



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
8. Kalenderwoche (16.2. bis 22.2.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Grippewelle hält weiter an, der Höhepunkt der Grippewelle ist jedoch überschritten. Influenza-erkrankungen 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-Welle hält ebenfalls noch an, in einigen Systemen nimmt die RSV-Aktivität weiter zu.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 8. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag damit auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 8. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befand sich auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 8. KW 2026 in insgesamt 83 der 111 eingesandten Sentinelpollen respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Influenza A-Viren (32 %), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV) mit jeweils 17 %. Von den 35 nachgewiesenen Influenzaviren waren 21 A(H3N2)- und 14 A(H1N1)pdm09-Viren (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 8. KW 2026 weiter zurück und lag auf einem moderaten Niveau. Unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen wird mittels Nowcasting für die 8. KW eine SARI-Inzidenz auf hohem Niveau geschätzt. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 30 % Influenza-, 13 % RSV- und 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 8. KW 2026 in 17 der 35 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 8. Meldewoche (MW) stabil geblieben. Dagegen sind die Zahlen der Influenza-Fälle und der COVID-19-Fälle weiter gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde in der 6. KW 2026 mit einem Anteil von 58 % und die Linie XFG mit einem Anteil von 33 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die Werte für die RSV-Last im Abwasser sind stabil geblieben. Die Influenza A-Viruslast im Abwasser geht seit zwei Wochen zurück. Die SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- Das RKI beobachtet seit Herbst 2025 die Übersterblichkeit (eine über das übliche Maß hinaus gehende Sterblichkeit) in Deutschland:
https://robert-koch-institut.github.io/Bericht_zur_Uebersterblichkeit_in_Deutschland/#/.
Anfang 2026 zeigte sich während der Grippewelle eine moderate Übersterblichkeit, besonders ausgeprägt in der 1. – 4. KW und über 65-jährige Menschen betreffend. In den Krankenhäusern zeigte sich während dieser Zeit eine hohe Übersterblichkeit. Das SARI-Krankenhaus-Sentinel zeigte zeitgleich seit Anfang des Jahres 2026 einen hohen Anteil an Influenzainfektionen bei Hospitalisierungen aufgrund von SARI.
- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: <http://www.rki.de/are>
- 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.

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

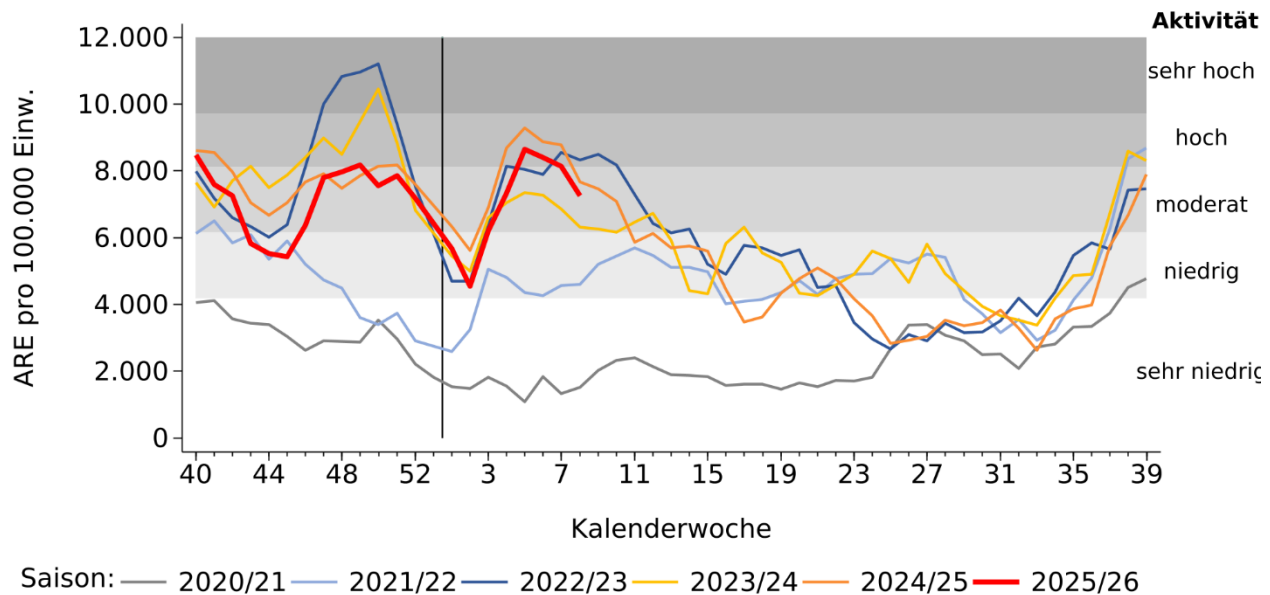
- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation:
<https://erviss.org>
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19):
<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 8. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Die ARE-Inzidenz lag bei rund 7.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 8.200; Abb. 1) und damit wieder auf einem moderaten Niveau im für diese Jahreszeit üblichen Wertebereich. Die Werte sind besonders deutlich bei den Kindern gesunken, es gab aber auch bei den Erwachsenen einen leichten Rückgang der Werte. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,1 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 8. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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



Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

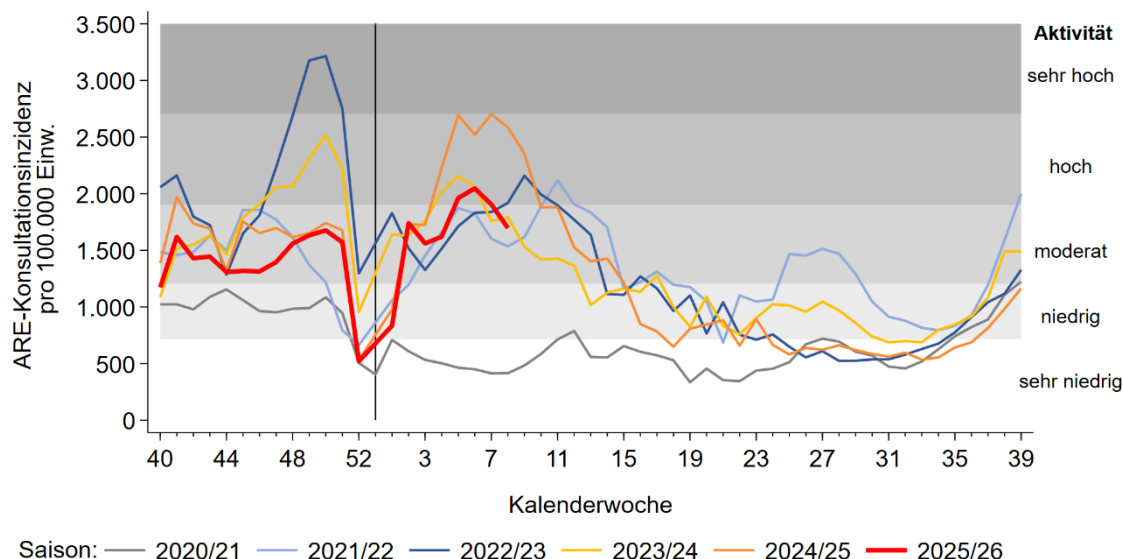
Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 8. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag mit rund 1.700 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.900) auf einem moderaten Niveau (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz blieb deutlich unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit. Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,4 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Hinweis in eigener Sache:

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

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

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



Saison: — 2020/21 — 2021/22 — 2022/23 — 2023/24 — 2024/25 — 2025/26

Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 8. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 8. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in fast allen Altersgruppen weiter gesunken, in der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen sind die Werte relativ stabil geblieben (Abb. 3).

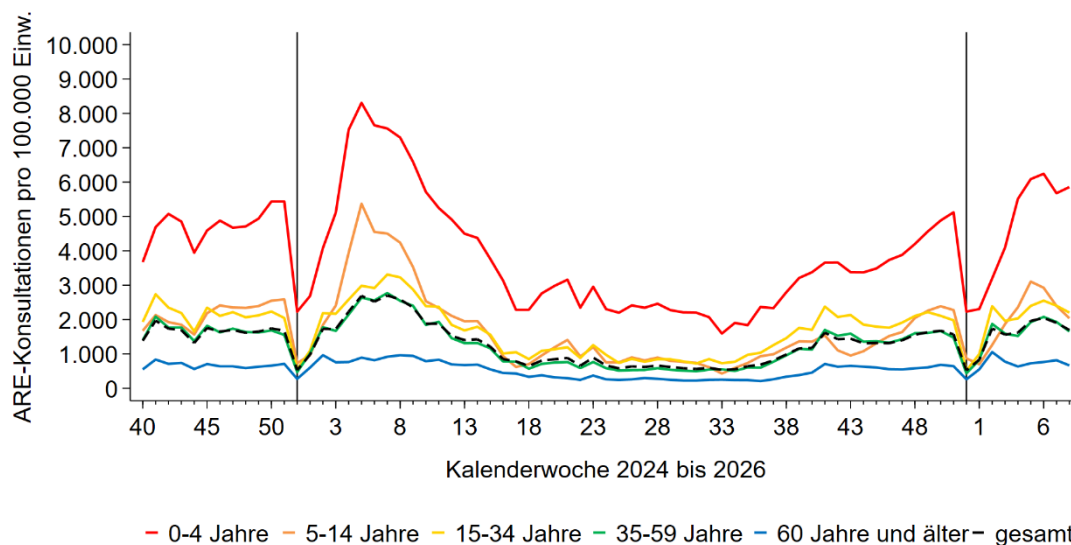


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 8. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 8. KW 2026 insgesamt 111 Sentinelproben von 41 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 83 (75 %) der 111 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (Positivenrate (PR): 32 %; 95 %-Konfidenzintervall [23; 41]), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV) mit jeweils 17 % sowie Rhinoviren (7 %) und humanen Metapneumoviren (hMPV; 6 %). Darüber hinaus wurden Parainfluenzaviren (PIV; 2 %) sowie Influenza C-Viren und Adenoviren mit jeweils 1 % nachgewiesen (Tab. 1; Abb. 4). Es gab acht Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von RSV bzw. hCoV.

Die Influenza-Positivenrate ist in der 8. KW 2026 weiter gesunken. Von den 35 nachgewiesenen Influenzaviren waren 21 A(H3N2)- und 14 A(H1N1)pdm09-Viren. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren identifiziert

(72 % bzw. 27 %). 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 ist überschritten, sie hält aber weiter an.

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 ist im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen und lag in der 8. KW bei 17 % (Vorwoche: 12 %). In der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 8. KW bei 44 % (95 %-Konfidenzintervall [25; 64]; Vorwoche 33 %) und ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gestiegen. 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 8. KW 2026), Stand 24.2.2026.

		5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		182	157	146	111	2.740
Probenanzahl mit Virusnachweis*		161	132	105	83	1.950
	Positivenrate (PR)	88 %	84 %	72 %	75 %	71 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	1	1	1	0	6
	A(H3N2)	89	58	44	21	606
	A(H1N1)pdm09	28	24	11	14	223
	B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2		2	2	1	0	274
RSV		9	20	18	19	132
hMPV		5	7	7	7	43
PIV (1 – 4)		4	2	3	2	137
Rhinoviren		16	13	12	8	510
hCoV		26	30	17	19	161
Adenoviren		5	2	3	1	97
Influenza C-Viren		5	1	2	1	37

* 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.

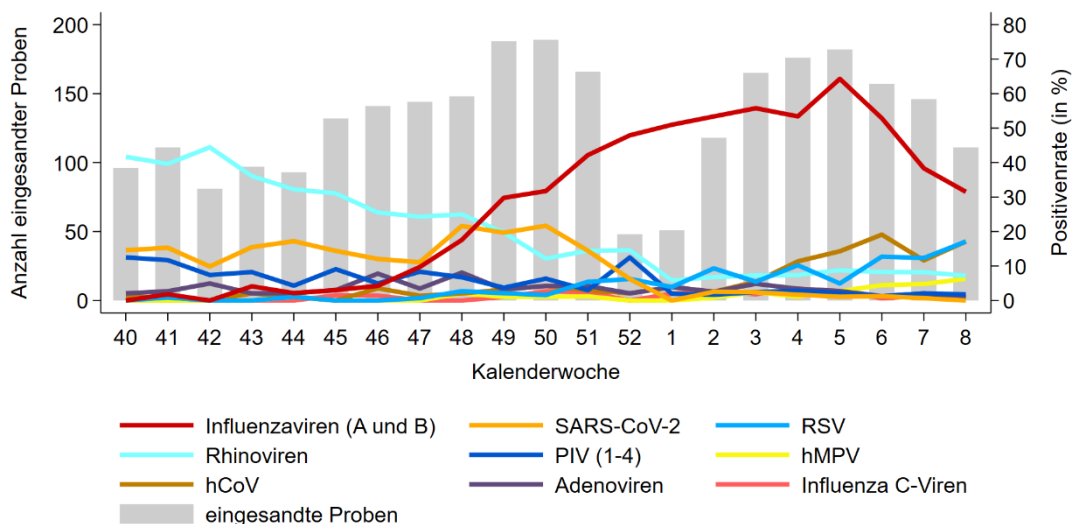


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 8. KW 2026.

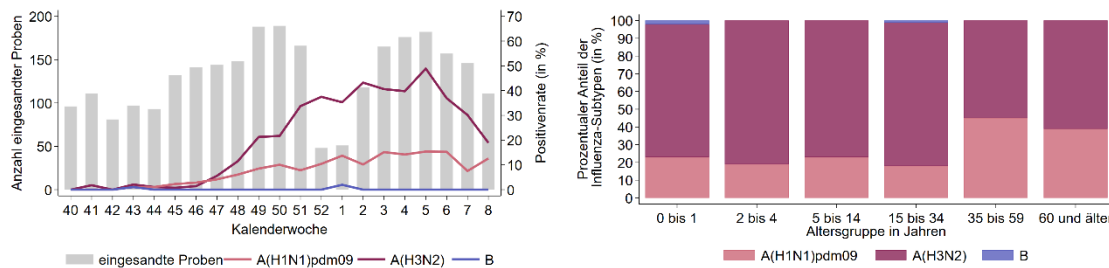


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivensrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 8. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der 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 8. KW 2026 detektiert wurden.

In der 8. KW 2026 wurden weiterhin in allen Altersgruppen Influenzaviren (A und B) nachgewiesen, insbesondere bei den 2- bis 34-jährigen mit Positivensraten zwischen 32 % und 57 % (Abb. 6). HCoV wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen nachgewiesen. RSV wurde hauptsächlich bei den Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) detektiert, es gab jedoch in weiteren Altersgruppen Nachweise von RSV.

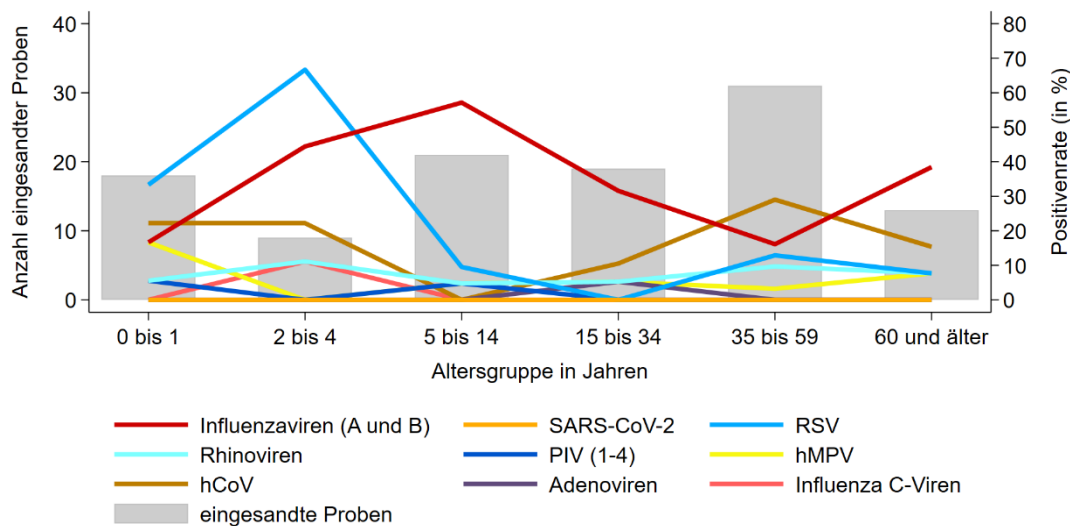


Abb. 6: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 8. KW 2026.

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 ($n = 432$), des SARI-Krankenhaus-Sentinels ($n = 62$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 18$) wurden 512 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 373 zum Subtyp A(H3N2), 138 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 350 Viren Subklade K, drei Viren Subklade J.2, vier Viren Subklade J.2.2, vier Viren Subklade J.2.3 sowie zwölf Viren Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 138 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 281 Influenza A(H3N2)- und 166 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 antigenen 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 Gripeschutzimpfung etwas verkürzt sein könnte, vor allem bei jüngeren Personen, die noch nicht so viele Antigenkontakte hatten. Es wird erwartet, dass der Grippeimpfstoff jedoch weiterhin Schutz vor schweren Erkrankungen bietet (siehe auch: [Europäische Impfeffektivitätsschätzungen der Saison 2025/26](#)).

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 6. KW 2026 stehen aktuell 39 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 24.2.2026).

Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde in der 6. KW 2026 mit einem Anteil von 58 % (5. KW 2026: 49 %) weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Der Anteil der rekombinanten Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) lag wie in der Vorwoche bei 33 %. Der Anteil der SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) sank wieder und lag nun bei 7 % (5. KW 2026: 10 %). 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. WHO¹² und ECDC³⁴ 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. Im aktuellen Update der WHO vom 23.2.2026 wird die SARS-CoV-2-Variante LP.8.1, die bis Ende des letzten Jahres auch in Deutschland nachgewiesen wurde, nicht mehr als VUM klassifiziert. 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 8. KW 2026 weiter zurück (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 8. 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](#). Das Ergebnis des Nowcasting-Modells zeigt für die 8. KW 2026 einen weniger deutlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen, demzufolge die SARI-Inzidenz in der 8. KW weiterhin 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?sfvrsn=a29c3612_4

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>

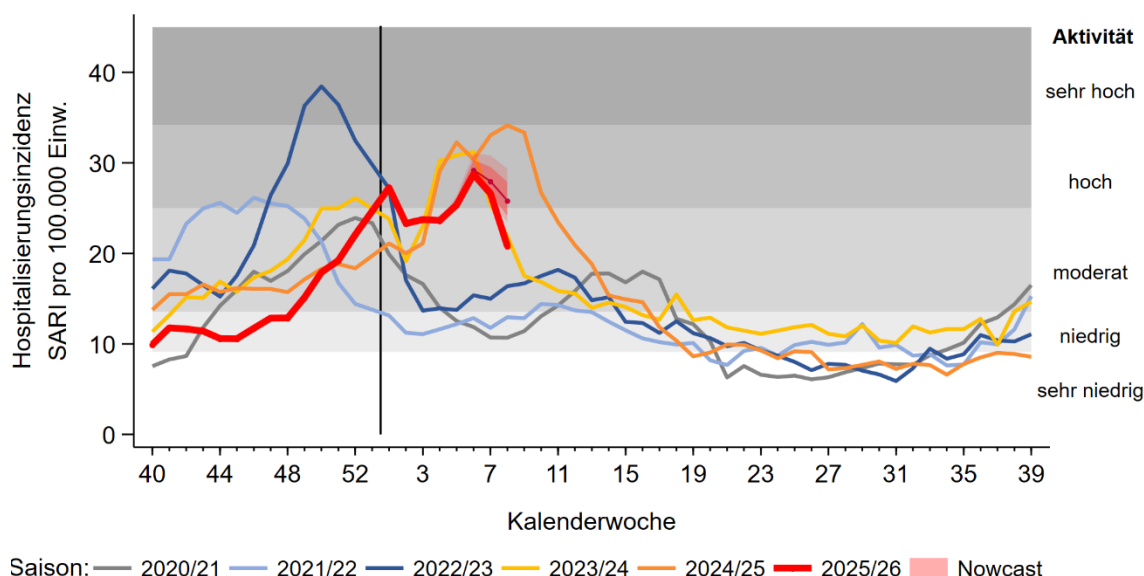


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 8. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 64 Sentinellkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

In der 8. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz bei den Schulkindern im Alter von 5 bis 14 Jahren stabil, wohingegen es bei den Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) sowie bei den ab 15-Jährigen zu einem Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion kam (Abb. 8). Dabei kam es bei den 15- bis 34-Jährigen in der 8. KW zu einem starken Rückgang der Hospitalisierungen, wodurch die SARI-Inzidenz in dieser Altersgruppe auf einem niedrigen Niveau lag. In allen anderen Altersgruppen lag die SARI-Inzidenz in der 8. KW auf einem moderaten Niveau.

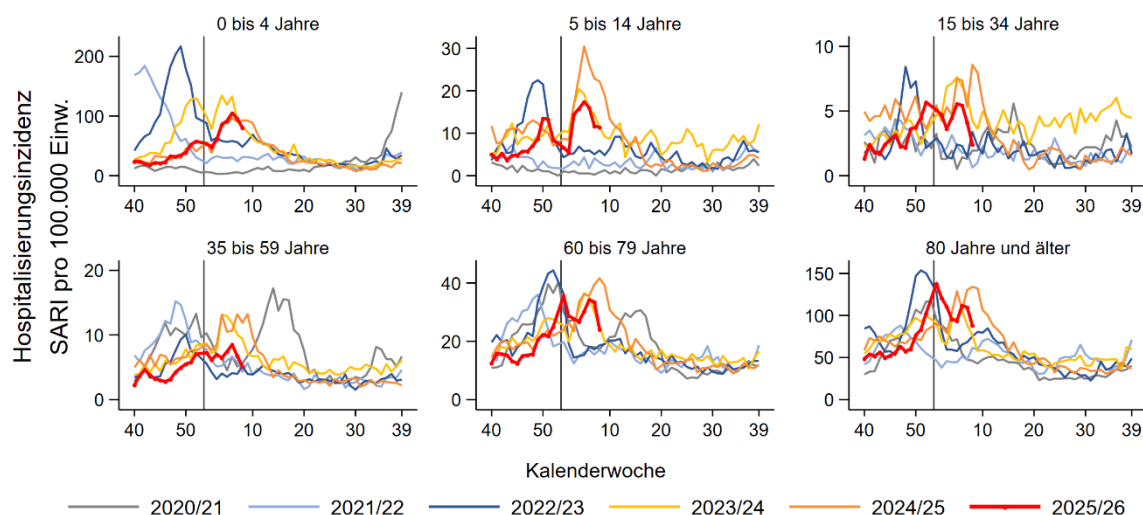


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 8. KW 2026). Daten aus 64 Sentinellkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen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

Der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten ging in der 8. KW 2026 weiter zurück und lag bei 30 % (Vorwoche: 39 %, Abb. 9). In den letzten Wochen wurden zunehmend RSV-Diagnosen vergeben. In der 8. KW blieb der Anteil an RSV-Diagnosen unter den SARI-Fällen mit 13 % weitestgehend stabil (Vorwoche: 14 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten blieb in der 8. KW weiter niedrig und lag bei 1 % (Vorwoche: 1 %).

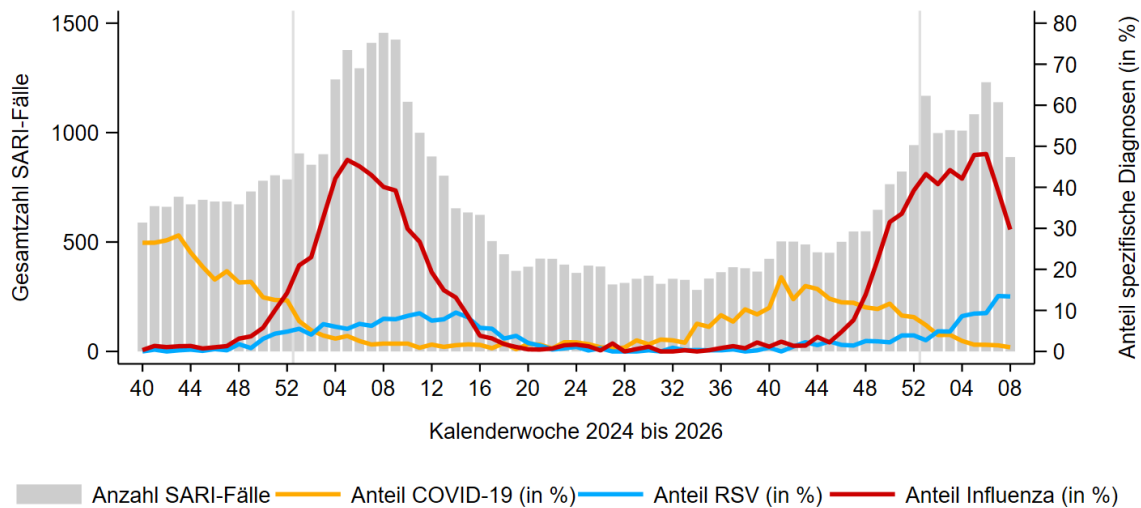


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 8. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden in der 8. KW 2026 bei SARI-Fällen aller Altersgruppen diagnostiziert (Abb. 10). Besonders betroffen waren weiterhin die Schulkinder (5 bis 14 Jahre) sowie die 15- bis 34-jährigen, von denen mehr als jeder zweite SARI-Fall in der 8. KW eine Influenza-Diagnose erhielt (58 % bzw. 62 %). RSV-Erkrankungen wurden in den letzten Wochen besonders häufig bei Kindern unter 5 Jahren diagnostiziert. In der 8. KW erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall im Alter von 0 bis 4 Jahren eine RSV-Diagnose (0 bis 1 Jahr: 46 %; 2 bis 4 Jahre: 39 %). COVID-19-Diagnosen wurden in der 8. KW vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten verschiedener Altersgruppen vergeben.

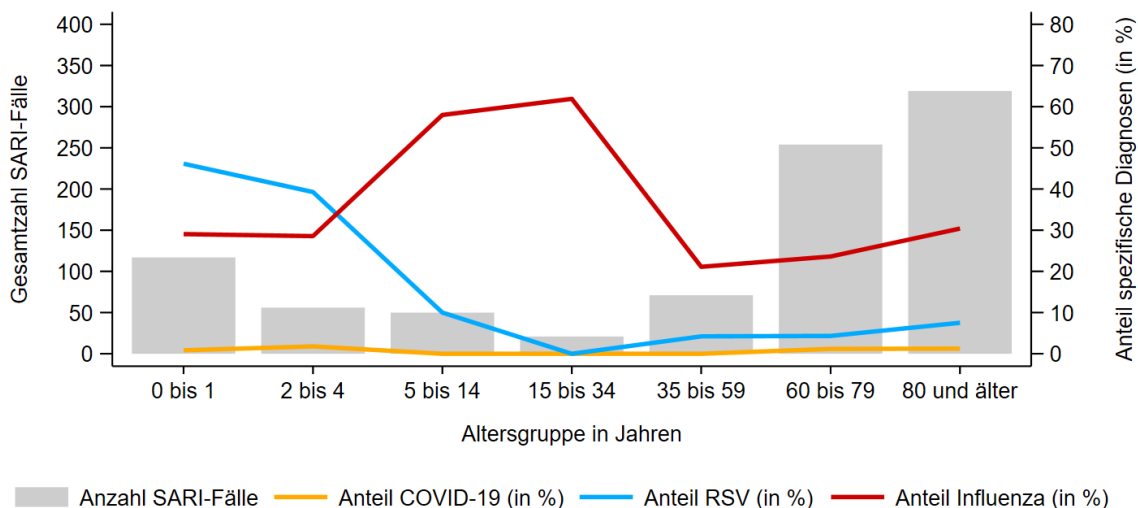


Abb. 10: Anzahl der in der 8. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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. Der Anteil an vergebenen Influenza-Diagnosen unter den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen blieb in der 8. KW 2026 mit 27 % weitestgehend stabil (Vorwoche: 28 %). RSV-Erkrankungen wurden in der 8. KW bei 10 % (Vorwoche: 14 %) und COVID-19-Erkrankungen bei 3 % (Vorwoche: 2 %) der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen diagnostiziert.

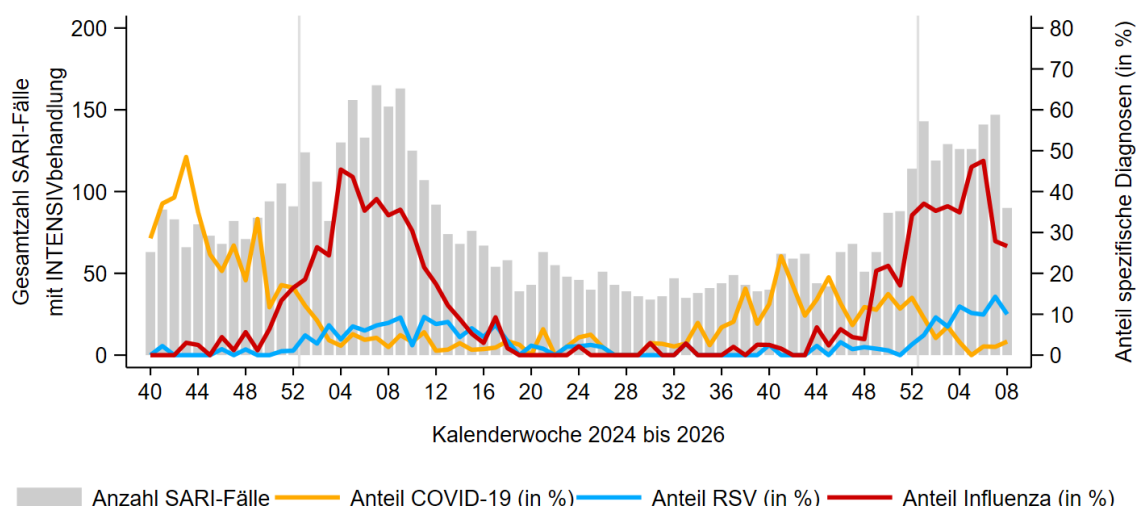


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 8. 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 zehn Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ wurden in der 8. KW 2026 aus fünf der zehn teilnehmenden Kliniken 35 Sentinelproben zugesandt. In 17 (49 %) der 35 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 8. KW 2026 wurden vorwiegend Influenza A- und B-Viren (23 %) detektiert, zudem wurden humane saisonale Coronaviren (hCoV; 11 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV) und Rhinoviren (je 9 %) sowie humane Metapneumoviren (hMPV; 3 %) detektiert (Abb. 12). SARS-CoV-2, Parainfluenzaviren (PIV), Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 8. KW nicht nachgewiesen. Es gab zwei Doppelinfektionen mit RSV sowie Rhinoviren und hCoV.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26, Stand 24.02.2026.

	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	69	41	67	35	870
Probenanzahl mit Virusnachweis*	39	20	39	17	437
Positivenrate (PR)	57 %	49 %	58 %	49 %	50 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	15	9	11	5	116
A(H1N1)pdm09	6	3	3	3	45
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	3	0	1	0	61
RSV	6	3	16	3	44
hMPV	1	3	3	1	13
PIV (1 – 4)	3	1	0	0	39
Rhinoviren	5	2	2	3	109
hCoV	1	2	6	4	26
Adenoviren	1	0	1	0	18
Influenza C-Viren	0	1	0	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.

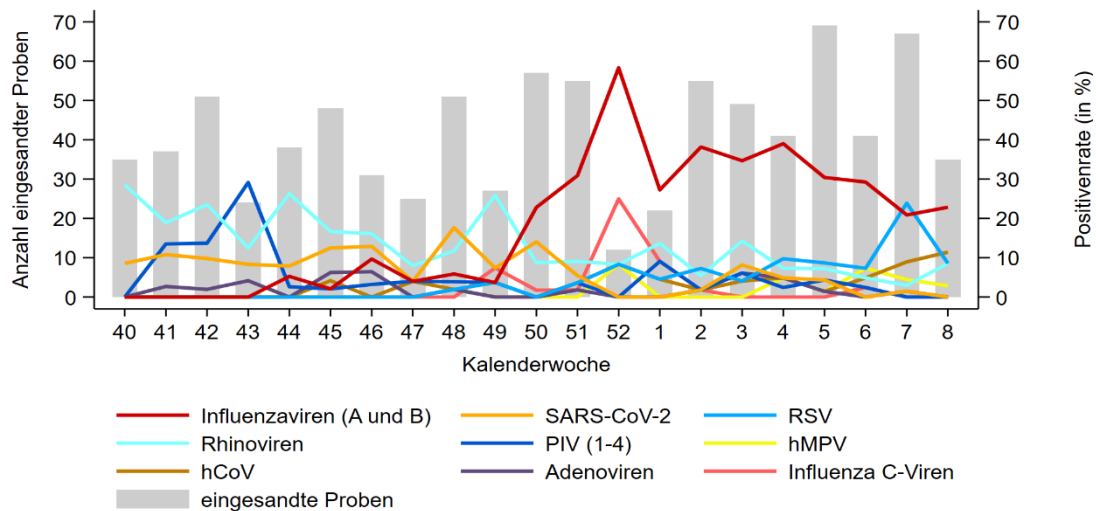


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivitäten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 8. 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).

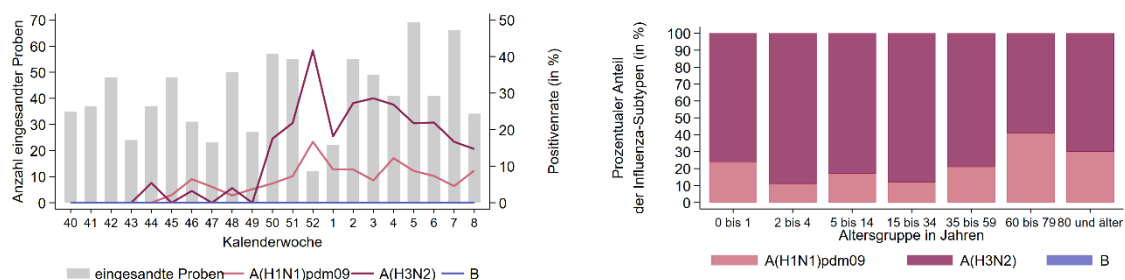


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivitäten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinel eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 8. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des SARI-Sentinel von der 40. KW 2025 bis zur 8. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 5. KW bis zur 8. KW 2026 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert, am häufigsten bei den 15- bis 34-jährigen sowie den ab 80-jährigen. RSV zirkulierte vorwiegend bei den 0- bis 4-jährigen, wurde jedoch auch in anderen Altersgruppen nachgewiesen. hCoV wurde bei den 0- bis 4-jährigen sowie den ab 35-jährigen detektiert. Rhinoviren wurden ebenfalls vor allem bei den 0- bis 4-jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde in der Altersgruppe der 60- bis 79-jährigen detektiert (Abb. 14).

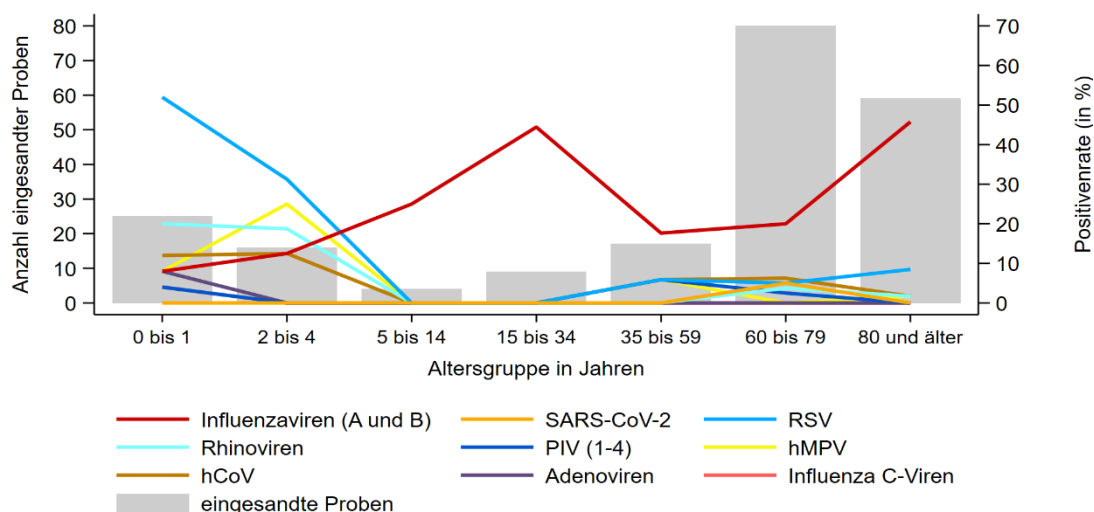


Abb. 14: Anteil (Positivraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (5. KW 2026 bis 8. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 8. MW 2026 wurden bislang 15.121 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 14.987 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 8. MW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken. Bei 3.803 (25 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 24.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 215.812 Fälle übermittelt. Davon entfallen 213.723 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 55.283 (26 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.310 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-Falldefinitions-kategorien C-E)

	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	20.128	20.654	24.425	23.795	22.124	14.398	204.670
A(H1N1)pdm09	138	135	127	139	106	98	1.211
A(H3N2)	213	178	249	231	189	85	2.073
nicht nach A / B differenziert	369	338	371	418	393	281	3.898
B	154	117	123	131	149	125	1.871
Gesamt	21.002	21.422	25.295	24.714	22.961	14.987	213.723
Hospitalisierte Fälle	5.810	5.182	6.156	6.164	5.831	3.803	55.283

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

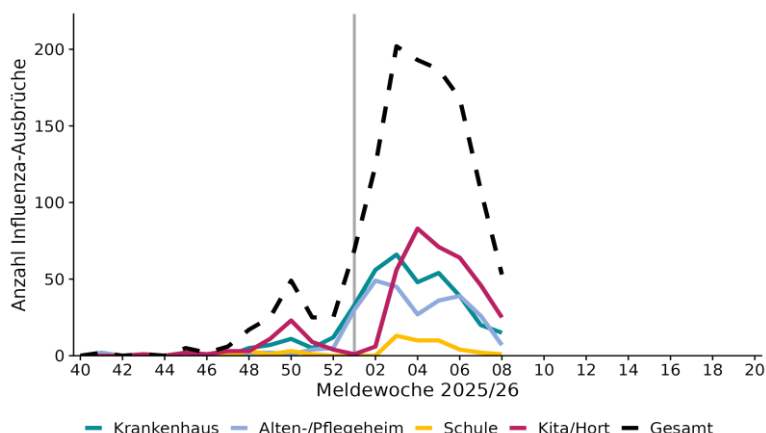
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.261 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen. In der 8. MW 2026 wurden bisher 53 Ausbrüche übermittelt (Tab. 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-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	1.261
Krankenhaus	373
Alten-/Pflegeheim	276
Schule	49
Kita/Hort	409
sonstige Settings*	154
Anzahl Ausbruchsfälle	17.517
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 8. MW 2026 wurden bislang 1.407 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.392 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 510 (37 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 24.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 111.842 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 110.324 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 40.148 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.374 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-Falldefinitions-kategorien C-E)

	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	3.520	2.757	2.622	2.257	1.798	1.392	110.324
Hospitalisierte Fälle	1.480	1.191	990	926	717	510	40.148

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

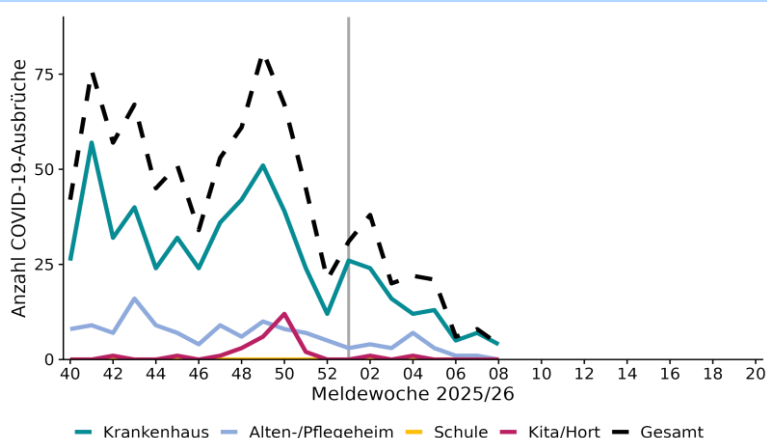
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 850 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 8. MW 2026 wurden bisher vier Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

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

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	850
Krankenhaus	546
Alten-/Pflegeheim	127
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	149
Anzahl Ausbruchsfälle	8.275
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 8. MW 2026 wurden bislang insgesamt 6.150 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 6.027 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Bei 1337 (22 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 8. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 24.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 31.946 Fälle übermittelt. Davon entfallen 31.116 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 8.439 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 95 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 92 % 60 Jahre oder älter.

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

	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	1.763	2.735	3.816	4.476	6.038	6.027	31.116
Hospitalisierte Fälle	561	753	1.014	1.158	1.460	1.337	8.439

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

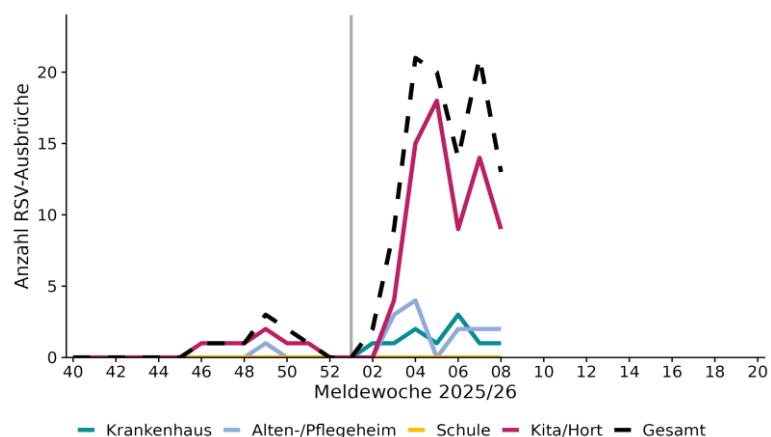
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 109 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 8. MW 2026 wurden bisher 13 Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

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-Falldefiniationskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	109
Krankenhaus	10
Alten-/Pflegeheim	14
Schule	0
Kita/Hort	76
sonstige Settings*	9
Anzahl Ausbruchsfälle	1.124
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,3

*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, Inflenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 8. 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).

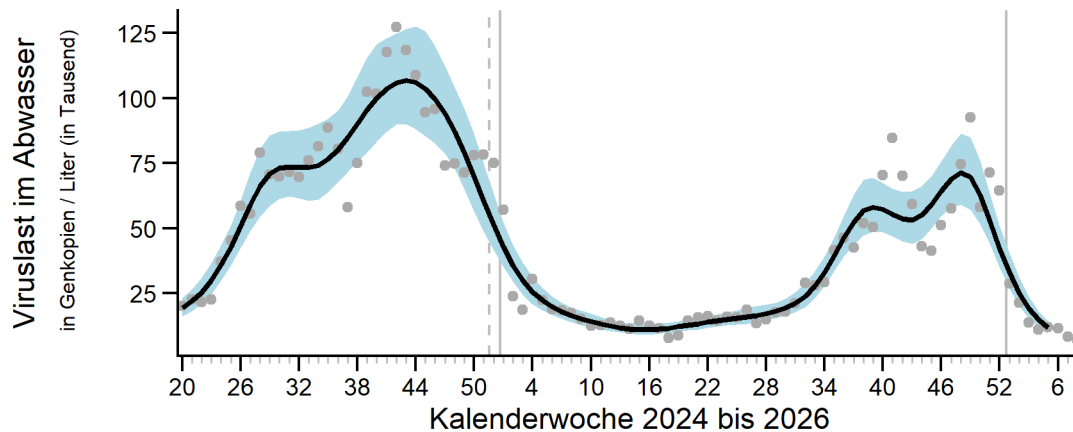


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 24.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervall dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (18.2.2026, 8. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

Inflenzaviren

Für die 8. KW 2026 wurden Daten aus 66 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza A-Viruslast im Abwasser sind in der 8. KW 2026 gesunken. Die Influenza B-Viruslast lag in der 8. KW weiterhin im niedrigen Bereich (Abb. 16).

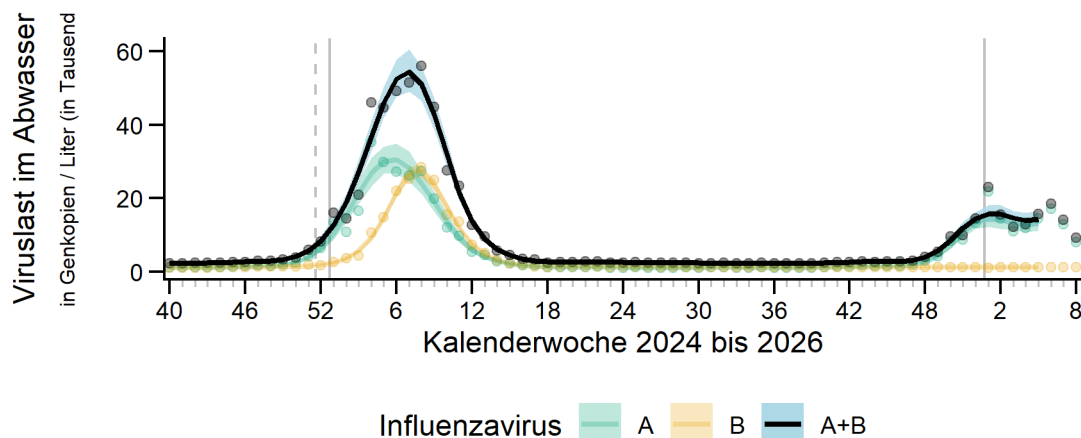


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 24.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (18.2.2026, 8. 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 8. KW 2026 wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser zeigten für RSV A und RSV B in den Vorwochen einen steigenden Trend, in der 8. KW 2026 sind die Werte relativ stabil geblieben (Abb. 17).

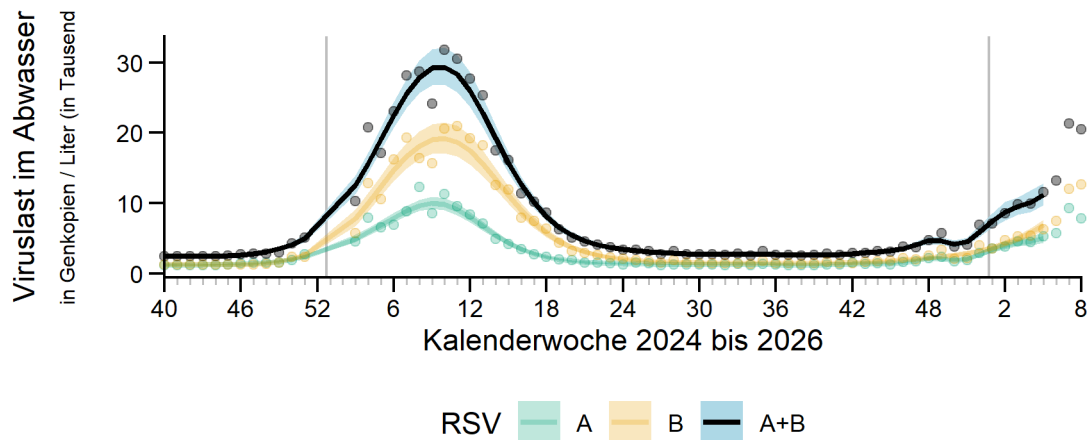


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 24.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (18.2.2026, 8. 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 8/2026 | DOI: 10.25646/13883