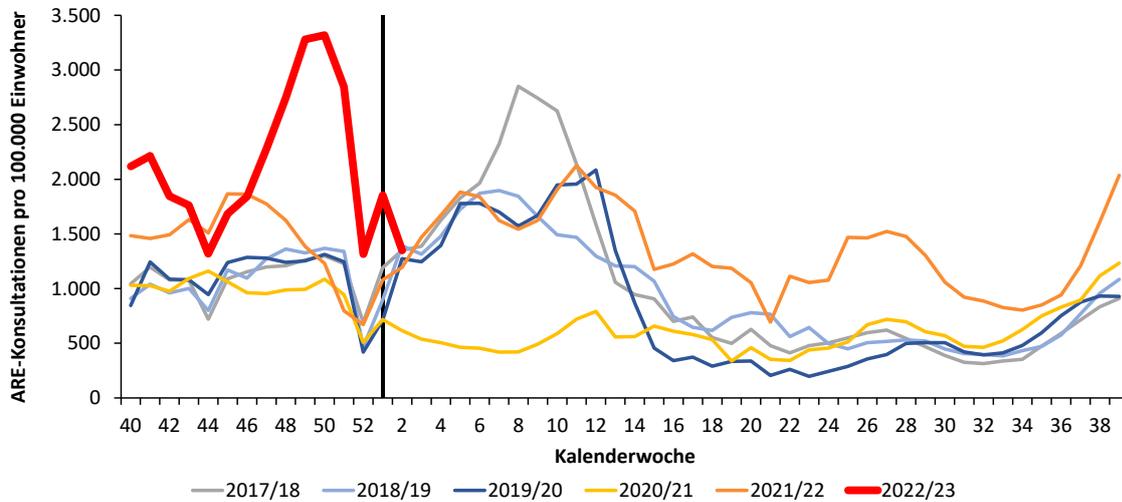


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 2. KW 2023). Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 2. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche in vier der fünf Altersgruppen gesunken, bei den 5- bis 14-Jährigen wurde ein leichter Anstieg beobachtet (Abb. 3). Die Weihnachtsferien endeten in einigen Bundesländern erst mit dem Ende der 1. KW 2023.

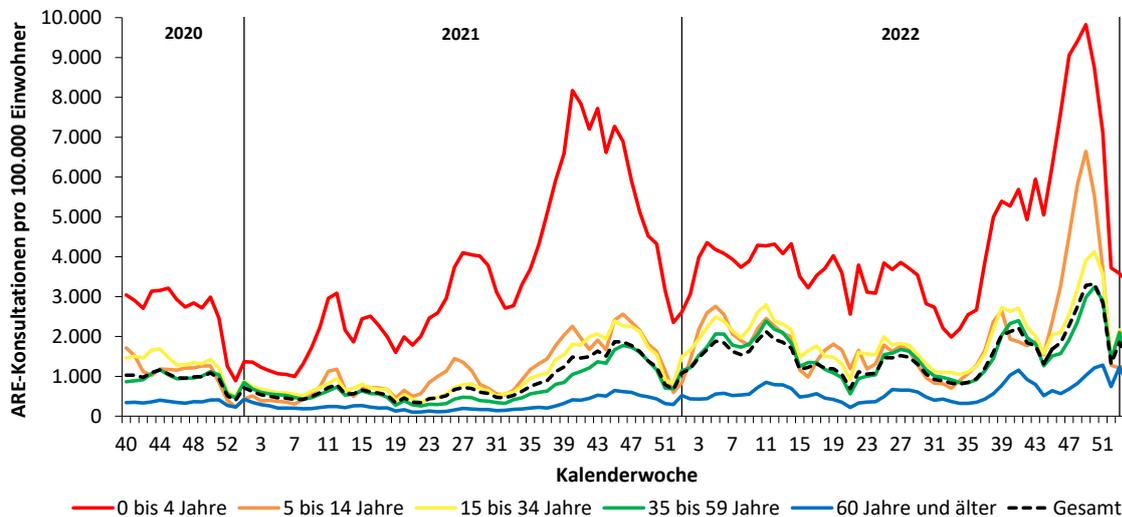


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2020 bis zur 2. KW 2023 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Diagramme für Deutschland (gesamt) und die zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter:

<https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenzaviren

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 2. KW 2023 insgesamt 142 Sentinelproben von 56 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 67 (47 %) der 142 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Es gab vier Doppelinfektionen, darunter drei mit RSV und Rhinoviren bzw. humanen saisonalen Coronaviren (hCoV).

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2022/23 (ab 40. KW 2022), Datenstand 17.1.2023.

	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	Gesamt ab 40. KW 2022
Anzahl eingesandter Proben*	355	202	55	134	142	3.047
Probenanzahl mit Virusnachweis	288	163	42	76	67	2.173
Anteil Positive (%)	81	81	76	57	47	71
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	1	0	0	0	0	2
A(H3N2)	184	105	23	17	5	1.056
A(H1N1)pdm09	10	4	1	8	5	43
B(Victoria)	2	0	1	1	1	9
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	55	54	45	19	8	36
RSV	50	32	11	24	23	478
Anteil Positive (%)	14	16	20	18	16	16
hMPV	6	2	1	5	7	57
Anteil Positive (%)	2	1	2	4	5	2
PIV (1 – 4)	4	2	0	3	2	114
Anteil Positive (%)	1	1	0	2	1	4
Rhinoviren	20	9	1	8	9	290
Anteil Positive (%)	6	4	2	6	6	10
hCoV	30	18	1	12	13	159
Anteil Positive (%)	8	9	2	9	9	5
SARS-CoV-2	17	12	5	8	6	171
Anteil Positive (%)	5	6	9	6	4	6

* 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.

In der 2. KW 2023 zirkulierten überwiegend RSV, gefolgt von hCoV und Influenzaviren (Tab. 2, Abb. 4). Die RSV-Positivenrate liegt in der 2. KW 2023 erstmals seit der 40. KW 2022 höher als die Influenza-Positivenrate. Die RSV-Welle hat nach Definition des RKI in der 41. KW 2022 begonnen und hält seitdem an.

Unter den Influenza A-Nachweisen wurden zu gleichen Teilen Influenza A(H3N2)-Viren oder Influenza A(H1N1)pdm09-Viren subtypisiert. Die Influenza-Positivenrate lag in der 2. KW bei 8 % (95 %-Konfidenzintervall [3; 14]). Die Influenza-Positivenrate ist in den letzten Wochen kontinuierlich und deutlich gesunken. Die Grippewelle hat nach Definition des RKI in der 43. KW 2022 begonnen. Der Höhepunkt der Grippewelle lag in der 50. KW und ist nun überschritten.

In der 2. KW 2023 wurden bei Arztbesuchen wegen ARE in den Altersgruppen der 0- bis 1-Jährigen und der ab 60-Jährigen am häufigsten RSV nachgewiesen, während bei den 2- bis 4-Jährigen am häufigsten hCoV detektiert wurden. Bei den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) wurden Influenzaviren am häufigsten nachgewiesen (Abb. 5).

Auf Basis der im Sentinel erhobenen Daten und der laufenden RSV-Welle ergibt sich eine Indikation zur Testung auf RSV in Kinderkliniken. Aufgrund des gegenwärtigen Status der Grippewelle hat die Differentialdiagnostik von Influenza in Krankenhäusern derzeit ebenfalls eine starke Bedeutung.

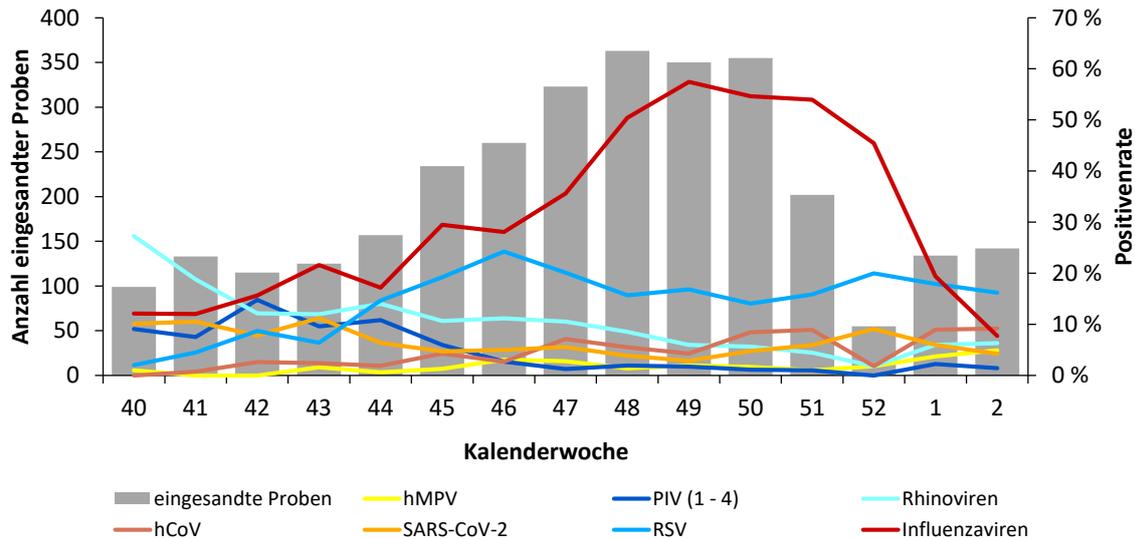


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2022 bis zur 2. KW 2023.

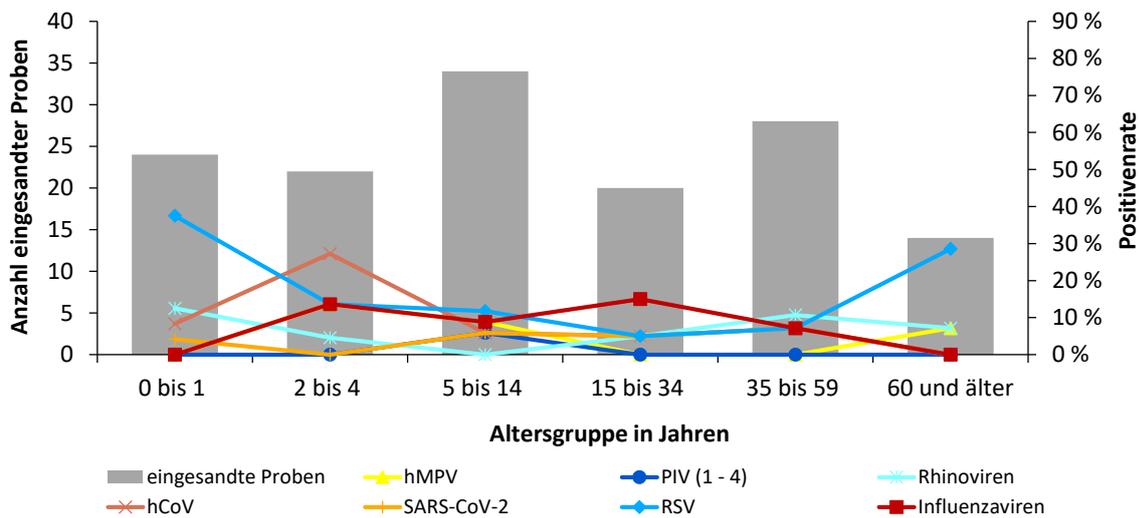


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken für die 2. KW 2023).

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des Sentinels (S) wurden 153 A(H3N2)-Viren der Saison 2022/23 sequenziert und das Hämagglutinin genetisch analysiert. Alle A(H3N2)-Viren gehören zur Clade 3C.2a1b.2a.2. Darunter sind 90 Viren der A/Bangladesh/4005/2020-Subgruppe und weitere 49 Viren der A/Slovenia/8720/2022-Subgruppe zuzuordnen; 13 Viren gehören zu einer weiteren Subgruppe mit den Substitutionen T-13A, E50K, D53N, N91, N96S, N122D, I192F, I223V, HA2:N49S im Hämagglutinin und ein weiteres Virus teilt die meisten Substitutionen mit dieser Subgruppe bis auf N91 und N122D. Darüber hinaus wurden vier A(H1N1)pdm09 Viren (S) sequenziert, welche alle zur Clade 6B.1A.5a.2 gehören. Darunter ist ein Virus der A/Norway/25089/2022-Subgruppe und ein Virus der A/Sydney/5/2021-Subgruppe zuzuordnen; 2 Viren gehören zu einer weiteren Subgruppe. Die zwei charakterisierten B/Victoria-Viren (S) gehören zur Clade V1A.3a.2 (Referenzvirus B/Austria/1359417/2021).

Seit der 40. KW 2022 wurden 345 Influenza A(H3N2)-Viren, 40 Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und acht Influenza B-Viren der Victoria-Linie in Zellkultur isoliert. Alle isolierten A(H3N2)-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Referenzserum (A/Darwin/9/2021) im Hämagglutinationshemmtest sehr gut erkannt. Die A(H1N1)pdm09-Viren reagierten ebenfalls sehr gut mit dem entsprechenden Referenzserum (A/Victoria/2570/2019). Die B/Victoria-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Serum (B/Austria/1359417/2021) detektiert, der Titer war jedoch gering. Diese Untersuchungen

dienen der Untersuchung der Passgenauigkeit der Impfstämme; sie erlauben keine vollständigen Aussagen zur Wirksamkeit der Impfstoffe, da hier noch andere Faktoren berücksichtigt werden müssen (Abstand zur letzten Impfung, Zahl vorangegangener Antigenkontakte, Expositionsdosis, Alter u. a.).

Es wurden keine Resistenzen gegen Neuraminidaseinhibitoren (Oseltamivir, Zanamivir) bei den bisher untersuchten Viren nachgewiesen (195 A(H₃N₂), 13 A(H₁N₁)pdm09 und sechs B/Victoria).

Unter <https://nextstrain.org/groups/WHO-euro-flu/> werden die aktuell und in früheren Saisons ko-zirkulierenden Influenzavirusvarianten abbildet und weitere interaktive Datenvisualisierungen bereit gestellt.

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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

In der 2. MW 2023 wurden bislang 5.591 labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen gemäß IfSG an das RKI übermittelt (Tab. 3). Die Fallzahlen sind seit der 51. KW 2022 rückläufig. Bei 1.060 Fällen (19 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand: 17.1.2023). Seit der 40. MW 2022 wurden insgesamt 255.576 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 34.433 (13 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzatypp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	49. MW	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	Gesamt ab 40. MW 2022
Influenza A (nicht subtypisiert)	42.595	52.763	47.655	20.232	12.791	4.939	235.513
A(H ₁ N ₁)pdm09	55	54	77	38	28	18	434
A(H ₃ N ₂)	976	1.003	807	353	252	82	5.134
nicht nach A / B differenziert	2.444	2.703	2.308	700	420	164	12.344
B	171	259	277	243	358	388	2.151
Gesamt	46.241	56.782	51.124	21.566	13.849	5.591	255.576

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

Es wurden seit der 40. MW 2022 bisher 432 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 111 in Kindergärten / Horten, 103 Ausbrüche in Schulen, 61 in privaten Haushalten, 59 in Alten- / Pflegeheimen, 51 in Krankenhäusern, sieben in medizinischen / ambulanten Behandlungseinrichtungen, jeweils vier in Rehaeinrichtungen bzw. Wohnstätten / Seniorentagestätten, jeweils zwei in Justizvollzugsanstalten bzw. Betreuungseinrichtungen und jeweils ein Ausbruch in einem Flüchtlingsheim bzw. Arbeitsplatz und 26 Ausbrüche ohne Angabe des Infektionsortes.

Seit der 40. MW 2022 wurden bisher 558 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um 536 Fälle mit Influenza A-Virusinfektion, 15 nicht nach Influenza A bzw. B differenzierte Fälle und sieben Infektionen mit Influenza B-Viren.

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

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 2. KW 2023 stark zurückgegangen. Insgesamt liegt die Inzidenz der SARI-Fälle auf einem Niveau, das vergleichbar zu den in den Vorjahren beobachteten Werten ist (Abb. 6).

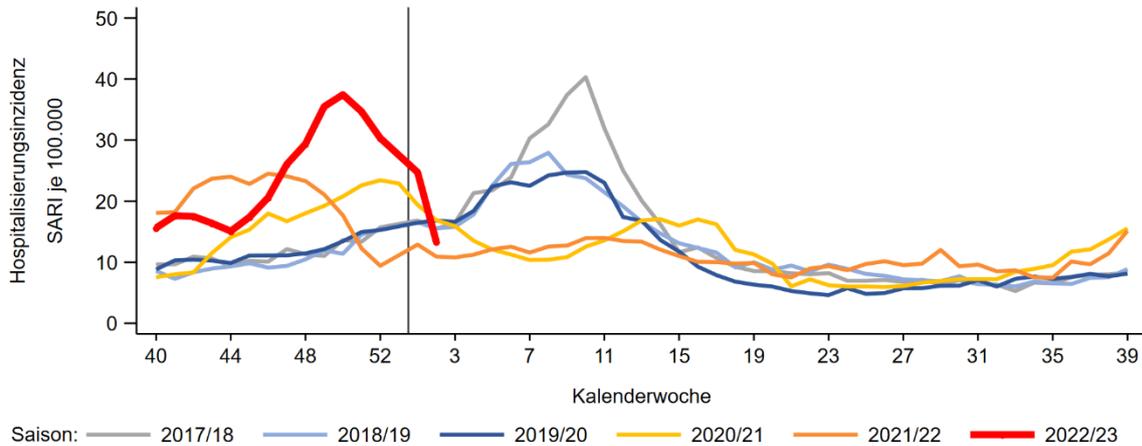


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 2. KW 2023), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Es kam in der 2. KW 2023 in fast allen Altersgruppen zu einem deutlichen Rückgang der SARI-Fälle, nur bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) kam es zu einem leichten Anstieg der Fallzahlen. In allen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen in der 2. KW 2023 auf einem Niveau, wie es auch in vorpandemischen Saisons in der 2. KW beobachtet wurde.

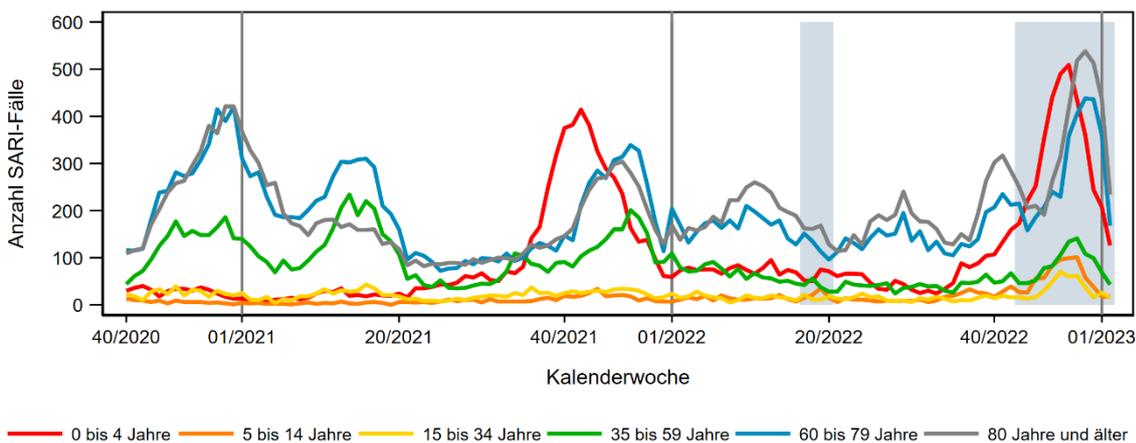


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 2. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist farbig hinterlegt.

Bei Betrachtung der SARI-Inzidenz pro 100.000 Einwohner werden die Unterschiede in den Altersgruppen hinsichtlich der generellen Einweisungshäufigkeit ins Krankenhaus mit schweren Atemwegsinfektionen deutlicher (Abb. 8). Hierbei fallen die starken Fallzahlenanstiege bei den 0- bis 4-jährigen und den ab 80-jährigen vor dem Jahreswechsel 2022/23 auf. Aktuell sind weiterhin die jüngste und die älteste Altersgruppe von schweren akuten Atemwegserkrankungen am häufigsten betroffen, jedoch wurden in den letzten Wochen wieder deutlich weniger Patientinnen und Patienten aus diesen Altersgruppen mit einer SARI ins Krankenhaus eingewiesen.

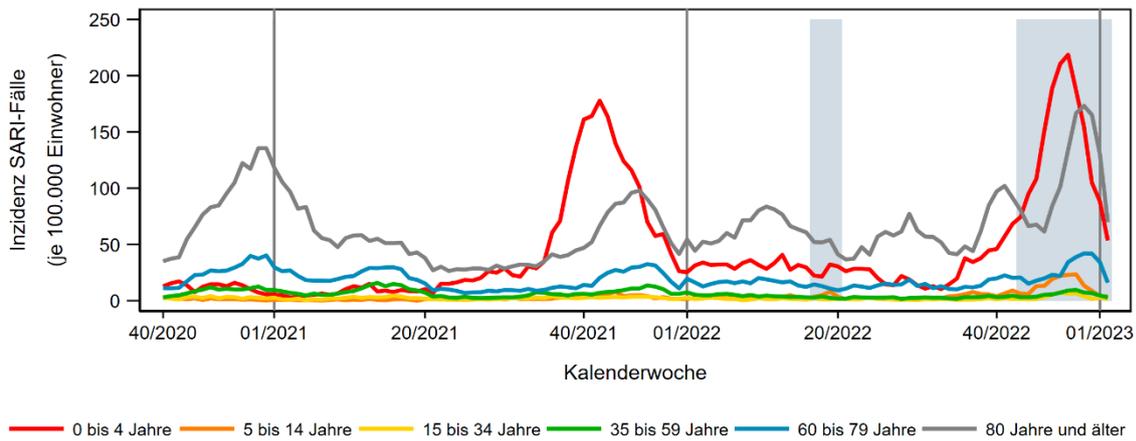


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2020 bis zur 1. KW 2023, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 2. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippeperiode ist grau hinterlegt.

Der Anteil der Influenza-Diagnosen ist in der 2. KW 2023 weiter zurückgegangen. So wurde bei insgesamt 6 % aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine Influenza-Diagnose vergeben. Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen lag dagegen bei 12 % und ist damit seit der 45. KW 2022 weitestgehend stabil geblieben. Bei 13 % der SARI-Fälle wurde eine RSV-Infektion diagnostiziert (Abb. 9).

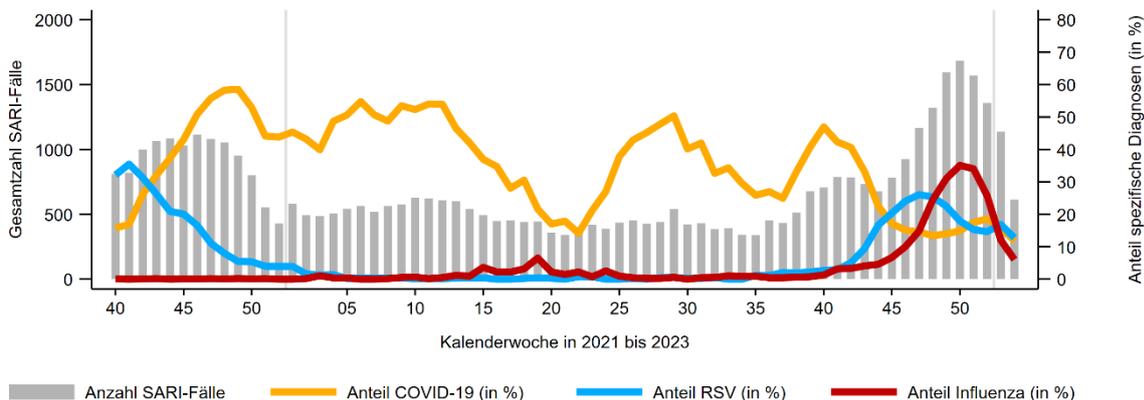


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2021 bis zur 2. KW 2023. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Es wurden in den Altersgruppen ab 60 Jahre häufiger COVID-19-Diagnosen vergeben. Dabei war bei den ab 80-jährigen SARI-Fällen der Anteil COVID-19-Diagnosen mit 17 % am höchsten (Abb. 10). Von einer Hospitalisierung mit Influenza waren dagegen hauptsächlich Schulkinder (5 bis 14 Jahre) betroffen, aus dieser Altersgruppe erhielten 16 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose. Zudem wurde in der Altersgruppe unter 5 Jahren in den letzten Wochen sehr häufig RSV diagnostiziert. In der 2. KW 2023 gab es in allen Altersgruppen RSV-Diagnosen. Insbesondere erhielten 61 % der 0- bis 1-jährigen und 14 % der 2- bis 4-jährigen SARI-Patientinnen und Patienten eine RSV-Diagnose. Damit ist der Anteil der mit RSV hospitalisierten Kinder in beiden Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche gesunken, blieb aber bei den 0- bis 1-jährigen weiter sehr hoch.

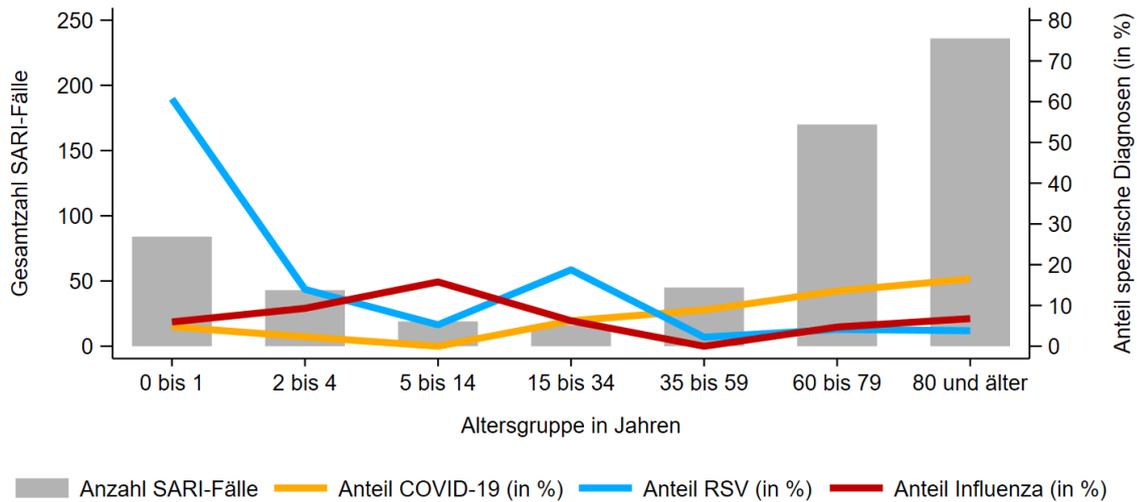


Abb. 10: Anzahl der in der 2. KW 2023 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen.

In Abb. 11 ist der Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. So wurde in der 2. KW 2023 bei insgesamt 22 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose vergeben, zudem erhielten 9 % der Fälle eine RSV-Diagnose. In den letzten Wochen ist der Anteil an Influenza-Diagnosen bei intensivpflichtigen SARI-Fällen deutlich gesunken. In der 2. KW 2023 wurde bei einem der Fälle (1 %) eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert.

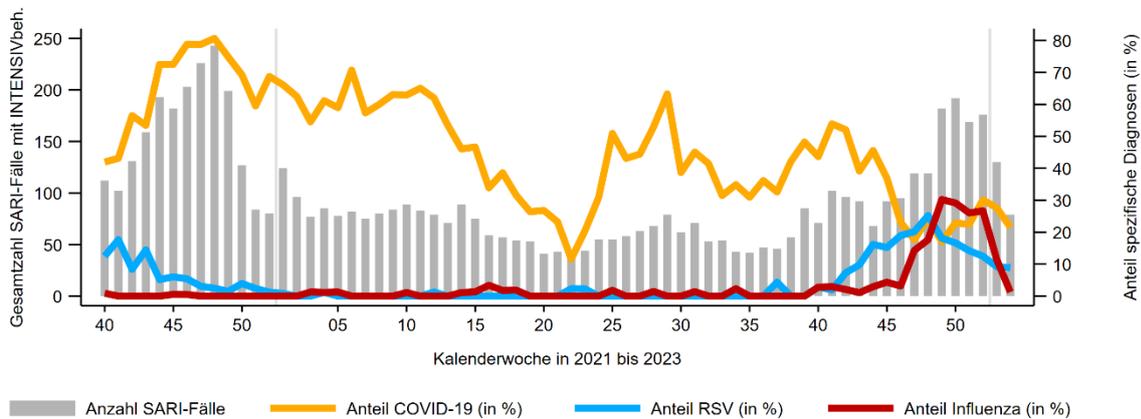


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2021 bis zur 2. KW 2023. Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

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

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance (1. KW 2023)

Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region in der 45. KW begonnen. Von den 37 Ländern, die in der 1. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten zwei Länder eine Influenza-Hintergrundaktivität, acht Länder eine geringe, 13 Länder eine mittlere, zwölf Länder (darunter Deutschland) eine hohe und zwei Länder (Finnland, Lettland) eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks sank von 30 % in der 52. KW 2022 auf 25 % in der 1. KW 2023.

Für die 1. KW 2023 wurden in 852 (25 %) von 3.424 Sentinelproben Influenzaviren detektiert, 750 (88 %) waren positiv für Influenza A-Viren und 102 (12 %) für Influenza B-Viren. Unter den 459 subtypisierten Influenza A-Viren waren 239 (52 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 220 (48 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Alle 21 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 5.495 SARI-Fälle für die 1. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 1. KW bei 15 % (52. KW: 16 %). Die SARS-CoV-2-Positivenrate bei den SARI-Fällen lag bei 1 % (52. KW: 2 %).

Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: <https://flunewseurope.org>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 436 vom 9.1.2023)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 25.12.2022. Den Ländern wird empfohlen, Influenza und COVID-19 in Sentinelsystemen gemeinsam zu überwachen. Ärzte und Ärztinnen sollten Influenza bei der Differentialdiagnostik zu COVID-19 berücksichtigen.

Weltweit blieb die Influenza-Aktivität aufgrund der Aktivität in der nördlichen Hemisphäre erhöht, es dominieren noch Influenza A(H3N2)-Viren.

In der nördlichen Hemisphäre nahm die Influenza-Aktivität in Europa weiter zu, in den nordamerikanischen Ländern ist die Influenza-Aktivität je nach den zur Bewertung herangezogenen Indikatoren gesunken, stabil geblieben oder gestiegen. Viele der Indikatoren lagen über den Werten, die sonst in dieser Jahreszeit beobachtet werden, einige Werte lagen über den Spitzenwerten früherer Grippewellen. In Europa und Nordamerika dominierten Influenza A(H3N2)-Viren, in Zentralasien wurden hauptsächlich A(H1N1)pdm09-Viren, gefolgt von Influenza B-Viren detektiert.

In der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre ist die Influenza-Aktivität im Berichtszeitraum weiter zurückgegangen oder blieb niedrig. In Ozeanien wurde weiterhin über eine niedrige Influenza-Aktivität berichtet.

In den meisten Ländern der tropischen Zone wurde eine niedrige Influenza-Aktivität verzeichnet, es wurden hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen. In der Karibik und Mittelamerika blieb die Influenza-Aktivität jedoch in Mexiko erhöht.

Vom 12.12. bis zum 25.12.2022 untersuchten die nationalen Influenza-Referenzzentren weltweit mehr als 604.408 Proben und berichteten 121.935 Influenzavirusnachweise (Datenstand: 6.1.2023). Davon wurden 97 % Influenza A-Viren und 3 % Influenza B-Viren typisiert. Von den subtypisierten Influenza A-Viren gehörten 57 % zu Influenza A(H3N2) und 43 % zu A(H1N1)pdm09. Unter den charakterisierten Influenza B-Viren gehörten 100 % der Victoria-Linie an.

Weitere Informationen, auch zu den an die WHO berichteten Ergebnissen der integrierten Sentinelsurveillance von Influenza und COVID-19, sind abrufbar in den Influenza Updates der WHO unter (in englischer Sprache): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>.

Vorgeschlagene Zitierweise

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe: ARE-Wochenbericht KW 2/2023; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/10968