



GrippeWeb-Wochenbericht

Lehfeld AS, Haas W, Loenenbach A, Prahm K, Preuß U, Eberle C, Hoffmeister M, Michel J, AMELAG-Team, Buchholz U

Kalenderwoche 51 bis 1 (15.12.2025 – 4.1.2026), Datenstand: 6.1.2026

Aktuelles zur 1. KW 2026

- 5,0 Millionen Personen pro Woche mit einer neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankung (ARE) (6.000 ARE pro 100.000 Einw.)
- ARE-Inzidenz war – ähnlich zu den Vorjahren – zum Jahreswechsel gesunken und befindet sich aktuell auf einem niedrigen Niveau
- Grippeähnliche Erkrankungen (ILI-Inzidenz) ebenfalls seit KW 51 gesunken
- COVID-19-Inzidenz aus GrippeWeb war in den letzten Wochen deutlich auf rund 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. gesunken
- Influenza-ARE-Inzidenz aus GrippeWeb-Plus und Influenzaviruslast im Abwasser stiegen in den letzten Wochen deutlich an
- GrippeWeb-Plus Erregernachweise im Dezember: Rhino-/Enteroviren, SARS-CoV-2, Influenzaviren und humane saisonale Coronaviren in jeweils etwa 15–20 % der Proben

ARE-Aktivität

sehr hoch

hoch

moderat

ARE-
Inzidenz:
6.000

niedrig

sehr niedrig

Tabelle 1: ARE- und ILI-Indikatoren in der Gesamtbevölkerung in der aktuellen Berichtswoche

	ARE Gesamt	ILI Gesamt
Inzidenz	6.000	1.500
Geschätzte Anzahl Erkrankte	ca. 5,0 Mio.	ca. 1,2 Mio.
Trend	rückläufig seit KW 51	rückläufig seit KW 51
Saisonalität	wie üblich	wie üblich
Aktivität	niedrig	moderat

ARE: akute Atemwegserkrankung, ILI: grippeähnliche Erkrankung. Definitionen von ARE, ILI und weiteren Begriffen: siehe am Ende des Berichts unter „Weitere Informationen und Definitionen“.

Saisonalität: Vergleich der Werte der gleichen Woche aus früheren nicht-pandemischen Saisons

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten Inzidenzen beruhen auf den Selbstauskünften von Personen, die sich bei GrippeWeb registriert haben. Für die 1. KW 2026 haben bisher 9.638 GrippeWeb-Teilnehmende eine Meldung abgegeben, von diesen hatten 548 eine ARE und 136 eine ILI. Aktuell können durch die Nachmeldungen rund 12.700 Meldungen pro Woche für die Auswertungen berücksichtigt werden. Durch Nachmeldungen, die bis zu vier Wochen lang möglich sind, können sich noch Änderungen ergeben. Die Anzahl der Meldungen aller vergangenen Wochen können Sie im [ARE-Dashboard](https://www.rki.de/grippeweb) finden.

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

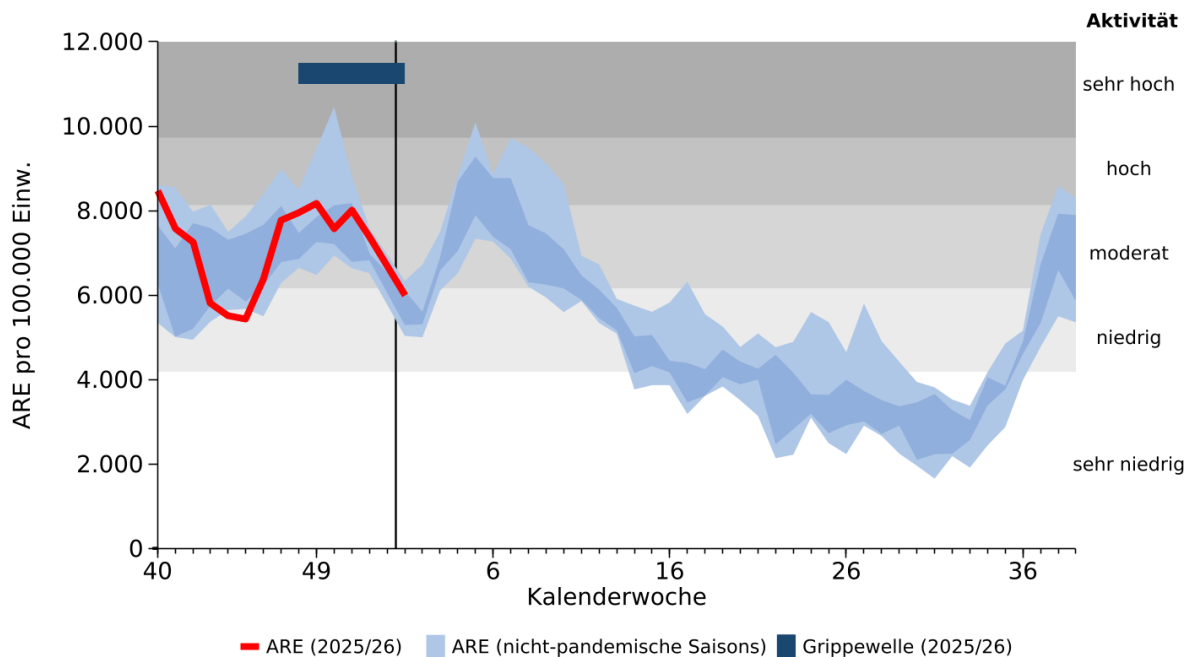


Abbildung 1: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (Einw.) in der Saison 2025/26 (rote Linie) sowie zum Vergleich die Spannweite (hellblau) und der Interquartilsbereich (dunkelblau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Zudem werden die ARE-Aktivitätsbereiche in den verschiedenen Graustufungen abgebildet (weitere Details siehe Abschnitt „Weitere Informationen und Definitionen“ am Ende des Berichts). Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Der dunkelblaue Balken markiert den Zeitraum der Grippewelle (nach RKI-Definition) in der Saison 2025/26.

Tabelle 2: ARE-Indikatoren in der Bevölkerung in der aktuellen Berichtswoche

	ARE Gesamt	ARE Kinder	ARE Erwachsene
Inzidenz	6.000	5.100	6.100
Geschätzte Anzahl Erkrankte	ca. 5,0 Mio.	ca. 600.000	ca. 4,4 Mio.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist wie in den meisten Vorjahren zum Jahreswechsel gesunken und lag in der 1. KW 2026 bei rund 6.000 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.400; Abb. 1). Gemäß dem aktuellen Wert erkrankten in der 1. KW rund 5,0 Millionen Personen an einer neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankung (mit mindestens Husten oder Halsschmerzen oder Fieber), unabhängig von einem Arztbesuch.

Akute Atemwegserkrankungen (ARE) nach Altersgruppen

Die Weihnachtsferien und -feiertage wirkten sich in den Altersgruppen unterschiedlich stark aus. Besonders bei den Kindern sind die ARE-Werte sehr deutlich gesunken (Abb. 2 und 3). Bei den Erwachsenen bis 59 Jahren war ebenfalls ein Rückgang zu beobachten, die Werte der ab 60-jährigen blieben hingegen in den letzten Wochen relativ stabil.

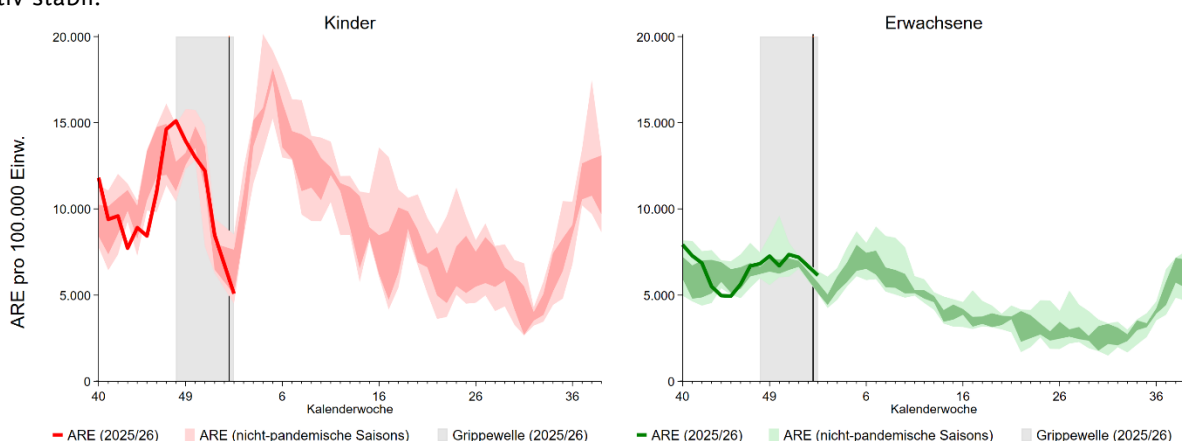


Abbildung 2: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenzen pro 100.000 Einw. für Kinder (0 bis 14 Jahre) und Erwachsene (ab 15 Jahre) in der Saison 2025/26 sowie zum Vergleich die Spannweite und der Interquartilsbereich der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Als graue Fläche wurde der Zeitraum der Grippewelle (nach RKI-Definition) in der Saison 2025/26 gekennzeichnet. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

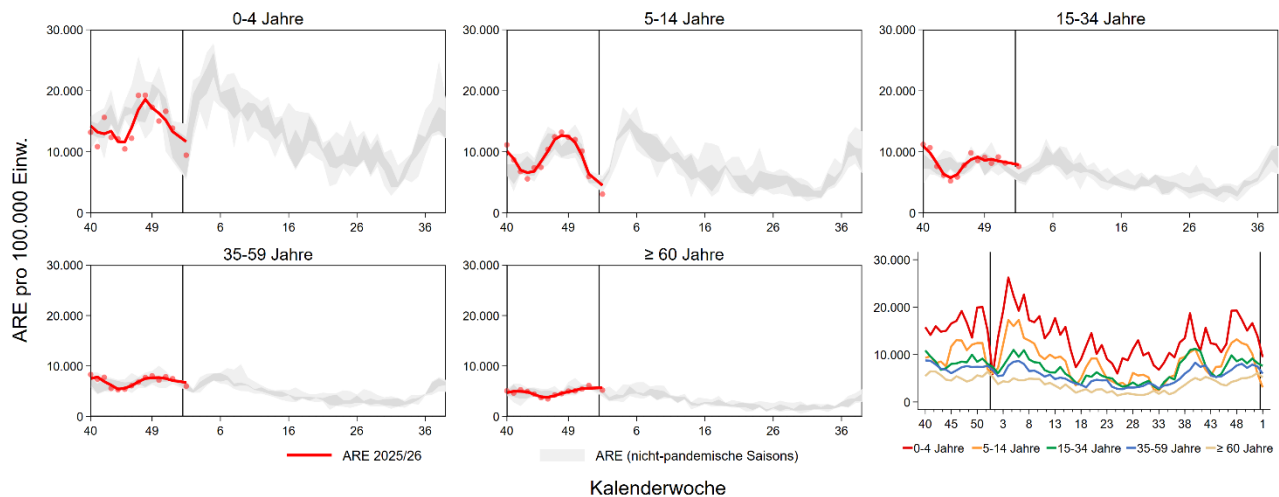


Abbildung 3: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenzen pro 100.000 Einw. in fünf Altersgruppen in der Saison 2025/26 sowie zum Vergleich die Spannweite (hellgrau) und der Interquartilsbereich (dunkelgrau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Für die Saison 2025/26 wird ein über drei Wochen gemittelter Wert dargestellt (Linie), die Punkte zeigen die nicht-gemittelten Werte der letzten drei Wochen an. Zudem sind in der rechten unteren Abbildung die Inzidenzen aller fünf Altersgruppen ab der 40. KW 2024 (nicht geglättet) dargestellt. Die schwarzen, senkrechten Striche markieren den Jahreswechsel.

Grippeähnliche Erkrankungen (ILI)

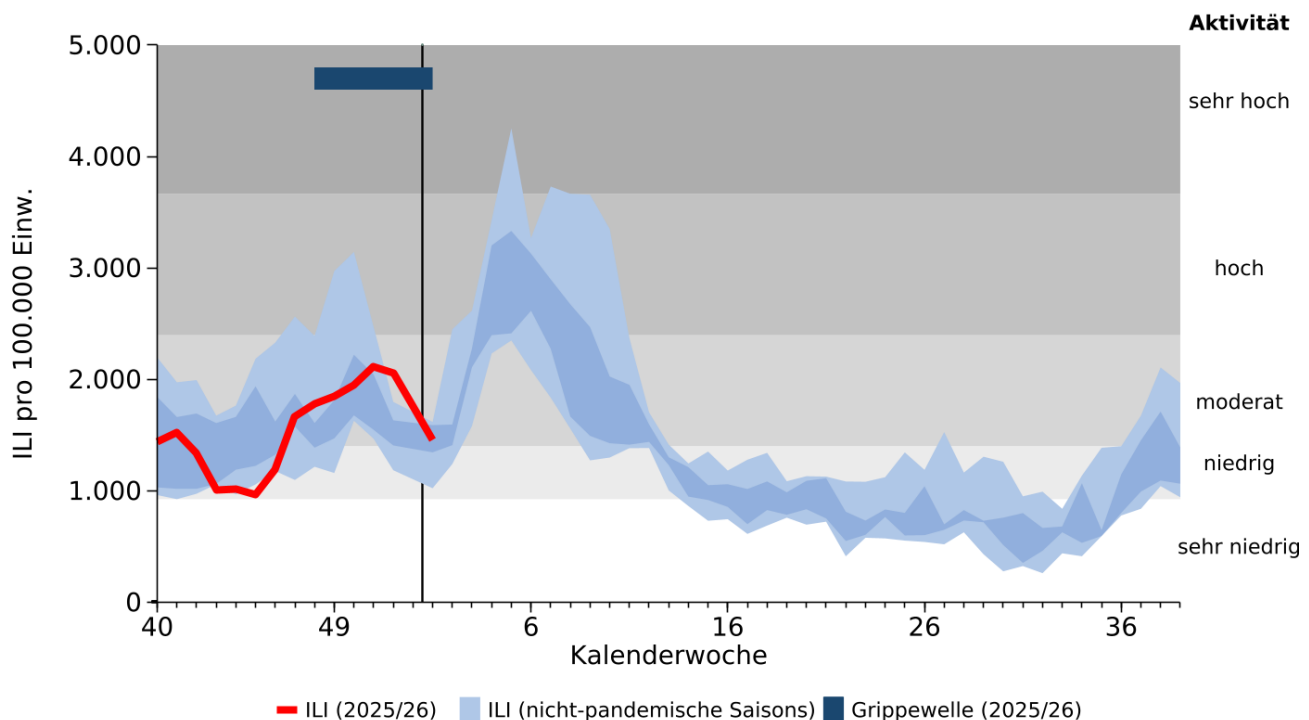


Abbildung 4: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ILI-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (Einw.) in der Saison 2025/26 (rote Linie) sowie zum Vergleich die Spannweite (hellblau) und der Interquartilsbereich (dunkelblau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Zudem werden die ILI-Aktivitätsbereiche in den verschiedenen Graustufen abgebildet (weitere Details siehe Abschnitt „Weitere Informationen und Definitionen“ am Ende des Berichts). Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Der dunkelblaue Balken markiert den Zeitraum der Grippewelle (nach RKI-Definition) in der Saison 2025/26.

Tabelle 3: ILI-Indikatoren in der Bevölkerung in der aktuellen Berichtswoche

	ILI Gesamt	ILI Kinder	ILI Erwachsene
Inzidenz	1.500	2.200	1.300
Geschätzte Anzahl Erkrankte	ca. 1,2 Mio.	ca. 200.000	ca. 1,0 Mio.

Die Inzidenz der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI) ist ähnlich zur ARE-Inzidenz zum Jahreswechsel gesunken. In der 1. KW lag die ILI-Inzidenz mit rund 1.500 ILI pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 2.100; Abb. 4). Dies entspricht etwa 1,2 Mio. neu aufgetretener grippeähnlicher Erkrankungen (Fieber mit Husten oder Halsschmerzen) in der Gesamtbevölkerung, unabhängig von einem Arztbesuch.

Grippeähnliche Erkrankungen (ILI) nach Altersgruppen

Der Rückgang der ILI-Inzidenz war wie bei der altersspezifischen ARE-Inzidenz in den jüngeren Altersgruppen stärker ausgeprägt (Abb. 5 und 6).

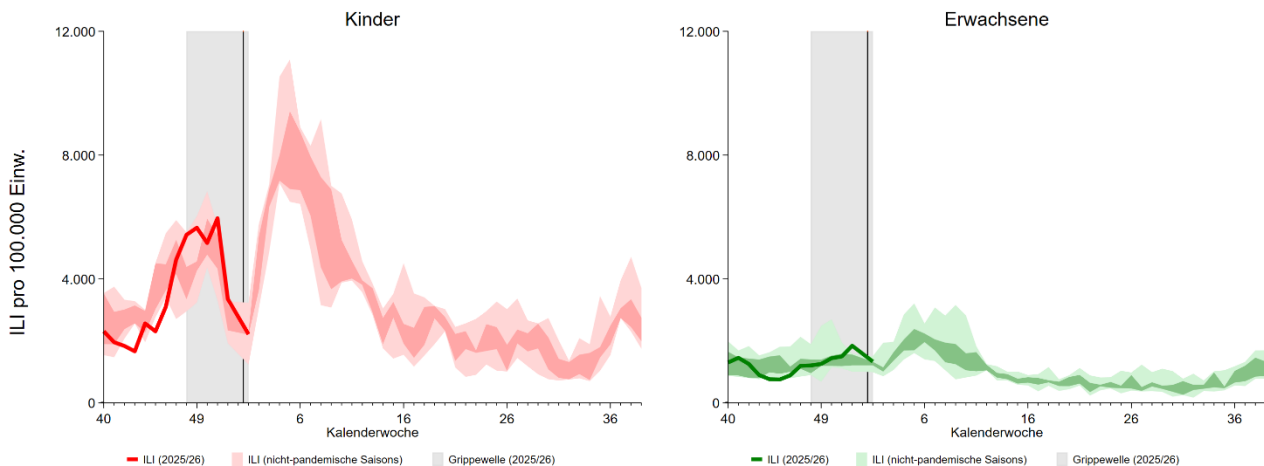


Abbildung 5: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ILI-Inzidenzen pro 100.000 Einw. für Kinder (0 bis 14 Jahre) und Erwachsene (ab 15 Jahre) in der Saison 2025/26 sowie zum Vergleich die Spannweite und der Interquartilsbereich der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Als graue Fläche wurde der Zeitraum der Grippewelle (nach RKI-Definition) in der Saison 2025/26 gekennzeichnet. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

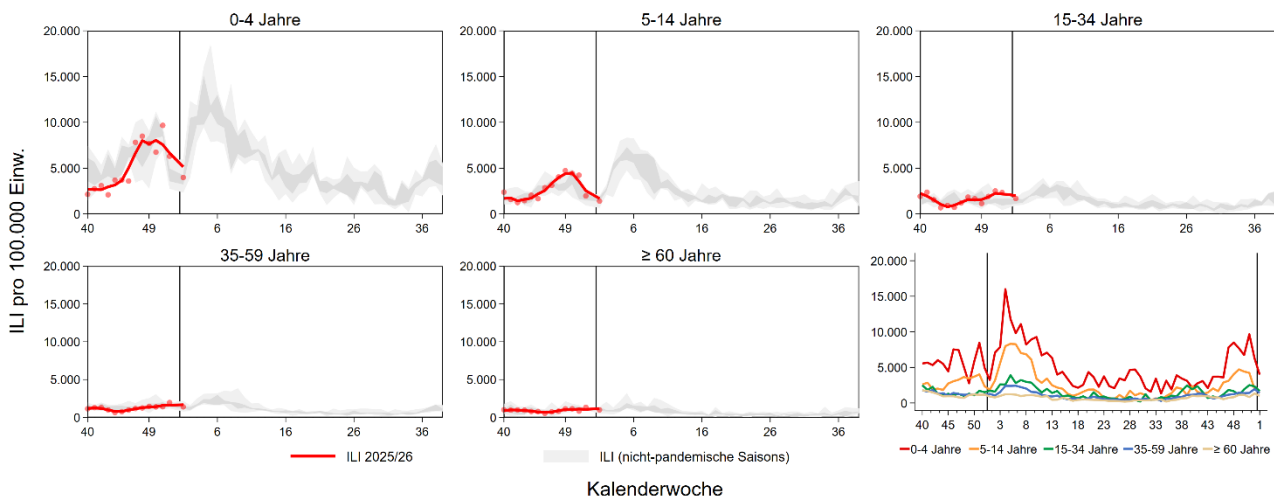


Abbildung 6: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ILI-Inzidenzen pro 100.000 Einw. in fünf Altersgruppen in der Saison 2025/26 sowie zum Vergleich die Spannweite (hellgrau) und der Interquartilsbereich (dunkelgrau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Für die Saison 2025/26 wird ein über drei Wochen gemittelter Wert dargestellt (Linie), die Punkte zeigen die nicht-gemittelten Werte der letzten drei Wochen an. Zudem sind in der rechten unteren Abbildung die Inzidenzen aller fünf Altersgruppen für die Saison ab der 40. KW 2024 (nicht geglättet) dargestellt. Die schwarzen, senkrechten Striche markieren den Jahreswechsel.

COVID-19-Inzidenz aus GrippeWeb, GrippeWeb-Plus und Abwassermonitoring von SARS-CoV-2

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz aus GrippeWeb (Selbstangaben der GrippeWeb-Teilnehmenden), GrippeWeb-Plus sowie die SARS-CoV-2-Viruslast aus dem Abwassermonitoring zeigten etwa seit der 30. KW bis zur 40. KW einen Anstieg. Danach gingen die Werte vorübergehend zurück und erreichten in der 48./49. KW 2025 in etwa wieder den Wert der 40. KW. Die auf Basis der GrippeWeb- und GrippeWeb-Plus-Daten geschätzte COVID-19-Inzidenz war in den letzten Wochen deutlich gesunken. Beim Abwassermonitoring zeigte sich bis zur 52. KW kein eindeutiger Trend.

Beim Abwassermonitoring lagen für die 52. KW Daten aus 36 Kläranlagen vor, dies entspricht einer Abdeckung von rund 16 % der Gesamtbevölkerung (für die 1. KW 2026 stehen noch keine Daten zur Verfügung). 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 im aktuellen Wochenbericht der Abwassersurveillance unter:

https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-_Wochenbericht/#/.

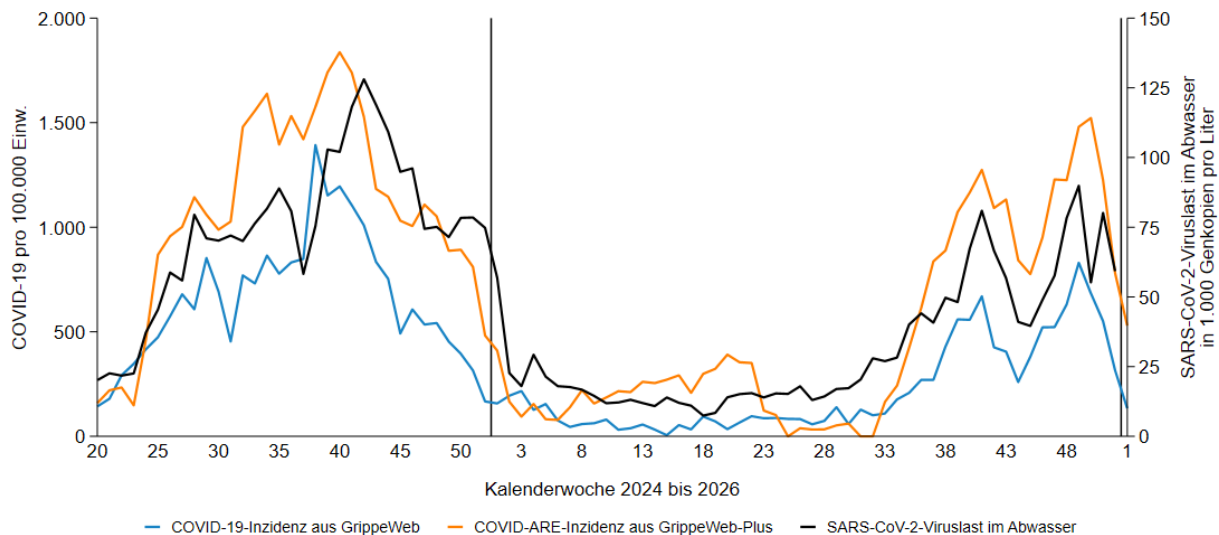


Abbildung 7: Vergleich der aus GrippeWeb berechneten COVID-19-Inzidenz (GrippeWeb-Teilnehmende mit einer neu aufgetretenen Atemwegserkrankung, die als Erregernachweis „SARS-CoV-2“ (laborbestätigt oder per Schnell-/Selbsttest) angegeben haben, linke y-Achse) mit der auf Basis der GrippeWeb-Plus-Daten geschätzten COVID-ARE-Inzidenz (GrippeWeb-Plus-Teilnehmende mit laborbestätigtem COVID-19-Nachweis und ARE-Symptomatik; über fünf Wochen geglätteter Wert; linke y-Achse) sowie der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser (rechte y-Achse; Datenstand: 6.1.2026, 10 Uhr) von der 20. KW 2024 bis zur 1. KW 2026. Der schwarze senkrechte Strich markiert den jeweiligen Jahreswechsel. Hinweise zum Abwassermonitoring: Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.12.2025, 52. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert. Für die 1. KW 2026 standen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch keine Abwasser-Daten zur Verfügung.

Influenza-ARE-Inzidenz aus GrippeWeb-Plus und Abwassermonitoring von Influenzaviren

Die auf Basis der Positivenraten aus GrippeWeb-Plus geschätzte bevölkerungsbezogene Influenza-ARE-Inzidenz zeigt seit der 44. KW einen deutlichen Anstieg. Auch die Influenza-Viruslast im Abwasser ist in den letzten Wochen gestiegen (Abb. 8). Für die 1. KW 2026 stehen noch keine Abwasser-Daten zur Verfügung. Gemäß der RKI-Definition hat die Grippewelle mit der 48. KW 2025 begonnen.

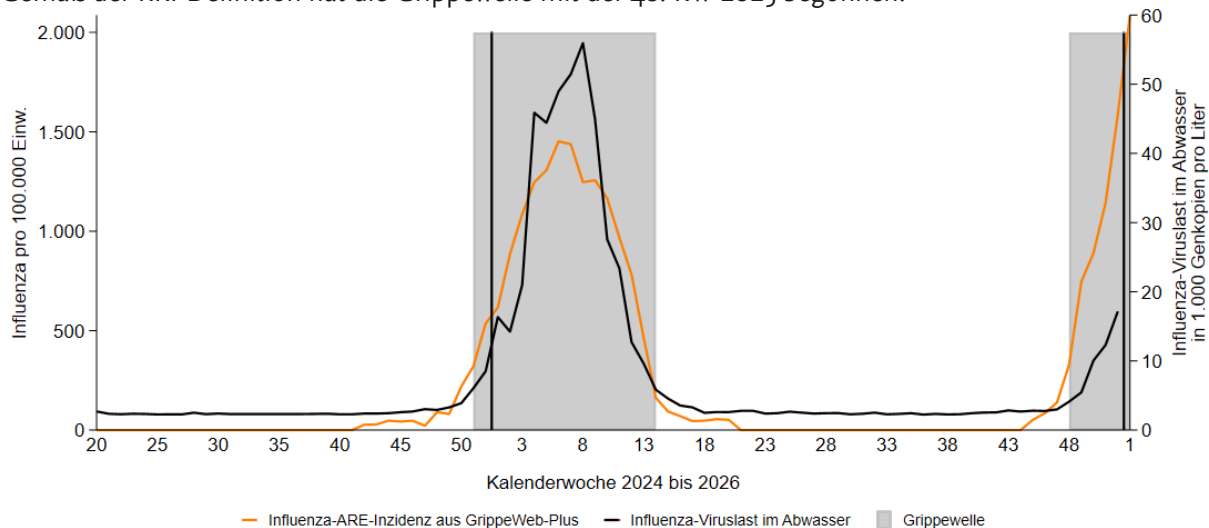


Abbildung 8: Vergleich der auf Basis der GrippeWeb-Plus-Daten geschätzten Influenza-ARE-Inzidenz (GrippeWeb-Plus-Teilnehmende mit laborbestätigtem Influenzavirus-Nachweis und ARE-Symptomatik; über fünf Wochen geglätteter Wert; linke y-Achse) sowie der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser (rechte y-Achse; Datenstand: 6.1.2026, 10 Uhr) von der 20. KW 2024 bis zur 1. KW 2026. Der schwarze senkrechte Strich markiert den jeweiligen Jahreswechsel. Als graue Fläche wurde der Zeitraum der Grippewelle (nach RKI-Definition) in der Saison 2024/25 und 2025/26 gekennzeichnet. Hinweise zum Abwassermonitoring: Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.12.2025, 52. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert. Für die 1. KW 2026 standen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch keine Abwasser-Daten zur Verfügung.

Ergebnisse der virologisch-mikrobiologischen Surveillance (GrippeWeb-Plus)

Im Dezember 2025 wurden 109 Proben untersucht, davon 38 (35 %) von Kindern und 71 (65 %) von Erwachsenen. Von den 109 Proben waren 82 (75 %) positiv. Die für die Haushalte bereinigte Positivenrate (PR_b) war mit 22 % für Rhino-/Enteroviren, 19 % für SARS-CoV-2 sowie jeweils 14 % für Influenzaviren (ausschließlich Influenza A-Viren) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) am höchsten (Abb. 9, links). Im Vergleich zu den Vormonaten ist die Positivenrate für Rhino-/Enteroviren deutlich gesunken, während die Positivenrate für Influenzaviren und hCoV angestiegen ist. Influenzaviren wurden dabei insbesondere bei Kindern nachgewiesen, hCoV überwiegend bei Erwachsenen (Abb. 9, rechts). Zu deutlich niedrigeren Anteilen wurden im Dezember zudem noch Parainfluenzaviren (PIV; PR_b 5 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV; PR_b 3 %) sowie Bocaviren (PR_b 2 %) und Adenoviren (PR_b 1 %) detektiert. Unter den 109 Proben gab es elf Doppel- und drei Dreifachinfektionen.

Im Dezember 2025 konnten neun Sputumproben ausgewertet werden, von denen in sieben Proben ein Erreger nachgewiesen werden konnte. Bei fünf Sputumproben stimmten die Erregernachweise mit den Ergebnissen der entsprechenden Nasenabstriche überein. Bei drei Proben wurden im Nasenabstrich zusätzliche Erreger nachgewiesen, die im Sputum nicht nachweisbar waren und bei einer Probe war es andersrum, dort wurden in der Sputumprobe mehr Erreger identifiziert als im Nasenabstrich.

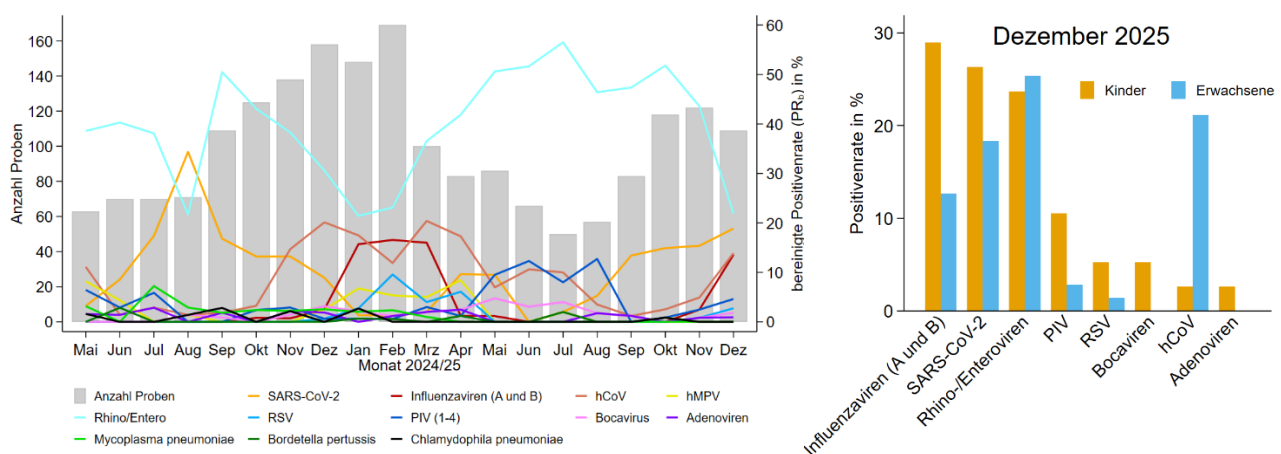


Abbildung 9: Links: Bereinigte Positivenrate (PR_b) der einzelnen Atemwegserreger (rechte y-Achse) an allen Proben von Personen mit einer akuten Atemwegsinfektion, die im Rahmen von GrippeWeb-Plus seit Mai 2024 untersucht wurden (linke y-Achse; Datenstand: 7.1.2026). Die Positivenrate wurde für die an GrippeWeb-Plus teilnehmenden Haushalte bereinigt (PR_b). Die Proben wurde dem Abnahmedatum bzw. alternativ dem Ankunftsdatum im Labor zugeordnet. Rechts: Positivenrate der im Dezember 2025 nachgewiesenen Atemwegserregern, stratifiziert nach Kindern und Erwachsenen.

Die auf Basis der Positivenraten aus GrippeWeb-Plus geschätzte bevölkerungsbezogene Erreger-Inzidenz ist in Abbildung 10 dargestellt. Aktuell nehmen Infektionen mit Influenzaviren den größten Anteil aller akuten Atemwegserkrankungen ein, gefolgt von Infektionen mit Rhino-/Enteroviren und COVID-19-Erkrankungen. Zudem ist zu erkennen, dass etwa zwei Drittel der ARE durch einen der im Rahmen von GrippeWeb-Plus getesteten Atemwegserreger erklärt werden kann, die restlichen etwa 30 % können keinem der untersuchten Atemwegserreger zugeschrieben werden (weiße Fläche unter der schwarzen Linie der ARE-Inzidenz; Abb. 10 unten).

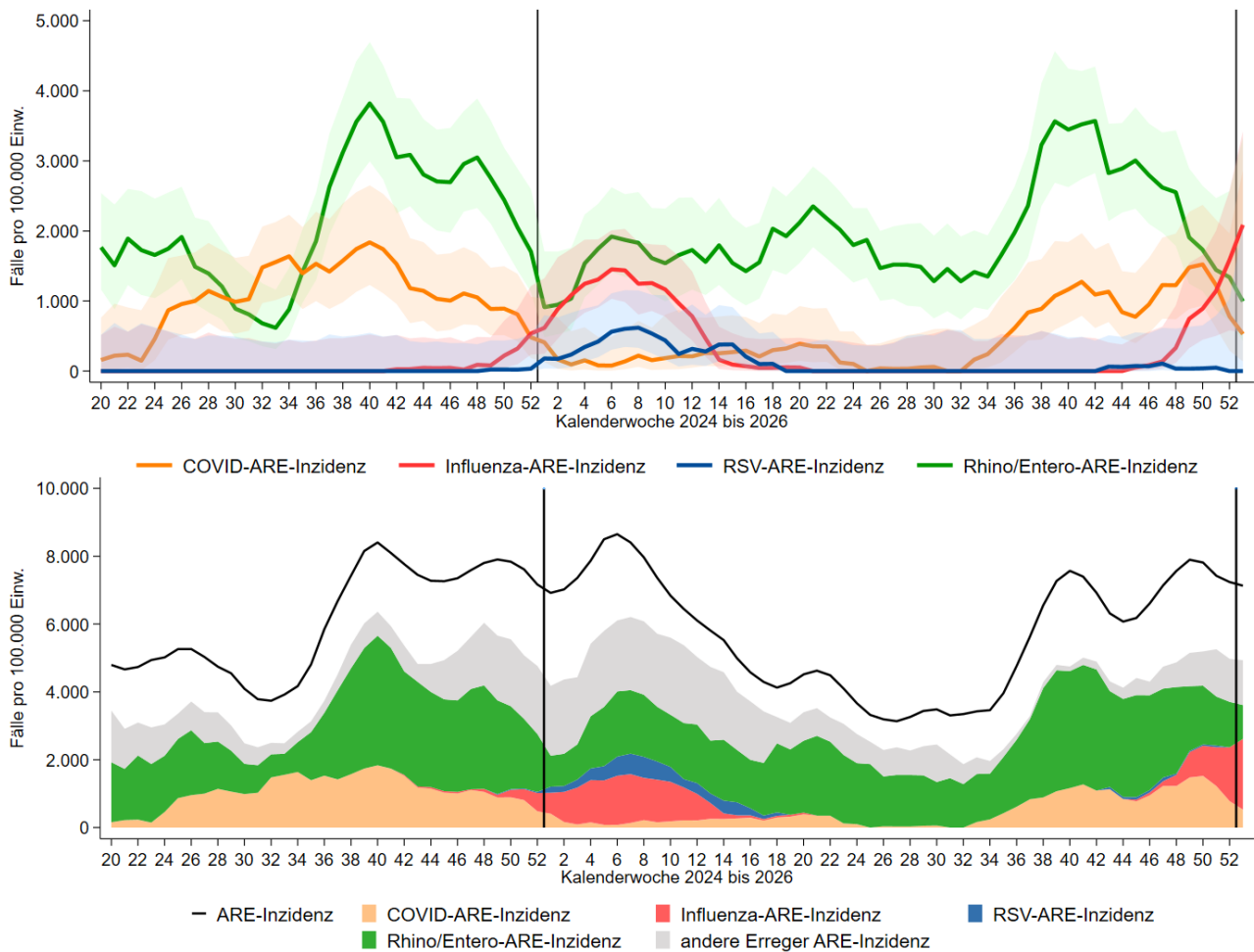


Abbildung 10: Oben: Geschätzte erregerspezifische Inzidenz von Erkrankten mit COVID-19, Influenza, RSV- und Rhino-/Enterovirus-Infektion auf Bevölkerungsebene. Eingezeichnet ist zudem das 95 %-Konfidenzintervall. **Unten:** Geschätzte ARE-Inzidenz sowie der jeweilige Anteil der verschiedenen Erreger (Auswahl), der den ARE zuzuschreiben ist (Flächen). **Oben und unten:** Dargestellt ist ein über fünf Wochen geglätteter Wert. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Weitere Informationen und Definitionen

Definitionen und Methodik zu GrippeWeb

- ARE = akute respiratorische Erkrankung, definiert als neu aufgetretene Atemwegserkrankung mit Husten ODER Halsschmerzen ODER Fieber.
- ILI = influenza-like illness = grippeähnliche Erkrankung mit (Husten ODER Halsschmerzen) UND Fieber; ILI ist eine Untergruppe der ARE.
- COVID-19-Inzidenz aus GrippeWeb = GrippeWeb-Teilnehmende mit Symptomen und einem SARS-CoV-2-Erregernachweis (Selbst-/Schnelltest oder laborbestätigt) als Anteil aller Meldenden. Dies ergibt eine Schätzung der Inzidenz in der Bevölkerung
- Alle Inzidenzen werden für Alter, Geschlecht und Bundesland gewichtet und als Anzahl der Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen (Einw.) berichtet.
- Die ARE-Inzidenz lässt sich auch als ARE-Rate (Anteil der Bevölkerung) ausdrücken. So entspricht eine ARE-Inzidenz von z.B. 7.400 ARE pro 100.000 Einw. einer ARE-Rate von 7,4 %, d.h. 7,4 % der Bevölkerung hatte eine neu aufgetretene akute Atemwegserkrankung innerhalb von einer Woche.
- Zur Gruppe der Kinder zählen alle Personen bis 14 Jahre; zur Gruppe der Erwachsenen zählen alle Personen ab 15 Jahren
- Die Wochenmeldungen stammen zu etwa 15–20 % von Kindern und zu 80–85 % von Erwachsenen
- In den Abbildungen wird die 53. KW entweder direkt verwendet oder – falls das Jahr nur 52 KW hat – wird der Mittelwert der 52. KW des Vorjahres und der 1. KW des neuen Jahres verwendet.
- Die Einordnung der ARE- bzw. ILI-Aktivität in den Abbildungen 1 und 4 wurde wie folgt berechnet: Alle Wochenwerte der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons wurden in aufsteigender Reihenfolge geordnet. Danach wurden Bereiche anhand der Perzentile definiert und wie folgend klassifiziert: 0 bis <30 % = sehr niedrig, 30 bis <60 % = niedrig, 60 bis <90 % = moderat, 90 bis <99 % = hoch, ≥99 % = sehr hoch. Befindet sich die ARE-Inzidenz z.B. im sehr niedrigen Bereich, bedeutet dies, dass bis zu 30 % aller Wochenwerte der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons in diesem unteren Bereich lagen. Dieser Wertebereich deckt somit die sogenannte Perzentile 0-30 ab. Eine ARE-Inzidenz auf der 50. Perzentile bedeutet, dass 50 % aller Werte aus diesen fünf Saisons unterhalb oder höchstens so hoch liegen, und 50 % darüber und damit dem ARE-Aktivitätsbereich „niedrig“ zugeordnet wird.
- Der in Abbildung 1 bis Abbildung 6 dargestellte Schlauch gibt die Spannweite (hell) und den Interquartilsbereich (dunkel) der Werte der jeweiligen Wochen aus den letzten fünf nicht-pandemischen Saisons an. Bei der Berechnung für beispielsweise die 42. KW werden die fünf Werte genommen, die in den letzten fünf nicht-pandemischen Saisons zur 42. KW berechnet wurden. Auch diese Werte können in aufsteigender Reihenfolge sortiert werden. Der Bereich zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Wert für die 42. KW gibt die Spannweite an, dagegen gibt der Bereich zwischen der 25 %- und 75 %-Perzentile den so genannten Interquartilsbereich an, in dem somit 50 % der früheren Werte liegen.
- Zu den letzten fünf nicht-pandemischen Saisons zählen aktuell die Saison 2016/17, 2017/18, 2018/19, 2023/24 und 2024/25.
- Weitere Beschreibungen zur Methodik können der Datensatzdokumentation auf GitHub entnommen werden: https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts/blob/main/%5BDokumentation%5D_GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts.pdf

Informationen zu GrippeWeb-Plus

Das Robert Koch-Institut (RKI) führt bereits seit 2020 im Rahmen von GrippeWeb eine zusätzliche virologisch-mikrobiologische Überwachung („GrippeWeb-Plus“) durch, bei der eine zufällig ausgewählte Stichprobe von regelmäßig meldenden GrippeWeb-Teilnehmenden Abstrichmaterialien erhalten. Bei Auftreten einer akuten Atemwegsinfektion soll eine Probe aus dem vorderen Nasenbereich entnommen werden, welche anschließend am RKI auf 24 verschiedene Atemwegserreger untersucht wird, darunter u. a. Influenzaviren, SARS-CoV-2 und Respiratorische Synzytialviren (RSV). Derzeit nehmen rund 800 Kinder und Erwachsene aus etwa 480 verschiedenen Haushalten an GrippeWeb-Plus teil.

- Bereinigte Positivenrate (PR_b): Da bei GrippeWeb-Plus auch mehrere Personen aus einem Haushalt teilnehmen, wird eine für die Haushalte bereinigte Positivenrate berechnet: Dafür wird bei einem Erregernachweis in einem Haushalt, diese(r) Erreger für ein gewisses Zeitintervall „gesperrt“. Dieses Zeitintervall wurde für jeden Erreger individuell berechnet und setzt sich zusammen aus den jeweiligen Inkubationszeiten und einer Dauer von fünf Tagen für die Infektiosität. SARS-CoV-2 hat beispielsweise eine Inkubationszeit von 1 bis 12 Tagen. Unter Hinzuziehung der Dauer von 5 Tagen für die Infektiosität, beträgt das Zeitintervall für SARS-CoV-2 1 bis 17 Tage. Wenn z. B. ein Haushaltsmitglied an COVID-19 erkrankte und innerhalb des 1- bis 17-tägigen Intervalls ein weiteres Haushaltsmitglied COVID-19 haben sollte, so geht der

SARS-CoV-2-Befund bei dem weiteren Haushaltsmitglied NICHT in die Positivenrate und Inzidenz für SARS-CoV-2 ein. Diese Berechnung wurde für alle Erreger angewendet. Zudem durfte die gleiche Person erst nach einer Sperrfrist von 28 Tagen wieder aufgrund der Infektion mit demselben viralen Erreger erkranken; bei bakteriellen Erregern liegt diese Sperrfrist bei 60 bzw. 180 Tagen.

- Erreger-ARE-Inzidenz (z.B. COVID-ARE-Inzidenz): Die Erreger-spezifische-ARE-Inzidenz gibt die Inzidenz der ARE an, die auf einen bestimmten Atemwegserreger zurückzuführen ist. Wenn die ARE-Inzidenz in einer Woche z.B. 6.000 beträgt und die COVID-ARE-Inzidenz bei 500 liegt, dann wären 500 von 6.000 ARE, also etwa 8 % der ARE-Inzidenz auf COVID-19 zurückzuführen. Die Erreger-ARE-Inzidenz wurden wie folgt berechnet: Die bereinigten Positivenraten wurden – stratifiziert nach Kindern und Erwachsenen – zuerst in ILI- und non-ILI-spezifische Positivenraten ($ILI + non-ILI = ARE$) unterteilt. Danach wurden diese jeweils mit der ILI- bzw. non-ILI-Inzidenz aus GrippeWeb multipliziert. Anschließend wurden die ILI- und non-ILI-Werte zu einer Erreger-ARE-Inzidenz addiert.

Weitere Informationen zur Methodik sind im Epidemiologischen Bulletin des RKI zu finden:

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12925/EB-35-2025_10-25646-13390.pdf

Über die Ergebnisse aus GrippeWeb-Plus wird in der Regel einmal pro Monat, üblicherweise zu Monatsbeginn, im GrippeWeb-Wochenbericht berichtet.

Dashboard und Datendownload

Zusätzlich zum GrippeWeb-Wochenbericht können auf dem [ARE-Dashboard des Robert Koch-Instituts](#) u.a. die aus den GrippeWeb-Daten berechneten ARE- und ILI-Inzidenzen sowie die Anzahl der abgegebenen Wochenmeldungen der GrippeWeb-Teilnehmenden interaktiv abgerufen werden. Die dem GrippeWeb-Wochenbericht zugrunde liegenden Daten zu den ARE- und ILI-Inzidenzen stehen wöchentlich als Datendownload auf [Zenodo](#) und [GitHub](#) zur Verfügung.

ARE-Wochenbericht

Informationen zum ARE-Geschehen im ambulanten und stationären Bereich sind abrufbar im aktuellen ARE-Wochenbericht unter: <https://www.rki.de/are-bericht>.

Teilnahme an GrippeWeb

Neue Teilnehmende sind herzlich willkommen. Mehr Informationen zu GrippeWeb finden Sie [hier](#). Eine [Registrierung](#) ist jederzeit und in wenigen Schritten möglich.

Vorgeschlagene Zitierweise

Lehfeld AS, Haas W, Loenenbach A, Prahm K, Preuß U, Eberle C, Hoffmeister M, Michel J, AMELAG-Team, Buchholz U: GrippeWeb-Wochenbericht KW 51/2025 – 1/2026; GrippeWeb – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/13602