ROBERT KOCH INSTITUT

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
7. Kalenderwoche (9.2. bis 15.2.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Das ARE-Geschehen wird weiterhin durch die Zirkulation von Influenzaviren bestimmt. Die Grippewelle hält weiter an, der Höhepunkt der Grippewelle scheint jedoch überschritten zu sein. Influenzaerkrankungen betreffen weiterhin alle Altersgruppen. Die Zahl der Arztbesuche sowie die Zahl der Hospitalisierungen aufgrund akuter Atemwegserkrankungen blieben in den letzten Wochen unter den Werten 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 in den meisten Systemen weiter zu.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 7. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag auf einem für die Jahreszeit üblichen hohen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 7. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und befand sich nun wieder auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 7. KW 2026 in insgesamt 92 der 128 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Influenza A-Viren (38 %), mit deutlichem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 13 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 12 %). SARS-CoV-2 wurde in 1 % der Proben nachgewiesen. Von den 49 nachgewiesenen Influenzaviren waren 39 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 7. KW 2026 leicht zurück und lag auf einem moderaten Niveau. Unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen wird mittels Nowcasting für die 7. KW eine SARI-Inzidenz auf hohem Niveau geschätzt. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 36 % Influenza-, 14 % RSV- und unter 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 7. KW 2026 in zwölf der 26 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A-Viren (23 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten RSV-Fälle ist in der 7. 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 5. KW 2026 mit einem Anteil von 49 %, die Linie XFG mit einem Anteil von 33 % und die Linie BA.3.2 mit einem Anteil von 10 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die Werte für die RSV-Last im Abwasser sind weiter gestiegen. Der Anstieg der Influenza A-Viruslast im Abwasser hat sich in der 7. KW nicht fortgesetzt. Die SARS-CoV-2-Last ist 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 7. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Die ARE-Inzidenz lag bei rund 8.200 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 8.700; Abb. 1) und damit auf einem für diese Jahreszeit üblichen hohen Niveau. Während die Werte bei den Kindern stabil geblieben sind, sind sie bei den Erwachsenen gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,9 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 7. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

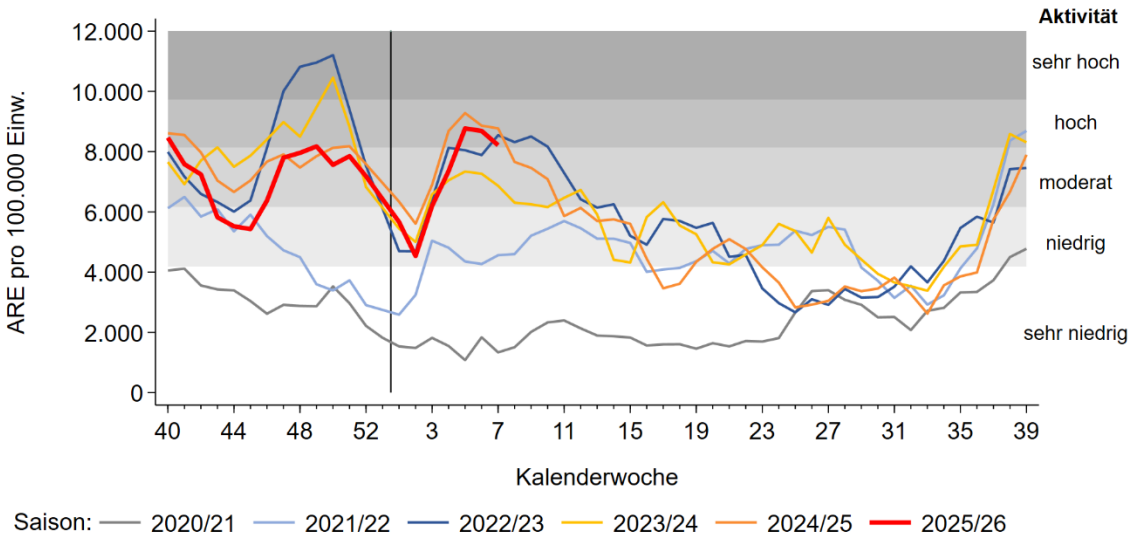


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 7. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.000 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 7. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag mit rund 1.900 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 2.100) nun wieder auf einem moderaten Niveau (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz blieb deutlich unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit. 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.

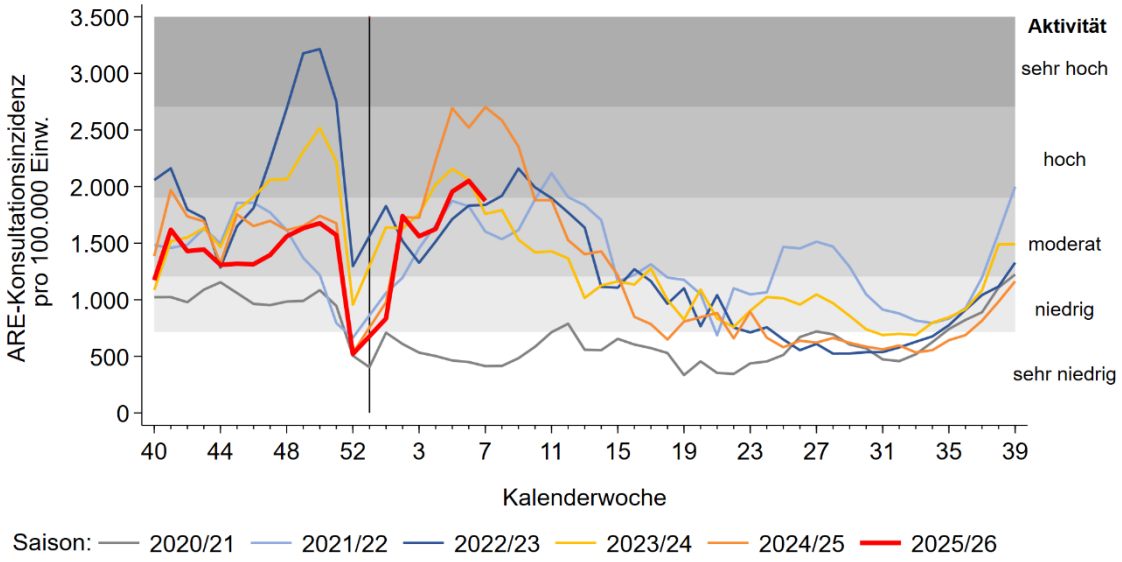


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 7. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 7. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in fast allen Altersgruppen gesunken, in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen sind die Werte stabil geblieben (Abb. 3).

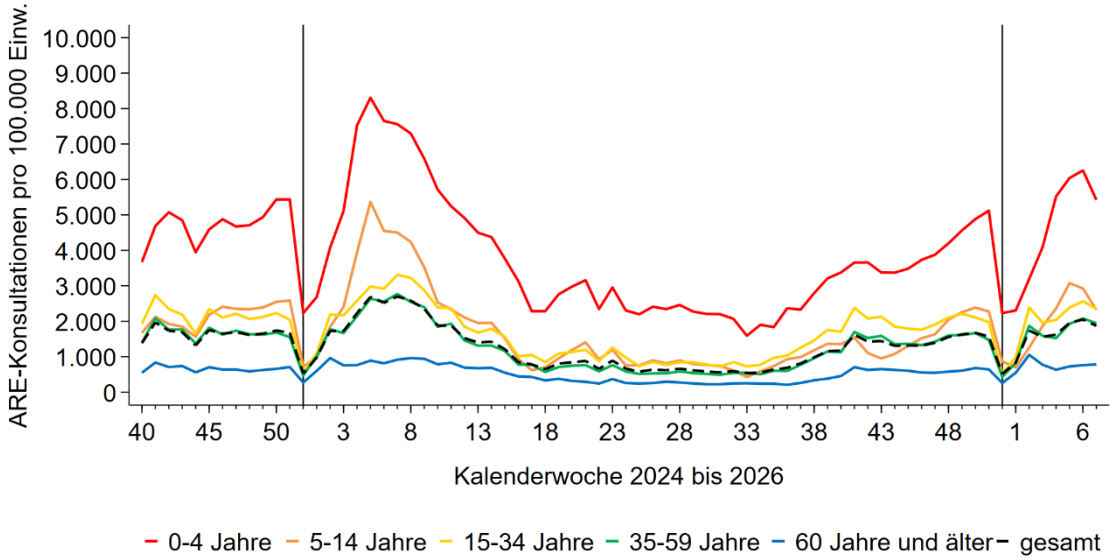


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 7. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Virologische Surveillance im ARE-Praxis-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 7. KW 2026 insgesamt 128 Sentinelproben von 51 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 92 (72 %) der 128 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (Positivenrate (PR): 38 %; 95 %-Konfidenzintervall [29; 48]), mit großem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 13 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 12 %), Rhinoviren (8 %) und humanen Metapneumoviren (hMPV; 4 %). Darüber hinaus wurden Adenoviren, Parainfluenzaviren (PIV) und Influenza C-Viren mit jeweils 2 % nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde in 1 % der Proben nachgewiesen (Tab. 1; Abb. 4). Es gab zehn Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von Influenza A(H3N2)-Viren bzw. hCoV.

Die Influenza-Positivenrate ist in der 7. KW 2026 weiter gesunken. Von den 49 nachgewiesenen Influenzaviren waren 39 A(H3N2)- und zehn A(H1N1)pdm09-Viren. 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. Der Höhepunkt der Grippewelle scheint überschritten zu sein.

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 RSV-Positivenrate schwankte seit dem Jahreswechsel bei Werten zwischen 4 % und 13 % und lag in der 7. KW bei 12 %. In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 7. KW bei 24 % (95 %-Konfidenzintervall [7; 50]; Vorwoche 29 %) und ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die RSV-Welle begann gemäß RKI-Definition in der 2. KW 2026.

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 7. KW 2026), Stand 17.2.2026.

		4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		176	182	157	128	**2.610**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		144	161	132	92	**1.854**
	Positivenrate (PR)	82 %	88 %	84 %	72 %	**71 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	1	1	0	**5**
	A(H3N2)	70	89	58	39	**580**
	A(H1N1)pdm09	25	28	24	10	**208**
	B	0	0	0	0	**2**
SARS-CoV-2		3	2	2	1	**274**
RSV		18	9	20	15	**110**
hMPV		2	5	7	5	**34**
PIV (1 – 4)		5	4	2	3	**135**
Rhinoviren		13	16	13	10	**500**
hCoV		20	26	30	16	**141**
Adenoviren		6	5	2	3	**96**
Influenza C-Viren		6	5	1	2	**36**

* 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.

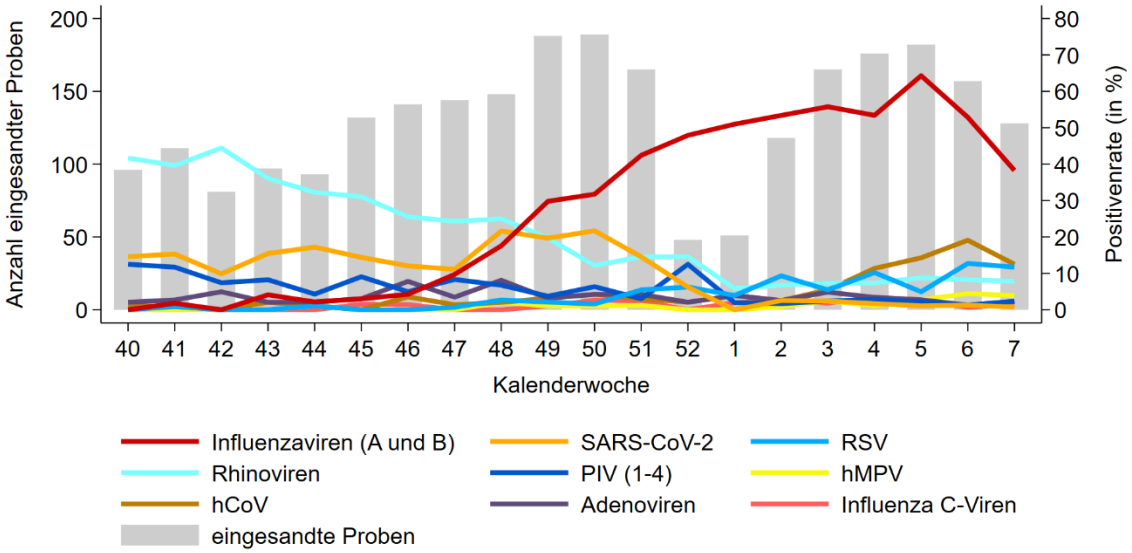


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 7. KW 2026.

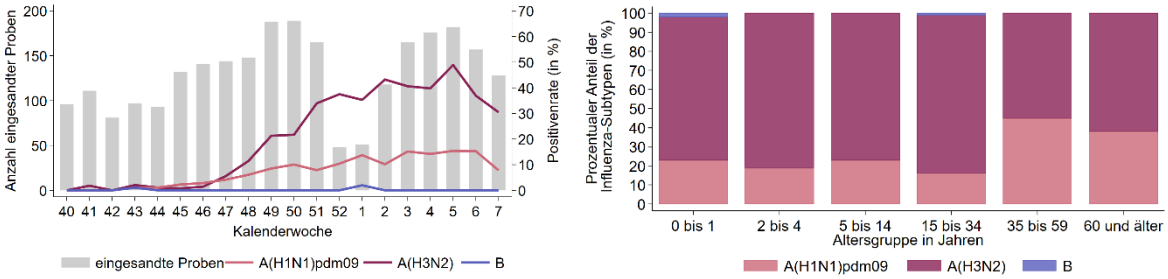


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 7. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der 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 7. KW 2026 detektiert wurden.

In der 7. KW 2026 wurden in den Altersgruppen ab 2 Jahren vorwiegend Influenzaviren (A und B) nachgewiesen mit Positivenraten zwischen 26 % und 57 % (Abb. 6), besonders häufig bei den Kindern zwischen 2 bis 14 Jahren. HCoV und Rhinoviren wurden ebenfalls in fast allen Altersgruppen nachgewiesen. RSV wurde hauptsächlich bei den Säuglingen (0 bis 1 Jahr) und den ab 60-Jährigen detektiert, es gab jedoch in weiteren Altersgruppen Nachweise von RSV.

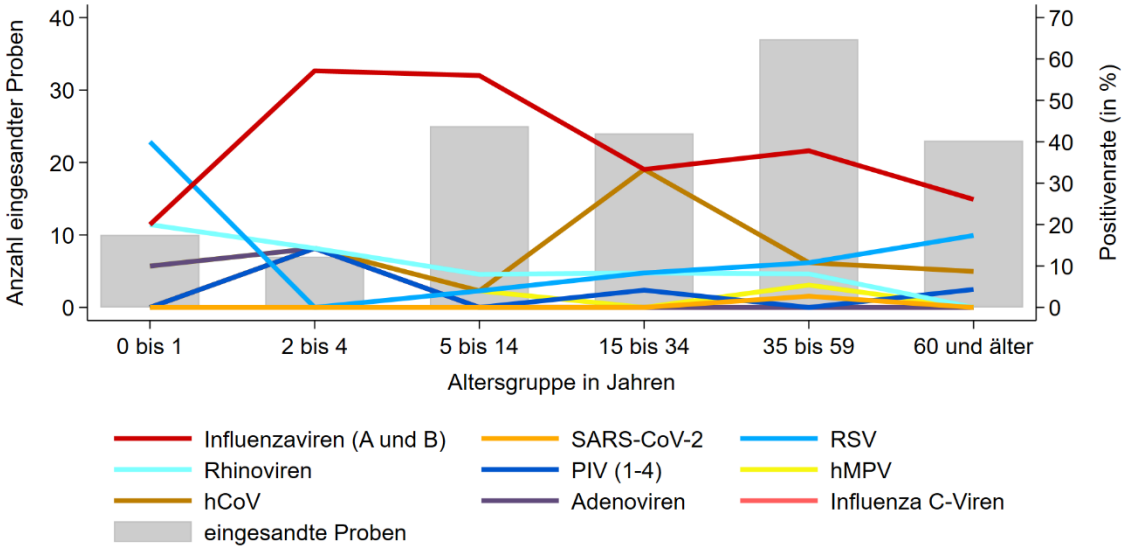


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 7. KW 2026.

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 = 362), des SARI-Krankenhaus-Sentinels (n = 51) sowie aus Proben von anderen Einsendungen (n = 17) wurden 430 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 312 zum Subtyp A(H3N2), 117 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 294 Viren Subklade K, drei Viren Subklade J.2, vier Viren Subklade J.2.2, vier Viren Subklade J.2.3 sowie sieben Viren Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 117 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 246 Influenza A(H3N2)- und 155 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 5. KW 2026 stehen aktuell 51 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 17.2.2026).

Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde in der 5. KW 2026 mit einem Anteil von 49 % (4. KW 2026: 70 %) weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Der Anteil der rekombinanten Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) lag bei 33 % (4. KW 2026: 20 %). Die SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) wurde mit einem Anteil von 10 % (4. KW 2026: 2 %) detektiert. Aktuell lässt sich für keine der genannten SARS-CoV-2 Linien ein klarer Trend erkennen.
In Deutschland wird für die öffentliche Gesundheit gegenwärtig kein erhöhtes Risiko durch die derzeit als VUM klassifizierten SARS-CoV-2 Varianten gesehen. WHO[1] [2] und ECDC[3] [4] 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) ging die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 7. KW 2026 nach einem leichten Anstieg in der Vorwoche wieder leicht zurück (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 7. KW 2026 auf einem moderaten Niveau. Die SARI-Inzidenz lag seit der 4. KW unter den Werten der Vorsaison 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. Während die vorläufigen Daten für die 7. KW 2026 einen leichten Rückgang der SARI-Fallzahlen zeigen, zeigt das Ergebnis der Nowcasting-Modells eine stabile Entwicklung der Fallzahlen, infolgedessen die SARI-Inzidenz für die 7. KW auf einem hohen Niveau einzuordnen ist (Abb. 7, rot hinterlegter Bereich).

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

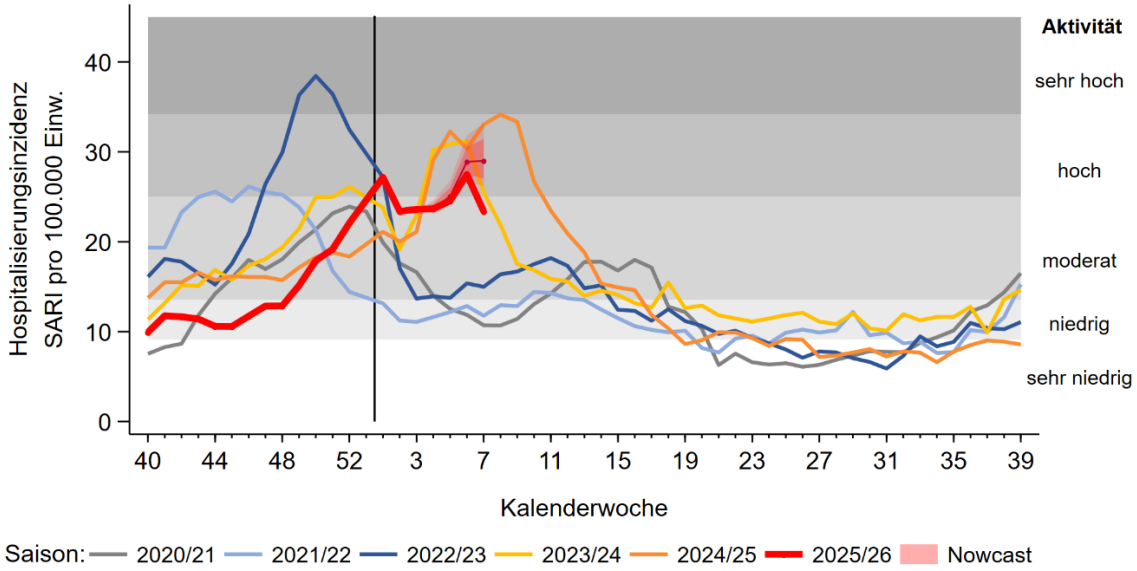


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 7. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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 7. KW 2026 kam es bei Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren sowie bei den ab 60-Jährigen zu einem leichten Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion, in allen anderen Altersgruppen zu einem deutlichen Rückgang (Abb. 8). Die SARI-Inzidenz lag in der 7. KW bei Personen ab 60 Jahren auf einem hohen Niveau und in allen jüngeren Altersgruppen auf einem moderaten Niveau.

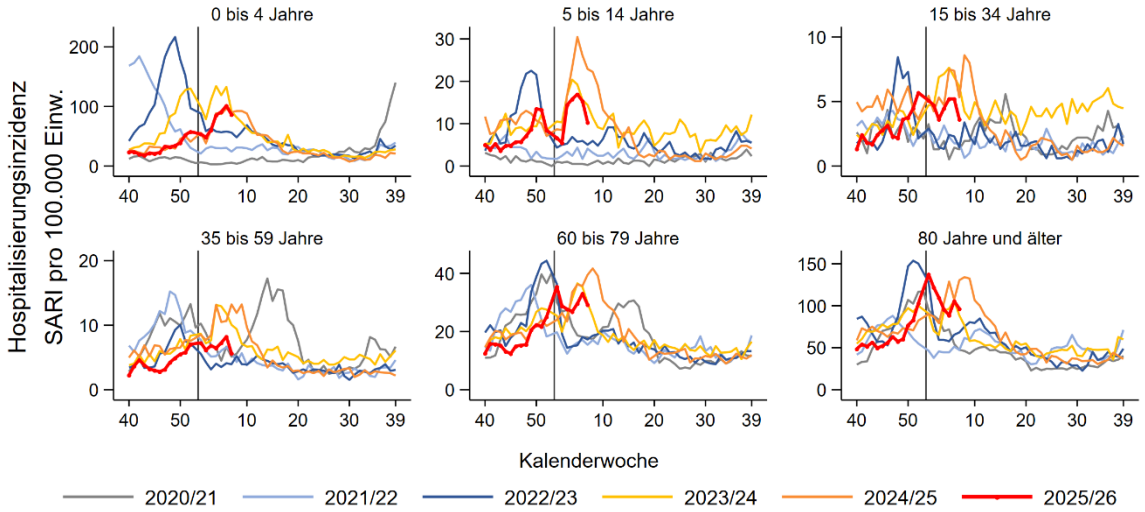


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 7. KW 2026). Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten ging nach einer seit dem Jahreswechsel weitestgehend stabilen Phase in der 7. KW 2026 auf 36 % zurück (Vorwoche: 46 %, Abb. 9). In den letzten Wochen wurden zunehmend RSV-Diagnosen vergeben, in der 7. KW lag der Anteil bei 14 % der SARI-Fälle (Vorwoche: 9 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Fällen blieb in der 7. KW stabil bei unter 1 % (Vorwoche: 1 %).

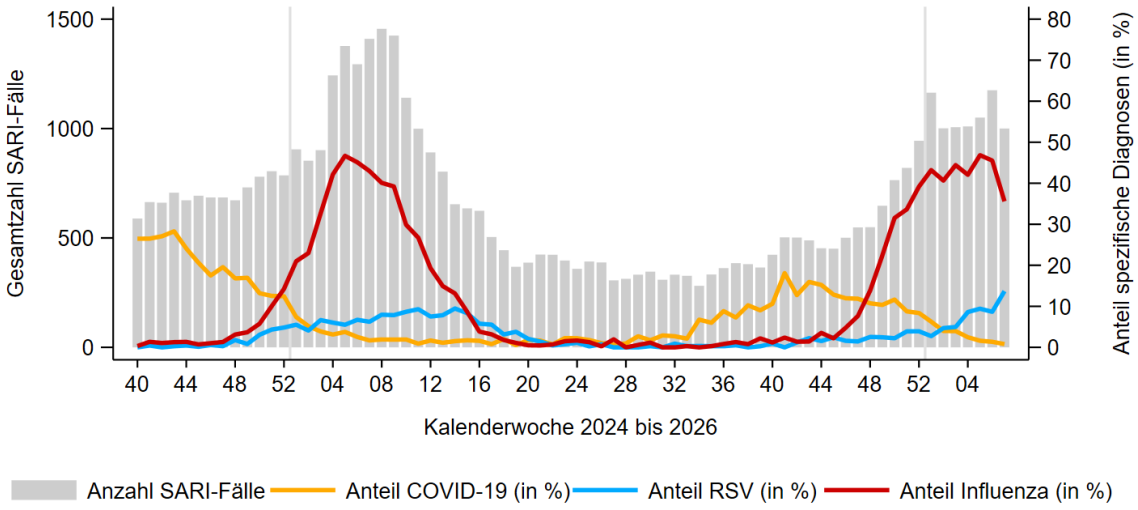


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 7. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden in der 7. KW 2026 bei SARI-Fällen aller Altersgruppen am häufigsten diagnostiziert (Abb. 10). Besonders betroffen blieben weiterhin die Schulkinder (5 bis 14 Jahre) mit einem Anteil von 67 %. In den übrigen Altersgruppen lag der Anteil der Influenza-Diagnosen in der 7. KW zwischen 28 % und 47 %. RSV-Erkrankungen wurden in den letzten Wochen besonders häufig bei Kindern unter 5 Jahren diagnostiziert. In der 7. KW erhielt jeder zweite SARI-Fall im Alter von 0 bis 4 Jahren eine RSV-Diagnose (0 bis 1 Jahr: 52 %; 2 bis 4 Jahre: 48 %). Somit war die RSV-Erkrankung bei den unter 5-Jährigen SARI-Patientinnen und -Patienten die am häufigsten diagnostizierte Erkrankung. COVID-19-Diagnosen wurden in der 7. KW vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten verschiedener Altersgruppen vergeben.

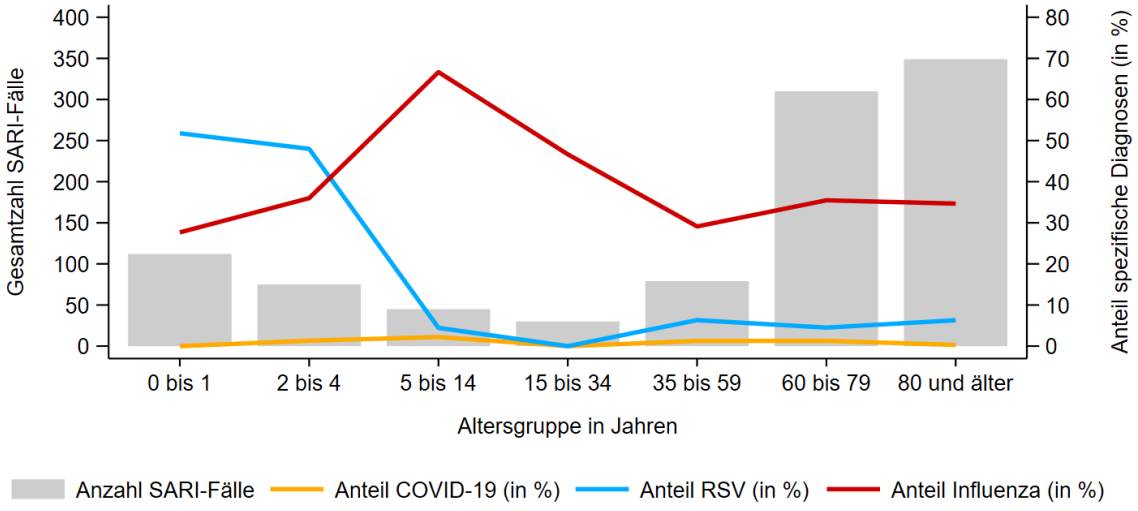


Abb. 10: Anzahl der in der 7. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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. Influenza-Diagnosen wurden in der 7. KW 2026 bei 22 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben, was einen deutlichen Rückgang darstellt (Vorwoche: 47 %). Der Anteil der RSV-Diagnosen nahm hingegen in der 7. KW zu und lag bei 16 % (Vorwoche: 10 %). COVID-19-Diagnosen wurden in der 7. KW bei 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben.

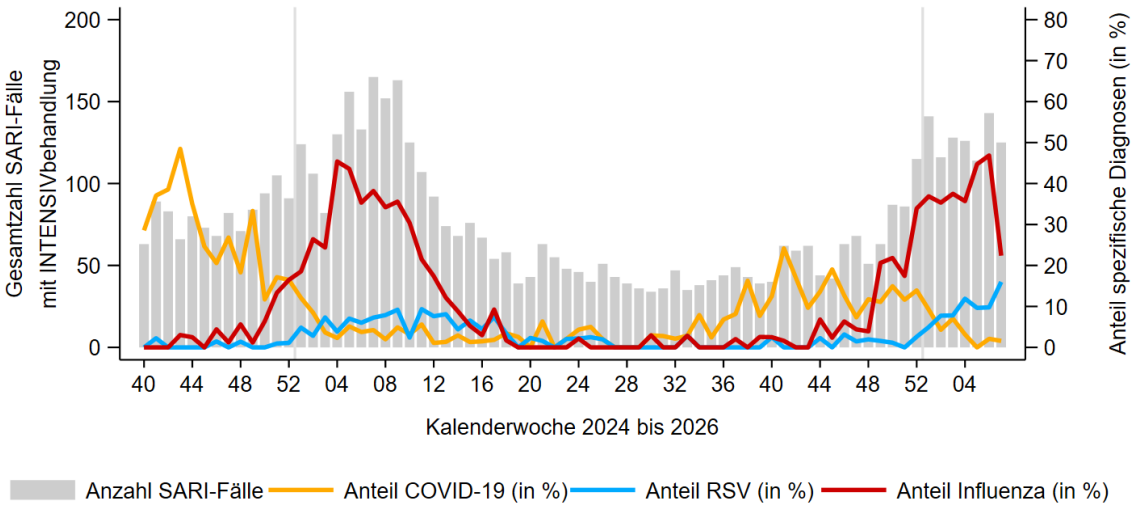


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 7. 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 7. KW 2026 aus drei der elf teilnehmenden Kliniken 26 Sentinelproben zugesandt. In zwölf (46 %) der 26 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 7. KW 2026 wurden vorwiegend Influenza A- und B-Viren (23 %) detektiert, zudem wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) (12 %) sowie SARS-CoV-2, humane Metapneumoviren (hMPV), Rhinoviren, humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Adenoviren (jeweils 4 %) detektiert (Abb. 12). Parainfluenzaviren (PIV), und Influenza C-Viren wurden in der 7. KW nicht nachgewiesen. Es gab eine Dreifachinfektion mit RSV, hMPV und Adenoviren.

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 7. KW 2026), Stand 17.2.2026.

		4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		41	68	41	26	**793**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		27	39	20	12	**393**
	Positivenrate (PR)	66 %	57 %	49 %	46 %	**50 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**2**
	A(H3N2)	11	15	9	4	**104**
	A(H1N1)pdm09	5	6	3	2	**41**
	B	0	0	0	0	**0**
SARS-CoV-2		2	3	0	1	**61**
RSV		4	6	3	3	**28**
hMPV		2	1	3	1	**10**
PIV (1 – 4)		1	3	1	0	**39**
Rhinoviren		3	5	2	1	**105**
hCoV		2	1	2	1	**17**
Adenoviren		2	1	0	1	**18**
Influenza C-Viren		0	0	1	0	**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.

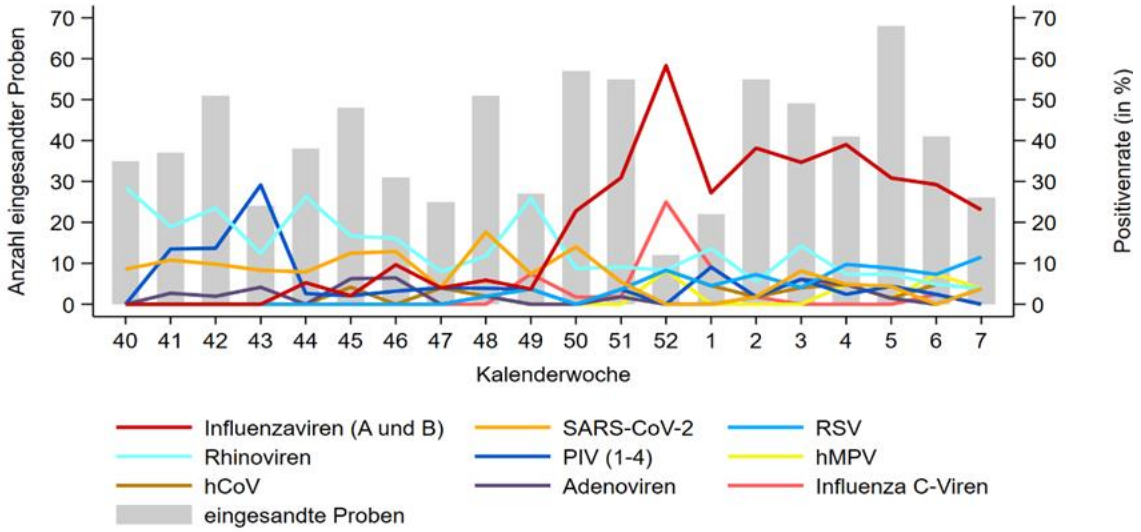


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 7. 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).

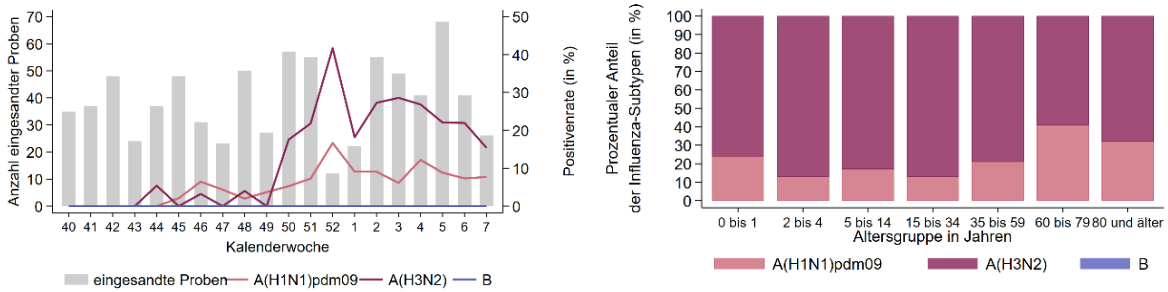


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 7. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise 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 7. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 4. KW bis zur 7. 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 ab 35-Jährigen detektiert. RSV wurde bei den 0- bis 4-Jährigen, 35- bis 59-Jährigen sowie den ab 80-Jährigen nachgewiesen (Abb. 14).

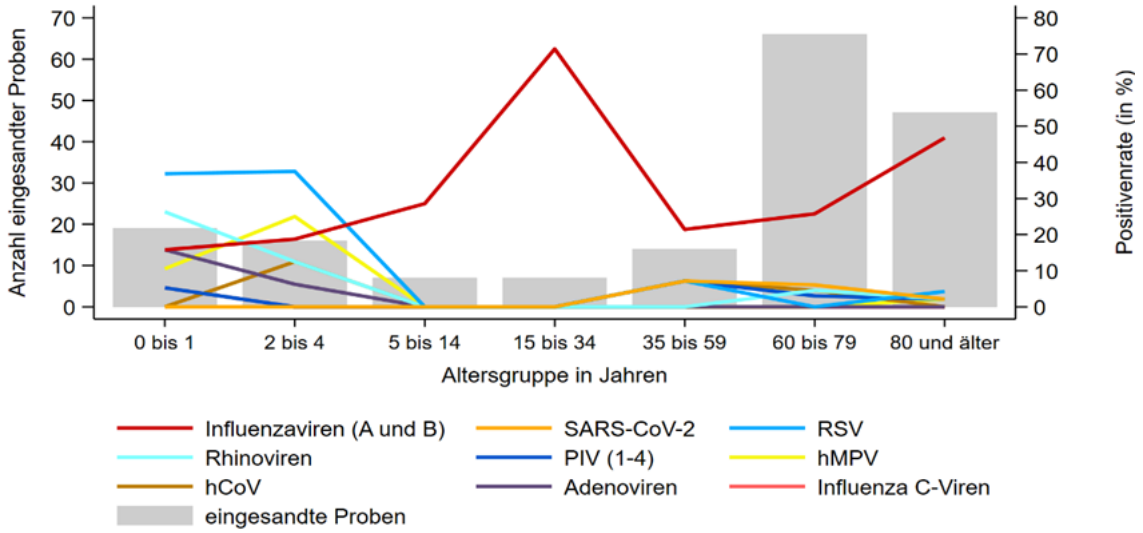


Abb. 14: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (4. KW bis 7. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 7. MW 2026 wurden bislang 21.789 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 21.485 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirus-infektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Bei 4.898 (23 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 17.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 199.000 Fälle übermittelt. Davon entfallen 197.096 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 49.977 (25 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.087 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)

		2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	20.520	20.121	20.636	24.386	23.732	20.755	**188.756**
	A(H1N1)pdm09	86	137	134	127	137	95	**1.097**
	A(H3N2)	174	211	175	246	226	140	**1.926**
	nicht nach A / B differenziert	414	368	337	371	419	361	**3.585**
	B	144	155	117	123	131	134	**1.732**
Gesamt		**21.338**	**20.992**	**21.399**	**25.253**	**24.645**	**21.485**	197.096
	Hospitalisierte Fälle	6.774	5.774	5.124	6.026	5.871	4.898	**49.977**

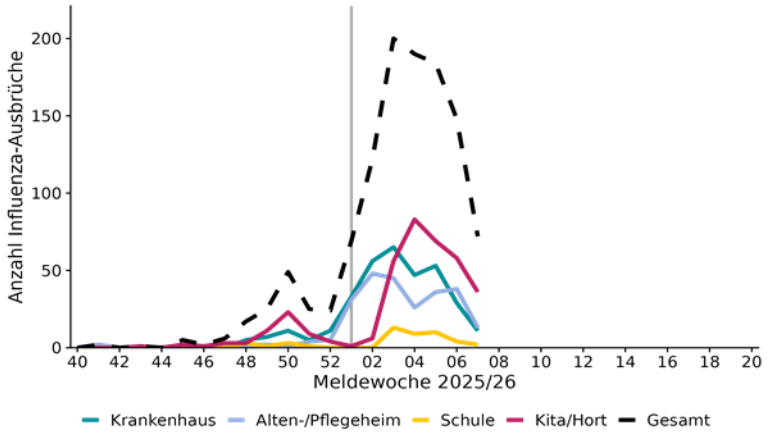
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurde in der Saison 2025/26 insgesamt 1.141 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankhaus und Pflegeeinrichtungen. In der 7. MW 2026 wurden bisher 72 Ausbrüche übermittelt (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	1.141
Krankenhaus	335
Alten-/Pflegeheim	254
Schule	47
Kita/Hort	366
sonstige Settings*	139
Anzahl Ausbruchsfälle	15.915
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,9

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



COVID-19

Für die 7. MW 2026 wurden bislang 1.714 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.679 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 616 (37 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 17.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 110.264 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 108.760 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 39.440 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.289 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 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)

	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	5.082	3.518	2.756	2.624	2.240	1.679	**108.760**
Hospitalisierte Fälle	2.203	1.472	1.187	975	887	616	**39.440**

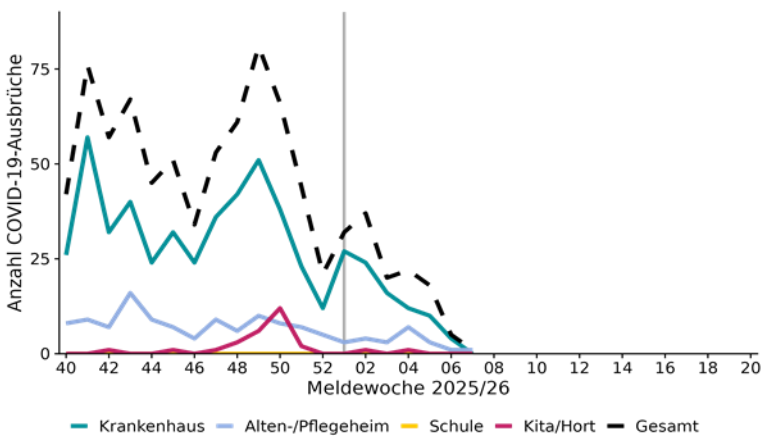
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 833 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 7. 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	833
Krankenhaus	530
Alten-/Pflegeheim	127
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	148
Anzahl Ausbruchsfälle	8.108
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 7. MW 2026 wurden bislang insgesamt 5.781 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 5.657 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gestiegen. Bei 1151 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 7. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 17.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 25.360 Fälle übermittelt. Davon entfallen 24.697 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 6.638 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 70 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 91 % 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)

	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	1.664	1.764	2.734	3.813	4.469	5.657	**24.697**
Hospitalisierte Fälle	597	552	734	994	1.053	1.151	**6.638**

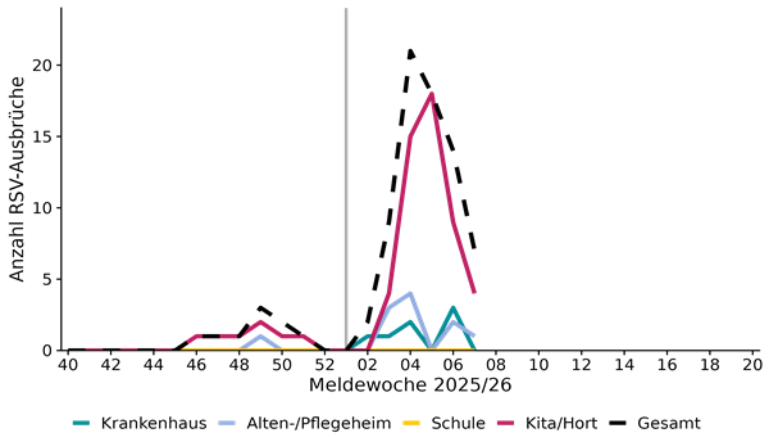
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 80 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 7. 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	80
Krankenhaus	7
Alten-/Pflegeheim	11
Schule	0
Kita/Hort	57
sonstige Settings*	5
Anzahl Ausbruchsfälle	839
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,5

*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 7. KW wurden Daten aus 67 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Last im Abwasser sind seit einigen Wochen im niedrigen Bereich stabil (Abb. 15).

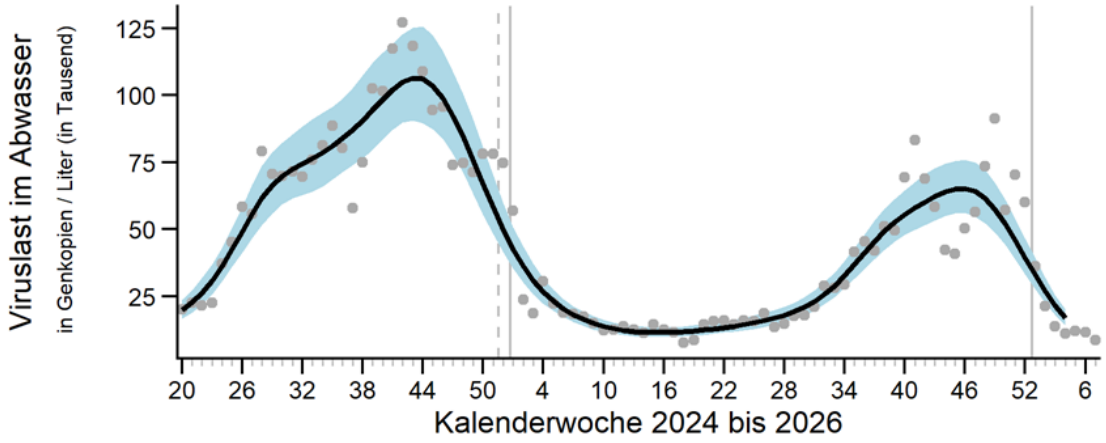


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervall dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.2.2026, 7. 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 7. KW 2026 wurden Daten aus 66 Kläranlagen ausgewertet. Der Anstieg der Werte für die Influenza A-Viruslast im Abwasser, der sich in den letzten Wochen zeigte, hat sich in der 7. KW 2026 zunächst nicht fortgesetzt. Die Influenza B-Viruslast lag in der 7. KW weiterhin im niedrigen Bereich (Abb. 16).

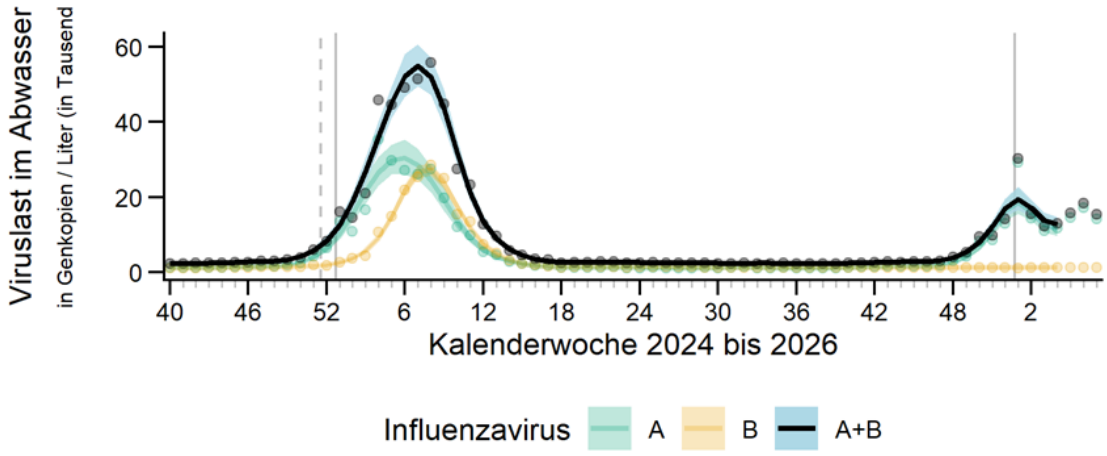


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.2.2026, 7. 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 7. KW 2026 wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser zeigen für RSV A und RSV B seit einigen Wochen einen steigenden Trend, in der 7. KW 2026 sind die Werte deutlich gestiegen (Abb. 17).

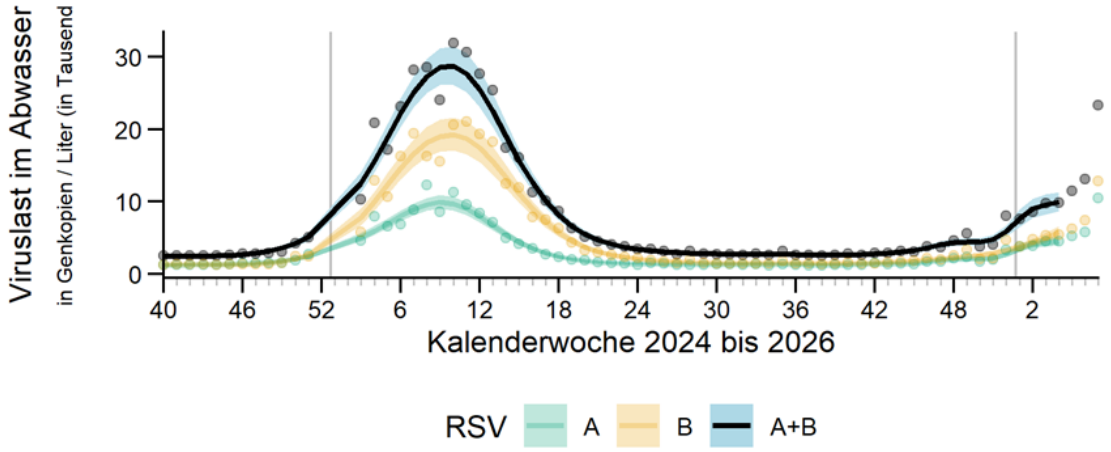


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.2.2026, 7. 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 7/2026 | DOI: 10.25646/13808