ROBERT KOCH INSTITUT

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
10. Kalenderwoche (2.3. bis 8.3.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist weiter rückläufig, sie wird neben RSV und Influenzaviren zunehmend durch weitere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels bestimmt. Der Höhepunkt der Grippewelle ist seit einigen Wochen überschritten, die Influenza-Positivenrate sinkt seitdem kontinuierlich. Die RSV-Welle hält weiter an, RSV-Erkrankungen betreffen aktuell 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.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 10. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 10. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken und befand sich ebenfalls auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 10. KW 2026 in insgesamt 77 der 110 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Respiratorische Synzytialviren (RSV; 20 %) und Influenza A-Viren (19 %), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 14 %) und humanen Metapneumoviren (hMPV; 10 %). Von den 21 nachgewiesenen Influenzaviren waren elf 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 10. KW 2026 deutlich zurück und lag auf einem moderaten Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 21 % RSV-, 14 % Influenza- und unter 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 10. KW 2026 in elf der 23 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich RSV (26 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten RSV-Fälle ist in der 10. Meldewoche (MW) gesunken. Die Zahlen der Influenza-Fälle und der COVID-19-Fälle sind deutlich zurückgegangen.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde zusammengefasst für 7. und 8. KW 2026 mit einem Anteil von 62 % und die Linie XFG mit einem Anteil von 24 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Der Rückgang der RSV-Last im Abwasser, der sich zuletzt zeigte, hat sich in der 10. KW 2026 zunächst nicht fortgesetzt. Die Influenza A-Viruslast im Abwasser geht weiter zurück. Die SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- Alle Personen können, unabhängig vom Impfstatus, das Risiko einer akuten Atemwegsinfektion durch entsprechende Verhaltensweisen reduzieren, um sich (und Familienmitglieder, Freundeskreis und Kolleginnen und Kollegen) vor einer Erkrankung zu schützen: www.rki.de/are-faq-schutz
- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: http://www.rki.de/are
- 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.

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 10. KW weiter gesunken und lag mit rund 6.200 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.700; Abb. 1) noch auf einem moderaten Niveau und in einem für diese Zeit üblichen Wertebereich. Die Werte sind seit der 5. KW in allen Altersgruppen gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,2 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 10. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

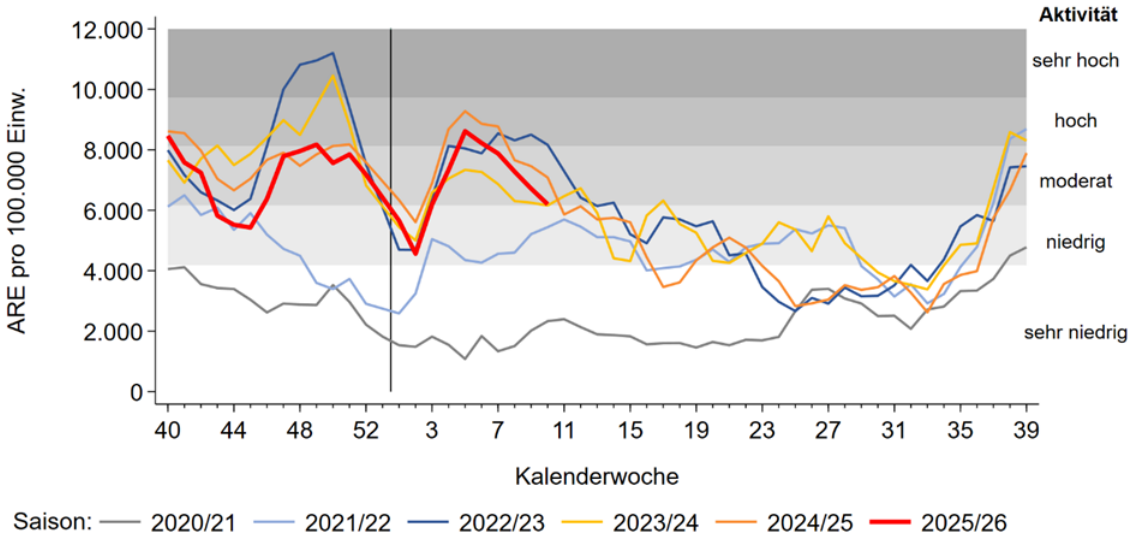


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 10. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.100 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 10. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag mit rund 1.300 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.700) noch 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 1,1 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.

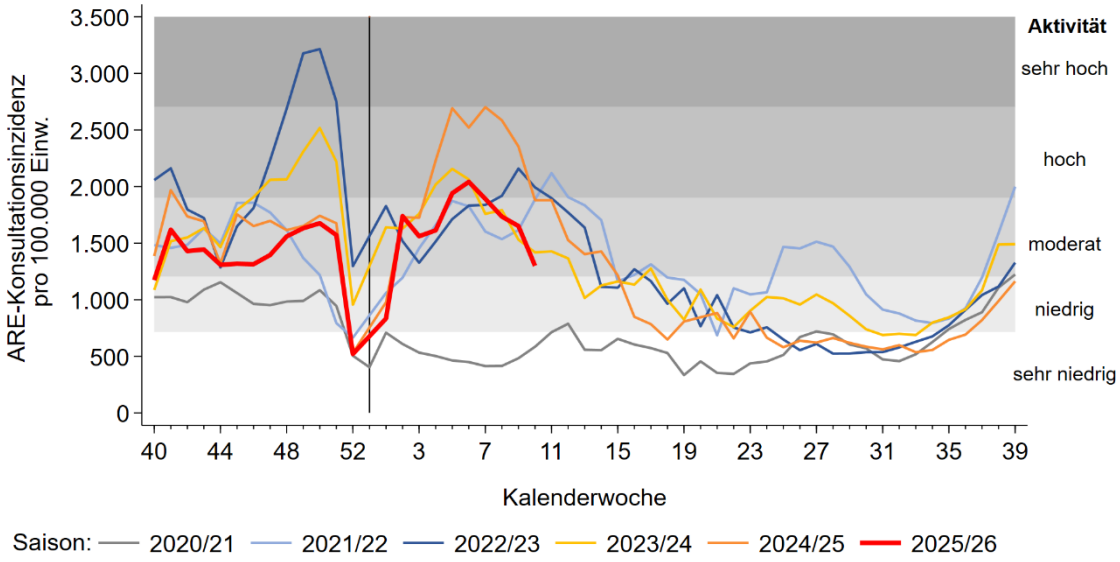


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 10. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 10. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3).

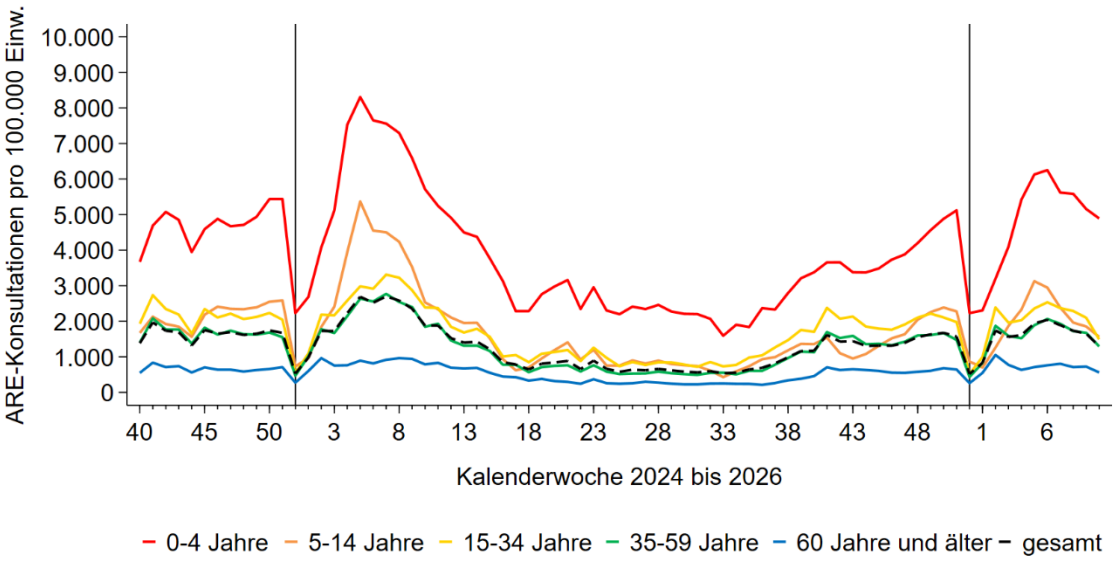


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 10. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 10. KW 2026 insgesamt 110 Sentinelproben von 38 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 77 (70 %) der 110 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Respiratorische Synzytialviren (RSV; Positivenrate (PR): 20 %) und Influenza A- und B-Viren (19 %; 95 %-Konfidenzintervall [12; 28]), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 14 %) und humanen Metapneumoviren (hMPV; 10 %). Darüber hinaus wurden Adenoviren (6 %), Rhinoviren (5 %), Parainfluenzaviren (PIV; 5 %), Influenza C-Viren (2 %) sowie SARS-CoV-2 (1 %) nachgewiesen. Es gab zehn Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von RSV und hCoV mit weiteren Erregern.

Seit dem Höhepunkt in der 5. KW 2026 ist die Influenza-Positivenrate rückläufig. Von den 21 nachgewiesenen Influenzaviren waren elf 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 (71 % bzw. 28 %). Seit der 47. KW werden mehr A(H3N2)-Viren als

A(H1N1)pdm09-Viren detektiert, wobei in der 10. KW beide Subtypen ähnlich häufig nachgewiesen wurden (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 seit einigen Wochen überschritten, die Influenza-Positivenrate sinkt seitdem kontinuierlich.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden in den meisten Altersgruppen bislang häufiger Influenza A(H3N2)- als A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen, wobei in den Altersgruppen ab 35 Jahre ein größerer Anteil von A(H1N1)pdm09-Viren detektiert wurde als in den jüngeren Altersgruppen (Abb. 5; rechts).

Die RSV-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen und lag in der 10. KW bei 20 % (Vorwoche: 16 %). In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 10. KW bei 36 % (95 %-Konfidenzintervall [18; 57]; Vorwoche 20 %) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche wieder 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 10. KW 2026), Stand 10.3.2026.

		7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		147	123	124	110	**2.987**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		106	91	100	77	**2.136**
	Positivenrate (PR)	72 %	74 %	81 %	70 %	**72 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	1	0	0	0	**6**
	A(H3N2)	45	22	18	11	**636**
	A(H1N1)pdm09	11	14	13	10	**246**
	B	0	0	0	0	**2**
SARS-CoV-2		1	0	1	1	**276**
RSV		18	21	20	22	**176**
hMPV		7	8	10	11	**65**
PIV (1 – 4)		3	4	4	5	**148**
Rhinoviren		12	10	13	6	**531**
hCoV		17	22	25	15	**204**
Adenoviren		3	5	9	7	**118**
Influenza C-Viren		2	1	3	2	**42**

* 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.

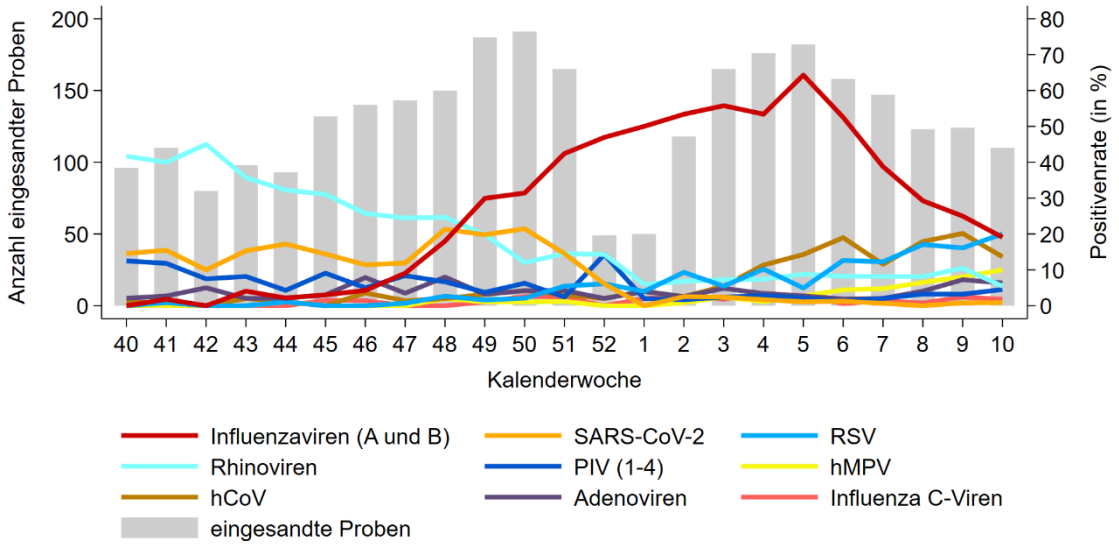


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 10. KW 2026.

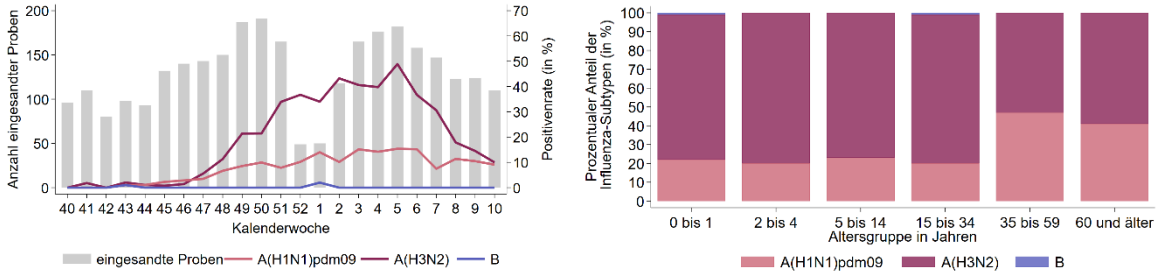


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 10. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der 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 10. KW 2026 detektiert wurden.

In der 10. KW 2026 wurde RSV in allen Altersgruppen nachgewiesen, bei den 0- bis 4-Jährigen und ab 60-Jährigen am häufigsten. Influenzaviren (A und B) wurden in fast allen Altersgruppen nachgewiesen, hauptsächlich bei den 2- bis 14-jährigen Kindern (Abb. 6). HCoV wurde ebenfalls in allen Altersgruppen nachgewiesen, bei den 35- bis 59-Jährigen war dies neben den Influenzaviren der am häufigsten nachgewiesene Erreger in dieser Altersgruppe. Es zeigt sich in den verschiedenen Altersgruppen, dass die ARE-Aktivität zunehmend wieder durch mehr als zwei Atemwegserreger bestimmt wird.

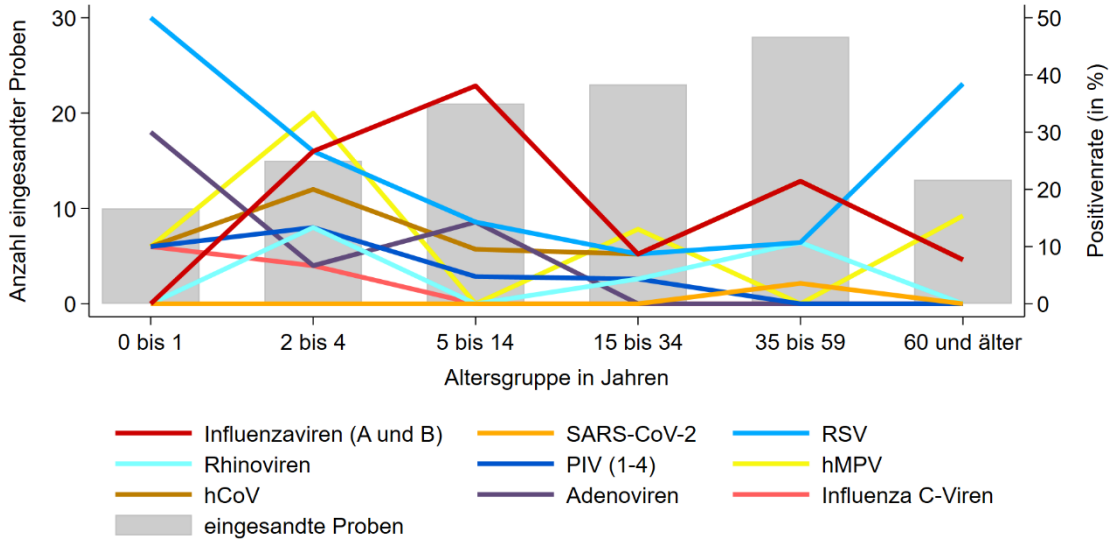


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 10. KW 2026.

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 306 Influenza A(H3N2)- und 178 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: 146 A(H3N2), 88 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 337 mit Next Generation Sequencing untersuchten Influenzaviren nicht detektiert. Gegen Wirkstoffe aus der Gruppe der Adamantane (Amantadin, Rimantadin) zeigen alle der 413 getesteten Influenza A-Viren eine hohe Resistenz, so dass diese Wirkstoffe weiterhin zur Therapie der Influenza nicht empfohlen werden.
Details sind abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2025_26.html

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter: www.rki.de/nrz-influenza.

Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

Das weiterhin niedrige SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen spiegelt sich auch in einer geringen Anzahl verfügbarer Proben wider. Aus diesem Grund werden wie in der Vorwoche für die Berechnung der Variantenanteile die Daten, jeweils für zwei fortlaufenden Wochen, im Sinne eines gleitenden Berichtszeitraums zusammengefasst berichtet.

Für den Zeitraum der 7. – 8. KW 2026 stehen aktuell 79 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 10.3.2026).

Der Anteil der rekombinanten Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) hat sich im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum kaum verändert und lag bei 62 % (6. – 7. KW 2026: 58 %). Die Linie wurde somit weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Die rekombinante Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) wurde mit einem sinkenden Anteil von 24 % nachgewiesen (6. – 7. KW 2026: bei 33 %). Der Anteil der SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) lag bei 9 % und hat sich im Vergleich zum Vorberichtszeitraum kaum verändert (6. – 7. KW 2026: 8 %).
WHO[1] [2] und ECDC[3] stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein. Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume.

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

[1] https://www.who.int/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-10-2026.pdf

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 10. KW 2026 stark zurück (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 10. KW 2026 noch auf einem moderaten Niveau. Die SARI-Inzidenz lag seit der 4. KW 2026 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 10. KW 2026 einen weniger starken Rückgang der SARI-Fallzahlen, bestätigt aber die Einordnung der SARI-Inzidenz in der 10. KW auf einem moderaten Niveau (Abb. 7, rot hinterlegter Bereich).

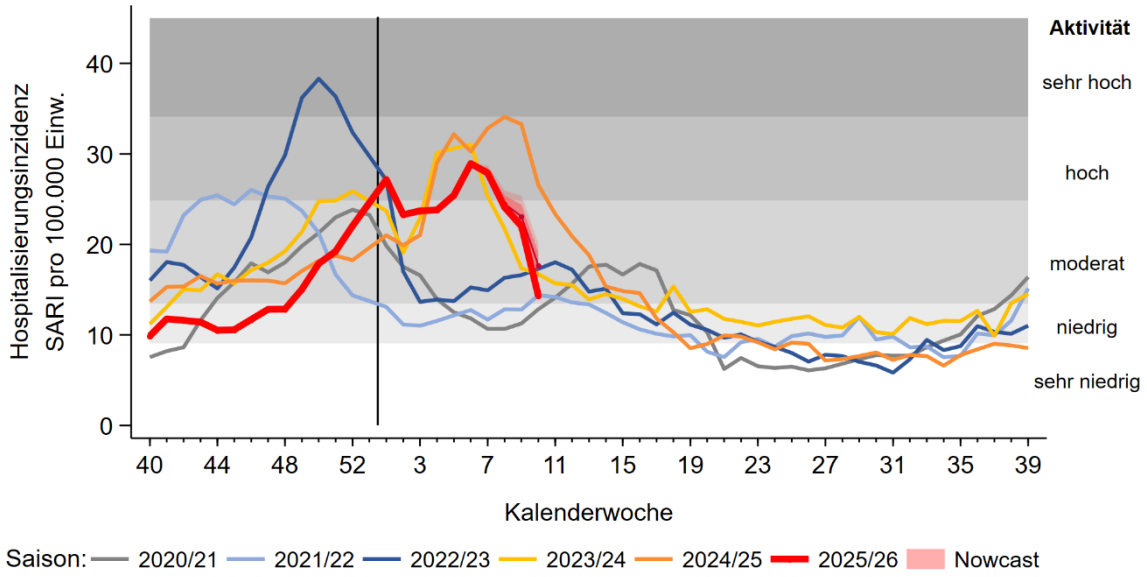


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 10. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 63 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 10. KW 2026 kam es in allen Altersgruppen zu einem deutlichen Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 8). Die SARI-Inzidenz lag in der 10. KW bei den Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) sowie bei den ab 60-Jährigen auf einem moderaten Niveau, und bei den 5- bis 59-Jährigen auf einem niedrigen Niveau.

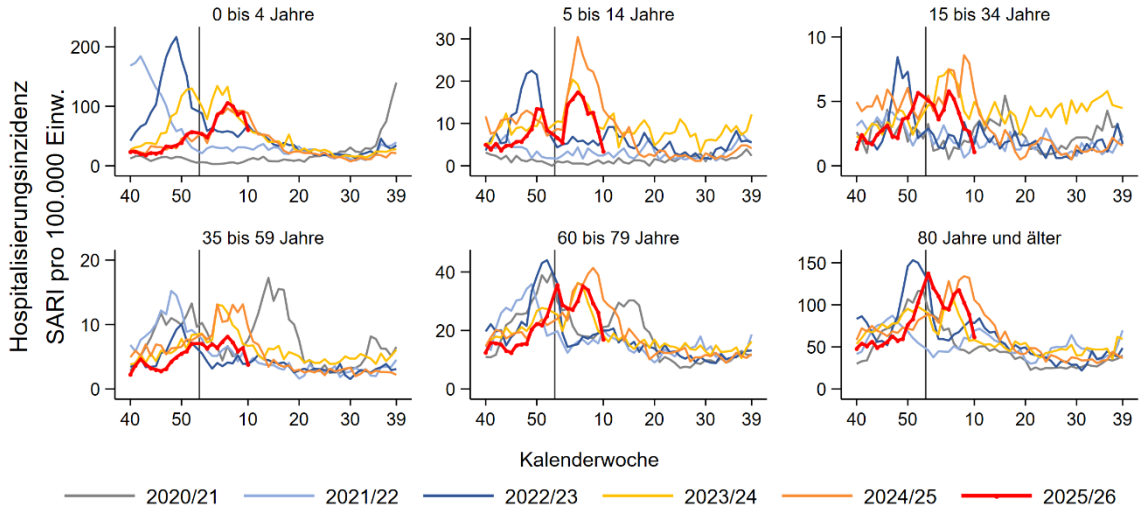


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 10. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In den letzten Wochen wurden zunehmend RSV-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten vergeben. In der 10. KW 2026 stagnierte der Anteil jedoch und lag bei 21 % der SARI-Fälle (Vorwoche: 20 %, Abb. 9). Der Anteil an Influenza-Diagnosen ging in der 10. KW weiter zurück und lag bei 14 % (Vorwoche: 27 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten blieb in der 10. KW weiter niedrig und lag bei unter 1 % (Vorwoche: 1 %).

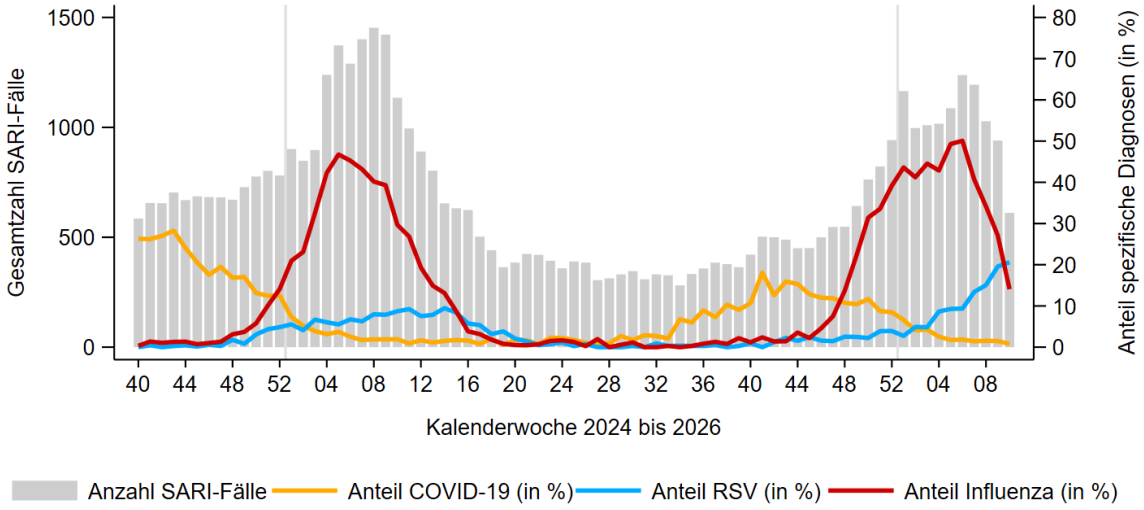


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 10. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

RSV-Erkrankungen wurden in den letzten Wochen besonders häufig bei SARI-Fällen unter 5 Jahren diagnostiziert, weniger häufig bei SARI- Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren. In der 10. KW 2026 erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall im Alter von 0 bis 4 Jahren eine RSV-Diagnose (0 bis 1 Jahr: 61 %; 2 bis 4 Jahre: 45 %) (Abb. 10). Influenza-Erkrankungen wurden in der 10. KW bei SARI-Patientinnen und -Patienten aller Altersgruppen diagnostiziert. COVID-19-Diagnosen wurden in der 10. KW nur sehr vereinzelt bei SARI-Fällen im Alter von bis zu 1 Jahr sowie ab 80 Jahren vergeben.

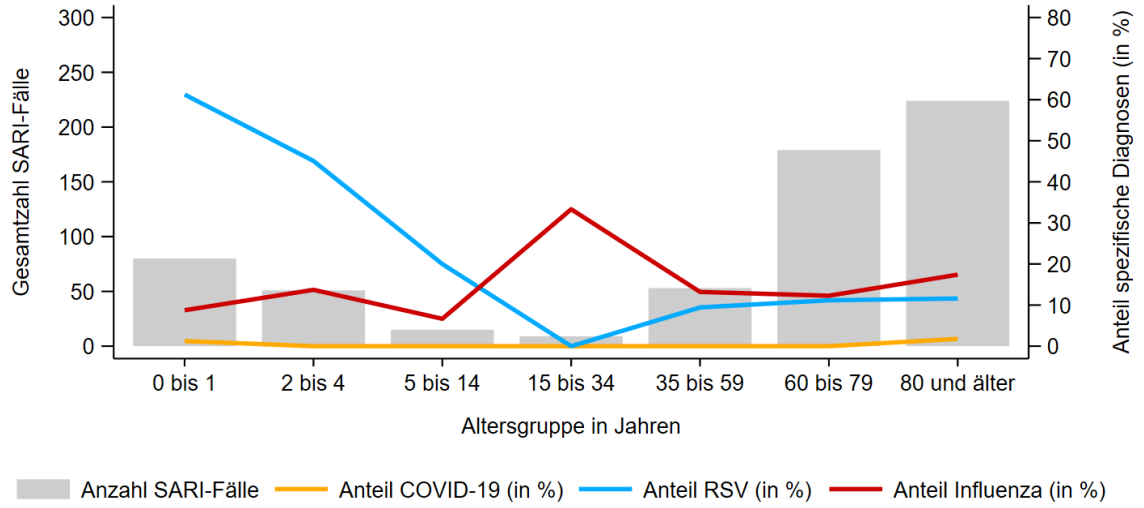


Abb. 10: Anzahl der in der 10. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine RSV-Erkrankung wurde in der 10. KW 2026 bei 19 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Influenza-Diagnosen sind in der 10. KW bei 18 % und COVID-19-Diagnosen bei 1 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben worden.

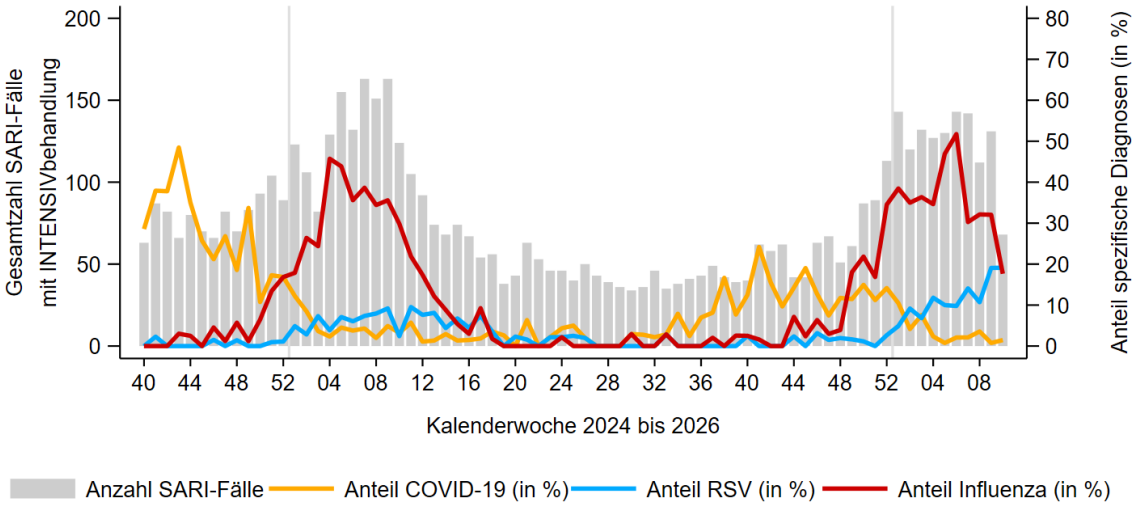


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 10. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 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 10. KW 2026 aus drei der zehn teilnehmenden Kliniken 23 Sentinelproben zugesandt. In elf (48 %) der 23 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 10. KW 2026 wurden vorwiegend Respiratorische Synzytialviren (RSV) (26 %) detektiert, zudem wurden humane Metapneumoviren (hMPV) (13 %), Influenza A- und B-Viren (9 %) sowie humane saisonale Coronaviren (hCoV; 4 %) nachgewiesen (Abb. 12). SARS-CoV-2, Parainfluenzaviren (PIV), Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 10. KW nicht identifiziert. Es gab eine Doppelinfektion mit RSV und hMPV.

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 10. KW 2026), Stand 10.3.2026.

		7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		69	43	43	23	**946**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		41	22	23	11	**478**
	Positivenrate (PR)	59 %	51 %	53 %	48 %	**51 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**2**
	A(H3N2)	11	8	2	2	**123**
	A(H1N1)pdm09	5	3	5	0	**52**
	B	0	0	0	0	**0**
SARS-CoV-2		1	0	0	0	**61**
RSV		16	5	6	6	**58**
hMPV		3	2	4	3	**21**
PIV (1 – 4)		0	0	1	0	**40**
Rhinoviren		2	3	6	0	**115**
hCoV		6	5	3	1	**31**
Adenoviren		1	0	0	0	**18**
Influenza C-Viren		0	0	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.

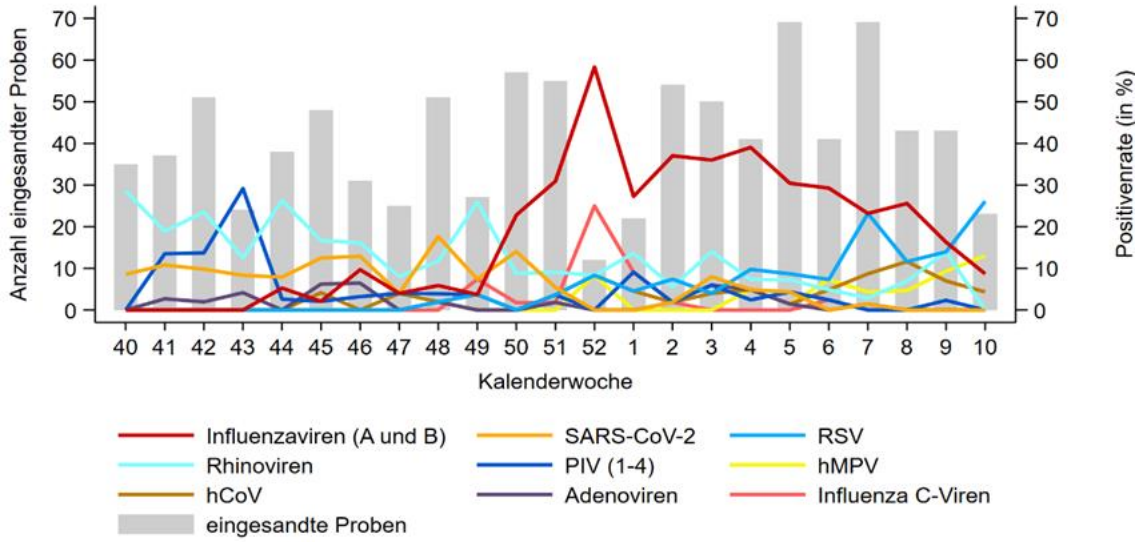


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 10. KW 2026.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (70 %) nachgewiesen, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (30 %). 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)- als A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen, wobei in den Altersgruppen ab 60 Jahre ein größerer Anteil von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren detektiert wurde als in den jüngeren Altersgruppen (Abb. 13; rechts).

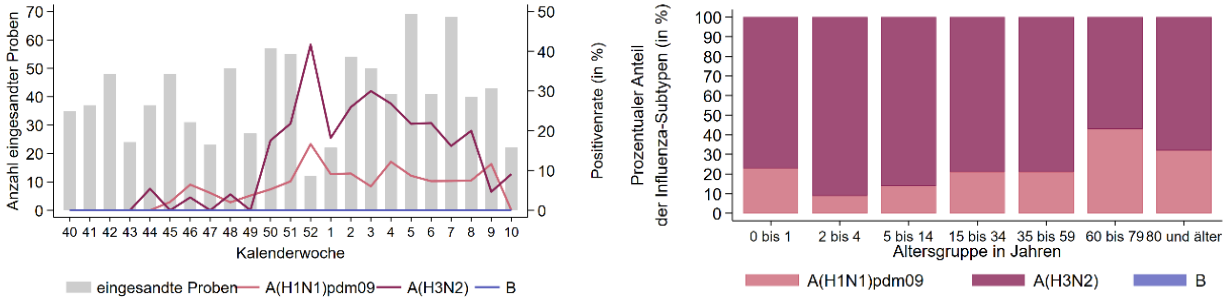


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 10. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise 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 10. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 7. KW bis zur 10. 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 den älteren Altersgruppen nachgewiesen. Rhinoviren und hCoV wurden vor allem bei den 0- bis 14-Jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde vereinzelt in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen detektiert (Abb. 14).

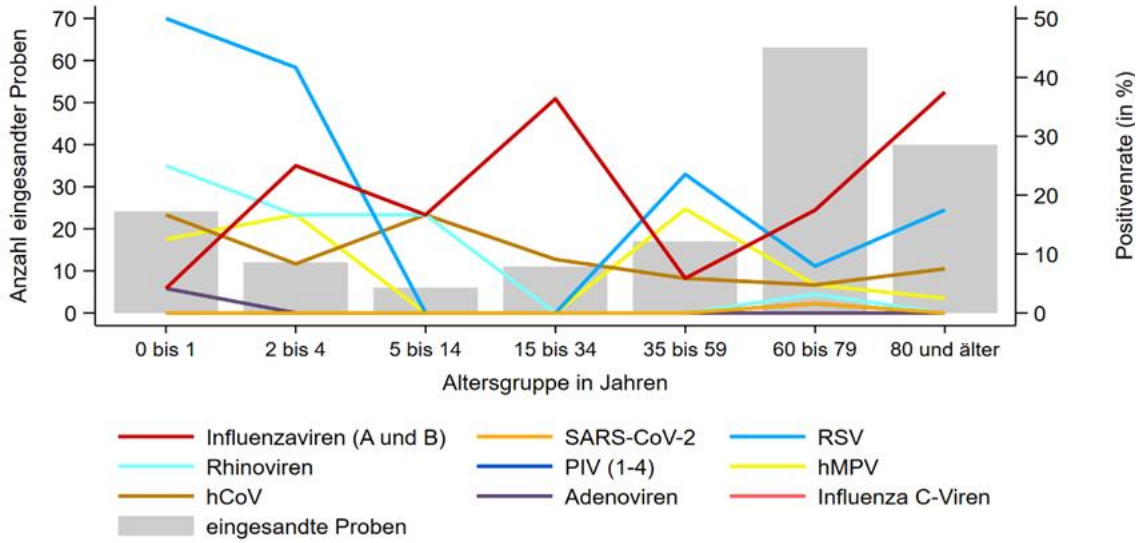


Abb. 14: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (7. KW bis 10. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 10. MW 2026 wurden bislang 4.618 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 4.577 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 10. MW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken. Bei 1.029 (22 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 10.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 232.149 Fälle übermittelt. Davon entfallen 229.970 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 60.365 (26 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.628 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

		5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	24.442	23.823	22.158	14.735	10.746	4.363	**220.222**
	A(H1N1)pdm09	128	140	110	108	80	30	**1.337**
	A(H3N2)	250	232	198	110	92	55	**2.257**
	nicht nach A / B differenziert	374	421	396	285	142	54	**4.107**
	B	123	130	149	127	99	75	**2.047**
Gesamt		**25.317**	**24.746**	**23.011**	**15.365**	**11.159**	**4.577**	**229.970**
	Hospitalisierte Fälle	6.248	6.304	6.111	4.260	2.973	1.029	**60.365**

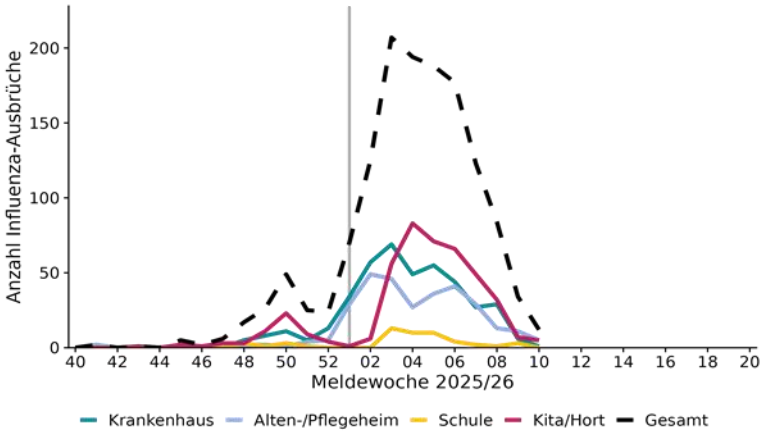
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.371 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 10. MW 2026 wurden bisher zwölf 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	1.371
Krankenhaus	415
Alten-/Pflegeheim	303
Schule	52
Kita/Hort	433
sonstige Settings*	168
Anzahl Ausbruchsfälle	18.834
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,7

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



COVID-19

Für die 10. MW 2026 wurden bislang 599 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 582 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Bei 222 (38 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 10.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 113.485 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 111.945 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 40.925 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.448 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)

	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	2.621	2.258	1.800	1.421	997	582	**111.945**
Hospitalisierte Fälle	1.006	941	749	569	410	222	**40.925**

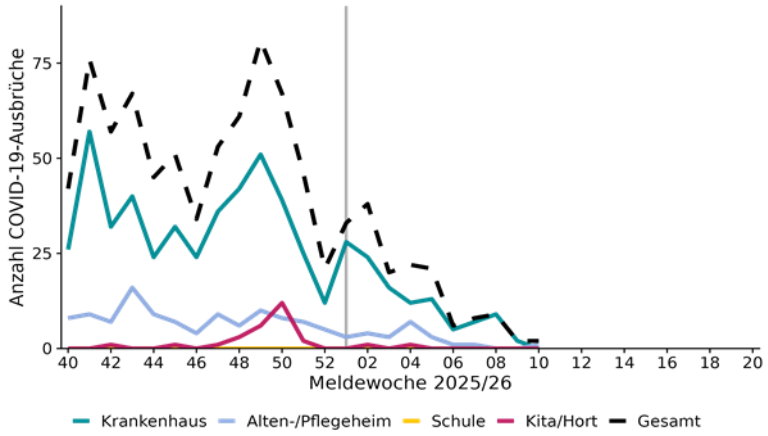
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 862 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 10. MW 2026 wurden bisher zwei 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-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche	
Gesamtzahl Saison	862
Krankenhaus	556
Alten-/Pflegeheim	128
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	150
Anzahl Ausbruchsfälle	8.402
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 10. MW 2026 wurden bislang insgesamt 5.773 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 5.602 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind nach mehreren Wochen des Anstiegs im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Bei 1.124 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 10. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 10.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 44.525 Fälle übermittelt. Davon entfallen 43.364 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 11.590 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 154 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 93 % 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)

	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	3.820	4.475	6.044	6.140	6.523	5.602	**43.364**
Hospitalisierte Fälle	1.036	1.186	1.569	1.644	1.548	1.124	**11.590**

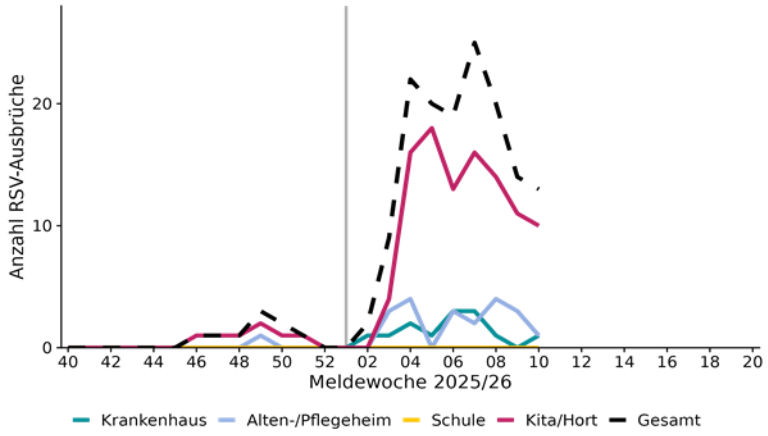
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 153 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 10. 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-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

RSV-Ausbrüche	
Gesamtzahl Saison	153
Krankenhaus	13
Alten-/Pflegeheim	21
Schule	0
Kita/Hort	109
sonstige Settings*	10
Anzahl Ausbruchsfälle	1.533
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,0

*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 10. KW wurden Daten aus 65 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser war seit der 4. KW niedrig (Abb. 15).

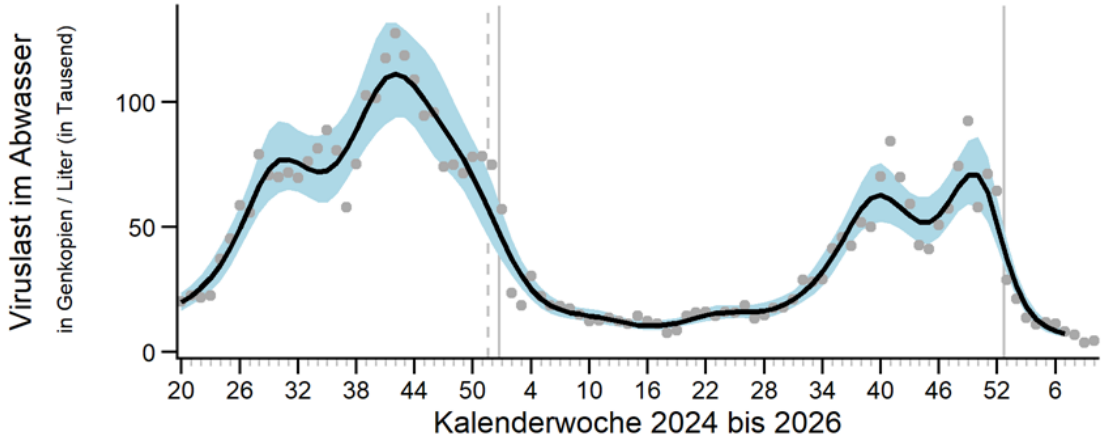


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.3.2026, 10. 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 10. KW 2026 wurden Daten aus 64 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza A-Viruslast im Abwasser waren seit der 7. KW 2026 rückläufig. Die Influenza B-Viruslast war seit Saisonbeginn 2025/26 (40. KW 2025) niedrig (Abb. 16).

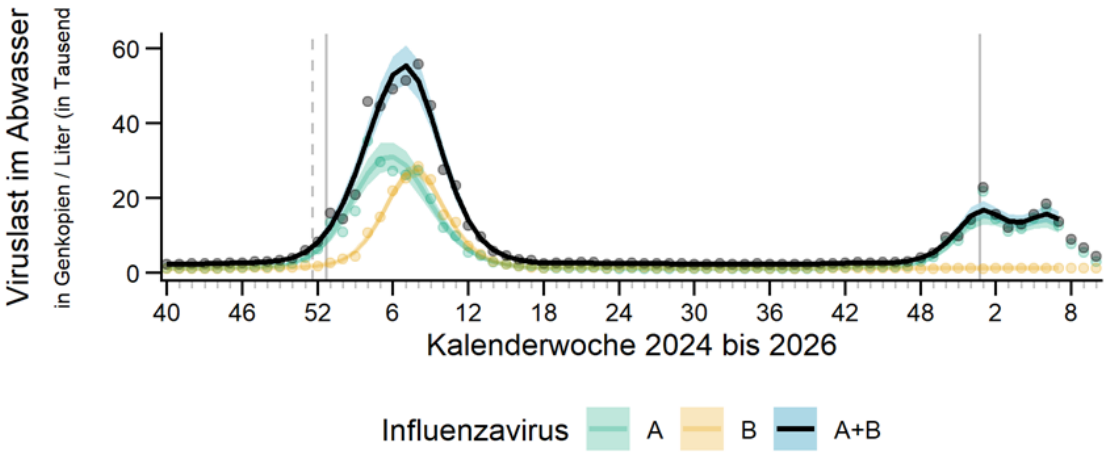


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.3.2026, 10. 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 10. KW 2026 wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser (A und B gesamt) waren seit der 8. KW 2026 rückläufig. Dieser Rückgang hat sich in der 10. KW zunächst nicht fortgesetzt (Abb. 17).

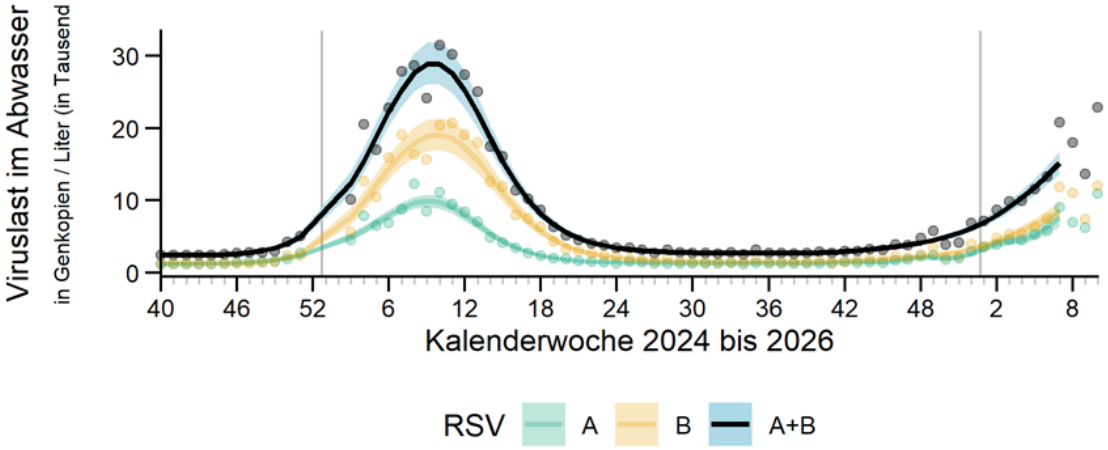


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.3.2026, 10. 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 10/2026 | DOI: 10.25646/13982