



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
2. Kalenderwoche (5.1.2026 bis 11.1.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Nach dem Jahreswechsel wird das ARE-Geschehen durch die steigende Zahl an Influenza-erkrankungen bestimmt. Influenzaerkrankungen betreffen aktuell alle Altersgruppen und führen zusammen mit weiteren akuten Atemwegserkrankungen zu einer moderaten Zahl an Arztbesuchen und Hospitalisierungen. Bei Menschen ab 80 Jahren wird bereits eine hohe Zahl an Krankenhauseinweisungen wegen SARI beobachtet. In der Bevölkerung ist die ARE-Aktivität wie in den Vorsaisons zum Jahreswechsel zurückgegangen und lag zunächst auf einem niedrigen Niveau. Die Grippewelle hat laut RKI-Definition in der 48. KW 2025 begonnen. Unter den Influenzaviren werden seit einigen Wochen überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, seltener Influenza A(H1N1)pdm09-Viren.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist seit der 51. KW 2025 gesunken und lag in der 2. KW 2026 wie in den Vorjahren zu dieser Zeit auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE wie in den Vorjahren in der 2. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stark gestiegen und befand sich auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 2. KW 2026 in insgesamt 59 der 74 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Influenza A- und B-Viren (55 %), mit deutlichem Abstand gefolgt von Rhinoviren (8 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 7 %). SARS-CoV-2 wurde in 3 % der Proben nachgewiesen. Von den 41 nachgewiesenen Influenzaviren waren 31 A(H3N2)- und zehn A(H1N1)pdm09-Viren (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 2. KW 2026 wie in den Vorjahren zurück und lag auf einem moderaten Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 33 % Influenza-, 4 % COVID-19- und 4 % RSV-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 2. KW 2026 in 14 der 27 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (37 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle ist in der 2. Meldewoche (MW) weiter gestiegen, auch die Zahl der RSV-Fälle hat deutlich zugenommen. Die Zahl der COVID-19-Fälle ist dagegen nur leicht gestiegen.

Die SARS-CoV-2-Linie XFG wurde im Zeitraum der 49. bis 52. KW 2025 mit einem Anteil von 38 % am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen, wobei die Linien NB.1.8.1 und BA.3.2 mit annähernd ähnlich hohen Anteilen im Zeitraum vertreten waren.

Die Werte der aggregierten Influenza A-Viruslast im Abwasser sind in den letzten Wochen gestiegen. Die RSV-Last im Abwasser ist ebenfalls gestiegen. Die SARS-CoV-2-Last ist seit einigen Wochen rückläufig.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- Alle Personen, für die die STIKO die Gripeschutzimpfung empfiehlt, sollten sich noch impfen lassen, falls dies noch nicht geschehen ist: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste_gesamt.html
- Das Risiko einer Atemwegsinfektion lässt sich zudem (unabhängig vom Impfstatus) reduzieren: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16790128.

Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>
- WHO-Updates (globales 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 seit der 51. KW 2025 gesunken. Sie lag in der 2. KW 2026 bei rund 4.700 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.900; Abb. 1) und damit wie in den Vorjahren zu dieser Zeit auf einem niedrigen Niveau. In der 2. KW sind die Werte bei den Kindern, insbesondere bei den Schulkindern, gestiegen und bei den Erwachsenen gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,9 Millionen neu aufgetretener akuter Atemwegserkrankungen in der 2. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist seit der 49. KW rückläufig und lag in der 2. KW bei rund 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 100).

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>

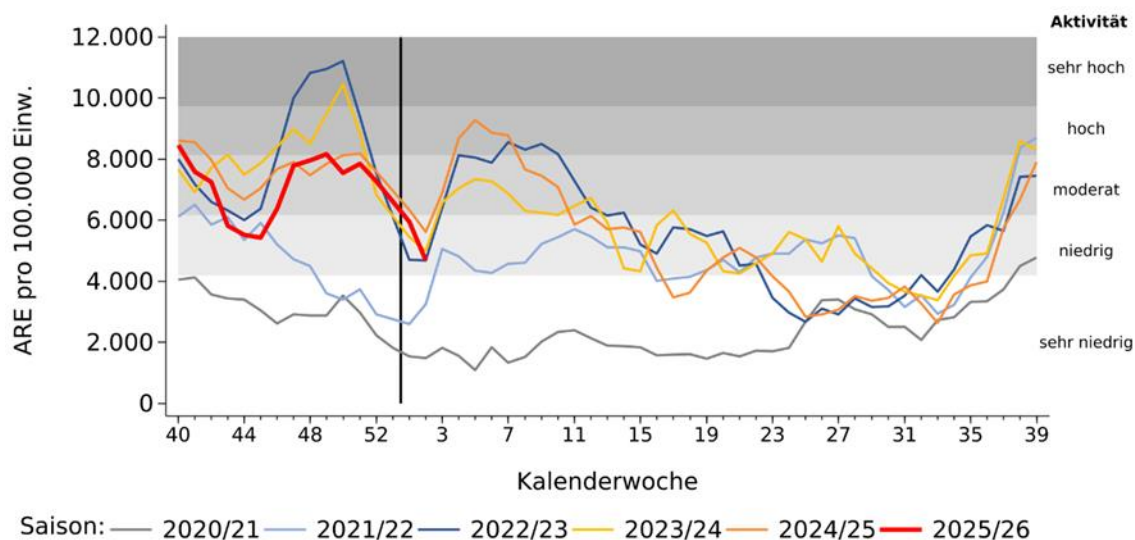


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 2. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 12.800 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 2. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stark gestiegen und lag mit rund 1.800 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 900; Abb. 2). Ein starker Anstieg der Werte wird nach dem Jahreswechsel häufig beobachtet, so auch im Vorjahr (Saison 2024/25). Die rund 1.800 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 2. KW 2026 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,5 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Hinweis in eigener Sache:

Das ARE-Praxis-Sentinel des RKI lebt von der aktiven Mitarbeit der Sentinelpraxen. Wir bitten alle am ARE-Praxis-Sentinel registrierten Arztpraxen möglichst wöchentlich (Zeitraum Freitag bis Montag) die Daten der syndromischen ARE-Surveillance an uns zu senden, damit wir fundierte Aussagen zum aktuellen ARE-Geschehen im ambulanten Bereich in unseren ARE-Wochenberichten machen können.

Sie sind noch keine Sentinelpraxis und möchten mehr darüber erfahren? Wir suchen ständig neue engagierte Haus- und Kinderarztpraxen, die am ARE-Praxis-Sentinel teilnehmen wollen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich auf unserer Homepage informieren unter:

<https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Sentinel-Surveillance-Panel/ARE-Praxis-Sentinel/Sentinelpraxis-werden.html>.

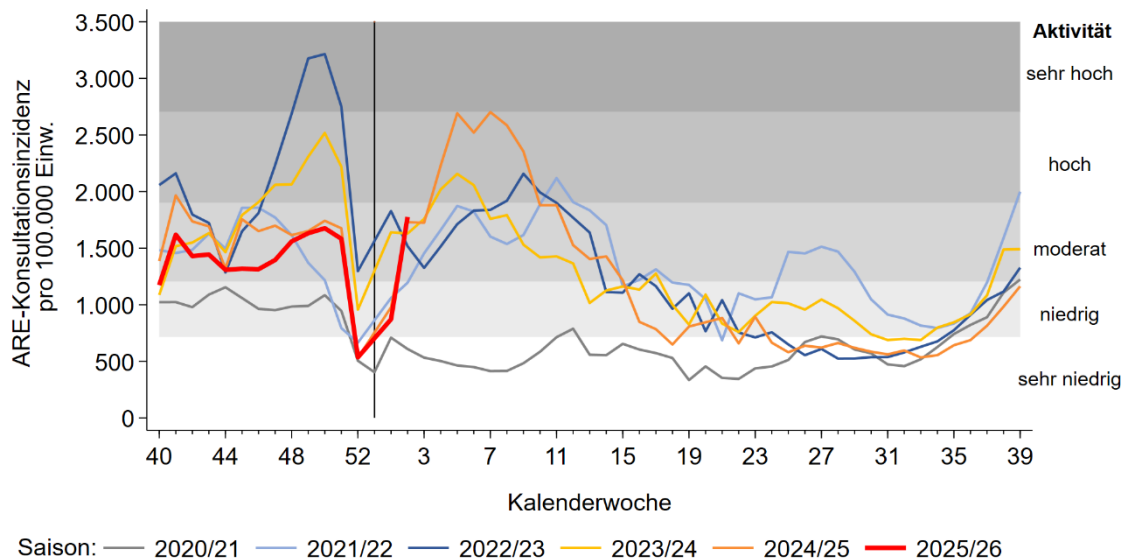


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 2. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 2. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen deutlich gestiegen, darunter besonders stark in den Altersgruppen der 15- bis 59-jährigen (Abb. 3).

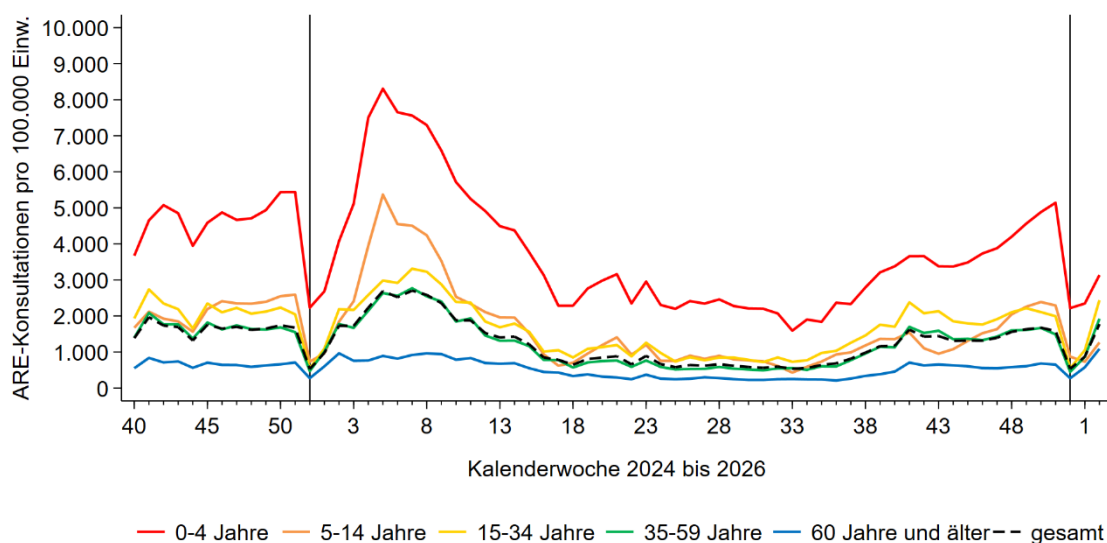


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 2. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden lag in der 2. KW 2026 bei 26 Arztbesuchen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 13).

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 aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 2. KW 2026 insgesamt 74 Sentinelproben von 31 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 59 (80 %) der 74 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (55 %; 95 %-Konfidenzintervall [43; 67]), mit großem Abstand gefolgt von Rhinoviren (8 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 7 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 4 %), SARS-CoV-2 (3 %), Influenza C-Viren (3 %) und mit je 1 % Parainfluenzaviren (PIV), Adenoviren und humane Metapneumoviren (hMPV) (Tab. 1; Abb. 4). Es gab drei Doppelinfektionen.

Die Influenza-Positivenrate ist in der 2. KW 2026 weiter angestiegen. Von den 41 nachgewiesenen Influenzaviren waren 31 A(H3N2)- und zehn A(H1N1)pdm09-Viren. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher überwiegend Influenza A(H3N2)- und A(H1N1)pdm09-Viren identifiziert (71 % bzw. 28 %). Seit der 47. KW werden mehr A(H3N2)-Viren als A(H1N1)pdm09-Viren detektiert (Abb. 5; links).

In der gesamten Saison 2025/26 wurden in den meisten Altersgruppen bislang häufiger Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, in der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen wurden Influenza A(H1N1)pdm09- und A(H3N2)-Viren ähnlich häufig detektiert (Abb. 5; rechts).

Die Grippewelle begann gemäß RKI-Definition in der 48. KW 2025.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 2. KW 2026), Stand 13.1.2026.

	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	165	48	46	74	1.752
Probenanzahl mit Virusnachweis*	127	38	31	59	1.163
Positivenrate (PR)	77 %	79 %	67 %	80 %	66 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	1	0	0	0	2
A(H3N2)	56	18	15	31	234
A(H1N1)pdm09	13	5	5	10	92
B	0	0	1	0	2
SARS-CoV-2	24	3	0	2	260
RSV	9	3	2	5	33
hMPV	2	0	0	1	11
PIV (1 – 4)	5	6	1	1	116
Rhinoviren	24	7	3	6	434
hCoV	5	1	1	3	39
Adenoviren	7	1	2	1	70
Influenza C-Viren	4	0	1	2	18

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

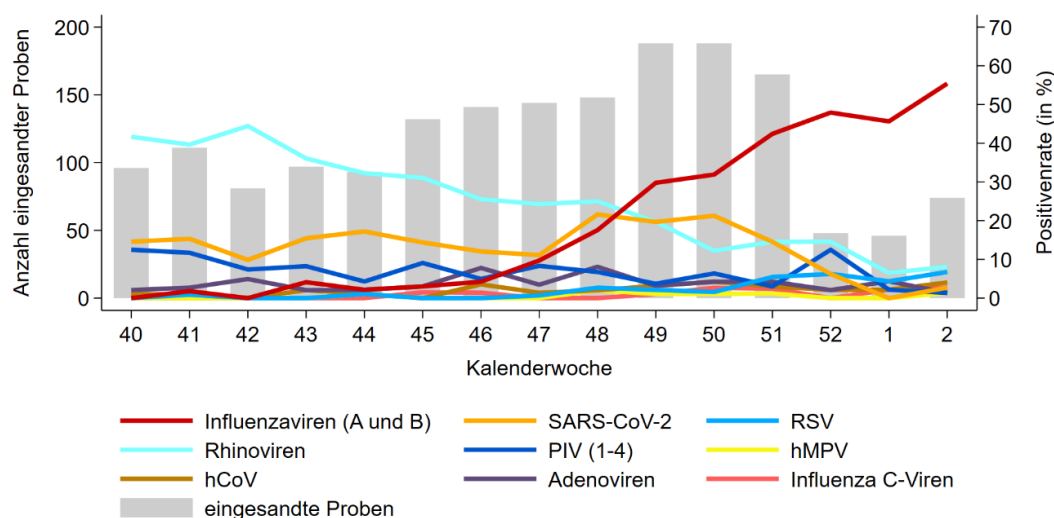


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinel eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 2. KW 2026.

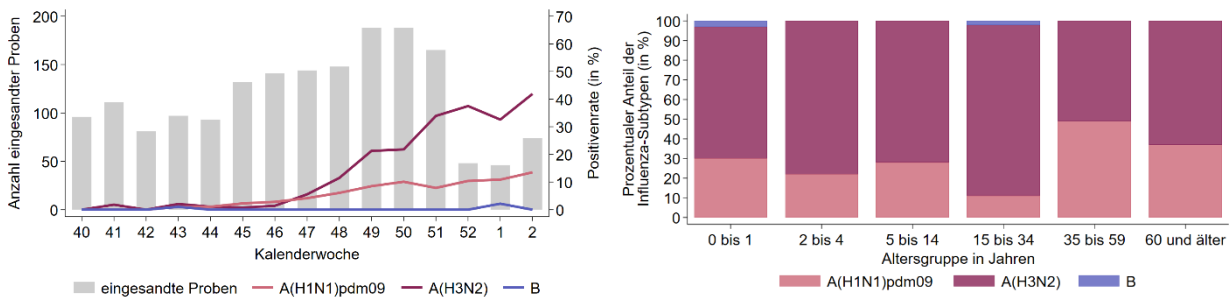


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivensrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 2. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns von der 40. KW 2025 bis zur 2. KW 2026 detektiert wurden.

In der 2. KW 2026 wurden in allen Altersgruppen vorwiegend Influenzaviren (A und B) nachgewiesen mit Positivensraten zwischen 40 % und 67 % (Abb. 6). Rhinoviren wurden zu deutlich niedrigeren Anteilen in den Altersgruppen 5 bis 34 Jahre und den über 59-jährigen nachgewiesen. RSV wurde gelegentlich bei den 0- bis 1-jährigen sowie bei den ab 35-jährigen detektiert. Die vereinzelt SARS-CoV-2-Nachweise wurden bei Erwachsenen ab 14 Jahren identifiziert.

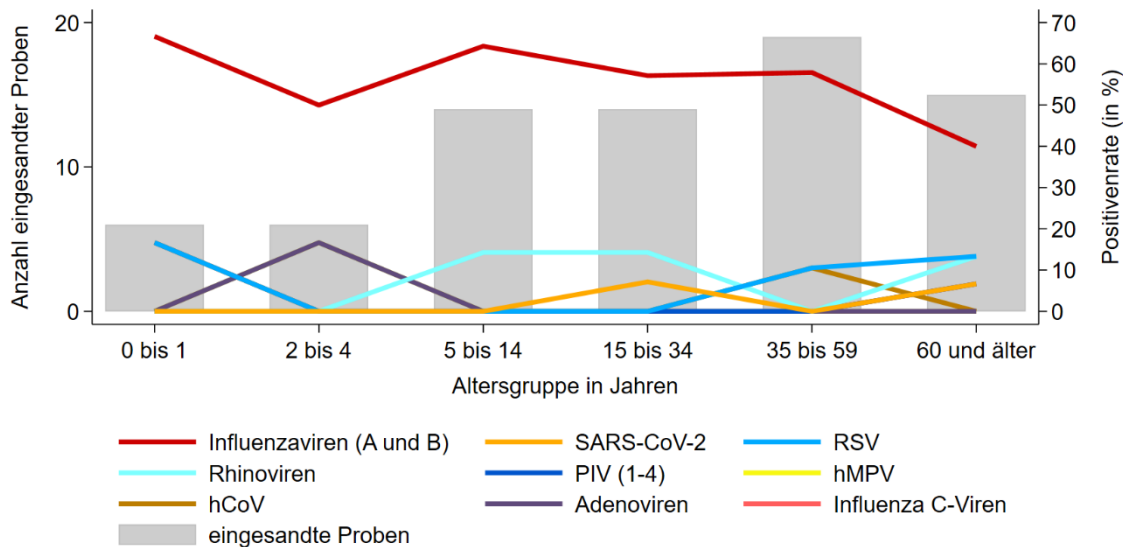


Abb. 6: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 2. KW 2026.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind ebenfalls abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinelns ($n = 47$), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ($n = 3$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 13$) wurden 63 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 33 zum Subtyp A(H3N2), 29 zum Subtyp A(H1N1)pdm09 und eines zur B/Victoria-Linie. Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurde das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert und die Viren wurden zu Kladen und Subkladen zugeordnet. Subtyp A(H3N2): alle Viren Klade 2a.3a.1 davon 28 Viren Subklade K, ein Virus Subklade J.2, ein Virus Subklade J.2.2, zwei Viren Subklade J.2.3 sowie ein Virus Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 29 Viren Klade 5a.2a.1/Subklade D.3.1; B/Victoria-Linie: ein Virus Klade V1A.3a.2/Subklade C.5.6.

Es wurden bisher 137 Influenza A(H3N2)- und 68 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein B/Victoria-Virus in Zellkultur isoliert und auf ihre Passgenauigkeit mit den aktuellen Impfstammantiseren im Hämagglutinationshemmtest untersucht. Der A(H1N1)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like) zeigte eine sehr gute Passgenauigkeit zu den derzeit zirkulierenden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Alle Influenza A(H3N2)-Viren reagierten mit dem Impfstammantiserum

(A/Croatia/10136RV/2023-like), jedoch war diese Reaktivität bei Viren der A(H3N2)-Subklade K um vier bis fünf log₂-Stufen im Vergleich zum homologen Impfstamm reduziert. Das einzige bisher isolierte Influenza B/Victoria Virus lag im Bereich sehr guter antigener Passgenauigkeit zum Impfstamm (B/Austria/1359417/2021-like).

Alle untersuchten Influenzaviren waren gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich: 60 A(H3N2), 30 A(H1N1)pdm09 sowie ein Virus der B/Victoria-Linie. Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sechs mit Next Generation Sequencing untersuchten Influenzaviren nicht detektiert.

Details sind abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2025_26.htm

Die reduzierte Reaktivität der A(H3N2)-Viren kann darauf hindeuten, dass in dieser Saison bei Influenza A(H3N2)-Viren der Subklade K der Schutz vor einer Infektion nach der Gripeschutzimpfung etwas verkürzt sein könnte, vor allem bei jüngeren Personen, die noch nicht so viele Antigenkontakte hatten. Es wird erwartet, dass der Grippeimpfstoff jedoch weiterhin Schutz vor schweren Erkrankungen bietet (siehe auch: [Frühe Impfeffektivitätsschätzungen aus England](#) sowie [Frühe Impfeffektivitätsschätzungen aus den europäischen VEBIS-Netzwerk](#)).

Sofern noch nicht geschehen, sollten sich alle Personen, für die die STIKO die Gripeschutzimpfung empfiehlt, noch impfen lassen: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste_gesamt.html

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 Berichterstattung zu SARS-CoV-2-Varianten sind die Variantenanteile für Dezember von der 49. bis 52. KW 2025 auf Grund der Feiertage zusammengefasst. Für diesen Zeitraum stehen aktuell 345 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zu Verfügung (Stand 13.1.2026). Dabei stammen 98 % der Daten aus der 49. bis 51. KW, während für die 52. KW nur 25 Sequenzen ausgewertet werden konnten.

Die rekombinante Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) wurde im Zeitraum von der 49. bis 52. KW unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien mit einem Anteil von 38 % (48. KW 2025: 36 %) nachgewiesen, die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) mit einem Anteil von 30 % (48. KW 2025: 27 %). Die seit dem 5.12.2025 von der WHO separat als VUM eingestufte SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) wurde mit einem Anteil von 31 % (48. KW 2025: 34 %) detektiert. Sie verfügt im Vergleich zur übergeordneten Variante BA.3 sowie zu den anderen derzeit in Deutschland zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien über zahlreiche Aminosäureaustausche und mehrere Aminosäuredeletionen.

In Deutschland wird für die öffentliche Gesundheit gegenwärtig kein erhöhtes Risiko durch die derzeit als VUM klassifizierten SARS-CoV-2-Varianten einschließlich BA.3.2 gesehen. WHO^{1 2 3} und ECDC⁴ stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein und es werden keine signifikanten Auswirkungen auf die Wirksamkeit der derzeit zugelassenen COVID-19-Impfstoffe gegen schwere Erkrankungen erwartet. Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind im Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

¹ <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

² <https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-xfg>

³ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025_ba.3.2_ire.pdf

⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-45-2025.pdf>

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) war die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) nach einem kontinuierlichen Anstieg seit der 49. KW 2025 in der 2. KW 2026 wieder gesunken (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz ging nach einer kurzzeitig hohen Aktivität zum Jahreswechsel in der 2. KW 2026 wieder auf ein moderates Niveau zurück.

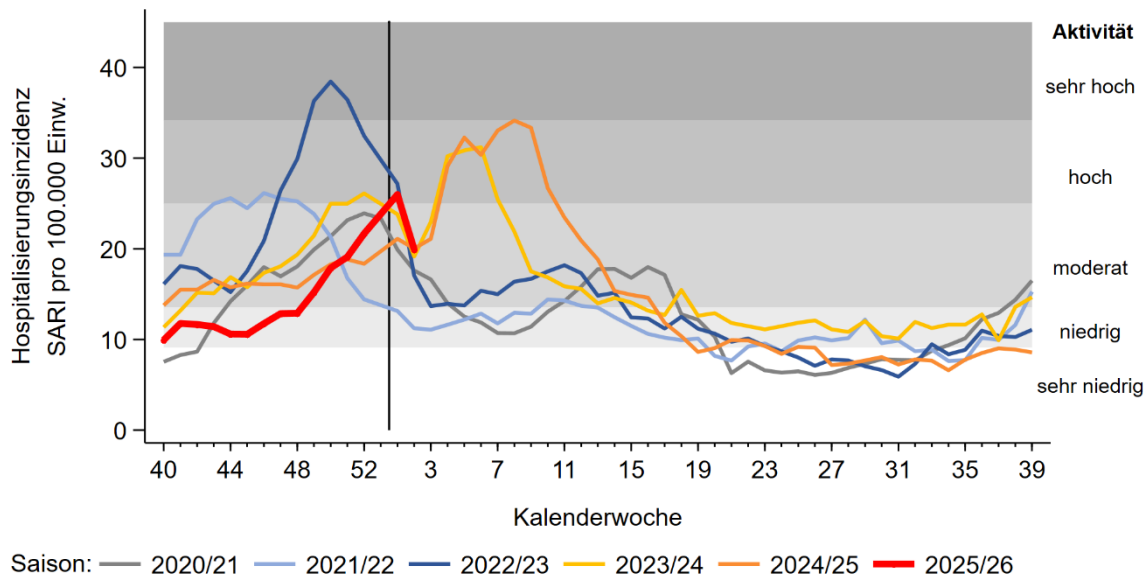


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 2. KW 2026). Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

In der 2. KW 2026 kam es in allen Altersgruppen zu einem Rückgang der Hospitalisierungen wegen SARI (Abb. 8). Die SARI-Inzidenz lag in der 2. KW 2026 in den Altersgruppen bis 14 Jahre auf einem niedrigen Niveau, bei den 15- bis 79-jährigen auf einem moderaten Niveau. Trotz des Rückgangs lag die SARI-Inzidenz bei den ab 80-jährigen weiter auf einem hohen Niveau.

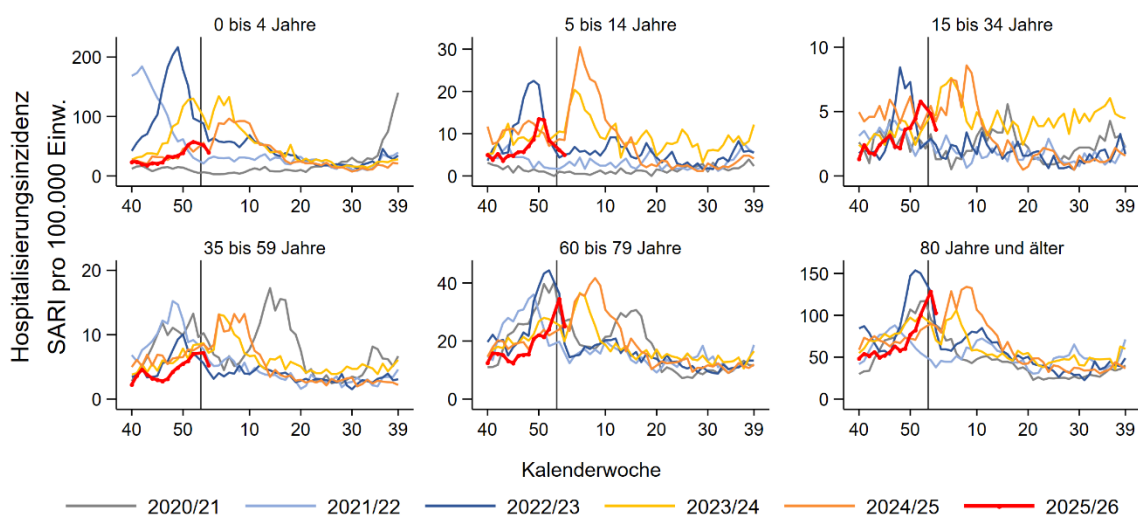


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 2. KW 2026). Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten ist in der 2. KW 2026 gesunken (Abb. 9) und lag bei 33 % (Vorwoche: 41 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Fällen ging seit der 44. KW 2025 kontinuierlich zurück und stagniert seit der 1. KW 2026 bei 4 %. Eine RSV-Diagnose ist bei 4 % der SARI-Fälle vergeben worden (Vorwoche: 3 %).

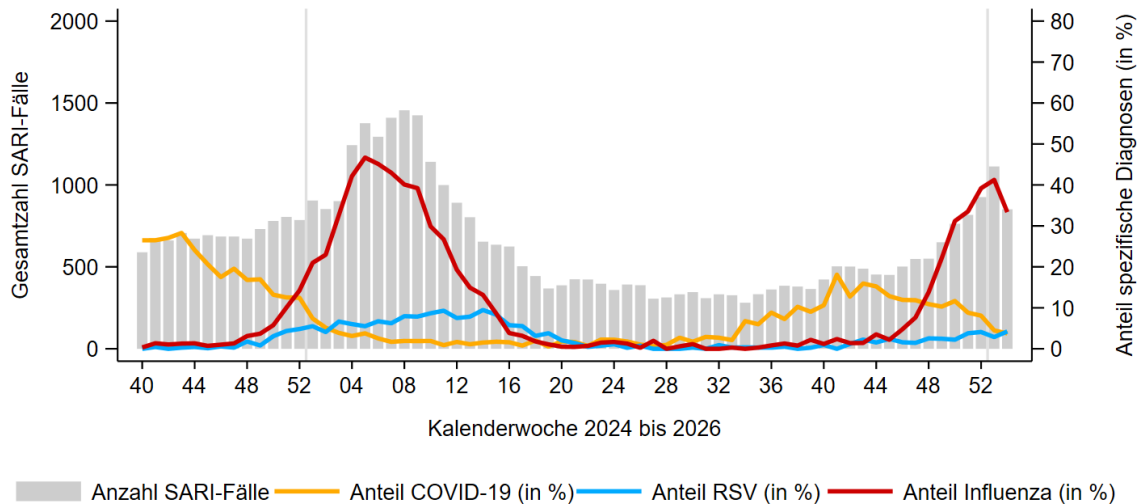


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 2. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 Sentinelkliniken.

SARI-Fälle mit einer Influenza-Erkrankung traten in der 2. KW 2026 in allen Altersgruppen auf (Abb. 10). In den Altersgruppen zwischen 2 und 34 Jahren ist bei mehr als jedem zweiten SARI-Fall eine Influenza-Diagnose gestellt worden (Anteile zwischen 55 % und 60 %). COVID-19-Diagnosen wurden in der 2. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten mehrerer Altersgruppen vereinzelt vergeben. Einzelne RSV-Erkrankungen sind in der 2. KW 2026 vorwiegend bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) diagnostiziert worden.

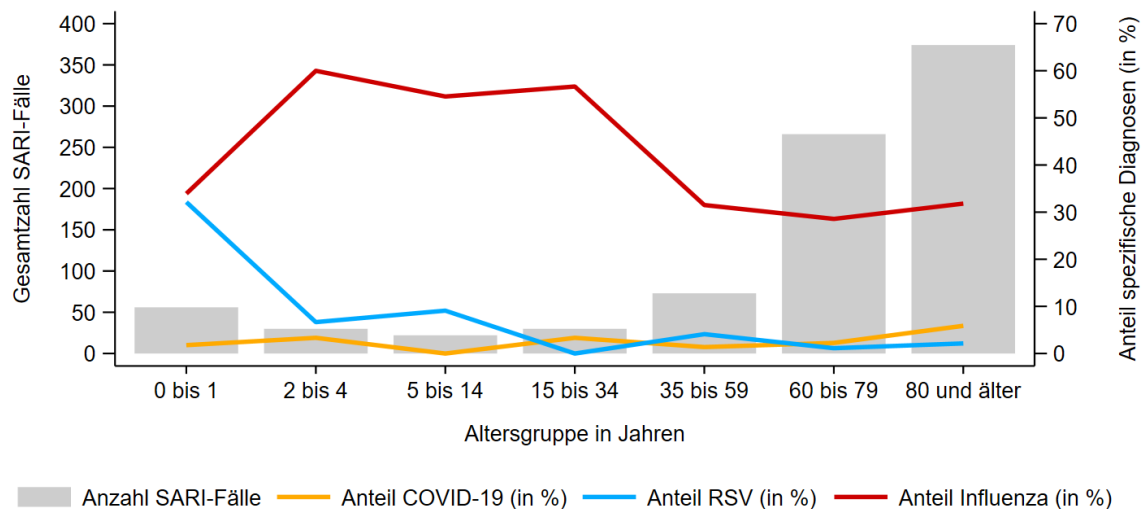


Abb. 10: Anzahl der in der 2. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 64 Sentinelkliniken.

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine Influenza-Erkrankung wurde bei 34 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert (Vorwoche: 32 %). RSV-Diagnosen sind in der 2. KW 2026 bei 6 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben worden (Vorwoche: 5 %). COVID-19-Erkrankungen wurden in der 2. KW 2026 mit einem Anteil von 3 % bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert (Vorwoche: 4 %).

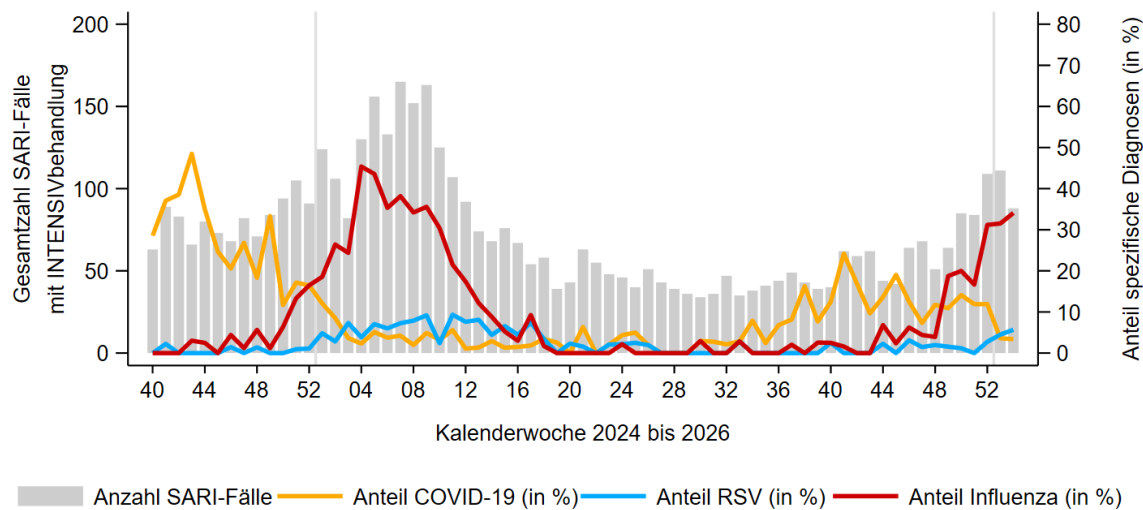


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 2. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 Sentinellkliniken.

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)

Die virologische SARI-Sentinel-Surveillance umfasst zwölf Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ wurden in der 2. KW 2026 aus fünf der zwölf teilnehmenden Kliniken 27 Sentinelproben zugesandt. In 14 (52 %) der 27 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 2. KW 2026 wurden hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (37 %) detektiert, sowie Rhinoviren (7 %), SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV) und Adenoviren (je 4 %) (Abb. 12). Humane Metapneumoviren (hMPV), Parainfluenzaviren (PIV), humane saisonale Coronaviren (hCoV) sowie Influenza C-Viren wurden in der 2. KW nicht nachgewiesen. Es gab eine Doppelinfektion mit Rhinoviren und RSV.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26, Stand 13.1.2026.

	51. KW	52. KW	1. KW	2. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	52	12	21	27	536
Probenanzahl mit Virusnachweis*	30	11	11	14	244
Positivenrate (PR)	58 %	92 %	52 %	52 %	46 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	1	0	0	0	1
A(H3N2)	11	5	4	8	43
A(H1N1)pdm09	4	2	2	2	19
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	3	0	0	1	51
RSV	2	1	1	1	7
hMPV	0	1	0	0	3
PIV (1 – 4)	2	0	1	0	29
Rhinoviren	5	1	2	2	85
hCoV	2	1	1	0	8
Adenoviren	1	0	0	1	11
Influenza C-Viren	1	3	2	0	9

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

In der gesamten Saison 2025/26 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (68 %) nachgewiesen, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (30 %). Influenza B-Viren wurden in der Saison 2025/26 noch nicht detektiert (Tab. 1, Abb. 13).

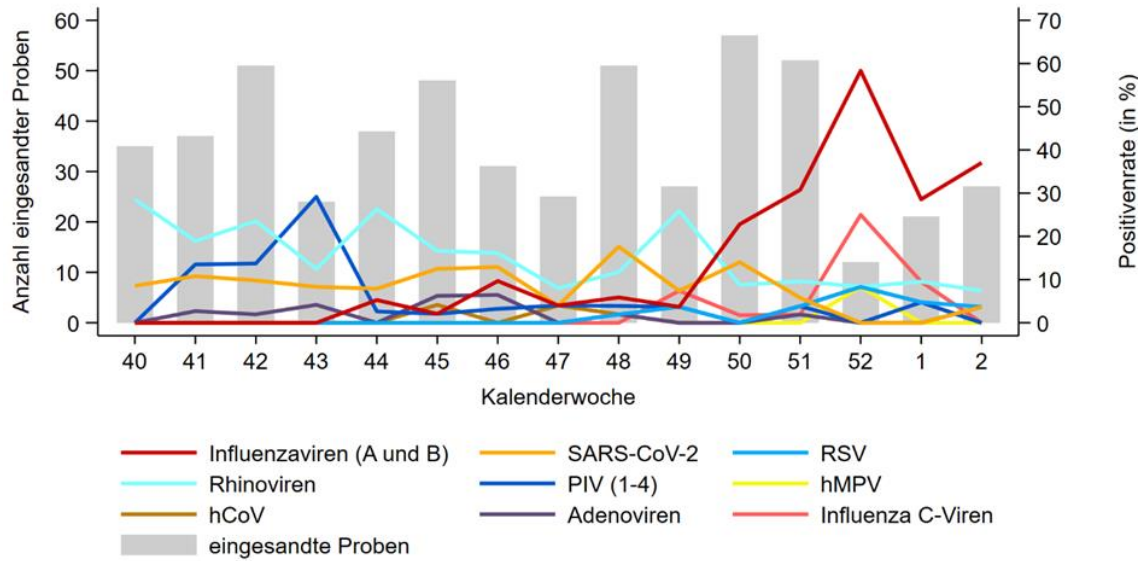


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 2. KW 2026.

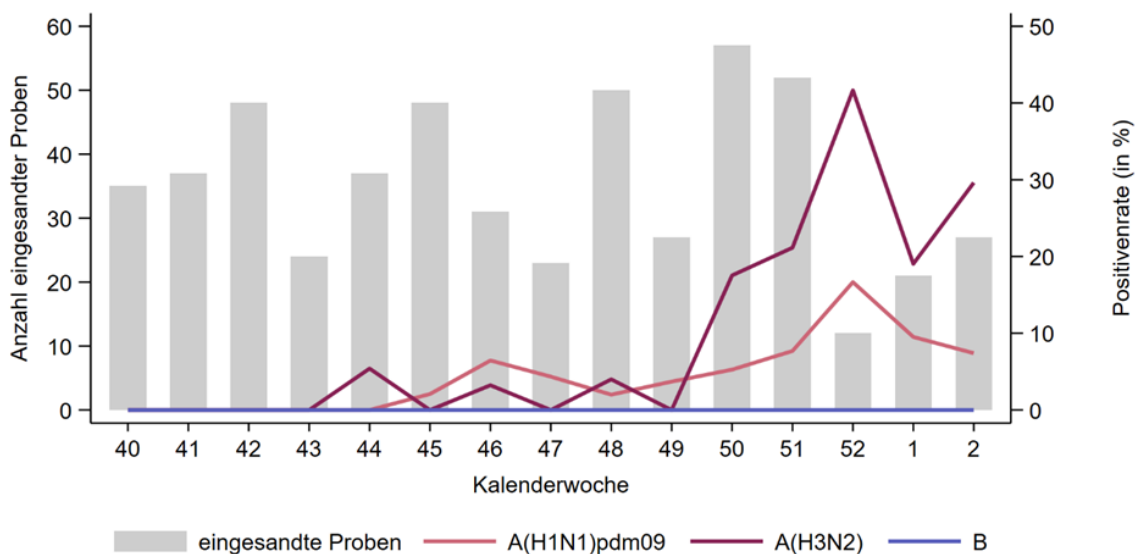


Abb. 13: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 2. KW 2026.

Von der 51. KW 2025 bis 2. KW 2026 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. Rhinoviren wurden bei den 0- bis 4-jährigen, 15- bis 34-jährigen sowie den ab 60-jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde in den Altersgruppen der 0- bis 1-jährigen, 35- bis 59-jährigen sowie ab 80-jährigen detektiert. RSV wurde vereinzelt bei den 0- bis 4-jährigen sowie bei den ab 80-jährigen nachgewiesen (Abb. 14).

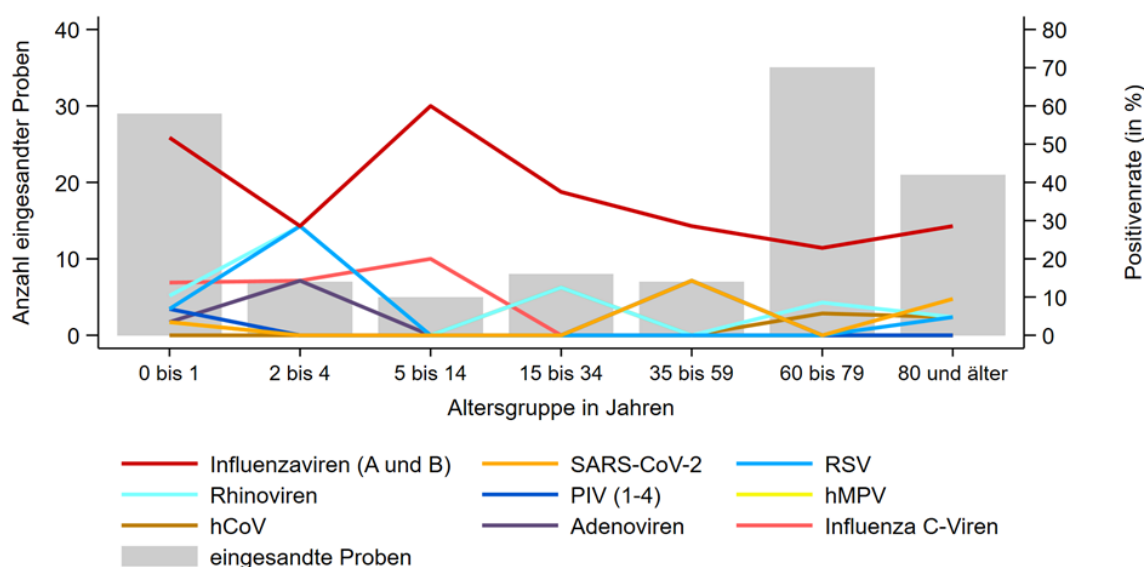


Abb. 14: Anteil (Positivraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (51. KW 2025 bis 2. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 2. MW 2026 wurden bislang 20.549 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 20.499 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 2. MW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen. Bei 5.474 (27 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 13.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 82.298 Fälle übermittelt. Davon entfallen 82.097 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 20.141 (25 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 225 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-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 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	5.291	10.757	12.820	8.134	14.270	19.783	78.071
	A(H1N1)pdm09	54	67	53	49	41	69	439
	A(H3N2)	68	162	198	91	91	107	819
	nicht nach A / B differenziert	80	213	224	190	431	396	1.705
	B	75	107	103	57	95	144	1.063
Gesamt		5.568	11.306	13.398	8.521	14.928	20.499	82.097
	Hospitalisierte Fälle	1.217	2.169	2.448	2.137	4.762	5.474	20.141

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

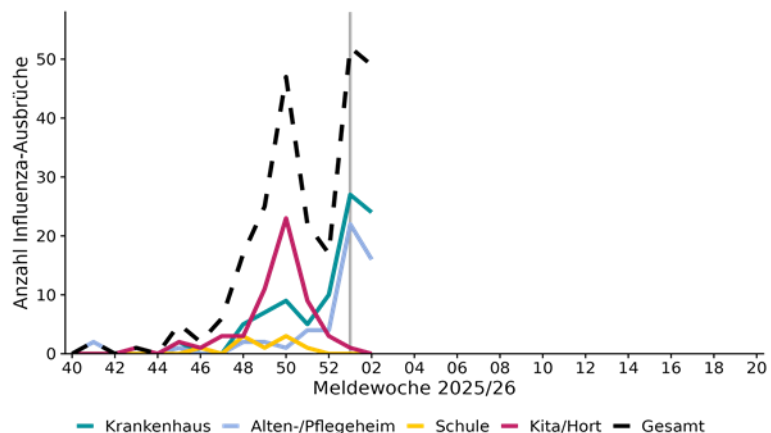
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 245 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 2. MW 2026 wurden bisher 49 Ausbrüche übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Krankenhaussetting sowie in Pflegeeinrichtungen (Tab. 4).

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenza-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	245
Krankenhaus	89
Alten-/Pflegeheim	54
Schule	9
Kita/Hort	57
sonstige Settings*	36
Anzahl Ausbruchsfälle	2.976
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	12,1

*Unter sonstige Settings sind alle weiteren Settings wie z.B. privater Haushalt, Arbeitsplatz oder Freizeit zusammengefasst.



COVID-19

Für die 2. MW 2026 wurden bislang 4.988 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 4.927 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Bei 1.909 (39 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 13.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 96.691 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 95.488 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 33.675 (35 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 896 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (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 2025
SARS-CoV-2	9.131	10.580	8.536	3.773	4.471	4.927	95.488
Hospitalisierte Fälle	3.056	3.133	2.635	1.425	2.030	1.909	33.675

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

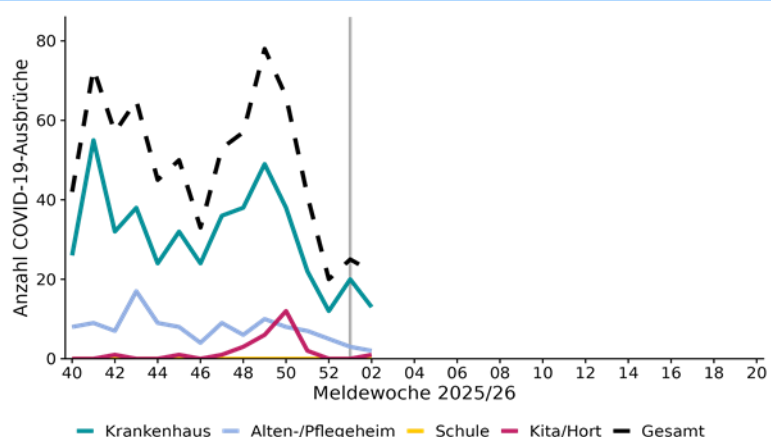
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 727 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 2. MW 2026 wurden bisher 22 Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	727
Krankenhaus	459
Alten-/Pflegeheim	112
Schule	0
Kita/Hort	27
sonstige Settings*	129
Anzahl Ausbruchsfälle	6.971
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,6

*Unter sonstige Settings sind alle weiteren Settings wie z.B. privater Haushalt, Arbeitsplatz oder Freizeit zusammengefasst.



RSV-Infektionen

Für die 2. MW 2026 wurden bislang insgesamt 1.630 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.621 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen. Bei 428 (26 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 2. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 13.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 6.308 Fälle übermittelt. Davon entfallen 6.215 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 1.866 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher weniger als zehn Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt.

Tab. 7: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinienskategorie C-E)

	49. MW	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	391	713	936	567	964	1.621	6.215
Hospitalisierte Fälle	111	209	233	165	346	428	1.866

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

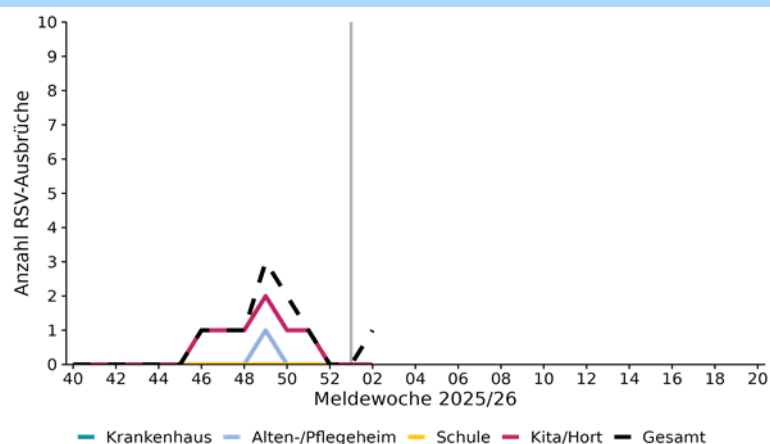
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt zehn RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 2. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

Tab. 8: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinienskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	10
Krankenhaus	0
Alten-/Pflegeheim	1
Schule	0
Kita/Hort	7
sonstige Settings*	2
Anzahl Ausbruchsfälle	109
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,9

*Unter sonstige Settings sind alle weiteren Settings wie z.B. privater Haushalt, Arbeitsplatz oder Freizeit zusammengefasst.



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

In den Jahren 2025/2026 werden über 70 Kläranlagen auf SARS-CoV-2, Inflenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 2. KW wurden Daten aus 47 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser ist in den letzten Wochen deutlich zurück gegangen (Abb. 15).

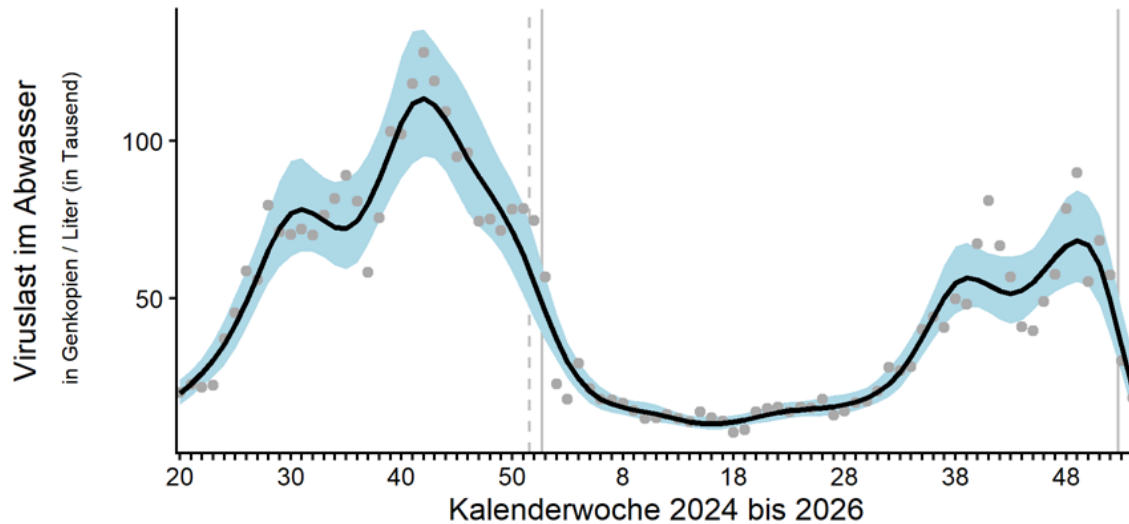


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 13.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (7.1.2026, 2. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. 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.

Inflenzaviren

Für die 2. KW 2026 wurden Daten aus 46 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza A-Viruslast im Abwasser ist in den letzten Wochen gestiegen. Die Influenza B-Viruslast lag in der 2. KW 2026 weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 16).

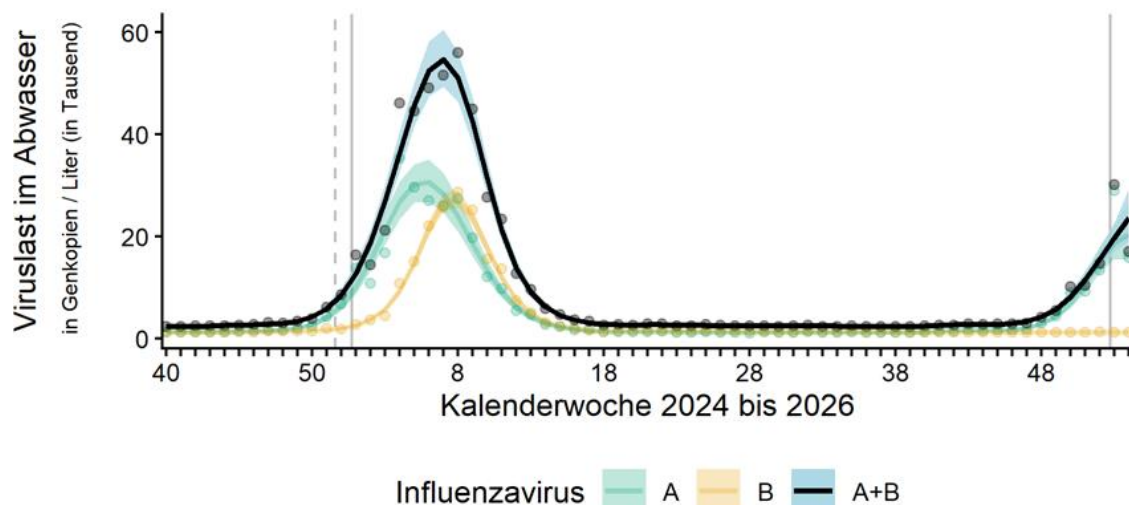


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 13.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (7.1.2026, 2. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. 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.

RSV

Für die 2. KW 2026 wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B in den letzten Wochen gestiegen (Abb. 17).

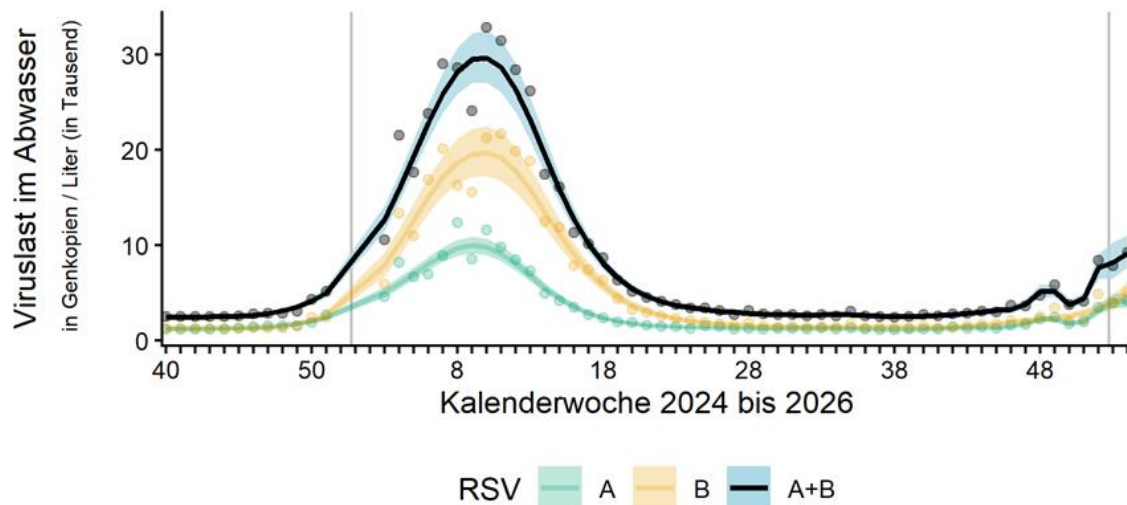


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 13.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (7.1.2026, 2. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

Die Entwicklung der Viruslast im Abwasser von SARS-CoV-2, Inflenzaviren und RSV kann sich aufgrund von Nachmeldungen insbesondere in den letzten Wochen noch verändern.

Weitere Informationen sind abrufbar im aktuellen Wochenbericht der Abwassersurveillance unter: https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-_Wochenbericht/#/.

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/>.

Die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, im ambulanten sowie im stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 7 und 8 im ARE-Wochenbericht) werden wöchentlich aktualisiert zur Verfügung gestellt (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://survstat.rki.de/>.

Angaben der Abwassersurveillance (AMELAG) zur Viruslast von SARS-CoV-2, Influenza A -und B-Viren sowie RSV werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt: https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance_AMELAG bzw. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10782701>.

Informationen zum Impfgeschehen in Deutschland, auch mit Angaben zu den Influenza-, COVID-19-, und RSV-Impfquoten, werden auf dem Dashboard „VacMap“ zur Verfügung gestellt: <https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/StartdashboardNavigation>.

Weitere Erläuterungen

ARE/SARI-Aktivitätsbereiche: Seit der Saison 2025/26 wird die ARE- und SARI-Aktivität in den syndromischen Sentinel-Systemen (GrippeWeb, ARE-Praxis-Sentinel, SARI-Krankenhaus-Sentinel) in Aktivitätsbereiche eingeteilt und berichtet. Details sind nachzulesen in den [RKI - FAQ zu ARE](#).

Autoren und Redaktionsteam:

Tolksdorf K, Krupka S, Prahm K, Preuß U, GrippeWeb-Team, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Wedde M, Duwe S, Gvaladze T, Wunderlich J, Staat D, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Kröger S, Erdwiens A, AMELAG-Team, Hilbig A, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 2/2026 | DOI: 10.25646/13607