



# GrippeWeb-Wochenbericht

Buchholz U, Buda S, Loenenbach A, Prahm K, Preuß U, Streib V, Haas W

## Kalenderwoche 8 (20.2. – 26.2.2023), Datenstand: 28.2.2023

### *Zusammenfassung der 8. KW 2023*

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte Rate von Personen mit einer neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankung mit Fieber, Husten oder Halsschmerzen (ARE) zeigte seit der 3. Kalenderwoche (KW) 2023 einen steigenden Trend, der sich in der 8. KW (20.2. – 26.2.2023) jedoch nicht weiter fortgesetzt hat (8,8 %; Vorwoche: 9,0 %). Bei den Kindern schwankt die ARE-Rate seit fünf Wochen auf einem relativ hohen Niveau, bei den Erwachsenen ist weiterhin ein steigender Trend zu beobachten. Nachdem die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) – ähnlich wie die ARE-Rate – seit der 3. KW angestiegen war, deutet sich aktuell ein abnehmender Trend an (1,8 %; Vorwoche: 2,2 %).

Die Gesamt-ARE-Rate lag in der 8. KW 2023 im Wertebereich der vorpandemischen Jahre zu dieser Zeit, die Gesamt-ILI-Rate lag im unteren Wertebereich.

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten Raten für die 8. KW 2023 beruhen auf den Angaben von 5.849 GrippeWeb-Teilnehmenden, von diesen meldeten 507 eine ARE und 104 eine ILI (Datenstand: 28.2.2023, 0:00 Uhr). Durch Nachmeldungen, die bis zu vier Wochen lang möglich sind, können sich noch Änderungen ergeben.

**Machen Sie mit! Durch SIE schaffen WIR Wissen!** Jede Erhöhung der Anzahl an Teilnehmenden hilft, die Aussagekraft der Daten weiter zu verbessern. Insbesondere zeitnahe Meldungen (jeweils gleich montags für die vorangegangene Woche) über unser Webportal führen zu stabilen Schätzzraten. Außerdem wären mehr aktiv Teilnehmende im Altersbereich von 15 bis 34 Jahren sehr hilfreich. Eine Registrierung bei GrippeWeb ist weiterhin einfach unter <https://grippeweb.bund.de> möglich.

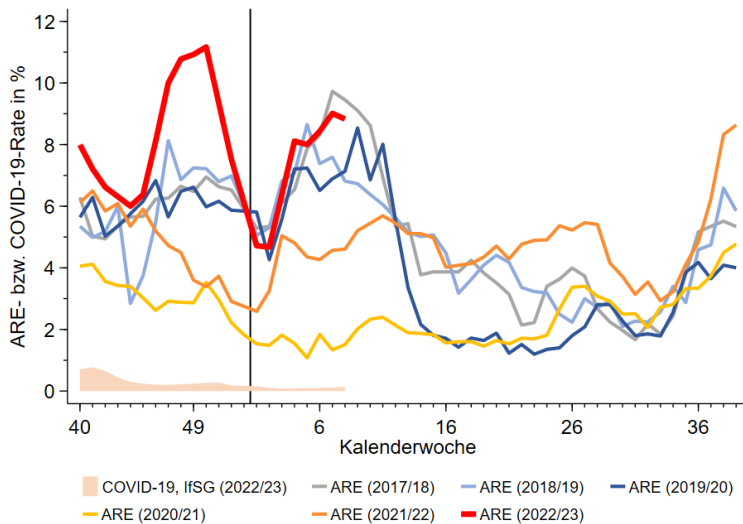
### *Akute Atemwegserkrankungen (ARE)*

Abbildung 1 zeigt die Gesamt-ARE-Rate in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 sowie zum Vergleich die COVID-19-Rate ab der 40. KW 2022.

Mit einer Gesamt-ARE-Rate von 8,8 % (entsprechend 8.800 ARE-Fällen pro 100.000 Einwohner) hatten – bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland – in der 8. KW 2023 etwa 7,3 Millionen Personen eine neu aufgetretene akute Atemwegserkrankung (mit mindestens Husten oder Halsschmerzen oder Fieber), unabhängig von einem Arztbesuch. Dieser Wert befindet sich im Wertebereich der vorpandemischen Jahre (Spannweite 2012 – 2019: 6,2 % bis 10,6 %).

In der aktuellen Saison (2022/23) wurde der bisher höchste Wert in der 50. KW 2022 mit 11,2 % erreicht, der sogar die Höchstwerte starker Grippewellen, die sonst üblicherweise im Februar beobachtet wurden, überstieg. Ähnlich zum Verlauf der ARE-Rate in den vorpandemischen Jahren, war um den Jahreswechsel ein deutlicher Rückgang zu beobachten, gefolgt von einem deutlichen Wieder-Anstieg seit dem Jahresbeginn. Die ARE-Raten befanden sich in den letzten Wochen auf einem Niveau, welches auch während starker Grippewellen beobachtet werden konnte (z. B. Saison 2017/18; Abbildung 1, graue Linie). Der Anstieg der ARE-Rate hat sich in der 8. KW nicht weiter fortgesetzt.

Die aktuelle ARE-Aktivität in der Bevölkerung ist überwiegend auf die Zirkulation von humanen Metapneumoviren (hMPV), Influenzaviren (Typ B, vor Jahreswechsel Typ A) und Rhinoviren zurückzuführen, andere Atemwegsviren zirkulieren aber ebenfalls (siehe Abschnitt „Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza“). Die wöchentliche COVID-19-Rate, die aus den nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelten Fällen mit SARS-CoV-2-Nachweis berechnet wurde, lag in der 8. KW 2023 bei 0,132 % (sandfarbene Fläche in Abbildung 1). Das entspricht etwa 132 Fällen pro 100.000 Einwohnern bzw. rund 110.000 neu übermittelten COVID-19-Fällen in der 8. KW. Zum Vergleich: Im Vorjahr zur 8. KW lag die COVID-19-Rate mit 1,3 % deutlich höher (nicht abgebildet).

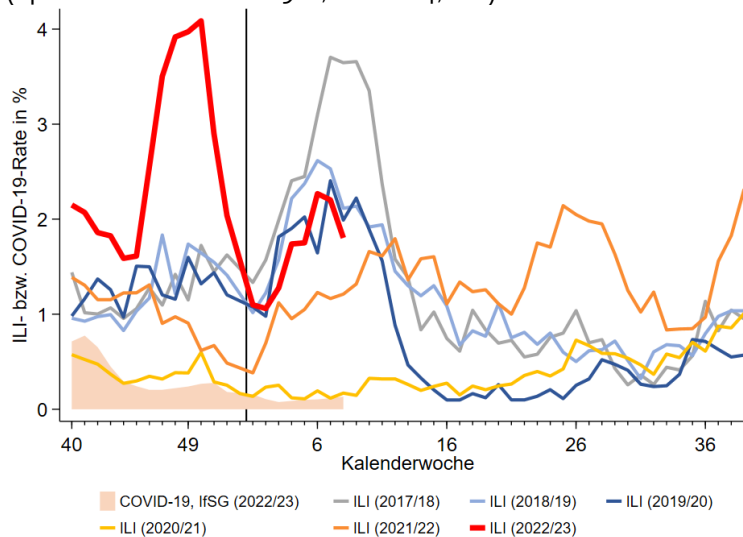
**Abbildung 1:**

Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (gesamt, in Prozent; Linien) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 sowie die COVID-19-Rate (Anteil der übermittelten, PCR-bestätigten COVID-19-Fälle bezogen auf die Bevölkerung in Prozent; sandfarbene Fläche), die aus den Meldedaten nach IfSG berechnet wurde, dargestellt ab der 40. KW 2022 (Stand Meldedaten: 28.2.2023). In Jahren mit 53 KW wird der Wert der 53. KW aus den vorliegenden Daten berechnet, für Jahre mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der schwarze, senkrechte Strich markiert die 53. KW (Jahreswechsel).

### Grippeähnliche Erkrankungen (ILI)

Abbildung 2 zeigt die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, Untergruppe der ARE) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 sowie zum Vergleich die COVID-19-Rate ab der 40. KW 2022.

Die frühe Grippewelle 2022/23 bildet sich auch gut in der ILI-Rate ab (Höhepunkt in der 50. KW mit 4,1 %). Nach einem deutlichen Rückgang um den Jahreswechsel stieg die ILI-Rate in der 3. KW wieder an. Dieser Verlauf ähnelt dem der ARE-Rate, wobei der Wieder-Anstieg der ILI-Rate weniger stark ausgeprägt ist und die Werte deutlich unter dem hohen Grippewellen-Niveau von 2017/18 liegen. Während bei der ARE-Rate aktuell relativ stabile Werte beobachtet werden, deutet sich bei der ILI-Rate seit der 8. KW wieder ein Rückgang an. Mit einer aktuellen ILI-Rate von 1,8 % (Vorwoche: 2,2 %) entspricht dies 1.800 ILI-Fällen pro 100.000 Einwohner bzw. ca. 1,5 Millionen neu aufgetretenen grippeähnlichen Erkrankungen (Fieber mit Husten oder Halsschmerzen) in der Gesamtbevölkerung in der 8. KW, ebenfalls unabhängig von einem Arztbesuch. Die Gesamt-ILI-Rate befindet sich aktuell im unteren Wertebereich der vorpandemischen Jahre zur 8. KW (Spannweite 2012 – 2019: 1,6 % bis 4,2 %).

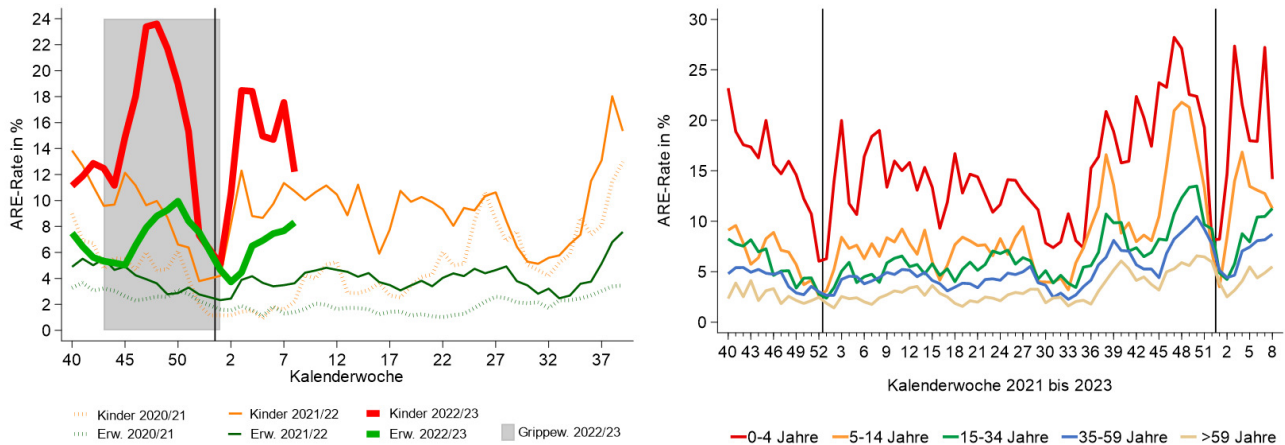
**Abbildung 2:**

Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ILI-Raten (gesamt, in Prozent; Linien) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 sowie die COVID-19-Rate (Anteil der übermittelten, PCR-bestätigten COVID-19-Fälle bezogen auf die Bevölkerung in Prozent; sandfarbene Fläche), die aus den Meldedaten nach IfSG berechnet wurde, dargestellt ab der 40. KW 2022 (Stand Meldedaten: 28.2.2023). In Jahren mit 53 KW wird der Wert der 53. KW aus den vorliegenden Daten berechnet, für Jahre mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der schwarze, senkrechte Strich markiert die 53. KW (Jahreswechsel).

### Akute Atemwegserkrankungen (ARE) nach Altersgruppen

Abbildung 3 zeigt die nach Kindern (0 bis 14 Jahre) und Erwachsenen (ab 15 Jahre) getrennt analysierten ARE-Raten im Vergleich der Saisons 2020/21 bis 2022/23 (linke Seite) und die nach fünf Altersgruppen getrennt analysierten ARE-Raten seit der 40. KW 2021 (rechte Seite).

Bei den Kindern schwankt die ARE-Rate seit der 3. KW auf einem hohen Niveau zwischen 12 % und 19 % (Abbildung 3, links). Während bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) noch kein eindeutiger Trend erkennbar ist, sinkt die ARE-Rate der Kinder im Schulalter (5 bis 14 Jahre) seit etwa sechs Wochen (seit der 3. KW) kontinuierlich (Abbildung 3, rechts). Bei den Erwachsenen hält der ansteigende Trend der ARE-Rate hingegen seit der 2. KW weiterhin an. Die ARE-Raten der fünf verschiedenen Altersgruppen befinden sich aktuell im mittleren bis oberen Wertebereich der vorpandemischen Jahre zur 8. KW.

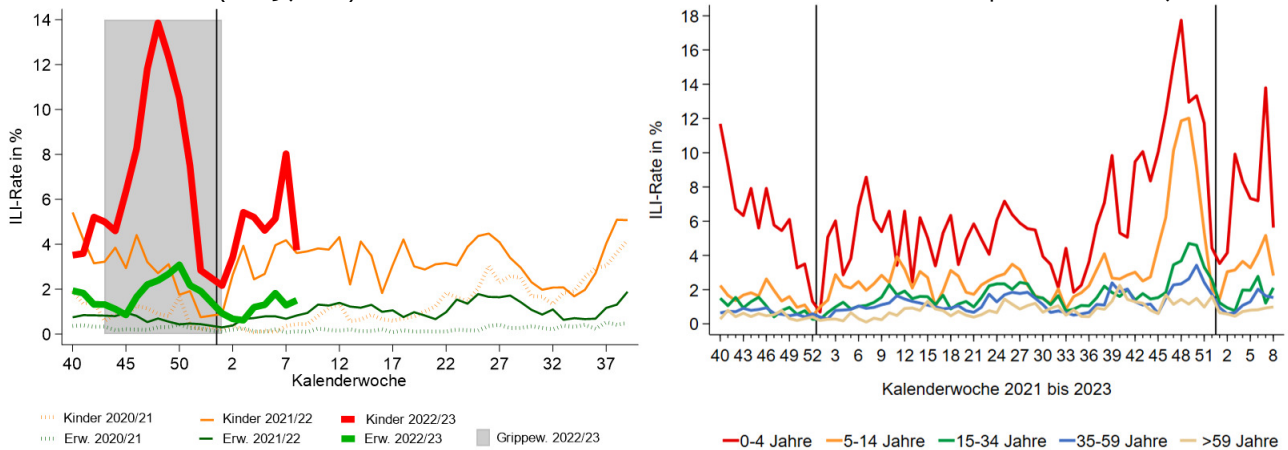
**Abbildung 3:**

Links: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten für Kinder (0 bis 14 Jahre) und Erwachsene (ab 15 Jahre) in den Saisons 2020/21 bis 2022/23. Als graue Fläche wurde die Dauer der Grippewelle (nach Definition der AGI) in der Saison 2022/23 gekennzeichnet. In Jahren mit 53 KW wird der Wert der 53. KW aus den vorliegenden Daten berechnet, für Jahre mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Rechts: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten in fünf Altersgruppen von der 40. KW 2021 bis zur 8. KW 2023. Die beiden jüngsten Altersgruppen gehören zur Gruppe der Kinder (0 bis 14 Jahre), die anderen drei Altersgruppen zur Gruppe der Erwachsenen (ab 15 Jahre). Links und rechts: Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

### Grippeähnliche Erkrankungen (ILI) nach Altersgruppen

Abbildung 4 zeigt die nach Kindern (0 bis 14 Jahre) und Erwachsenen (ab 15 Jahre) getrennt analysierten ILI-Raten im Vergleich der Saisons 2020/21 bis 2022/23 (linke Seite) und die nach fünf Altersgruppen getrennt analysierten ILI-Raten seit der 40. KW 2021 (rechte Seite).

Die ILI-Raten bei den Kindern zeigten seit Jahresbeginn einen ansteigenden Trend, mit einem deutlichen Anstieg in der 1. KW und 7. KW, welcher besonders stark bei den 0- bis 4-jährigen ausgeprägt war. Im Vergleich zur Vorwoche nahm die ILI-Rate der Kinder in der 8. KW jedoch wieder deutlich ab und lag bei 3,7 % (Vorwoche: 8,0 %; Abbildung 4). Bei den Erwachsenen schwankte die ILI-Rate in den letzten vier Wochen (5. KW bis 8. KW) in einem Bereich von 1,3 % bis 1,8 %. Die Werte der ILI-Raten bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) und Erwachsenen (ab 15 Jahre) befinden sich aktuell im unteren Wertebereich der vorpandemischen Jahre.

**Abbildung 4:**

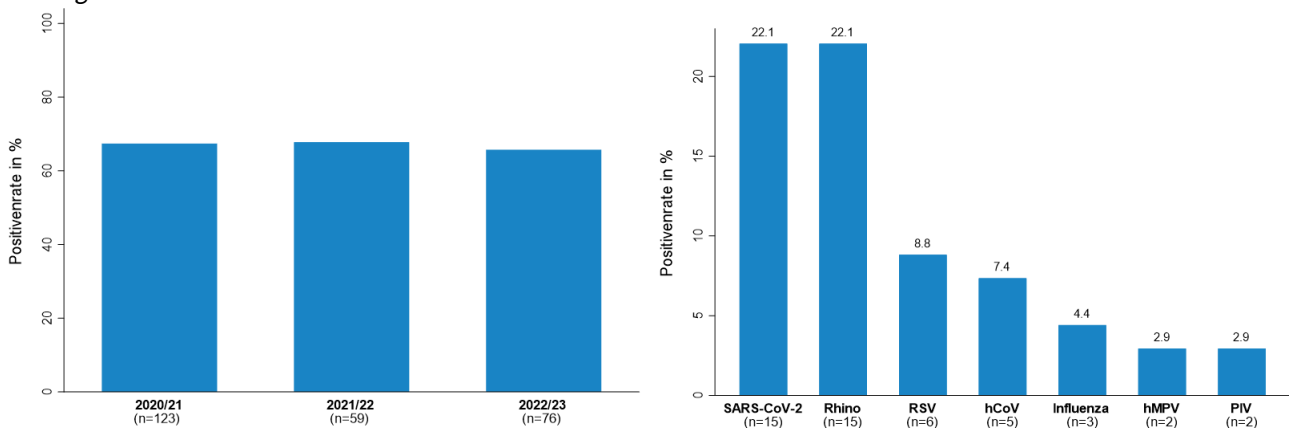
Links: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ILI-Raten für Kinder (0 bis 14 Jahre) und Erwachsene (ab 15 Jahre) in den Saisons 2020/21 bis 2022/23. Als graue Fläche wurde die Dauer der Grippewelle (nach Definition der AGI) in der Saison 2022/23 gekennzeichnet. In Jahren mit 53 KW wird der Wert der 53. KW aus den vorliegenden Daten berechnet, für Jahre mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Rechts: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ILI-Raten in fünf Altersgruppen von der 40. KW 2021 bis zur 8. KW 2023. Die beiden jüngsten Altersgruppen gehören zur Gruppe der Kinder (0 bis 14 Jahre), die anderen drei Altersgruppen zur Gruppe der Erwachsenen (ab 15 Jahre). Links und rechts: Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

### Ergebnisse aus der virologischen Überwachung (GrippeWeb-Plus)

Das RKI führt im Rahmen von GrippeWeb eine zusätzliche virologische Überwachung („GrippeWeb-Plus“) durch, bei der eine zufällig ausgewählte Stichprobe von regelmäßig meldenden GrippeWeb-Teilnehmenden Abstrichmaterialien erhalten. Bei Auftreten einer akuten Atemwegserkrankung soll eine Probe aus der vorderen

Nase entnommen werden, welche anschließend am RKI auf 20 verschiedene Atemwegserreger, darunter Inflenzaviren und SARS-CoV-2, untersucht wird. Seit 2020 haben etwa 200 Personen an GrippeWeb-Plus teilgenommen, weitere Teilnehmende werden seit 2023 rekrutiert.

Für die Saison 2022/23 sind bisher 76 Proben am RKI eingegangen (Datenstand: 2.3.2023), wobei der Großteil an Proben im Januar und Februar eingeschickt wurde. Unter den 76 eingesandten Proben wurden in 50 Proben (66 %) Atemwegserreger identifiziert. Die Positivenrate von etwa 66 % ist dabei über alle drei Saisons sehr konstant (Abbildung 5, links). Seit der 2. KW 2023 – und damit nach dem Ende der Grippewelle 2022/23 – wurden bisher 7 verschiedene Atemwegserreger unter den eingesandten Proben nachgewiesen (Abbildung 5, rechts). Am häufigsten wurden SARS-CoV-2 und Rhino-/Enteroviren nachgewiesen (jeweils 22 %), gefolgt von Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 9 %) und humanen Coronaviren (hCoV, 7 %). Andere Atemwegserreger wie Inflenzaviren (bisher nur Influenza A), Parainflenzaviren (PIV) und humane Metapneumoviren (hMPV) wurden seit der 2. KW 2023 in jeweils weniger als 5 % der eingesandten Proben detektiert. Es gab vier verschiedene Doppelinfektionen, dabei war vor allem ein zu den Rhino-/Enteroviren gehörendes Virus eines der beteiligten Viren.



**Abbildung 5:**

Links: Anteil positiver Proben (Positivenrate in %), die im Rahmen von GrippeWeb-Plus untersucht wurden, für die Saisons 2020/21 bis 2022/23 (n = Anzahl eingesandter Proben). Rechts: Positivenrate der einzelnen Atemwegserreger von Proben, die seit der 2. KW 2023 (nach dem Ende der Grippewelle 2022/23) im Rahmen von GrippeWeb-Plus im RKI eingegangen sind (n = Anzahl positiver Proben pro Erreger; Gesamtanzahl eingesandter Proben seit der 2. KW 2023 = 68; Datenstand: 2.3.2023).

Durch Nachmeldungen der GrippeWeb-Teilnehmenden, die bis zu vier Wochen lang möglich sind, können sich noch Änderungen in den ARE- und ILI-Raten ergeben.

### *Daten aus der Arbeitsgemeinschaft Influenza*

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), die Meldungen von Haus- und Kinderarztpraxen auswertet, berichtet, dass im ambulanten Bereich die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 8. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit stabil geblieben ist. Die Zahl der Arztbesuche lag im Wertebereich der vorpandemischen Jahre. Im Nationalen Referenzzentrum für Inflenzaviren wurden in der 8. KW 2023 in insgesamt 81 (62 %) der 130 eingesandten Sentinelproben Atemwegsviren identifiziert. In den eingesandten Sentinelproben wurden hauptsächlich humane Metapneumoviren (hMPV, 18 %), Inflenzaviren (16 %), Rhinoviren (14 %) und SARS-CoV-2 (11 %) nachgewiesen, gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV, 8 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV, 1 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) leicht gesunken und lag auf einem niedrigen Niveau unter den in vorpandemischen Jahren beobachteten Werten.

Die ARE-Aktivität ist in der 8. KW 2023 auf die Zirkulation unterschiedlicher Atemwegserreger zurückzuführen, insbesondere hMPV, gefolgt von Influenza- und Rhinoviren. Der Anteil der detektierten Influenza B-Viren an allen Inflenzaviren steigt weiterhin an. Nach Definition des RKI endete die Grippewelle in Deutschland mit der 1. KW 2023. Mit der 3. KW 2023 endete nach Definition des RKI auch die RSV-Welle. Weitere Informationen sind abrufbar im aktuellen ARE-Wochenbericht der AGI unter: [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2022\\_2023/2023-o8.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2022_2023/2023-o8.pdf).

### Vorgeschlagene Zitierweise

Buchholz U, Buda S, Loenenbach A, Prahm K, Preuß U, Streib V, Haas W: GrippeWeb-Wochenbericht KW 8/2023; GrippeWeb – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/11171