



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
11. Kalenderwoche (9.3. bis 15.3.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist in den meisten Systemen weiter rückläufig. Neben RSV und Influenzaviren bestimmen zunehmend weitere Atemwegsviren die ARE-Aktivität. Das Ende der Grippewelle deutet sich an. Die RSV-Welle hält weiter an, RSV-Erkrankungen betreffen aktuell fast 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 11. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag nun auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 11. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken und befand sich ebenfalls auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 11. KW 2026 insgesamt 70 der 99 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend humane saisonale Coronaviren (hCoV; 25 %) und Respiratorische Synzytialviren (19 %), gefolgt von Rhinoviren und humanen Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 11 %. Influenza A-Viren wurden mit 7 % nachgewiesen, davon wurden in vier Proben A(H3N2)- und in drei Proben A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 11. KW 2026 zurück und lag auf einem niedrigen Niveau. Unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen wird mittels Nowcasting für die 11. KW eine SARI-Inzidenz auf moderatem Niveau geschätzt. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 19 % RSV-, 7 % Influenza- und unter 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 11. KW 2026 in 23 der 48 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich RSV (17 %) und Rhinoviren (15 %).

Die Zahlen der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-, COVID-19- und RSV-Fälle sind in der 11. Meldewoche (MW) gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde zusammengefasst für die 8. und 9. KW 2026 mit einem Anteil von 70 %, die Linie XFG mit einem Anteil von 13 % und die Linie BA.3.2 mit einem Anteil von 10 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die RSV-Last im Abwasser ist seit der 10. KW 2026 wieder gestiegen. 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 11. KW weiter gesunken und lag mit rund 5.900 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.200; Abb. 1) nun auf einem niedrigen Niveau und in einem für diese Zeit üblichen Wertebereich. Die Werte sind seit der 5. KW sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,9 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 11. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

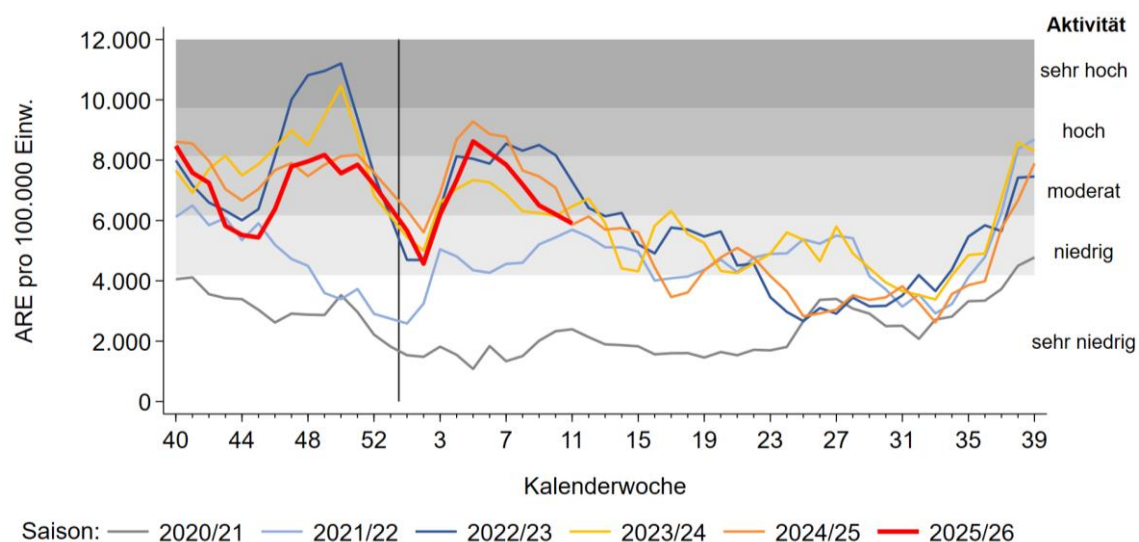


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 11. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.100 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 11. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag mit rund 1.200 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.400) auf einem niedrigen Niveau, knapp unter der Schwelle zum 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 1,0 Millionen Arztbesuchen wegen akuten 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>.

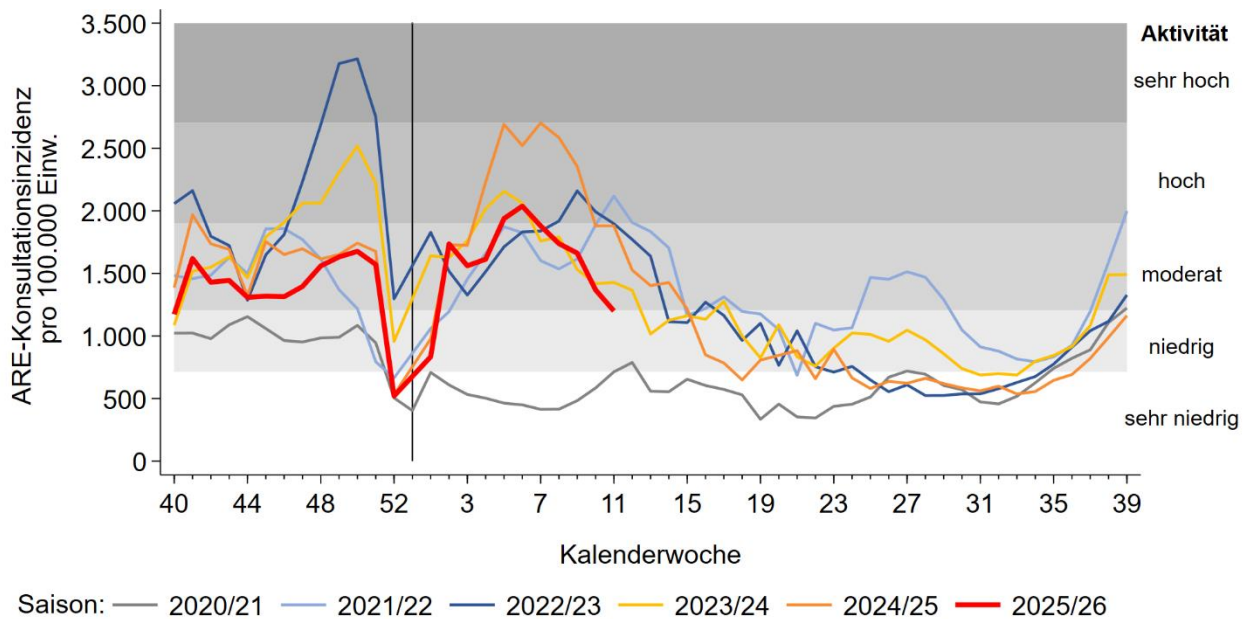


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 11. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 11. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der 5- bis 14-jährigen stabil geblieben und in den weiteren Altersgruppen gesunken (Abb. 3).

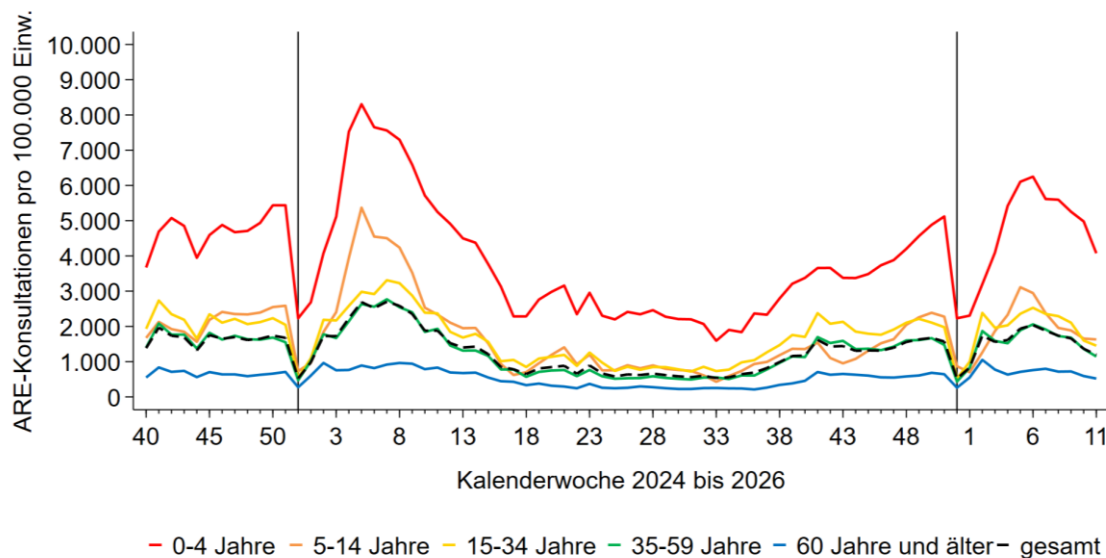


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 11. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 11. KW 2026 insgesamt 99 Sentinelproben von 45 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 70 (71 %) der 99 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend humane saisonale Coronaviren (hCoV; Positivenrate (PR): 25 %), gefolgt von Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 19 %) sowie Rhinoviren und humanen Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 11 %. Darüber hinaus wurden Influenza A- und B-Viren (7 %; 95 %-Konfidenzintervall [2; 15]), Parainfluenzaviren (PIV; 6 %), Adenoviren (3 %) sowie Influenza C-Viren und SARS-CoV-2 mit jeweils 1 % nachgewiesen. Es gab 13 Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von hCoV und RSV mit weiteren Erregern.

Die Grippewelle begann gemäß RKI-Definition in der 48. KW 2025. Seit dem Höhepunkt in der 5. KW 2026 ist die Influenza-Positivenrate rückläufig, das Ende der Grippewelle deutet sich an. Von den sieben nachgewiesenen Influenzaviren in der 11. KW waren vier A(H3N2)- und drei 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 seit der 10. KW beide Subtypen ähnlich häufig nachgewiesen wurden (Abb. 5; links). Bisher wurden in der Saison nur sehr vereinzelt Influenza B-Viren nachgewiesen.

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 stabil geblieben und lag in der 11. KW bei 19 % (Vorwoche: 21 %). In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 11. KW bei 25 % (95 %-Konfidenzintervall [11; 45]; Vorwoche 38 %) und ist damit 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-Sentinelns im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 11. KW 2026), Stand 17.3.2026.

	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	123	126	117	99	3.095
Probenanzahl mit Virusnachweis*	91	102	84	70	2.215
Positivenrate (PR)	74 %	81 %	72 %	71 %	72 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	6
A(H3N2)	22	18	12	4	641
A(H1N1)pdm09	14	13	10	3	249
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	0	1	1	1	277
RSV	21	21	24	19	198
hMPV	8	10	12	11	77
PIV (1 – 4)	4	4	6	6	155
Rhinoviren	10	14	8	11	545
hCoV	22	25	16	25	230
Adenoviren	5	9	8	3	122
Influenza C-Viren	1	3	2	1	43

* 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.

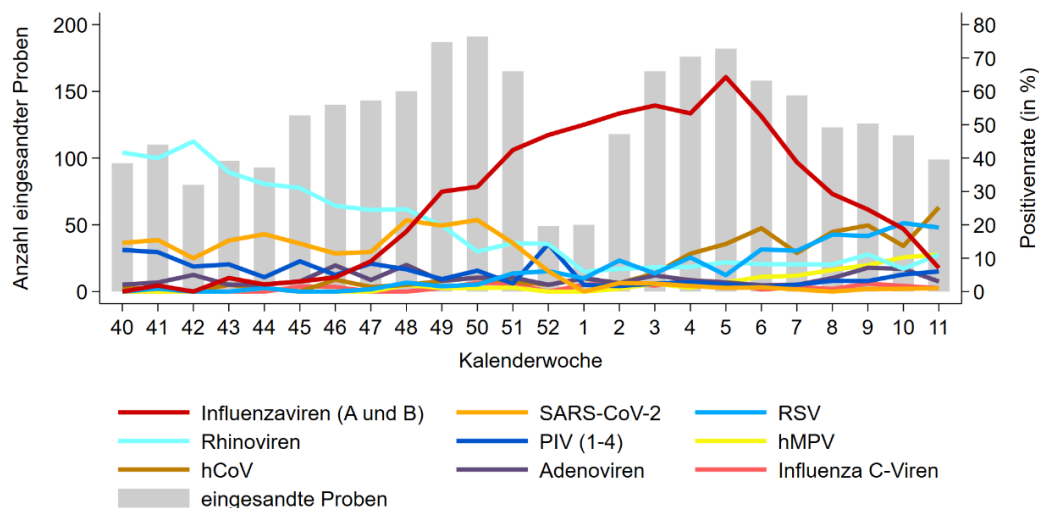


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 11. KW 2026.

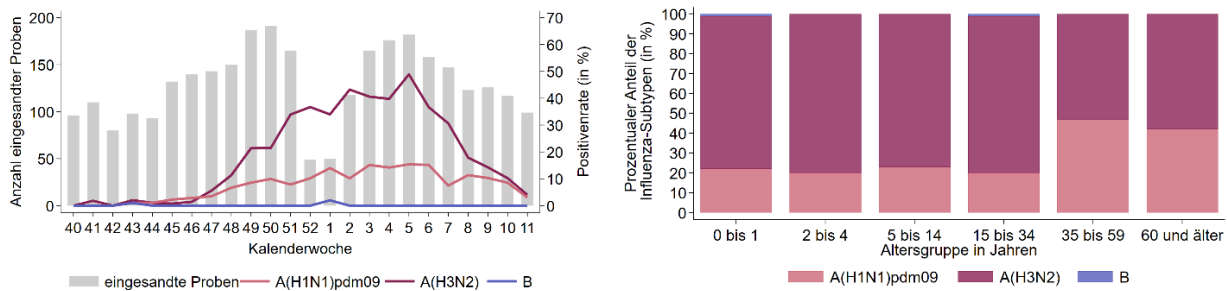


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivensrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 11. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung 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 11. KW 2026 detektiert wurden.

In der 11. KW 2026 wurde hCoV in allen Altersgruppen detektiert. Bei den 2- bis 14-Jährigen und den ab 35-Jährigen war hCoV der häufigste nachgewiesene Erreger. RSV wurde in allen Altersgruppen identifiziert. Am häufigsten wurde RSV bei den 0- bis 1-Jährigen nachgewiesen. Influenzaviren (A und B) wurden in den Altersgruppen der 2- bis 4-Jährigen und der ab 35-Jährigen nachgewiesen (Abb. 6). Es zeigt sich in den verschiedenen Altersgruppen, dass die ARE-Aktivität zunehmend wieder durch mehrere Atemwegserreger bestimmt wird.

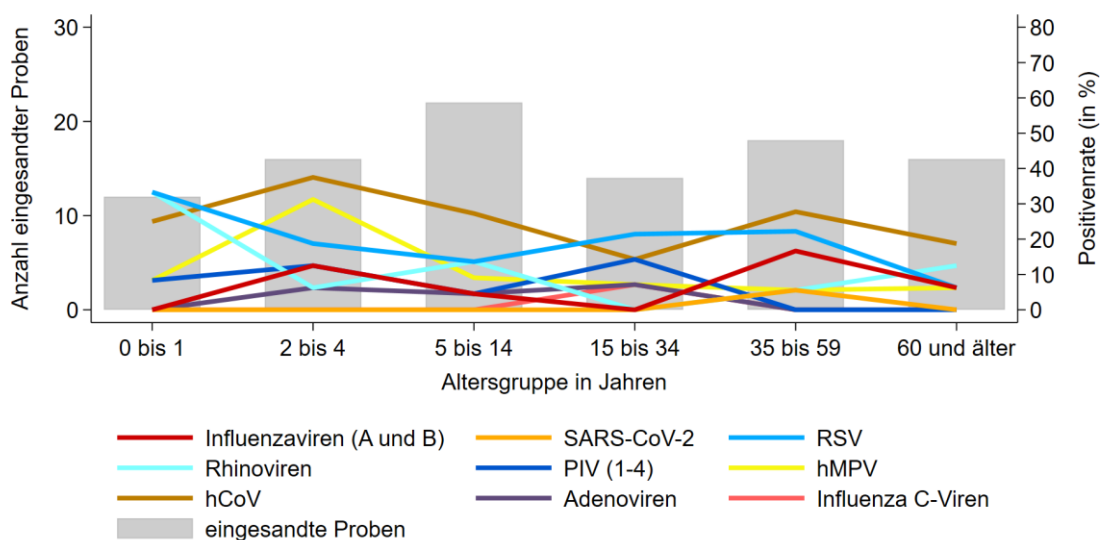


Abb. 6: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 11. KW 2026.

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 ($n = 486$), des SARI-Krankenhaus-Sentinels ($n = 71$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 22$) wurden 579 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 420 zum Subtyp A(H3N2), 158 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 397 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: 158 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 316 Influenza A(H3N2)- und 194 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/ViolAnalysen_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)

Aufgrund der weiterhin geringen Anzahl an SARS-CoV-2-Nachweisen, werden wie in den Vorwochen für die Berechnung der Variantenanteile die Daten jeweils für zwei fortlaufende Wochen (im Sinne eines gleitenden Berichtszeitraums) zusammengefasst.

Für den Zeitraum der 8. – 9. KW 2026 stehen aktuell 40 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 17.3.2026).

Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde im Berichtszeitraum mit einem weiterhin steigenden Anteil von 70 % (7. – 8. KW 2026: 61 %) wie bisher am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Der Anteil der rekombinanten Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) ist weiter gesunken und lag bei 13 % (7. – 8. KW 2026: bei 25 %). Im Vergleich zum Vorberichtszeitraum hat sich der Anteil der SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) kaum verändert und lag bei 10 % (7. – 8. KW 2026: 9 %).

WHO¹ ² und ECDC³ 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.

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 11. KW 2026 weiter zurück (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 11. KW 2026 auf einem niedrigen 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 11. KW 2026 einen weniger deutlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen, demzufolge die SARI-Inzidenz in der 11. KW weiterhin auf einem moderaten 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-10-2026.pdf>

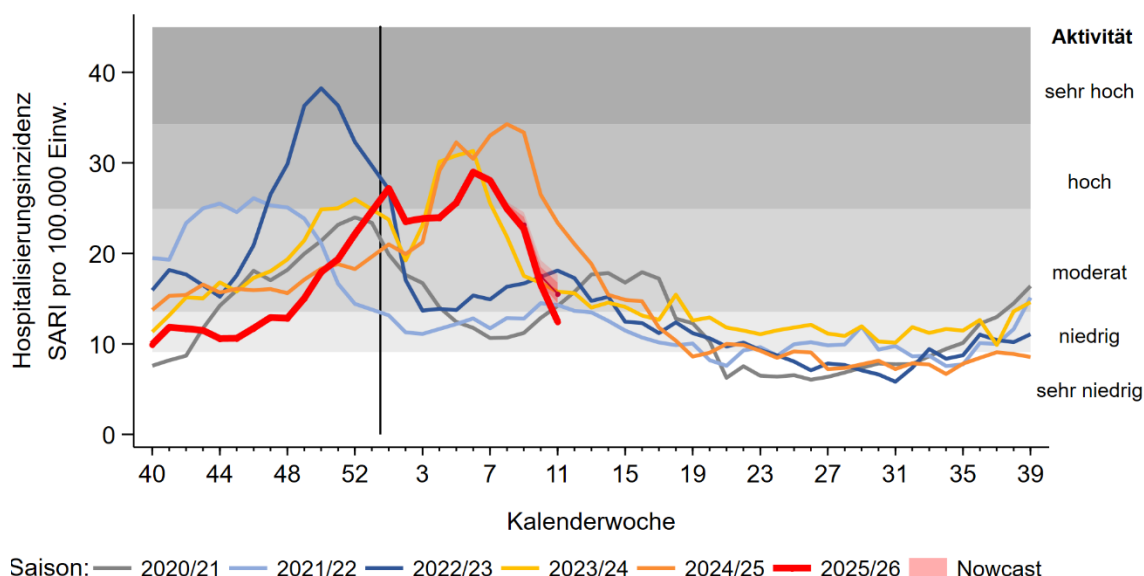


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 11. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

In der 11. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz bei den 5- bis 14-Jährigen sowie den 35- bis 59-Jährigen stabil, in allen anderen Altersgruppen kam es weiterhin zu einem z.T. deutlichen Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 8). Die SARI-Inzidenz lag in der 11. KW bei den Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) sowie bei den 60- bis 79-Jährigen auf einem moderaten Niveau, bei den übrigen Altersgruppen lag die SARI-Inzidenz auf einem niedrigen Niveau.

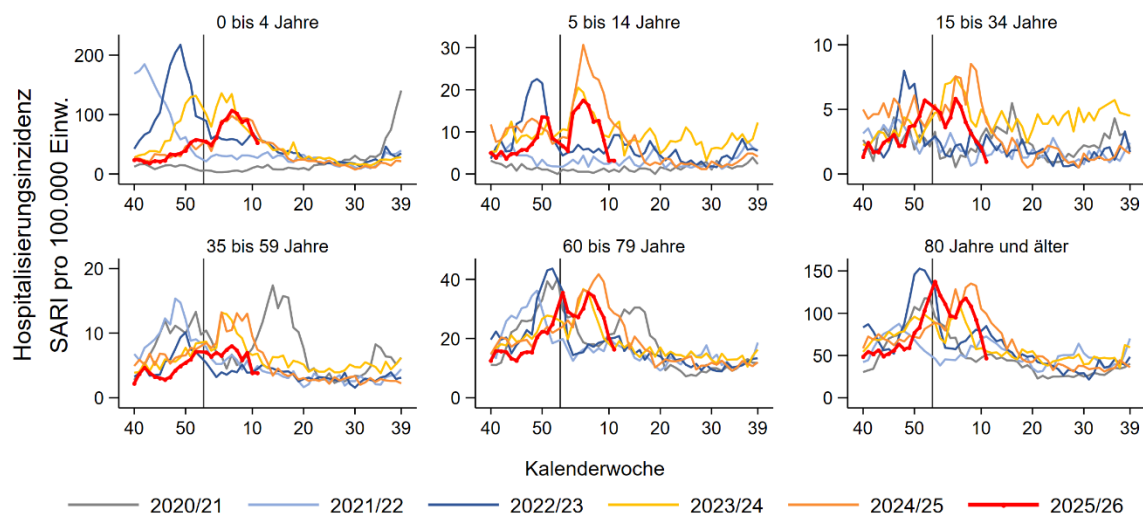


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 11. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen lag in der 11. KW 2026 bei 19 % unter den SARI-Fällen (Vorwoche: 21 %), womit sich der Anstieg der vergangenen Wochen in der 11. KW nicht weiter fortgesetzt hat (Abb. 9). Der Anteil an Influenza-Erkrankungen ging in der 11. KW weiter zurück und lag bei 7 % (Vorwoche: 14 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten blieb in der 11. KW weiter niedrig und lag unter 1 % (Vorwoche: 1 %).

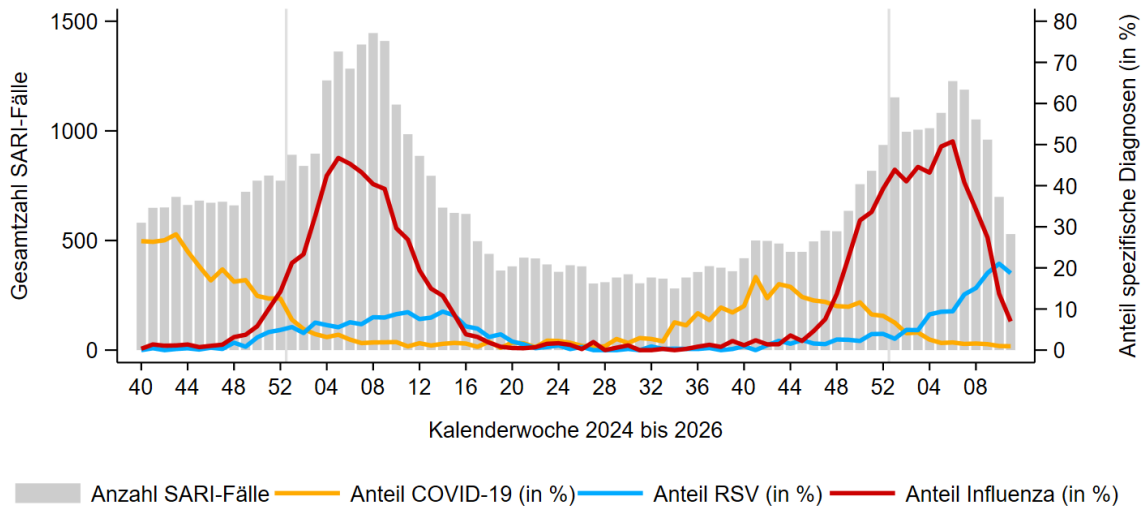


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 11. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinellkliniken.

RSV-Erkrankungen wurden in den letzten Wochen vorwiegend bei SARI-Fällen unter 5 Jahren diagnostiziert, weniger häufig bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 35 Jahren. In der 11. KW 2026 erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall im Alter von 0 bis 4 Jahren eine RSV-Diagnose (0 bis 1 Jahr: 47 %; 2 bis 4 Jahre: 59 %) (Abb. 10). Vereinzelte Influenza-Erkrankungen wurden in der 11. KW bei SARI-Patientinnen und -Patienten fast aller Altersgruppen diagnostiziert, mit Ausnahme der 15- bis 34-Jährigen. COVID-19-Diagnosen wurden in der 11. KW nur sehr vereinzelt bei SARI-Fällen im Alter von 2 bis 4 Jahren sowie ab 80 Jahren vergeben.

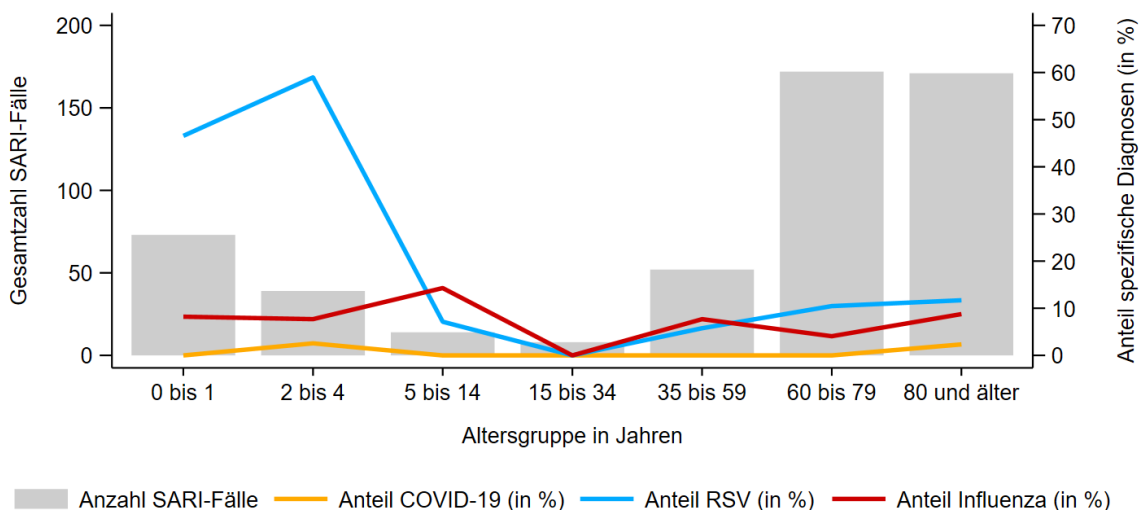


Abb. 10: Anzahl der in der 11. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinellkliniken.

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine RSV-Erkrankung wurde in der 11. KW 2026 bei 11 % und eine Influenza-Erkrankung bei 4 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Es wurden keine COVID-19-Diagnosen in der 11. KW 2026 bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

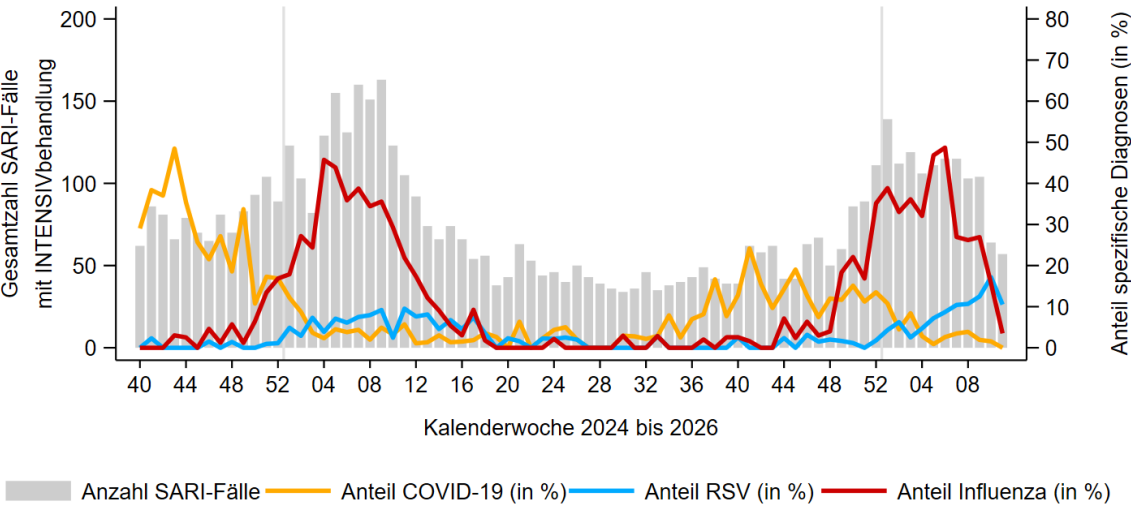


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 11. 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 11. KW 2026 aus sieben der zehn teilnehmenden Kliniken 48 Sentinelproben zugesandt. In 23 (48 %) der 48 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 11. KW 2026 wurden vorwiegend Respiratorische Synzytialviren (RSV; 17 %) und Rhinoviren (15 %) detektiert, zudem wurden Influenza A- und B-Viren und humane Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 10 %, Adenoviren (8 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV; 6 %) sowie Parainfluenzaviren (PIV) und Influenza C-Viren (je 2 %) nachgewiesen (Abb. 12). SARS-CoV-2 wurden in der 11. KW nicht identifiziert. Es gab fünf Doppel- und drei Dreifachinfektionen mit unterschiedlichen Erregerkombinationen.

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 11. KW 2026), Stand 17.3.2026.

	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	43	43	39	48	1.010
Probenanzahl mit Virusnachweis*	22	23	16	23	506
Positivenrate (PR)	51 %	53 %	41 %	48 %	50 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	8	2	2	2	125
A(H1N1)pdm09	3	5	0	3	55
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	0	0	0	61
RSV	5	6	8	8	68
hMPV	2	4	4	5	27
PIV (1 – 4)	0	1	0	1	41
Rhinoviren	3	6	2	7	124
hCoV	5	3	1	3	34
Adenoviren	0	0	0	4	22
Influenza C-Viren	0	0	0	1	12

* 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.
Adeno- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

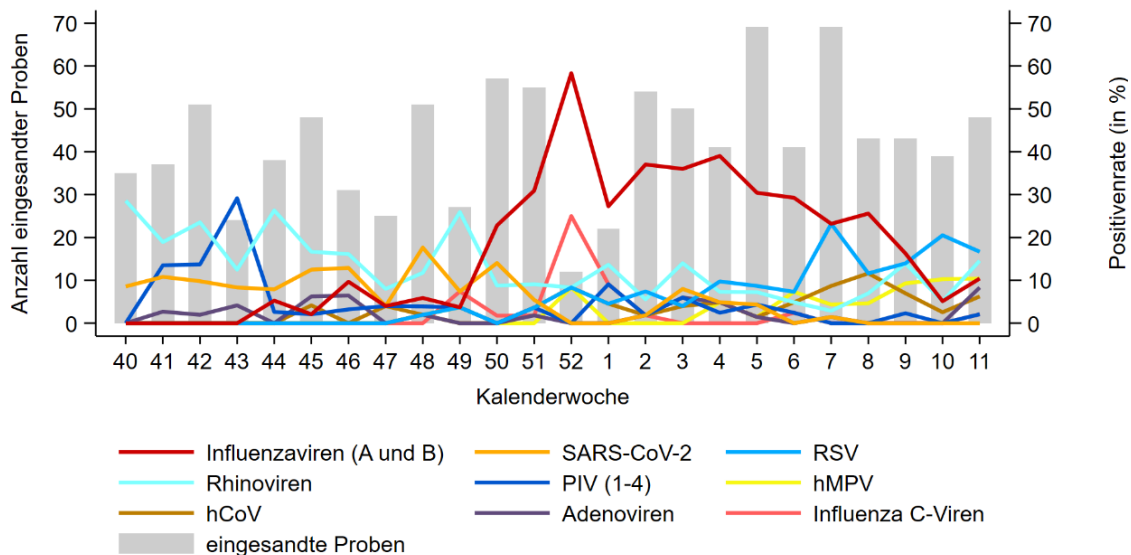


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 11. KW 2026.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (69 %) nachgewiesen, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (31 %). 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).

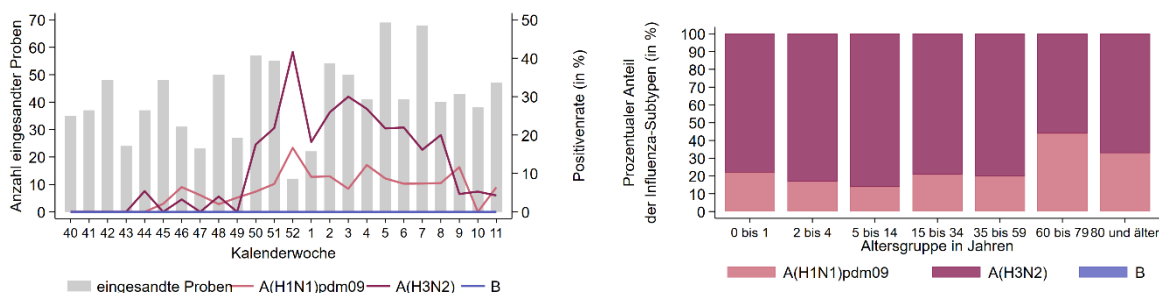


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinel eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 11. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise 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 11. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 8. KW bis zur 11. KW 2026 zirkulierte RSV vorwiegend bei den 0- bis 4-jährigen, wurde jedoch auch in den älteren Altersgruppen nachgewiesen. Rhinoviren wurden vor allem bei den 0- bis 14-jährigen nachgewiesen. Influenzaviren (A und B) wurden in allen Altersgruppen identifiziert, am häufigsten bei den 2- bis 34-jährigen sowie den ab 80-jährigen. HMPV wurde am häufigsten bei den 35- bis 59-jährigen detektiert (Abb. 14).

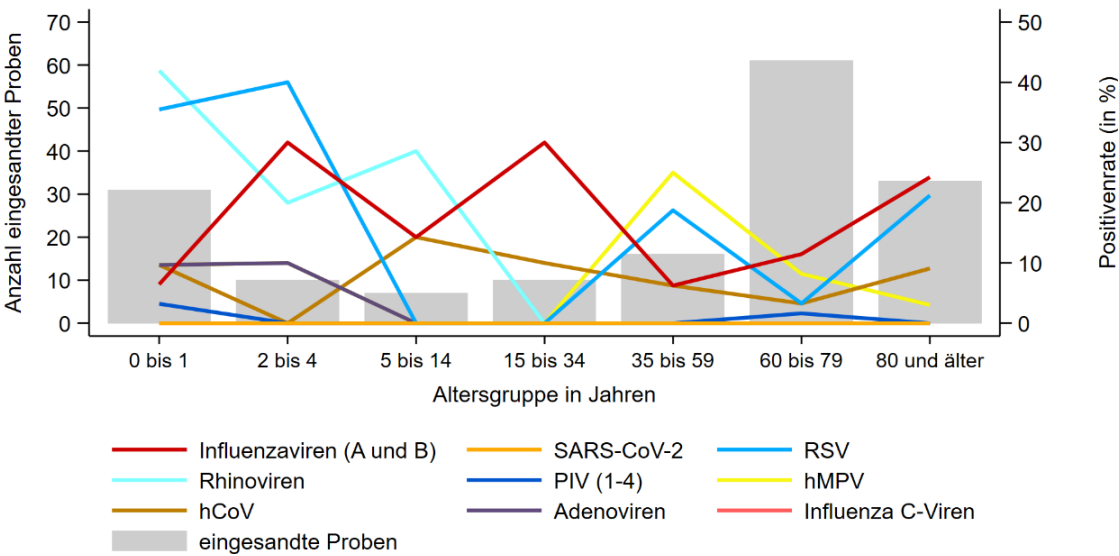


Abb. 14: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (8. KW bis 11. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 11. MW 2026 wurden bislang 2.276 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.265 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 11. MW im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Bei 569 (25 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 17.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 234.590 Fälle übermittelt. Davon entfallen 232.400 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 61.282 (26 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.732 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)

		6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	23.829	22.165	14.740	10.767	4.430	2.153	222.505
	A(H1N1)pdm09	141	112	110	80	34	19	1.365
	A(H3N2)	235	200	113	93	64	17	2.293
	nicht nach A / B differenziert	421	396	286	143	55	21	4.131
	B	130	149	127	99	79	55	2.106
Gesamt		24.756	23.022	15.376	11.182	4.662	2.265	232.400
Hospitalisierte Fälle		6.324	6.152	4.299	3.075	1.154	569	61.282

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

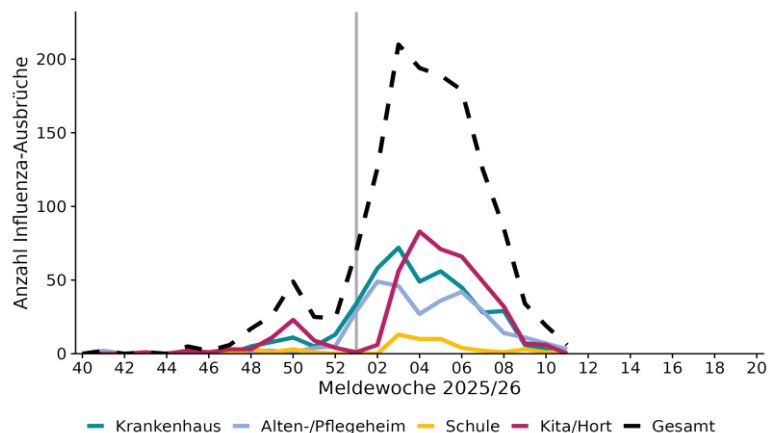
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.394 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen. In der 11. MW 2026 wurden bisher sechs Ausbrüche übermittelt (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	1.394
Krankenhaus	426
Alten-/Pflegeheim	310
Schule	54
Kita/Hort	434
sonstige Settings*	170
Anzahl Ausbruchsfälle	19.059
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 11. MW 2026 wurden bislang 444 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 442 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 145 (33 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 17.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 113.978 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 112.429 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 41.134 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.480 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)

	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	2.257	1.800	1.423	1.000	604	442	112.429
Hospitalisierte Fälle	942	751	576	425	248	145	41.134

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

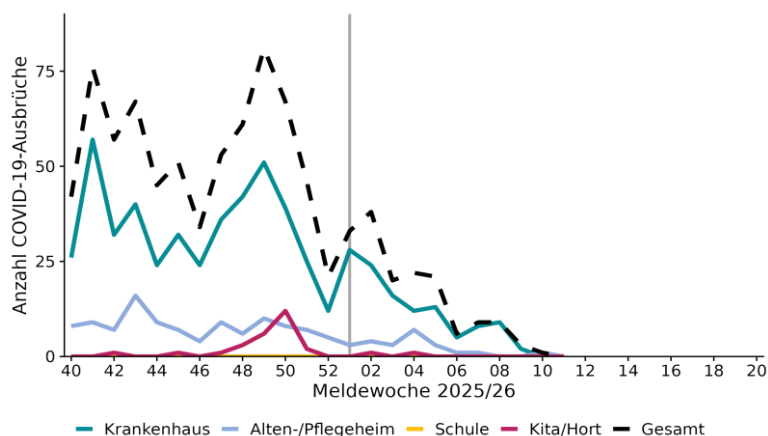
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 863 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 11. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	863
Krankenhaus	557
Alten-/Pflegeheim	128
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	150
Anzahl Ausbruchsfälle	8.427
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,8

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



RSV-Infektionen

Für die 11. MW 2026 wurden bislang insgesamt 4.752 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 4.654 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 913 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 11. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 17.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 49.440 Fälle übermittelt. Davon entfallen 48.135 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 12.840 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 179 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 94 % 60 Jahre oder älter.

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

	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	4.476	6.044	6.139	6.517	5.724	4.654	48.135
Hospitalisierte Fälle	1.198	1.584	1.677	1.617	1.331	913	12.840

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

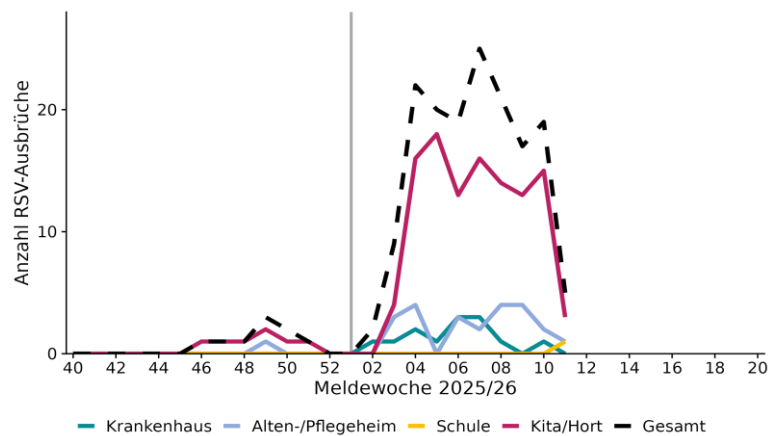
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 168 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 11. MW 2026 wurden bisher fünf Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

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

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	168
Krankenhaus	13
Alten-/Pflegeheim	24
Schule	1
Kita/Hort	119
sonstige Settings*	11
Anzahl Ausbruchsfälle	1.696
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,1

*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 11. KW wurden Daten aus 60 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser war seit der 4. KW niedrig (Abb. 15).

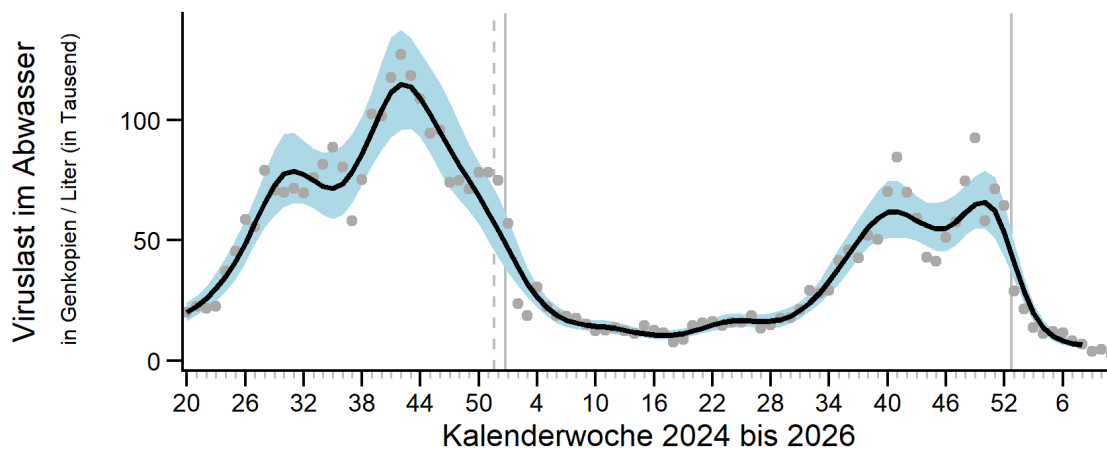


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.3.2026, 11. 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 11. KW 2026 wurden Daten aus 59 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).

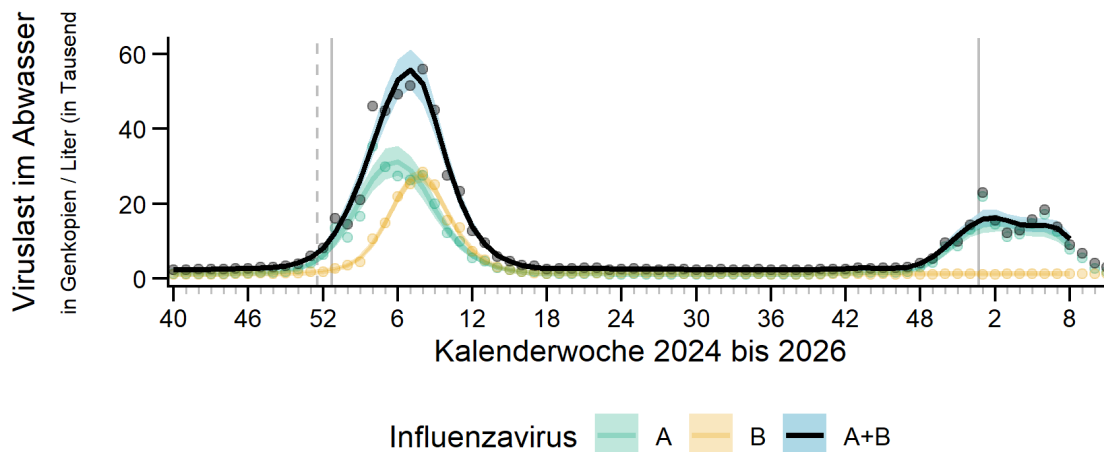


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.3.2026, 11. 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 einhergeht, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

RSV

Für die 11. KW 2026 wurden Daten aus 33 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser (A und B gesamt) sind seit der 10. KW 2026 wieder gestiegen (Abb. 17).

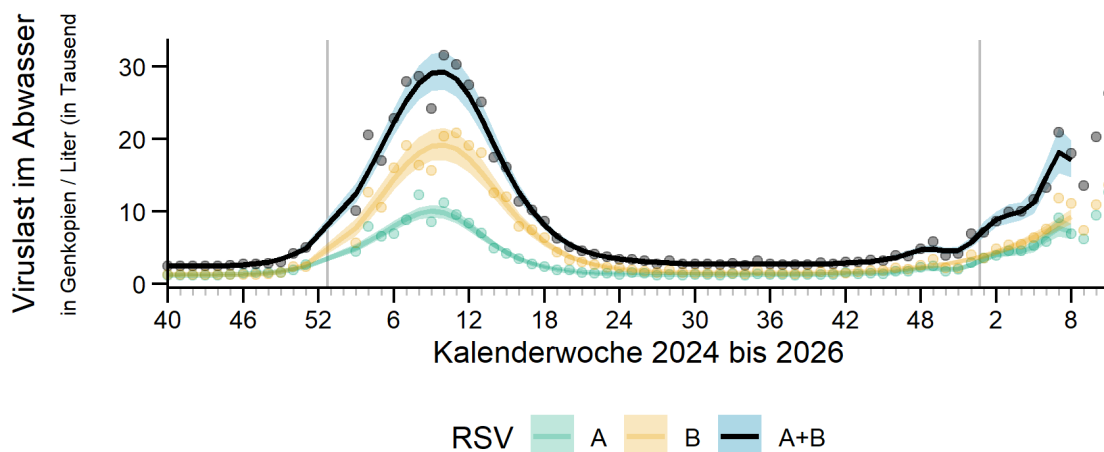


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.3.2026, 11. 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 11/2026 | DOI: 10.25646/14012