ROBERT KOCH INSTITUT

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu **a**kuten **r**espiratorischen **E**rkrankungen
6. Kalenderwoche (2.2. bis 8.2.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Das ARE-Geschehen wird weiterhin durch die Zirkulation von Influenzaviren bestimmt, die Grippewelle hält weiter an. Influenzaerkrankungen betreffen aktuell alle Altersgruppen und führen zu einer hohen Zahl an akuten Atemwegserkrankungen, die Zahl der Arztbesuche sowie die Zahl der Hospitalisierungen blieb jedoch in den letzten Wochen unter den Werten aus der Vorsaison um diese Zeit. Seit Beginn der Grippewelle in der 48. KW 2025 werden überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, seltener Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Die RSV-Aktivität nimmt weiter zu.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 6. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag auf einem für die Jahreszeit üblichen hohen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 6. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls stabil geblieben und befand sich ebenfalls auf einem hohen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 6. KW 2026 in insgesamt 120 der 138 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Influenza A-Viren (57 %), mit deutlichem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 20 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 13 %). SARS-CoV-2 wurde in 1 % der Proben nachgewiesen. Von den 78 nachgewiesenen Influenzaviren waren 54 A(H3N2)- und 23 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein nicht typisierter Influenza A-Virus (siehe auch Charakterisierung der Influenzaviren). Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen zu ähnlichen Anteilen durch RSV A und RSV B (RSV A: 48 %, RSV B: 52 % bei 0- bis 4-Jährigen) hervorgerufen werden.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 6. KW leicht zurück und lag weiter auf einem moderaten Niveau. Unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen wird mittels Nowcasting für die 6. KW eine SARI-Inzidenz auf hohem Niveau geschätzt. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 40 % Influenza-, 9 % RSV- und 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 6. KW 2026 in zwölf der 27 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A-Viren (26 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten RSV-Fälle ist in der 6. Meldewoche (MW) weiter gestiegen. Dagegen sind die Zahlen der Influenza-Fälle und der COVID-19-Fälle gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde in der 4. KW 2026 mit einem Anteil von 69 %, die Linie XFG mit einem Anteil von 21 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die Werte für die Influenza A-Viruslast und die RSV-Last im Abwasser sind gestiegen. Dagegen ist die SARS-CoV-2-Last seit einigen Wochen im niedrigen Bereich stabil.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: http://www.rki.de/are
- FAQ und Faktenblätter zum Thema Impfen (z.B. gegen Grippe, COVID-19, RSV): http://www.rki.de/impfungen-a-z
- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch Atemwegserreger schützen?“: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16790128.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 27.1.2026): www.rki.de/Zoonotische-influenza.

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 in der 6. KW 2026 im Vergleich zu Vorwoche stabil geblieben. Die ARE-Inzidenz lag bei rund 9.000 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 8.900; Abb. 1) und damit auf einem für diese Jahreszeit üblichen hohen Niveau. Während die Werte bei den Kindern gesunken sind, sind sie bei den Erwachsenen weiter angestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,5 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 6. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist aktuell niedrig und liegt seit einigen Wochen unter 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

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

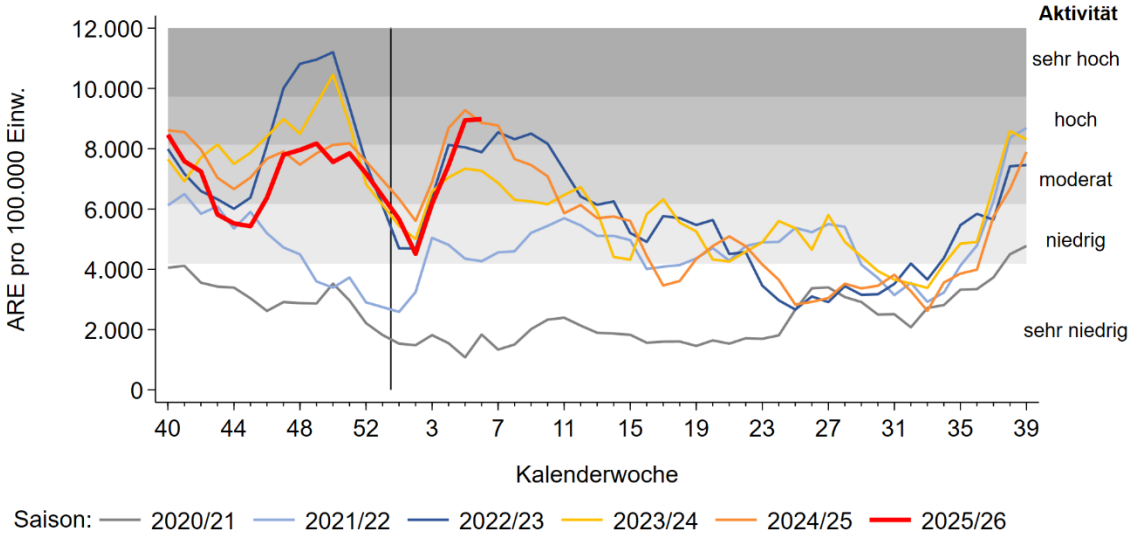


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 6. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.000 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 Grauabstufen abgebildet, für Details siehe „Weitere Erläuterungen" am Ende des Berichts.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 6. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag mit rund 2.000 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. auf einem hohen Niveau, blieb jedoch deutlich unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit (Vorwoche: 2.000; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,6 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/Sentinels-Surveillance-Panel/ARE-Praxis-Sentinel/Sentinelpraxis-werden.html.

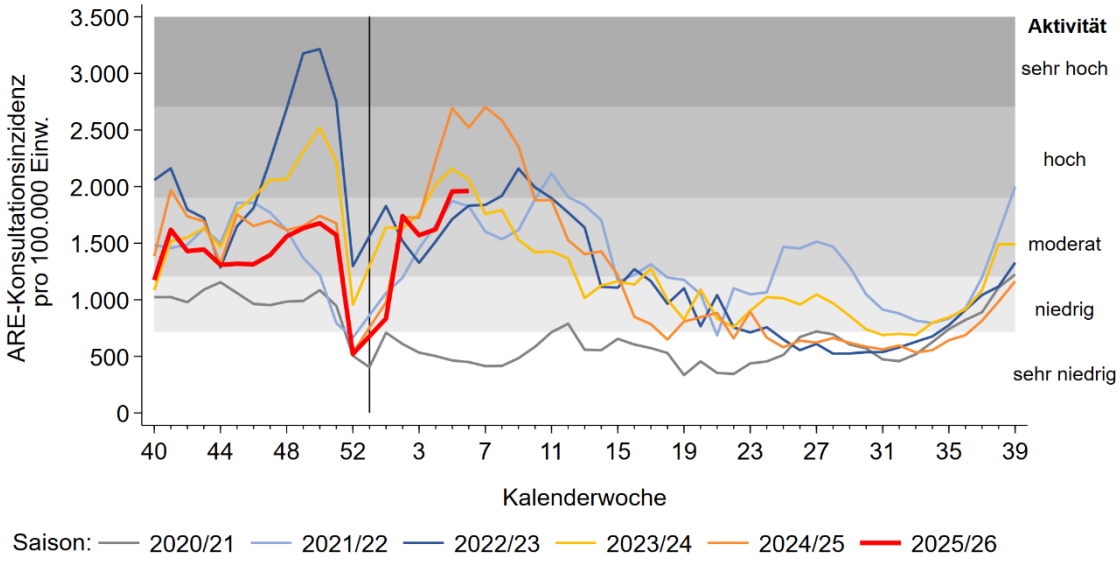


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 6. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Grauabstufen abgebildet, für Details siehe „Weitere Erläuterungen" am Ende des Berichts.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 6. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in fast allen Altersgruppen stabil geblieben. In der Altersgruppe der der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) ist sie gesunken (Abb. 2). Aufgrund von Ferien in einigen Bundesländern können sich die Werte durch ein geändertes Konsultationsverhalten und nachträgliche Meldungen noch verändern.

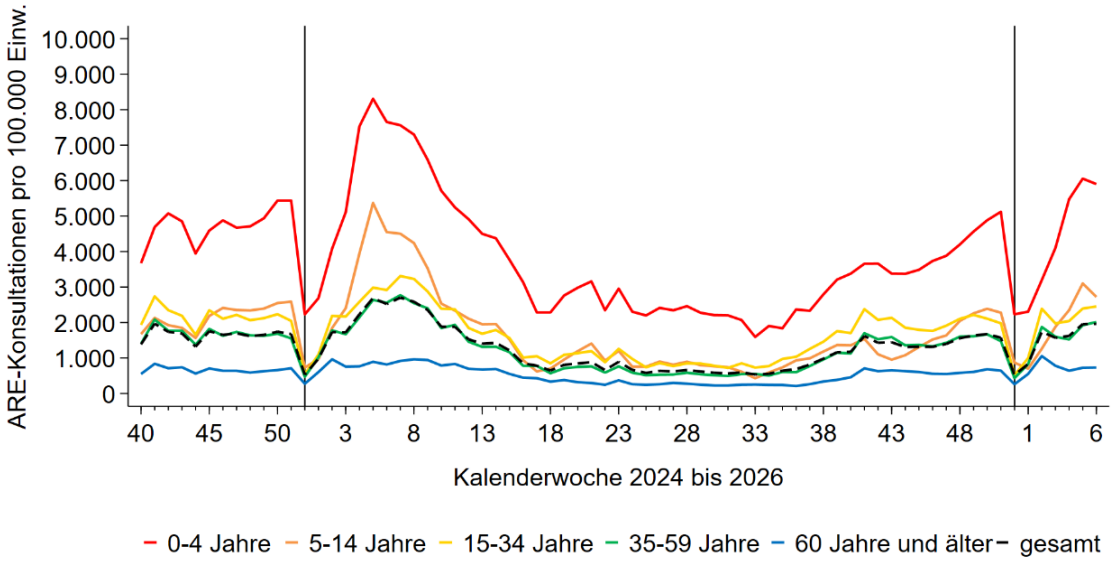


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 6. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet wird, blieb weiter niedrig und lag in der 6. KW 2026 wie in der Vorwoche bei weniger als 20 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner.

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 6. KW 2026 insgesamt 138 Sentinelproben von 48 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 120 (87 %) der 138 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (Positivenrate (PR): 57 %; 95 %-Konfidenzintervall [47; 65]), mit großem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 20 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 13 %), Rhinoviren (9 %) und humanen Metapneumoviren (hMPV; 4 %). Darüber hinaus wurden Adenoviren, SARS-CoV-2 und Parainfluenzaviren (PIV) mit jeweils 1 % nachgewiesen. Influenza C-Viren wurden nicht detektiert (Tab. 1; Abb. 4). Es gab 25 Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von Influenza A-Viren, hCoV bzw. Rhinoviren.

Die Influenza-Positivenrate ist in der 6. KW 2026 gesunken. Von den 78 nachgewiesenen Influenzaviren waren 54 A(H3N2)- und 23 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein nicht subtypisiertes Influenza A-Virus. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren identifiziert (73 % bzw. 26 %). Seit der 47. KW werden mehr A(H3N2)-Viren als A(H1N1)pdm09-Viren detektiert (Abb. 5; links). Bisher wurden in der Saison nur sehr vereinzelt Influenza B-Viren nachgewiesen. Die Grippewelle begann gemäß RKI-Definition in der 48. KW 2025.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden in den meisten Altersgruppen bislang häufiger Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, in den Altersgruppen der 35- bis 59-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen wurden Influenza A(H1N1)pdm09- und A(H3N2)-Viren ähnlich häufig detektiert (Abb. 5; rechts).

Die RSV-Positivenrate schwankte seit dem Jahreswechsel bei Werten zwischen 4 % und 10 % und ist in der 6. KW auf 13 % gestiegen. In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 6. KW bei 29 % (95 %-Konfidenzintervall [15; 46]; Vorwoche 13 %) und ist im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen. Die RSV-Welle begann gemäß RKI-Definition in der 2. KW 2026.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen zu ähnlichen Anteilen durch RSV A und RSV B (RSV A: 48 %, RSV B: 52 % bei 0-bis 4-Jährigen) hervorgerufen werden.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 6. KW 2026), Stand 10.2.2026.

		3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		165	176	179	138	**2.460**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		126	144	159	120	**1.748**
	Positivenrate (PR)	76 %	82 %	89 %	87 %	**71 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	1	0	1	1	**5**
	A(H3N2)	67	70	89	54	**537**
	A(H1N1)pdm09	25	25	27	23	**196**
	B	0	0	0	0	**2**
SARS-CoV-2		4	3	2	2	**273**
RSV		9	18	9	18	**93**
hMPV		4	2	5	6	**28**
PIV (1 – 4)		4	5	4	1	**131**
Rhinoviren		12	13	16	12	**489**
hCoV		9	20	25	27	**121**
Adenoviren		8	6	5	2	**93**
Influenza C-Viren		3	6	5	0	**33**

* 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.

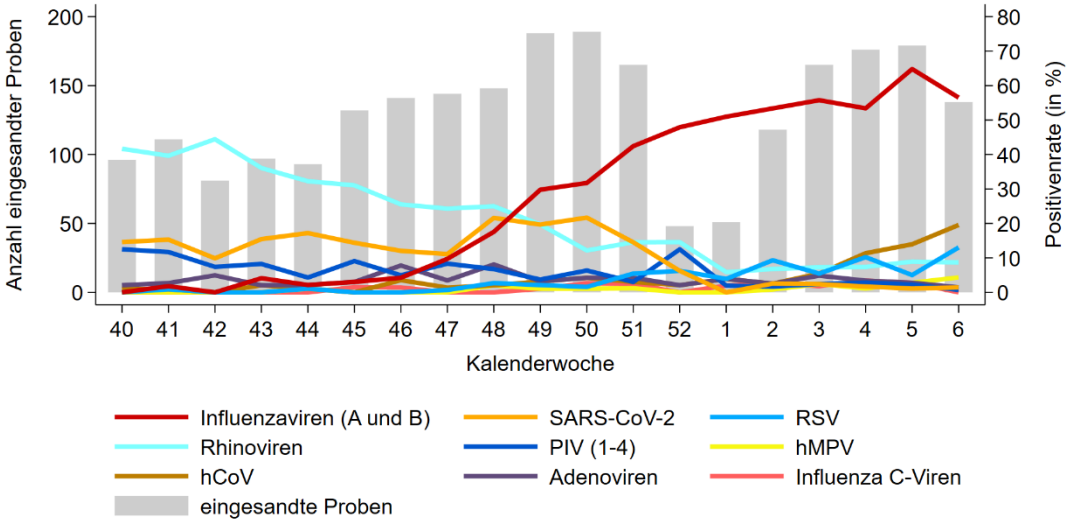


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 6. KW 2026.

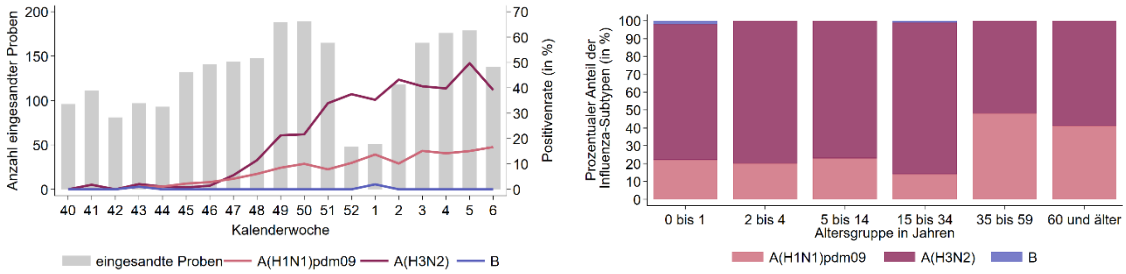


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 6. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels von der 40. KW 2025 bis zur 6. KW 2026 detektiert wurden.

In der 6. KW 2026 wurden in den Altersgruppen ab 2 Jahren vorwiegend Influenzaviren (A und B) nachgewiesen mit Positivenraten zwischen 39 % und 88 % (Abb. 6), besonders häufig bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre). HCoV wurde in allen Altersgruppen nachgewiesen. RSV wurde hauptsächlich bei den 0- bis 4-Jährigen detektiert, es gab jedoch in weiteren Altersgruppen Nachweise von RSV. SARS-CoV-2 wurde vereinzelt in der jüngsten Altersgruppe (0 bis 1 Jahr) und in der ältesten Altersgruppe (ab 60 Jahre) identifiziert. Rhinoviren wurden in fast allen Altersgruppen nachgewiesen.

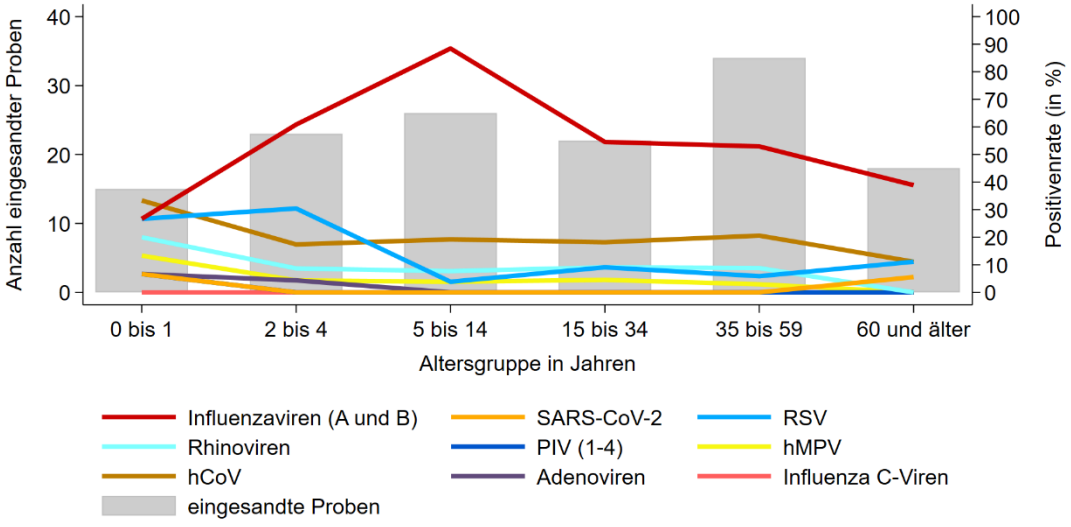


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 6. KW 2026.

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-Sentinels (n = 238), des SARI-Krankenhaus-Sentinels (n = 33) sowie aus Proben von anderen Einsendungen (n = 17) wurden 288 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 201 zum Subtyp A(H3N2), 86 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 gehörten zur Klade 2a.3a.1 davon 186 Viren Subklade K, zwei Viren Subklade J.2, vier Viren Subklade J.2.2, vier Viren Subklade J.2.3 sowie fünf Viren Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 86 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 230 Influenza A(H3N2)- und 135 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 $\log_2$-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: 92 A(H3N2), 44 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 52 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.html

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 Grippeschutzimpfung 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).

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 4. KW 2026 stehen aktuell 42 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 10.2.2026).
Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde in der 4. KW 2026 unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien mit einem steigenden Anteil von 69 % (3. KW 2026: 48 %) nachgewiesen. Der Anteil der rekombinanten Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag bei 21 % (3. KW 2026: 44 %).
Die kürzlich von WHO[1] und ECDC[2] als VUM klassifizierte SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) wurde mit einem weiterhin sinkenden Anteil von 2 % (3. KW 2026: 6 %) detektiert. In Deutschland wird für die öffentliche Gesundheit gegenwärtig kein erhöhtes Risiko durch die derzeit als

[1] https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/
[2] https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern

VUM klassifizierten SARS-CoV-2-Varianten gesehen. WHO[3] [4] [5] und ECDC[6] [7] 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.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code-basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) zeigte sich nach dem Jahreswechsel ein Rückgang der Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI), gefolgt von einer weitgehend stabilen Entwicklung ab der 3. KW 2026 (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 6. KW 2026 auf einem moderaten Niveau. Die SARI-Inzidenz lag in den letzten Wochen deutlich unter den Werten der beiden Vorsaisons um diese Zeit.

Seit der 3. KW 2026 wird zudem das Ergebnis eines Nowcasting-Modells berichtet, bei dem noch ausstehende Änderungen in den Inzidenzdaten berücksichtigt werden. Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: RKI - FAQ zu ARE. Das Ergebnis des Nowcasting-Modells zeigt für die 6. KW 2026 einen noch zu erwartenden Anstieg der SARI-Fallzahlen, demzufolge die SARI-Inzidenz für die 6. KW auf einem hohen Niveau einzuordnen ist (Abb. 7, rot hinterlegter Bereich).

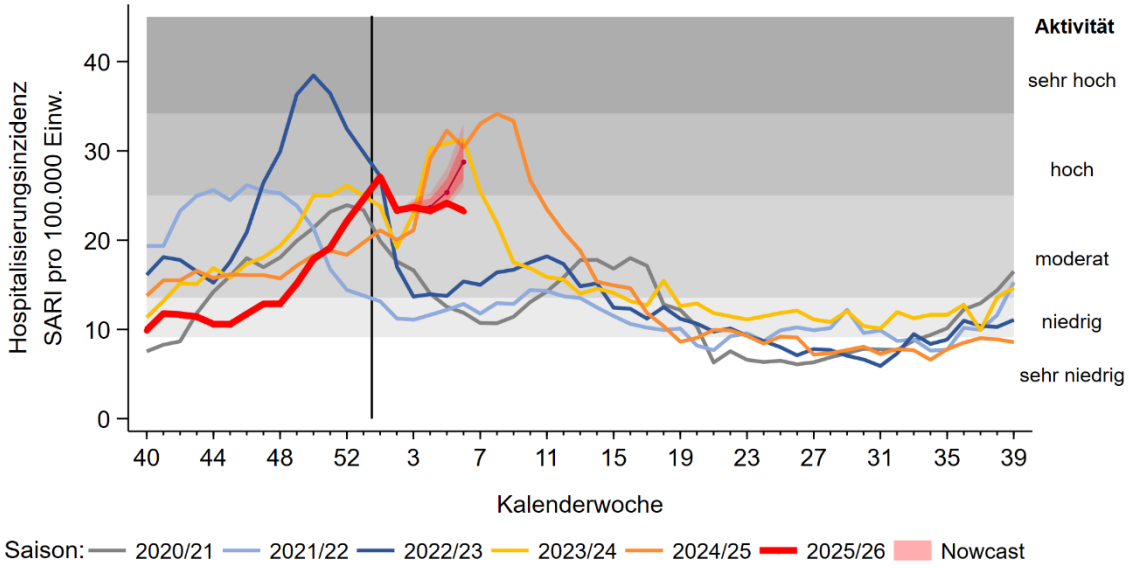


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 6. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Grauabstufen abgebildet, für Details siehe „Weitere Erläuterungen" am Ende des Berichts.

In der 6. KW 2026 kam es bei Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre) nach dem erneuten leichten Anstieg in der Vorwoche zu einem leichten Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 8). In den anderen Altersgruppen blieb die SARI-Inzidenz überwiegend stabil oder ging leicht zurück. Die SARI-Inzidenz lag in der 6. KW 2026 bei Kindern im

[3] https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/
[4] https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-xfg
[5] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025_ba.3.2_ire.pdf?sfvrsn=a29c3612_4
[6] https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-51-2025.pdf
[7] https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-6-2026.pdf

Schulalter (5 bis 14 Jahre) und bei Personen ab 60 Jahren auf einem hohen Niveau und in allen anderen Altersgruppen auf einem moderaten Niveau.

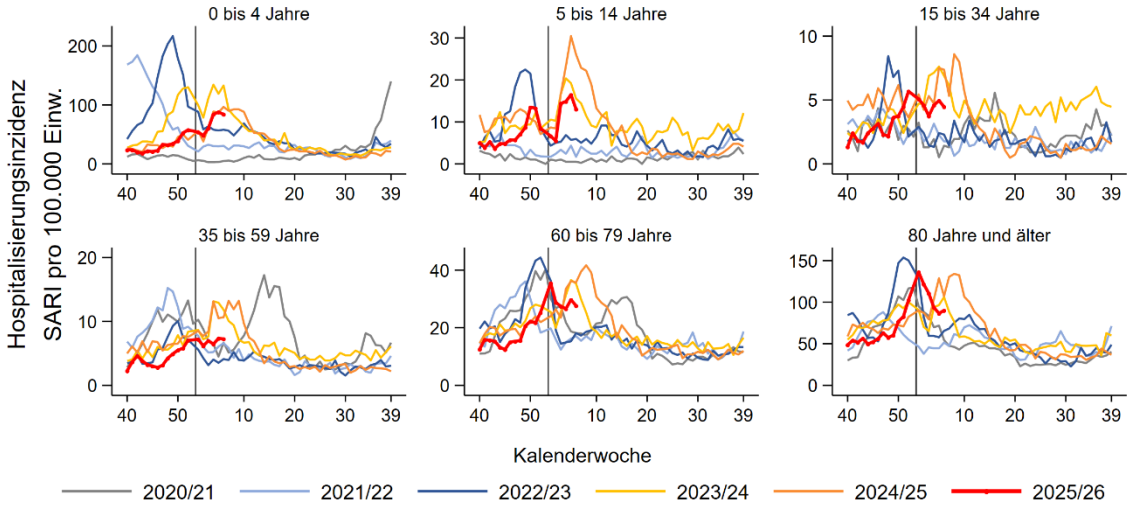


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 6. KW 2026). Daten aus 64 Sentinel-kliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten blieb seit dem Jahreswechsel weitestgehend stabil (Abb. 9) und lag in der 6. KW 2026 bei 41 % (Vorwoche: 44 %). In den letzten Wochen wurden zunehmend RSV-Diagnosen vergeben, in der 6. KW lag der Anteil bei 8 % der SARI-Fälle (Vorwoche: 9 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Fällen ist weiter rückläufig und lag in der 6. KW 2026 bei 1 % (Vorwoche: 2 %).

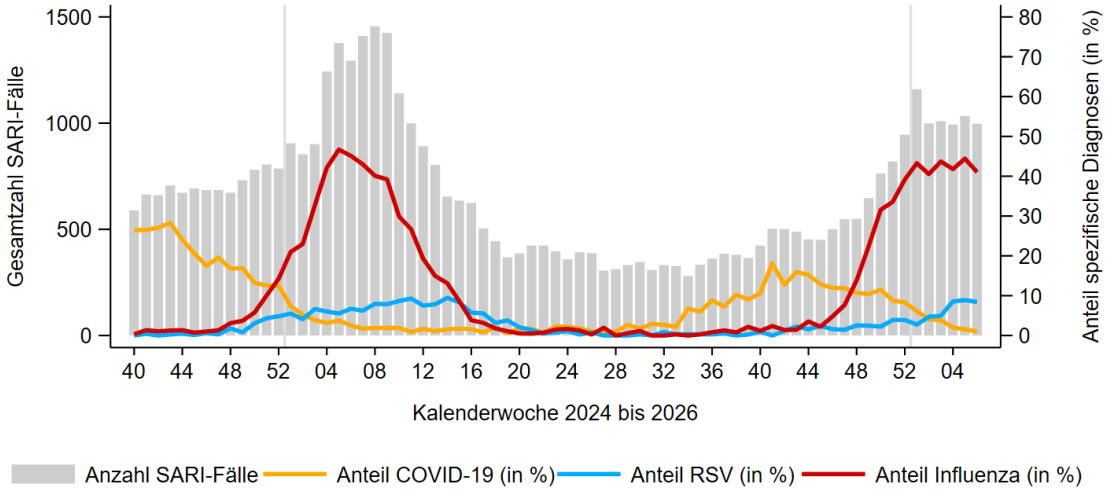


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 6. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden in der 6. KW 2026 bei SARI-Fällen aus allen Altersgruppen am häufigsten diagnostiziert (Abb. 10). Besonders betroffen blieben weiterhin die Altersgruppen zwischen 5 und 34 Jahren, mit dem höchsten Anteil bei Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre; 70 %) sowie bei den 15- bis 34-Jährigen (62 %). In den übrigen Altersgruppen wurde bei etwa 40 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose vergeben. RSV-Erkrankungen wurden in den letzten Wochen besonders häufig bei Kindern unter 5 Jahren diagnostiziert. In der 6. KW lag der Anteil der RSV-Diagnosen bei 31 % (0 bis 1 Jahr) bzw. 27 % (2 bis 4 Jahre). COVID-19-Diagnosen wurden in der 6. KW 2026 vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten verschiedener Altersgruppen vergeben.

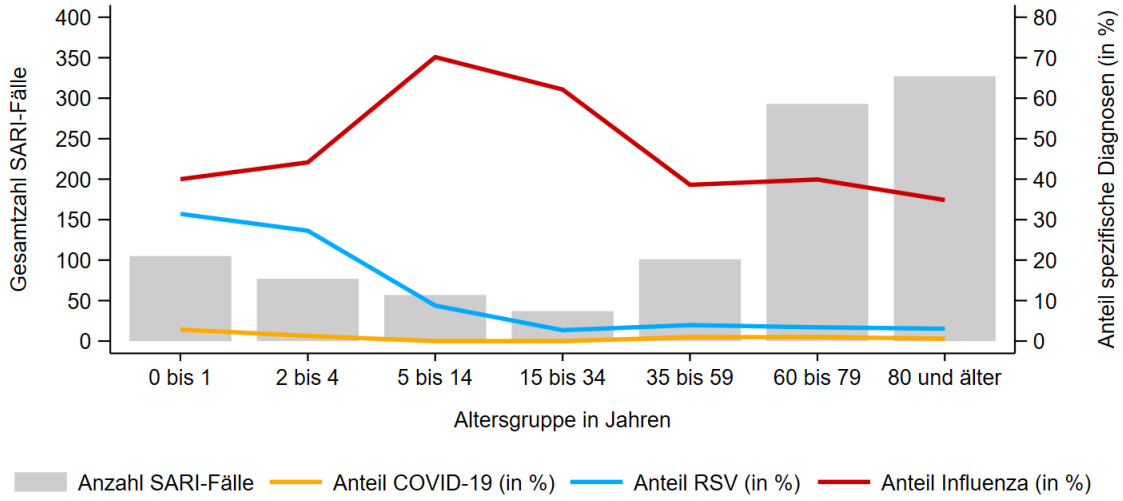


Abb. 10: Anzahl der in der 6. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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 37 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert, auch dieser Anteil blieb seit dem Jahreswechsel relativ stabil. RSV- und COVID-19-Diagnosen sind in der 6. KW 2026 bei 8 % bzw. 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben worden.

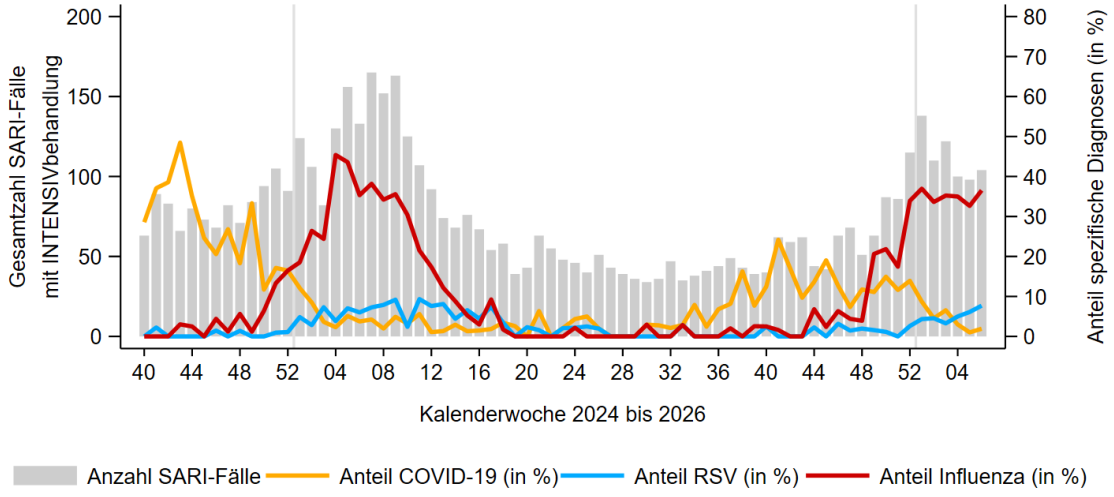


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 6. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 Sentinelkliniken.

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

Dem NRZ wurden in der 6. KW 2026 aus vier der elf teilnehmenden Kliniken 27 Sentinelproben zugesandt. In zwölf (44 %) der 27 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 6. KW 2026 wurden vorwiegend Influenza A- und B-Viren (26 %) detektiert, zudem wurden humane Metapneumoviren (hMPV) (11 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV) (7 %) sowie Parainfluenzaviren (PIV), humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Influenza C-Viren (je 4 %) detektiert (Abb. 12). SARS-CoV-2, Rhinoviren und Adenoviren wurden in der 6. KW nicht nachgewiesen. Es gab drei Doppelinfektionen überwiegend mit Beteiligung von Influenzaviren bzw. 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 (bis zur 6. KW 2026), Stand 11.2.2026.

		3. KW	4. KW	5. KW	6. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		49	41	62	27	**747**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		33	27	35	12	**369**
	Positivenrate (PR)	67 %	66 %	56 %	44 %	**49 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**2**
	A(H3N2)	14	11	13	5	**94**
	A(H1N1)pdm09	3	5	5	2	**37**
	B	0	0	0	0	**0**
SARS-CoV-2		4	2	3	0	**60**
RSV		2	4	6	2	**24**
hMPV		0	2	1	3	**9**
PIV (1 – 4)		3	1	3	1	**39**
Rhinoviren		7	3	4	0	**101**
hCoV		2	2	1	1	**15**
Adenoviren		3	2	1	0	**17**
Influenza C-Viren		0	0	0	1	**11**

* 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.

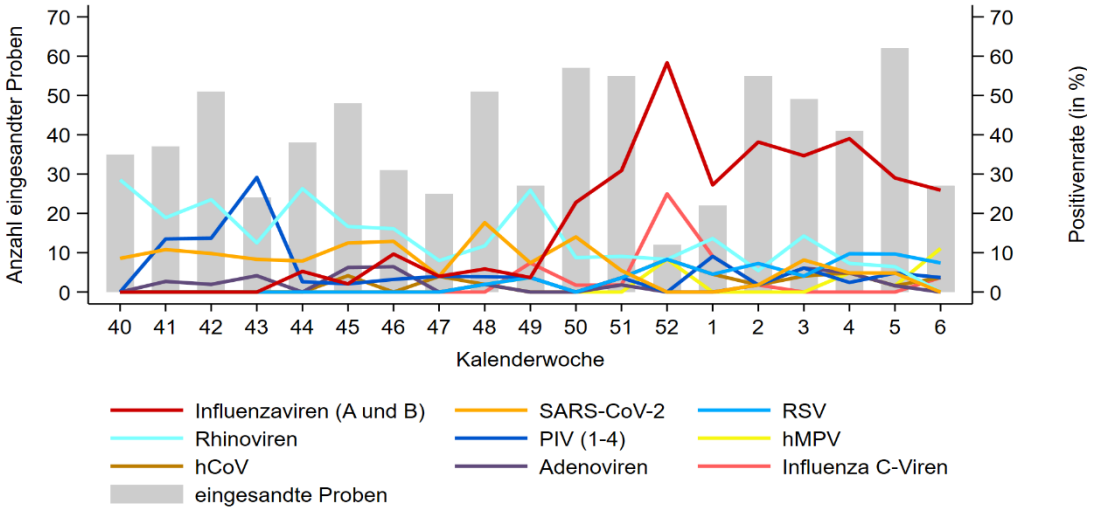


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 6. KW 2026.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (72 %) nachgewiesen, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (28 %). Influenza B-Viren wurden in der Saison 2025/26 noch nicht detektiert (Tab. 1, Abb. 13). Ähnlich wie im ambulanten Bereich wurde in der gesamten Saison 2025/26 bislang in den meisten Altersgruppen häufiger

Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen wurden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren fast so häufig wie A(H3N2)-Viren detektiert (Abb. 13; rechts).

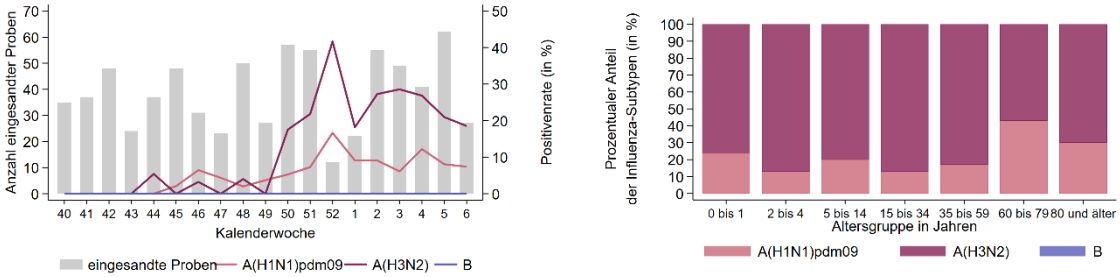


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 6. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des SARI-Sentinels von der 40. KW 2025 bis zur 6. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 3. KW bis zur 6. KW 2026 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. Rhinoviren wurden bei den 0- bis 4-Jährigen sowie den ab 60-Jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde in den Altersgruppen der 0- bis 1-Jährigen sowie der ab 35-Jährigen detektiert. RSV wurde vorwiegend bei den 0- bis 4-Jährigen, aber auch beiden ab 80-Jährigen nachgewiesen (Abb. 14).

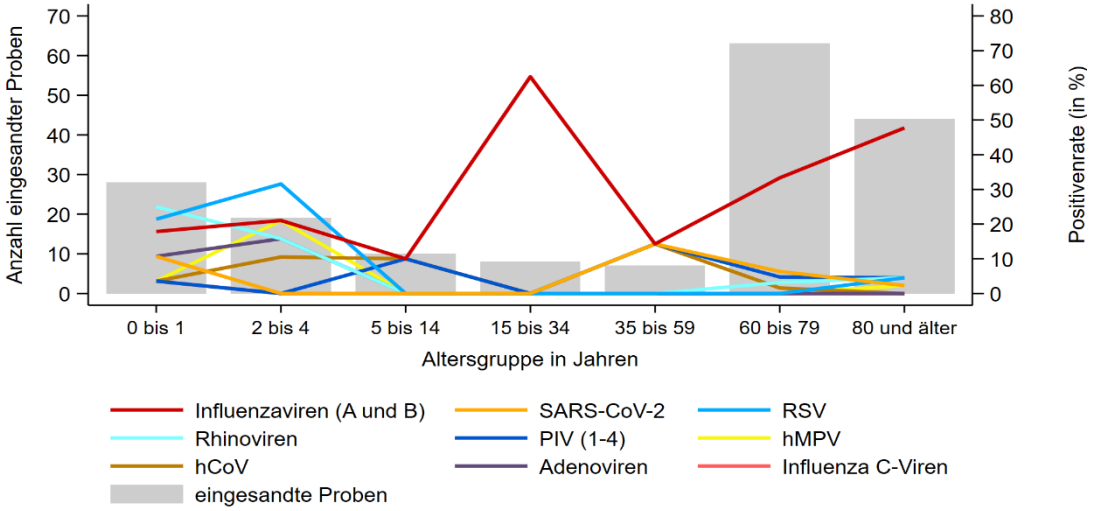


Abb. 14: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (3. KW 2026 bis 6. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 6. MW 2026 wurden bislang 24.305 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 23.981 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Bei 5.360 (22 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 10.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 176.312 Fälle übermittelt. Davon entfallen 174.748 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.079 (25 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 907 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 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-Falldefinitionskategorien C-E)

		1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	14.384	20.503	20.112	20.608	24.334	23.138	**167.236**
	A(H1N1)pdm09	42	86	137	134	123	119	**980**
	A(H3N2)	102	174	211	175	233	200	**1.747**
	nicht nach A / B differenziert	437	415	366	334	371	396	**3.197**
	B	97	143	155	117	121	128	**1.588**
Gesamt		**15.062**	**21.321**	**20.981**	**21.368**	**25.182**	**23.981**	**174.748**
	Hospitalisierte Fälle	5.294	6.741	5.709	5.020	5.771	5.360	**44.079**

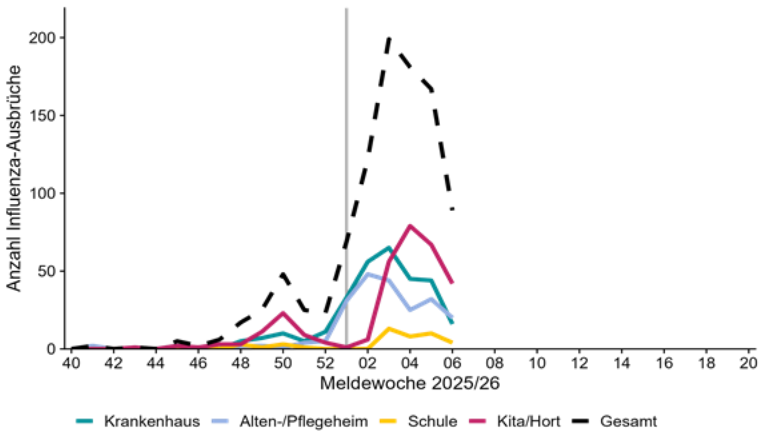
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 981 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 6. MW 2026 wurden bisher 89 Ausbrüche übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankhaus und 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-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

Influenza-Ausbrüche	
Gesamtzahl Saison	981
Krankenhaus	299
Alten-/Pflegeheim	217
Schule	44
Kita/Hort	308
sonstige Settings*	113
Anzahl Ausbruchsfälle	13.374
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,6

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



COVID-19

Für die 6. MW 2026 wurden bislang 2.230 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.182 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Bei 817 (37 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 10.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 108.391 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 106.936 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 38.664 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.243 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-Falldefinitionskategorien C-E)

	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	4.502	5.080	3.516	2.756	2.621	2.182	**106.936**
Hospitalisierte Fälle	2.142	2.200	1.463	1.177	951	817	**38.664**

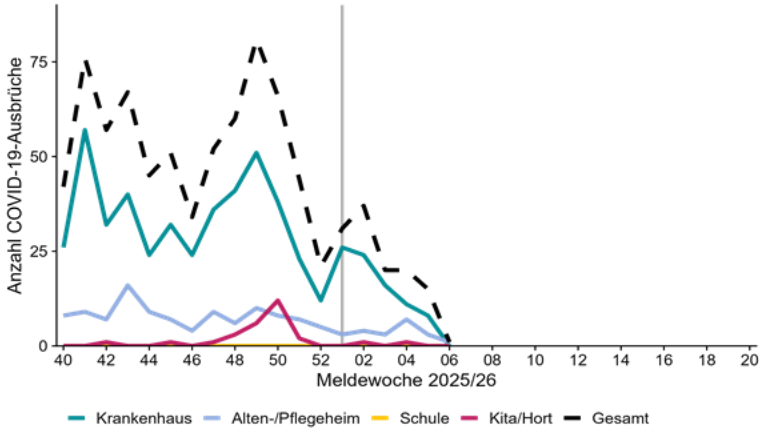
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 820 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 6. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch 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-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche	
Gesamtzahl Saison	820
Krankenhaus	521
Alten-/Pflegeheim	126
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	145
Anzahl Ausbruchsfälle	7.991
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,7

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



RSV-Infektionen

Für die 6. MW 2026 wurden bislang insgesamt 4.506 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 4.382 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Bei 945 (22 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 6. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 10.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 19.447 Fälle übermittelt. Davon entfallen 18.942 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 5.288 (28 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 60 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

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

	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	962	1.665	1.763	2.732	3.804	4.382	**18.942**
Hospitalisierte Fälle	417	597	544	716	931	945	**5.288**

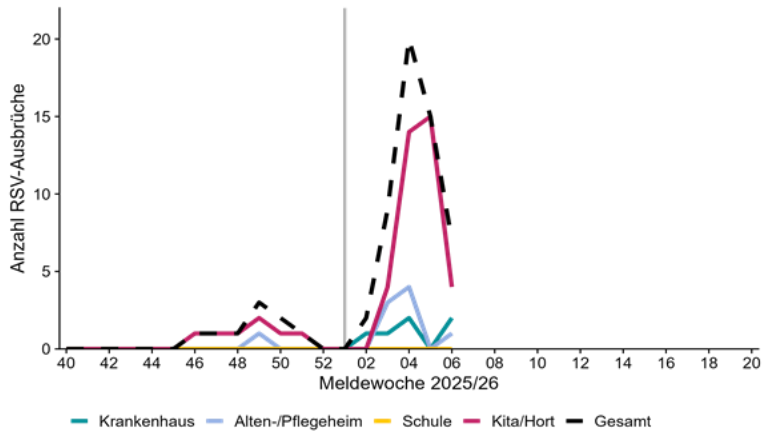
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 62 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 6. MW 2026 wurden bisher sieben Ausbrüche 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-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

RSV-Ausbrüche	
Gesamtzahl Saison	62
Krankenhaus	6
Alten-/Pflegeheim	9
Schule	0
Kita/Hort	44
sonstige Settings*	3
Anzahl Ausbruchsfälle	659
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,6

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

Im Jahr 2026 werden über 70 Kläranlagen auf SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 6. KW wurden Daten aus 71 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist seit einigen Wochen im niedrigen Bereich stabil (Abb. 15).

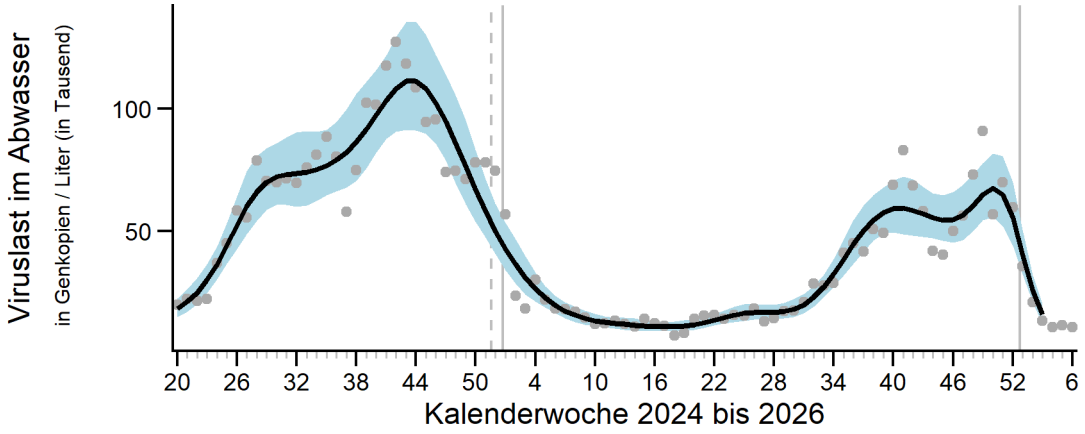


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervall dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.2.2026, 6. 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.

Influenzaviren

Für die 6. KW 2026 wurden Daten aus 70 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza A-Viruslast im Abwasser sind seit einigen Wochen ansteigend. Die Influenza B-Viruslast lag in der 6. KW 2026 weiterhin im niedrigen Bereich (Abb. 16).

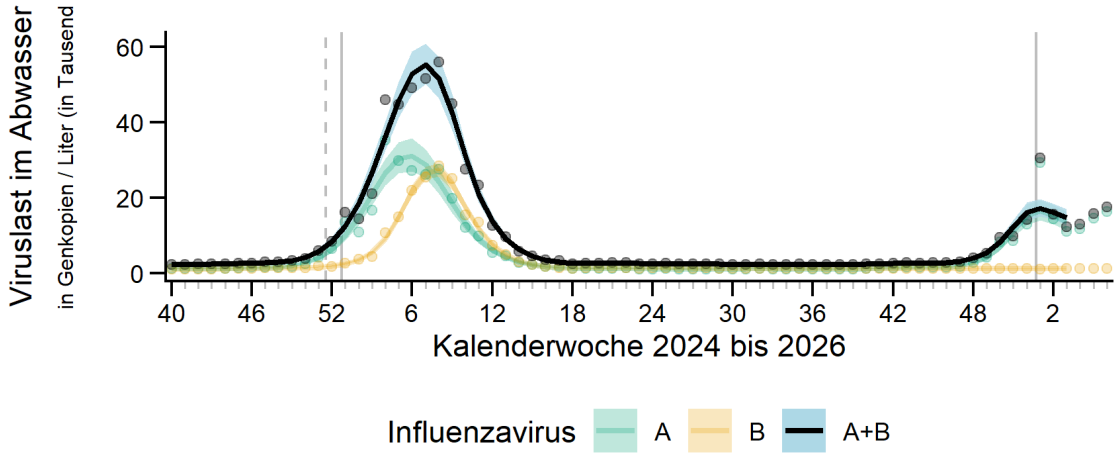


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.2.2026, 6. 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 6. KW 2026 wurden Daten aus 46 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser zeigen für RSV A und RSV B seit einigen Wochen einen steigenden Trend (Abb. 17).

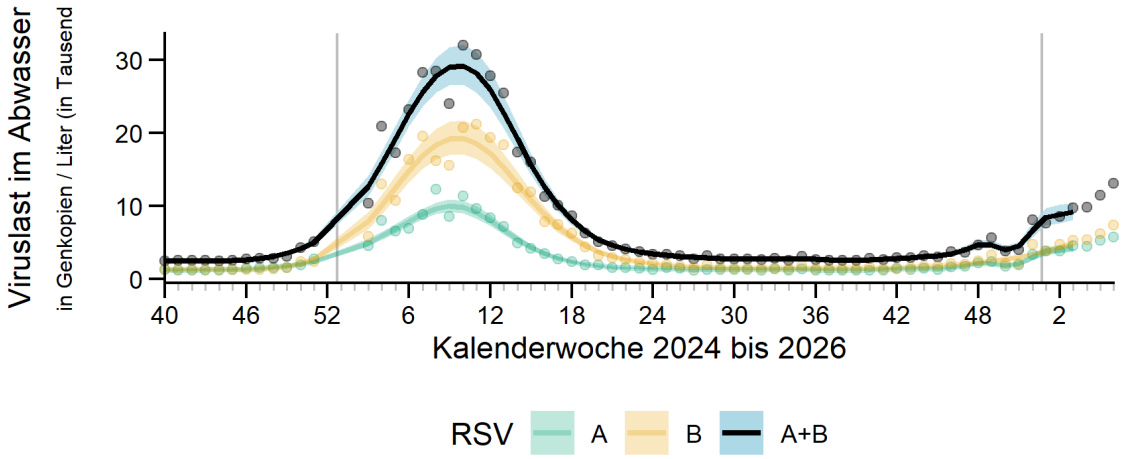


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.2.2026, 5. 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, Influenzaviren 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 6/2026 | DOI: 10.25646/13731