



GrippeWeb-Wochenbericht

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

Kalenderwoche 14 (30.3. – 5.4.2026), Datenstand: 7.4.2026

Aktuelles zur 14. KW 2026

- 4,8 Millionen Personen pro Woche mit einer neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankung (ARE) (5.700 ARE pro 100.000 Einw.)
- ARE-Inzidenz aktuell rückläufig und auf einem niedrigen Niveau
- ILI-Inzidenz (ARE mit Fieber) ebenfalls rückläufig und auf einem sehr niedrigen Niveau
- COVID-19-Inzidenz aus GrippeWeb seit Mitte Januar niedrig bei unter 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw.
- Influenza-ARE-Inzidenz aus GrippeWeb-Plus und Influenza-Viruslast im Abwasser aktuell niedrig
- GrippeWeb-Plus Erregernachweise im März: humane saisonale Coronaviren und Rhino-/Enteroviren (je 33 %) am häufigsten, gefolgt von u.a. RSV (10 %); kein Nachweis von SARS-CoV-2 und Influenzaviren.

ARE-Aktivität

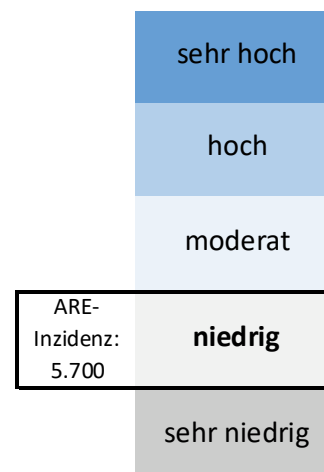


Tabelle 1: ARE- und ILI-Indikatoren in der Gesamtbevölkerung in der aktuellen Berichtswoche

	ARE Gesamt	ILI Gesamt
Inzidenz	5.700	800
Geschätzte Anzahl Erkrankte	ca. 4,8 Mio.	ca. 700.000
Trend	rückläufig seit KW 5	rückläufig seit KW 5
Saisonalität	wie üblich	wie üblich
Aktivität	niedrig	sehr niedrig

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 14. KW 2026 haben bisher 8.231 GrippeWeb-Teilnehmende eine Meldung abgegeben, von diesen hatten 448 eine ARE und 65 eine ILI. Aktuell können durch die Nachmeldungen rund 13.100 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](#) finden.

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

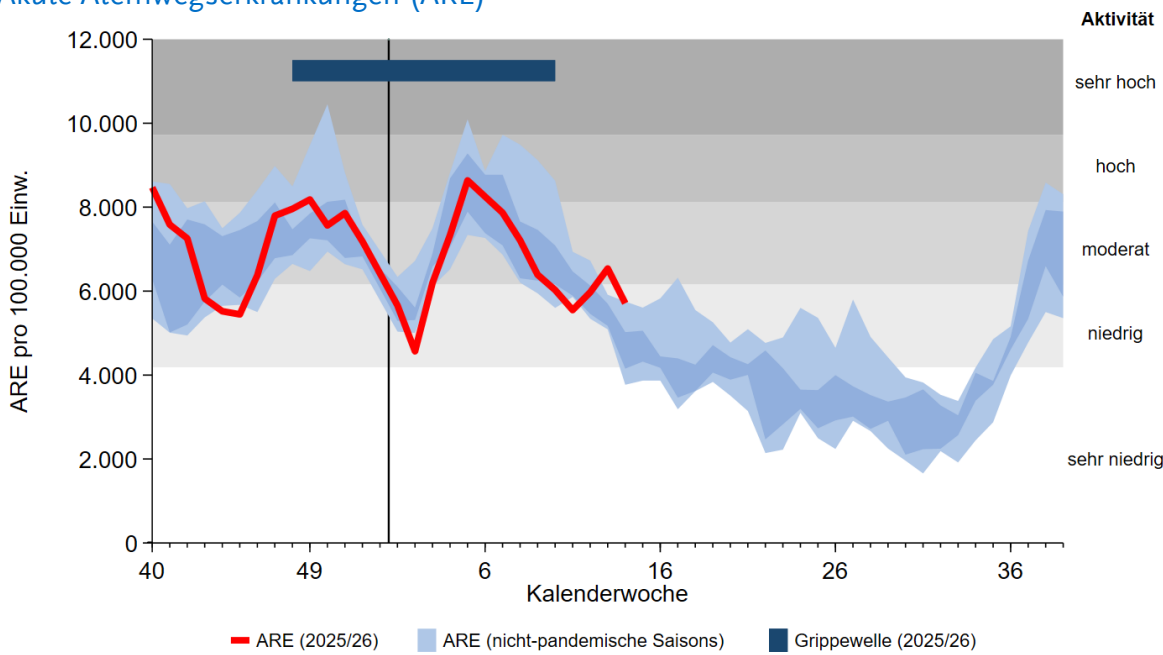


Abbildung 1: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in der Saison 2025/26 (rote Linie) sowie zum Vergleich die Spannweite (hellblau) und der Interquartilsbereich (dunkelblau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Zudem werden die ARE-Aktivitätsbereiche in 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	5.700	8.300	5.300
Geschätzte Anzahl Erkrankte	ca. 4,8 Mio.	ca. 1,0 Mio.	ca. 3,8 Mio.

Die seit dem Jahreswechsel rasch angestiegene Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung hatte ihren Höhepunkt in der 5. KW erreicht. Die ARE-Inzidenz war seitdem – trotz eines kurzzeitigen Anstiegs in der 13. KW – tendenziell rückläufig. In der 14. KW lag die ARE-Inzidenz bei rund 5.700 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.500; Abb. 1) und damit auf einem niedrigen Niveau. Gemäß dem aktuellen Wert erkrankten in der 14. KW rund 4,8 Millionen Personen an einer neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankung (mit mindestens Husten oder Halsschmerzen oder Fieber) in der Gesamtbevölkerung, unabhängig von einem Arztbesuch (Tab. 2).

Akute Atemwegserkrankungen (ARE) nach Altersgruppen

Der zuletzt beobachtende Anstieg der ARE-Inzidenz bei den Kindern hat sich nicht fortgesetzt. Die Werte sind in der 14. KW sehr deutlich gesunken (Abb. 2). Diese Entwicklung könnte auf die verringerten Kontakte während der Osterferien zurückgeführt werden. Bei den Erwachsenen blieben die Werte zuletzt stabil (Abb. 3).

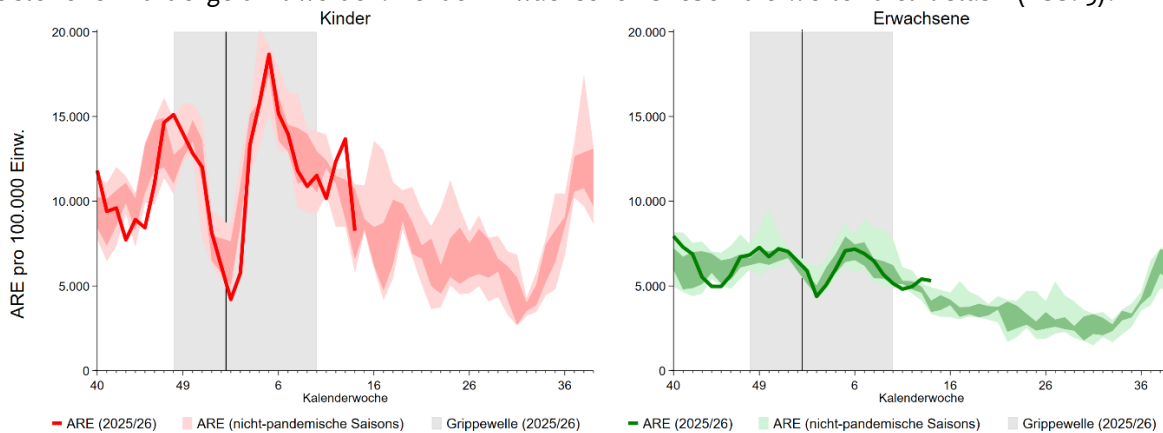


Abbildung 2: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenzen pro 100.000 Einw. für Kinder (0 bis 14 Jahre) und Erwachsene (ab 15 Jahre) in der Saison 2025/26 sowie zum Vergleich die Spannweite und der Interquartilsbereich der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Als graue Fläche wurde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

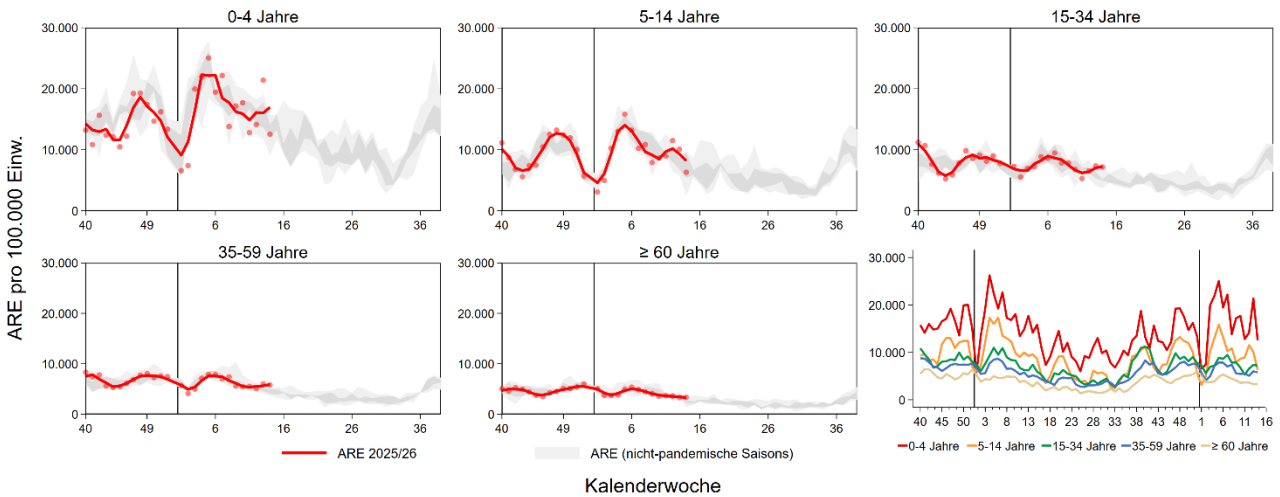


Abbildung 3: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenzen pro 100.000 Einw. in fünf Altersgruppen in der Saison 2025/26 sowie zum Vergleich die Spannweite (hellgrau) und der Interquartilsbereich (dunkelgrau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Für die Saison 2025/26 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)

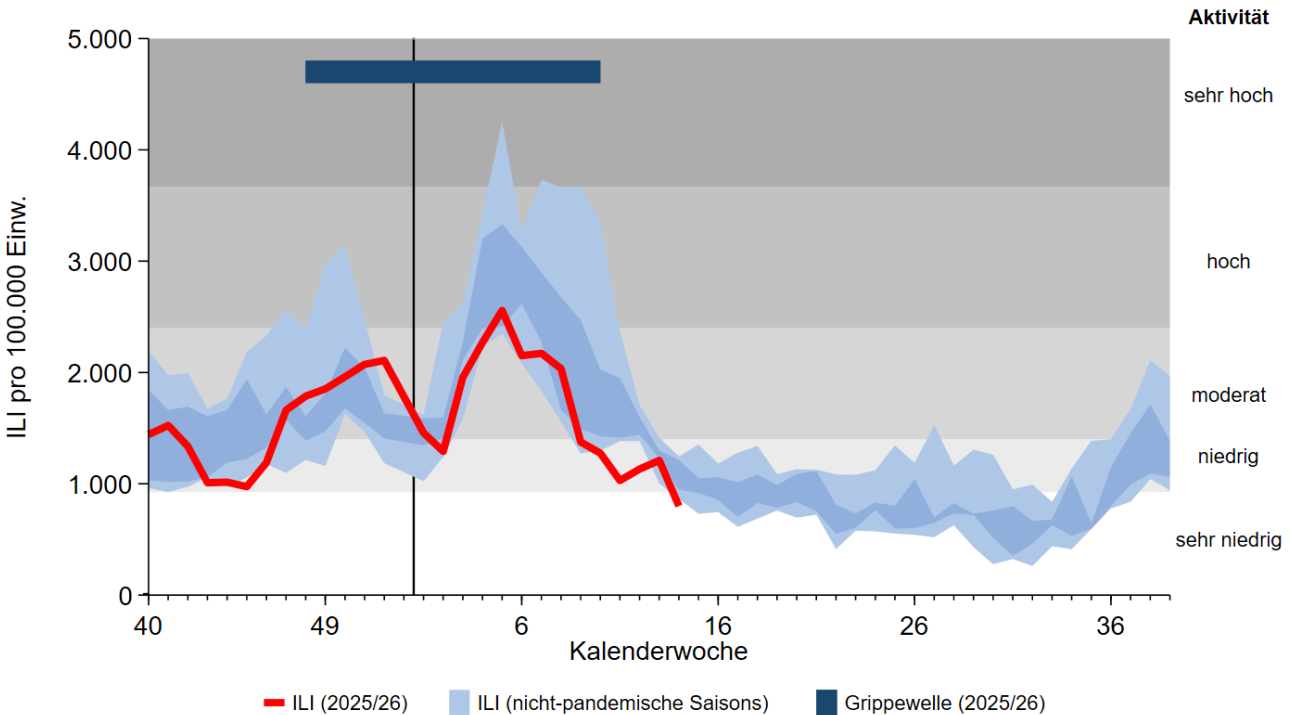


Abbildung 4: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ILI-Inzidenz pro 100.000 Einw. in der Saison 2025/26 (rote Linie) sowie zum Vergleich die Spannweite (hellblau) und der Interquartilsbereich (dunkelblau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Zudem werden die ILI-Aktivitätsbereiche in 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	800	2.200	600
Geschätzte Anzahl Erkrankte	ca. 700.000	ca. 300.000	ca. 400.000

Auch die grippeähnlichen Erkrankungen (ILI) haben nach dem raschen Anstieg seit dem Jahreswechsel ihren Höhepunkt in der 5. KW 2026 erreicht und sind anschließend deutlich zurückgegangen (Abb. 4). In der 14. KW lag die ILI-Inzidenz mit rund 800 ILI pro 100.000 Einw. auf einem sehr niedrigen Niveau und im üblichen Wertebereich für diese Zeit. Dies entspricht etwa 700.000 Personen mit einer neu aufgetretenen grippeähnlichen Erkrankung (Fieber mit Husten oder Halsschmerzen) in der Gesamtbevölkerung, unabhängig von einem Arztbesuch (Tab. 3).

Grippeähnliche Erkrankungen (ILI) nach Altersgruppen

Die ILI-Werte sind insbesondere in der 14. KW in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 5 und 6).

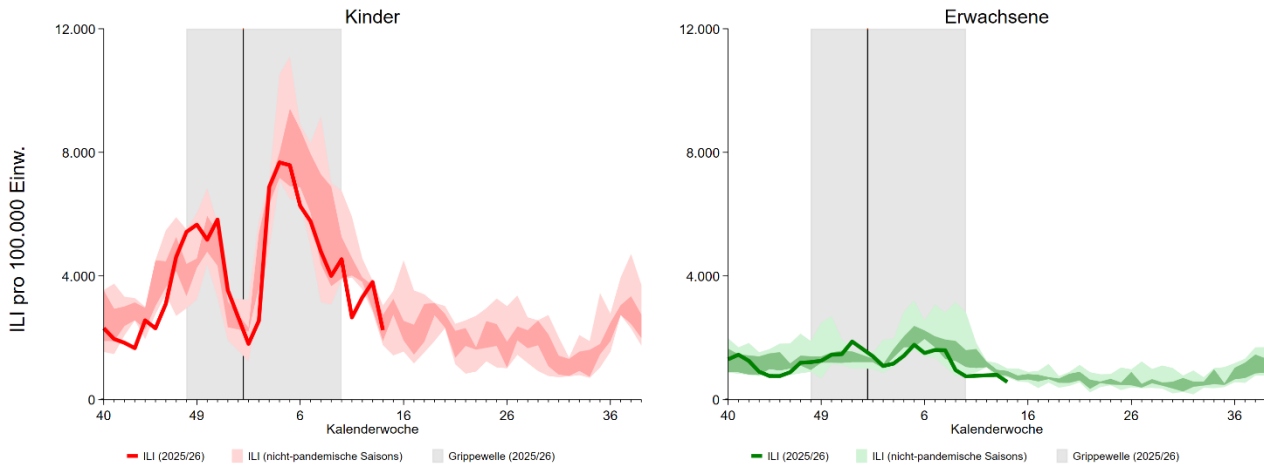


Abbildung 5: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ILI-Inzidenzen pro 100.000 Einw. für Kinder (0 bis 14 Jahre) und Erwachsene (ab 15 Jahre) in der Saison 2025/26 sowie zum Vergleich die Spannweite und der Interquartilsbereich der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Als graue Fläche wurde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

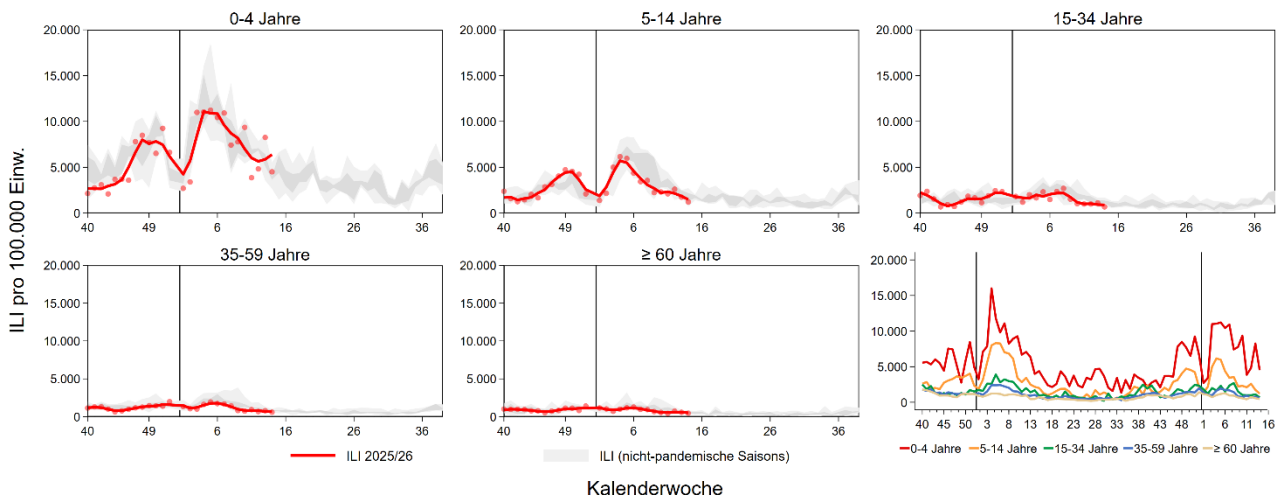


Abbildung 6: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ILI-Inzidenzen pro 100.000 Einw. in fünf Altersgruppen in der Saison 2025/26 sowie zum Vergleich die Spannweite (hellgrau) und der Interquartilsbereich (dunkelgrau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons. Für die Saison 2025/26 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 Werte der geschätzten COVID-19-Inzidenz aus GrippeWeb (Selbstangaben der GrippeWeb-Teilnehmenden) und GrippeWeb-Plus sowie die SARS-CoV-2-Viruslast aus dem Abwassermonitoring sind aktuell niedrig (Abb. 7).

Aufgrund der Osterfeiertage liegen für die 14. KW 2026 keine Daten aus der Abwassersurveillance vor. Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnenden nachmelden. Weitere Informationen sind abrufbar im aktuellen Wochenbericht der Abwassersurveillance unter: https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-_Wochenbericht/#/.

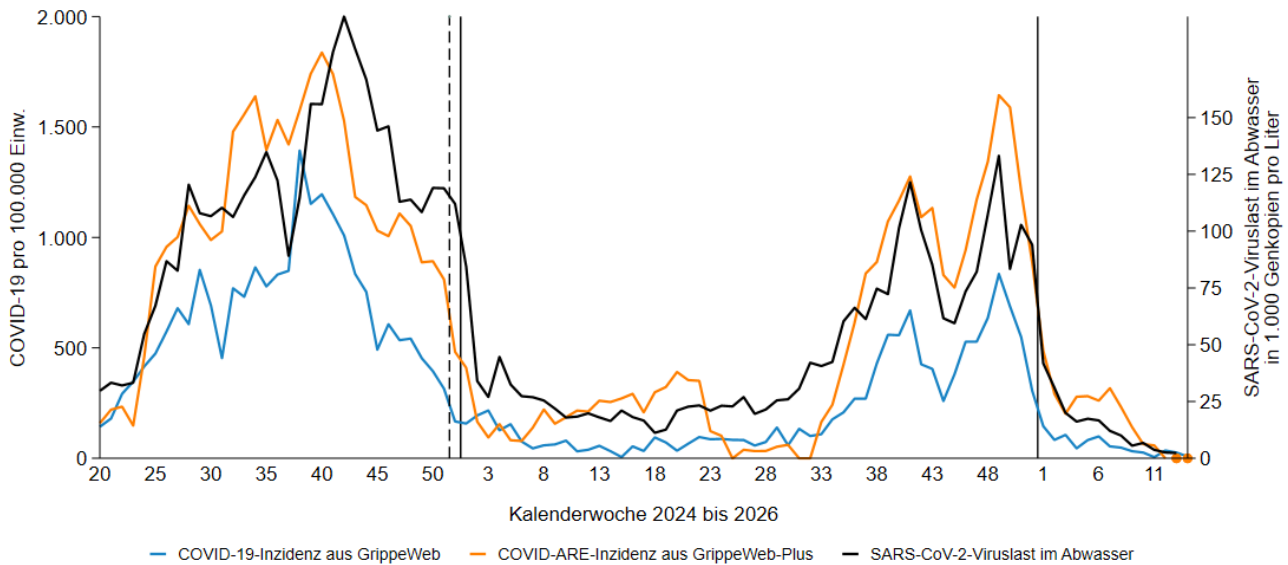


Abbildung 7: Vergleich der aus GrippeWeb berechneten COVID-19-Inzidenz (GrippeWeb-Teilnehmende mit einer neu aufgetretenen Atemwegserkrankung, die als Erregernachweis „SARS-CoV-2“ (laborbestätigt oder per Schnell-/Selbsttest) angegeben haben, linke y-Achse) mit der auf Basis der GrippeWeb-Plus-Daten 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: 31.3.2026, 10 Uhr) von der 20. KW 2024 bis zur 13. KW 2026. Der schwarze senkrechte Strich markiert den jeweiligen Jahreswechsel. Hinweistext zum Abwassermonitoring: Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.3.2026, 13. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet. Aufgrund der Osterfeiertage liegen für die 14. KW 2026 keine Daten aus der Abwassersurveillance vor.

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

Die auf Basis der Positivraten aus GrippeWeb-Plus geschätzte bevölkerungsbezogene Influenza-ARE-Inzidenz ist seit dem Jahreswechsel mit leichten Schwankungen gesunken. Auch die Influenza-Viruslast im Abwassermonitoring ist seit dem Peak in der 6. KW rückläufig. Beide Kennzahlen sind seit dem Ende der Grippewelle niedrig (Abb. 8).

Gemäß der [RKI-Definition](#) hat die Grippewelle mit der 48. KW 2025 begonnen und endete mit der 10. KW 2026. Aufgrund der Osterfeiertage liegen für die 14. KW 2026 keine Daten aus der Abwassersurveillance vor.

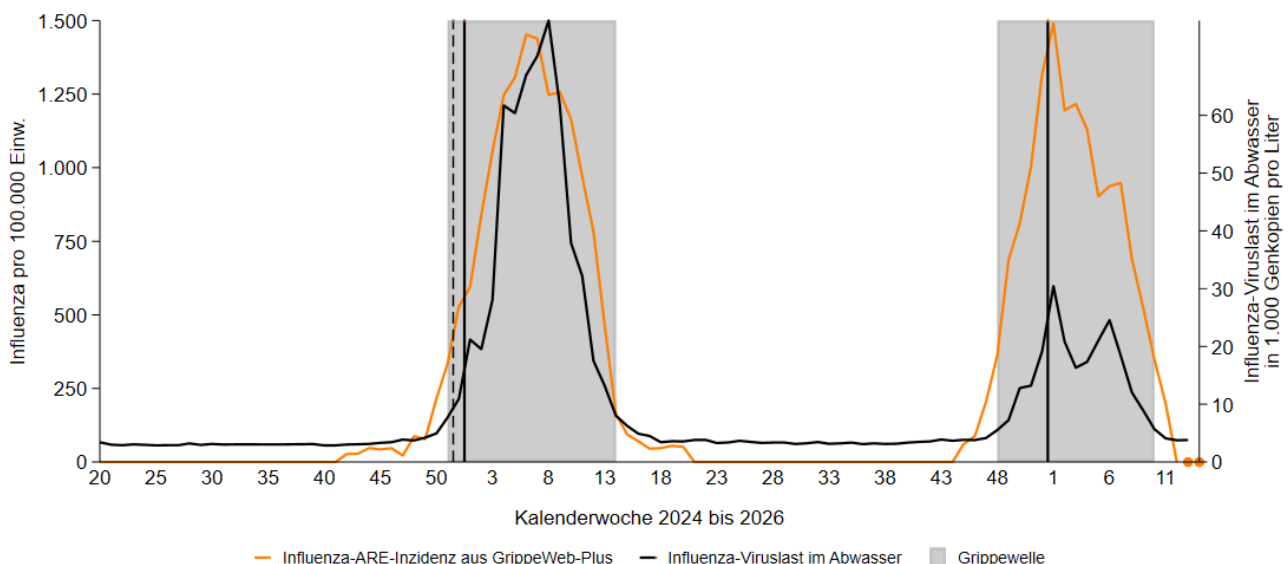


Abbildung 8: Vergleich der auf Basis der GrippeWeb-Plus-Daten geschätzten Influenza-ARE-Inzidenz (GrippeWeb-Plus-Teilnehmende mit laborbestätigtem Influenzavirus-Nachweis und ARE-Symptomatik; über fünf Wochen geglätteter Wert; linke y-Achse) sowie der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser (rechte y-Achse; Datenstand: 31.3.2026, 10 Uhr) von der 20. KW 2024 bis zur 13. 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. Hinweistext zum Abwassermonitoring: Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.3.2026, 13. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet. Aufgrund der Osterfeiertage liegen für die 14. KW 2026 keine Daten aus der Abwassersurveillance vor.

Ergebnisse der virologisch-mikrobiologischen Surveillance (GrippeWeb-Plus)

Im März 2026 wurden 68 Proben untersucht, davon 19 (28 %) von Kindern und 49 (72 %) von Erwachsenen. Von den 68 Proben waren 53 (78 %) positiv. Die für die Haushalte bereinigte Positivenrate (PR_b) war mit jeweils 33 % für humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Rhino-/Enteroviren am höchsten, gefolgt von Respiratorischen Synzytialviren (RSV; PR_b 10 %; Abb. 9, links). Alle drei Erreger wurden häufiger bei Erwachsenen detektiert (Abb. 9, rechts). Sporadisch wurden zudem noch humane Metapneumoviren (hMPV) und Adenoviren (PR_b je 3 %) sowie *Bordetella pertussis* (PR_b 1 %) nachgewiesen. Influenzaviren und SARS-CoV-2 wurden im März in der GrippeWeb-Plus-Stichprobe nicht nachgewiesen.

Unter den 68 Proben gab es acht Doppel- und eine Dreifachinfektion.

Im März 2026 konnten vier Sputumproben ausgewertet werden, von denen alle positiv und mit den Ergebnissen aus den entsprechenden Nasenabstrichen identisch waren.

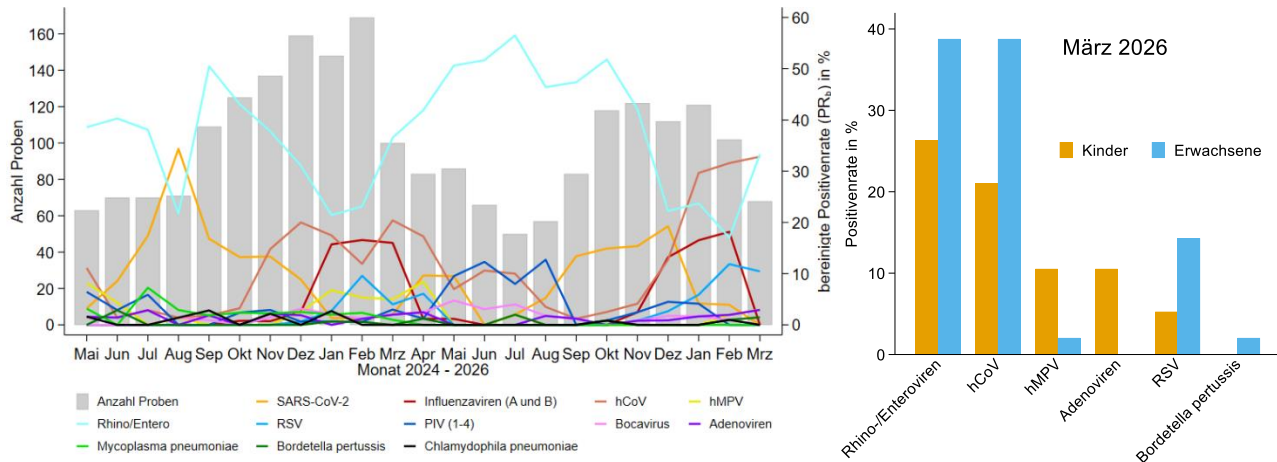


Abbildung 9: Links: Bereinigte Positivenrate (PR_b) der einzelnen Atemwegserreger (rechte y-Achse) an allen Proben von Personen mit einer akuten Atemwegsinfektion, die im Rahmen von GrippeWeb-Plus seit Mai 2024 untersucht wurden (linke y-Achse; Datenstand: 9.4.2026). Die Positivenrate wurde für die an GrippeWeb-Plus teilnehmenden Haushalte bereinigt (PR_b). Die Proben wurde dem Abnahmedatum bzw. alternativ dem Ankunftsdatum im Labor zugeordnet. **Rechts:** Positivenrate der im März 2026 nachgewiesenen Atemwegserregern, stratifiziert nach Kindern und Erwachsenen.

Die auf Basis der Positivenraten aus GrippeWeb-Plus geschätzte bevölkerungsbezogene Erreger-Inzidenz ist in Abbildung 10 dargestellt. Die Inzidenz für Rhino-/Enteroviren ist aktuell wieder ansteigend, während die Werte für RSV rückläufig sind. Die Inzidenz für Influenzaviren und SARS-CoV-2 ist aktuell sehr niedrig. In den letzten Wochen konnten etwa 70 % der ARE durch einen der im Rahmen von GrippeWeb-Plus getesteten Atemwegserreger erklärt werden, die restlichen 30 % können keinem der untersuchten Atemwegserreger zugeschrieben werden (weiße Fläche unter der schwarzen Linie der ARE-Inzidenz; Abb. 10 unten).

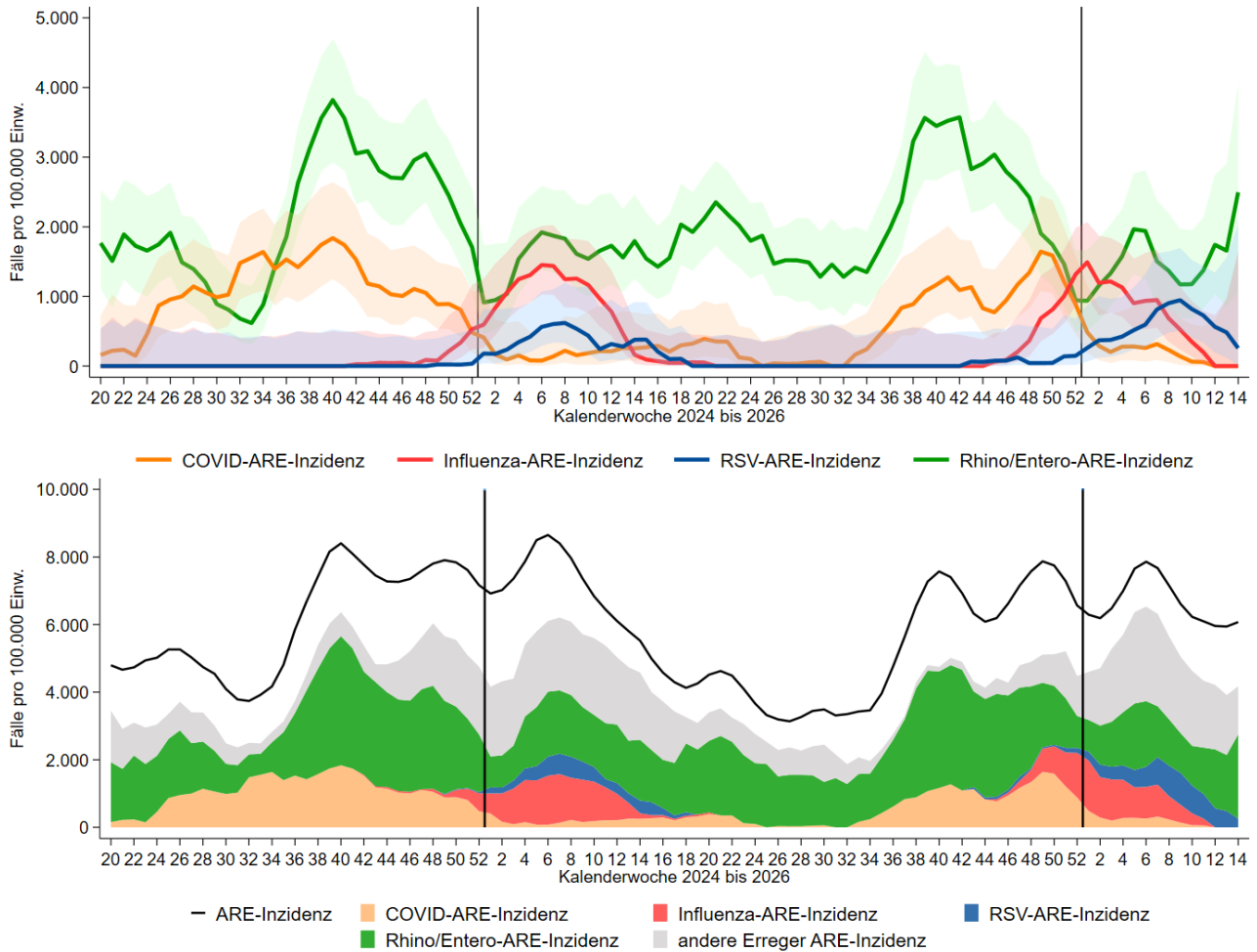


Abbildung 10: Oben: Geschätzte erregerspezifische Inzidenz von Erkrankten mit COVID-19, Influenza, RSV- und Rhino-/Enterovirus-Infektion auf Bevölkerungsebene. Eingezeichnet ist zudem das 95 %-Konfidenzintervall. **Unten:** Geschätzte ARE-Inzidenz sowie der jeweilige Anteil der verschiedenen Erreger (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 Einwohnenden (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
- Definition Grippewelle des RKI: Die Influenzawelle wird aus den Daten des virologischen ARE-Praxis-Sentinelns des Nationalen Referenzzentrums für Influenzaviren berechnet und basiert auf der Positivenrate für Influenza (Anzahl Sentinelproben mit Influenzavirusnachweis geteilt durch alle eingesandten Sentinelproben). Sie beginnt, wenn die untere Grenze für das 95 %-Konfidenzintervall der geschätzten Influenza-Positivenrate in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderwochen 10 % überschreitet mit der ersten Woche dieses Zeitraums. Die Welle endet, wenn die untere Grenze des Konfidenzintervalls der Positivenrate zwei Wochen hintereinander 10 % unterschreitet mit der ersten Woche vor dem Rückgang unter 10 %: <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>, S.19.

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 14/2026; GrippeWeb – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/14100