



# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
14. Kalenderwoche (30.3. bis 5.4.2026)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Wie in den Vorjahren ging die ARE-Aktivität mit den Osterferien zurück, jedoch muss mit verstärkten Schwankungen der Werte sowie mit Nachmeldungen gerechnet werden. Das ARE-Geschehen wird zunehmend durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt, es zirkulieren jedoch auch weiterhin RSV und Influenzaviren. 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 14. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche wieder gesunken und lag auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 14. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befand sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 14. KW 2026 in insgesamt 12 der 24 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (17 %) und humane saisonale Coronaviren (hCoV; 13 %), gefolgt von humanen Metapneumoviren (hMPV) und Parainfluenzaviren (PIV) mit jeweils 8 %. Darüber hinaus wurden Influenza A- und B-Viren, Influenza C-Viren sowie Respiratorische Synzytialviren (RSV) mit jeweils 4 % nachgewiesen. SARS-CoV2 wurden nicht nachgewiesen.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 14. KW 2026 zurück und lag auf einem niedrigen Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zu 14 % RSV- und 3 % Influenza- Diagnosen. COVID-19-Diagnosen wurden nicht vergeben.

Die Zahlen der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-, COVID-19- und RSV-Fälle sind in der 14. Meldewoche (MW) weiter gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde zusammengefasst für die 11. und 12. KW 2026 mit einem Anteil von 64 % und die Linie XFG mit einem Anteil von 24 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die Berichterstattung zur virologischen SARI-Sentinel-Surveillance und zur Abwassersurveillance erfolgt wieder in der 15. KW 2026.

Aufgrund der Osterfeiertage können sich die syndromischen und virologischen Daten durch Nachmeldungen noch stärker verändern.

## 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](http://www.rki.de/are-faq-schutz)
- Informationen zu COVID-19, Influenza, RSV und akuten Atemwegserkrankungen allgemein finden sich unter: <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](https://robert-koch-institut.github.io/Bericht_zur_Uebersterblichkeit_in_Deutschland).

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

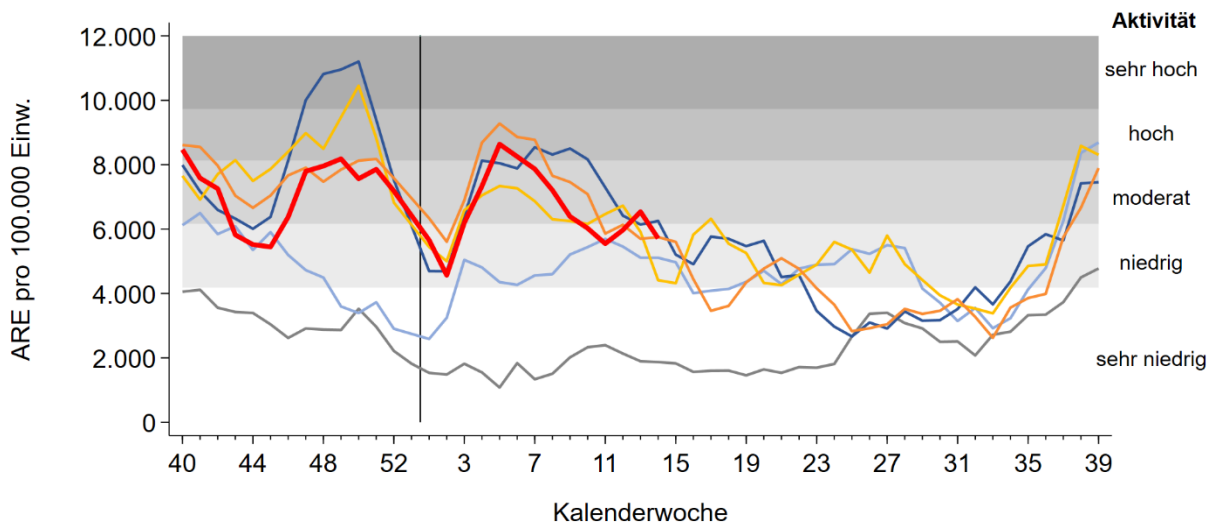
- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>.
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

## Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

### Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist nach einem kurzfristigen Anstieg in der 14. KW wieder gesunken. Mit rund 5.700 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.500; Abb. 1) lag die ARE-Inzidenz in der 14. KW auf einem niedrigen Niveau und in einem für diese Zeit üblichen Wertebereich. Die Werte sind bei den Kindern deutlich gesunken und bei den Erwachsenen stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,8 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 14. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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



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

**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 14. 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

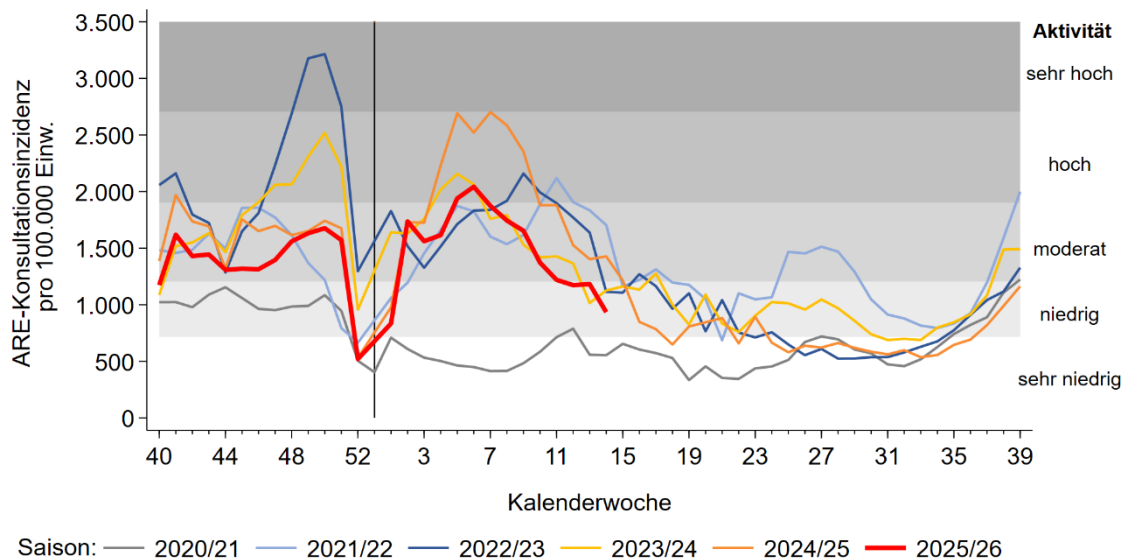
Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 14. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag mit rund 900 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.200) auf einem niedrigen Niveau (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz blieb deutlich unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit. Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 790.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 14. KW 2026.

#### 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.

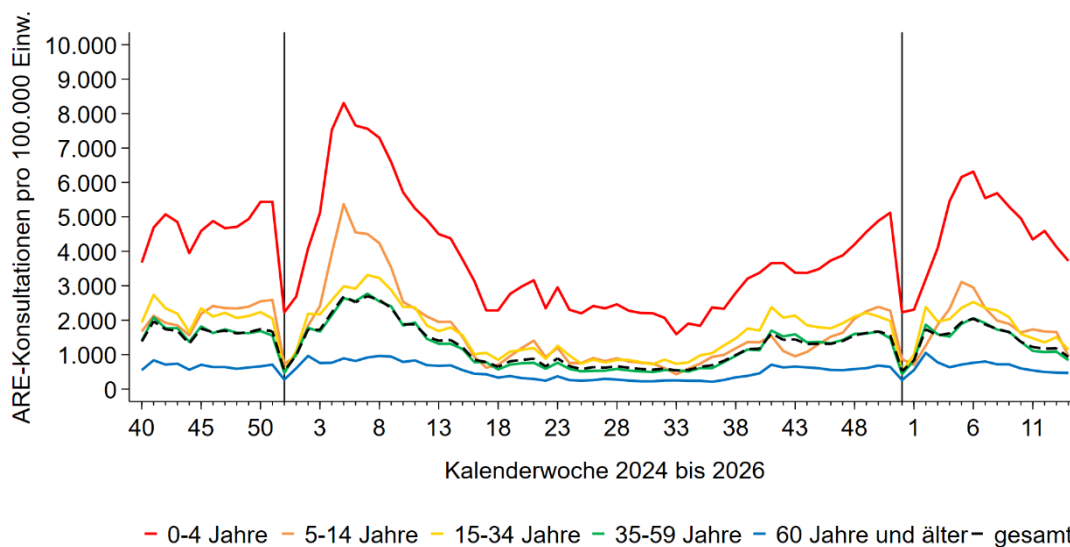
Sie sind noch keine Sentinelpraxis und möchten mehr darüber erfahren? Wir suchen ständig neue engagierte Haus- und Kinderarztpraxen, die am ARE-Praxis-Sentinel teilnehmen wollen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich auf unserer Homepage informieren unter:

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



**Abb. 2:** Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 14. 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 14. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen stabil geblieben, in den anderen Altersgruppen sind die Werte zum Teil deutlich gesunken (Abb. 3). Aufgrund der Osterferien können sich die Werte durch ein geändertes Konsultationsverhalten sowie durch geänderte Praxisöffnungszeiten und nachträgliche Meldungen stärker verändern.



**Abb. 3:** Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 14. 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 Inflenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Inflenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 14. KW 2026 insgesamt 24 Sentinelproben von zwölf Arztpraxen aus sieben der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 12 (50 %) der 24 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR) 17 %) und humane saisonalen Coronaviren (hCoV; 13 %), gefolgt von humanen Metapneumoviren (hMPV) und Parainflenzaviren (PIV) mit jeweils 8 %. Darüber hinaus wurden Influenza A- und B-Viren, Influenza C-Viren sowie Respiratorische Synzytialviren (RSV) mit jeweils 4 % nachgewiesen. SARS-CoV-2 und Adenoviren wurden nicht nachgewiesen.

Es gab zwei Doppelinfektionen mit Beteiligung von Rhinoviren und PIV bzw. RSV und hCoV.

Die Grippewelle in Deutschland ist nach Definition des RKI mit der 10. KW 2026 beendet. Sie hielt 15 Wochen an (48. KW 2025 bis 10. KW 2026).

In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher mit 71 % überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren identifiziert, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (28 %). Seit der 47. KW wurden mehr A(H3N2)-Viren als A(H1N1)pdm09-Viren detektiert, wobei von der 10. bis 12. KW 2026 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 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).

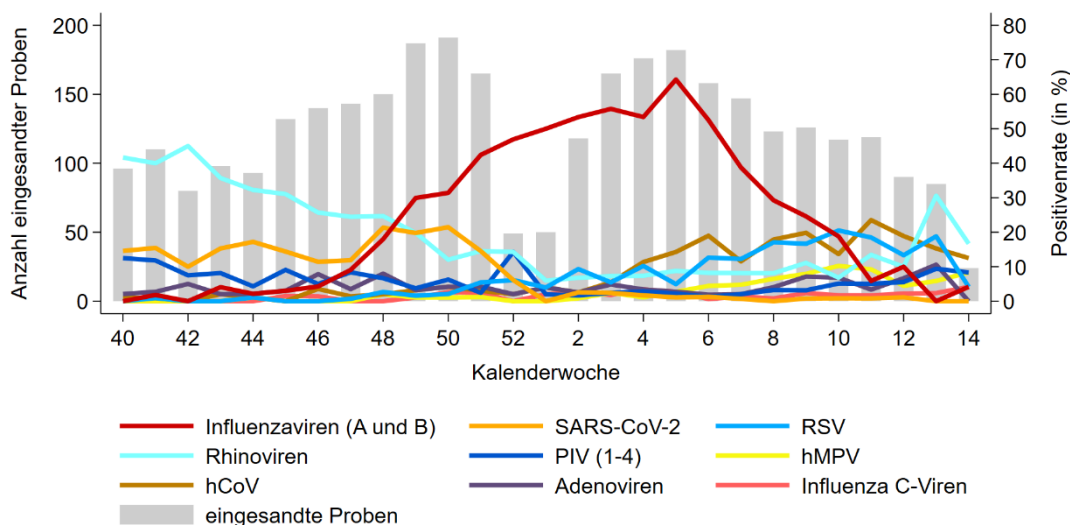
Die RSV-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gesunken und lag in der 14. KW bei 4 % (Vorwoche: 19 %). In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen wurden in der 14. KW keine RSV nachgewiesen. Die RSV-Welle begann gemäß RKI-Definition in der 2. KW 2026.

Aufgrund der geringen Anzahl eingesandter Proben ist die Aussagekraft der Ergebnisse für die 14. KW eingeschränkt.

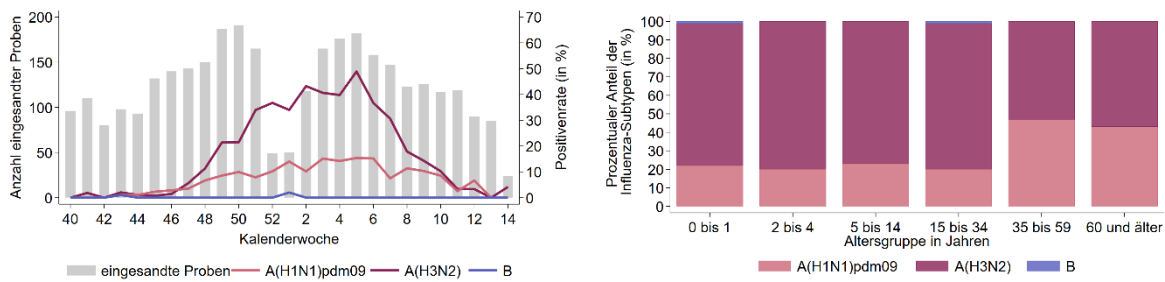
**Tab. 1:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 14. KW 2026), Stand 7.4.2026.

	11. KW	12. KW	13. KW	14. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	119	90	85	24	3.314
Probenanzahl mit Virusnachweis*	81	56	61	12	2.355
Positivenrate (PR)	68 %	62 %	72 %	50 %	71 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	6
A(H3N2)	4	3	0	1	645
A(H1N1)pdm09	3	6	0	0	255
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	1	1	0	0	278
RSV	22	12	16	1	230
hMPV	11	4	5	2	88
PIV (1 – 4)	6	5	8	2	170
Rhinoviren	16	9	26	4	589
hCoV	28	17	13	3	266
Adenoviren	4	6	9	0	138
Influenza C-Viren	2	2	2	1	49

\* 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 Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 14. KW 2026.



**Abb. 5:** Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivrate; 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 14. 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 14. KW 2026 detektiert wurden.

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 ( $n = 566$ ), des SARI-Krankenhaus-Sentinels ( $n = 78$ ) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ( $n = 22$ ) wurden 666 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 482 zum Subtyp A(H3N2), 183 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 458 Viren Subklade K, drei Viren Subklade J.2, vier Viren Subklade J.2.2, vier Viren Subklade J.2.3 sowie 13 Viren Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 183 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 320 Influenza A(H3N2)- und 202 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: 166 A(H3N2), 120 A(H1N1)pdm09 sowie zwei Viren der B/Victoria-Linie. Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den 414 mit Next Generation Sequencing untersuchten Influenzaviren nicht detektiert. Gegen Wirkstoffe aus der Gruppe der Adamantane (Amantadin, Rimantadin) zeigen alle der 497 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](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](http://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 11. – 12. KW 2026 stehen aktuell 25 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 7.4.2026).

Der Anteil der rekombinanten Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) blieb im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum relativ stabil und lag bei 64 % (10. – 11. KW 2026: 65 %). Somit wurde

NB.1.8.1 weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Auch die rekombinante Linie XFG sowie die Linie BA.3.2 wurden mit ähnlichen Anteilen wie im Vorberichtszeitraum nachgewiesen. So lag der Anteil der Linie XFG (einschließlich ihrer Sublinien) bei 24 % (10. – 11. KW 2026: 26 %), der Anteil von BA.3.2 (einschließlich Sublinien) bei 8 % (10. – 11. KW 2026: 10 %).

WHO<sup>1,2</sup> und ECDC<sup>3</sup> 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.

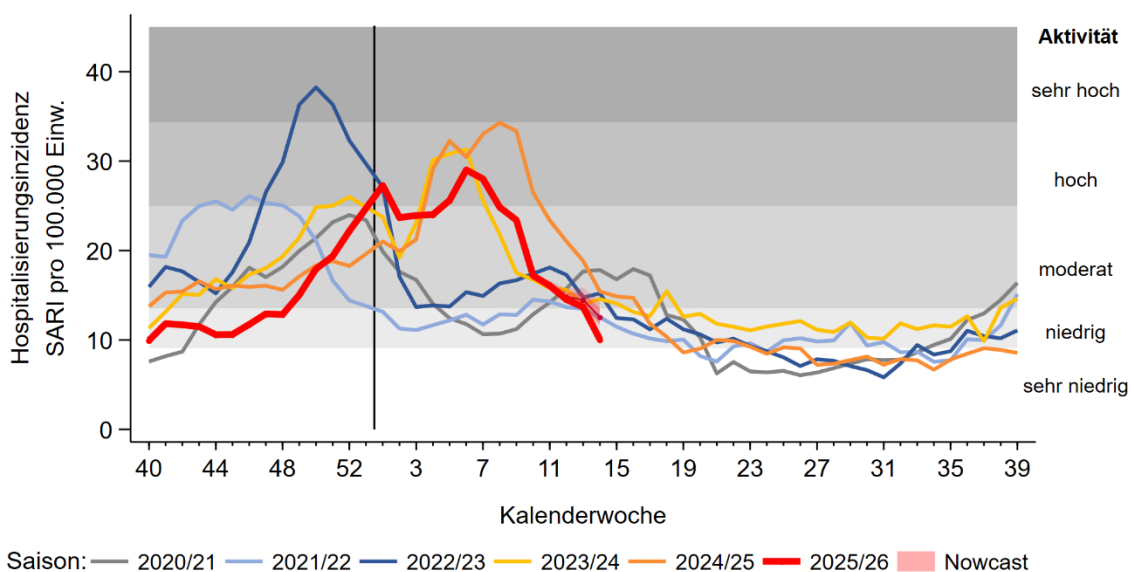
Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind im Dashboard abrufbar unter:

[https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS\\_Dashboard/DashboardVOV](https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOV).

### 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 14. KW 2026 weiter zurück (Abb. 6). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 14. KW 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 14. KW 2026 einen weniger deutlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen, wobei das Niveau weiterhin niedrig blieb (Abb. 6, rot hinterlegter Bereich).



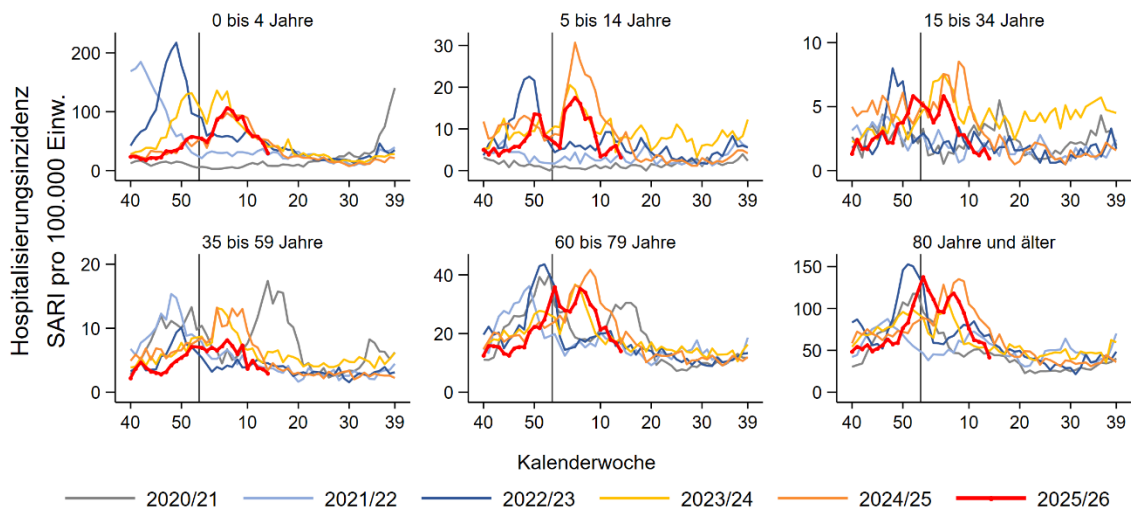
**Abb. 6:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 14. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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 14. KW 2026 kam es in allen Altersgruppen zu einem starken Rückgang. In der 14. KW 2026 lag die SARI-Inzidenz bei den 15- bis 34-Jährigen auf einem sehr niedrigen Niveau, in den übrigen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau.

<sup>1</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-xfg>

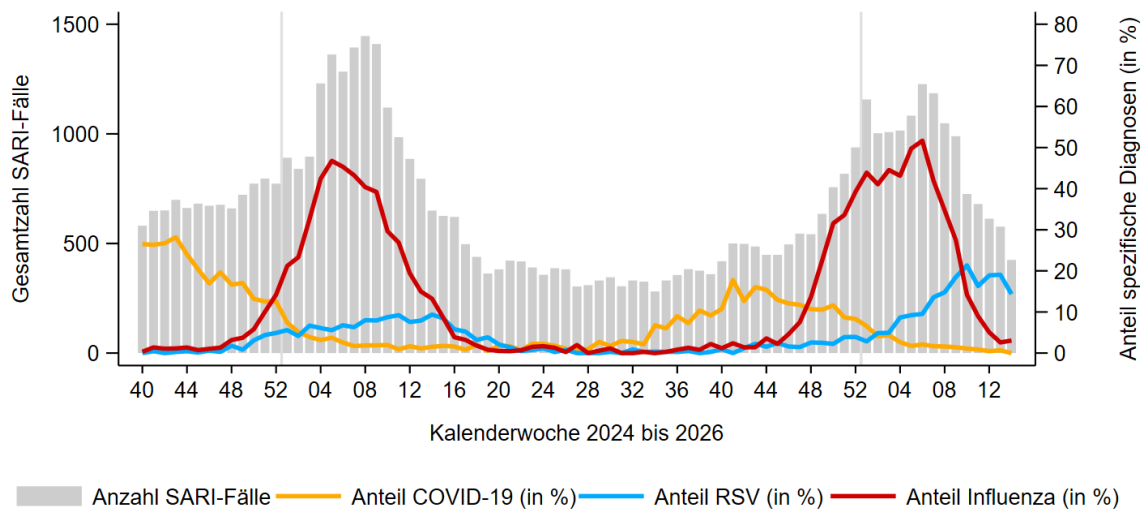
<sup>2</sup> [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025\\_ba.3.2\\_ire.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025_ba.3.2_ire.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2026-WCP-oo16%20Final.pdf>



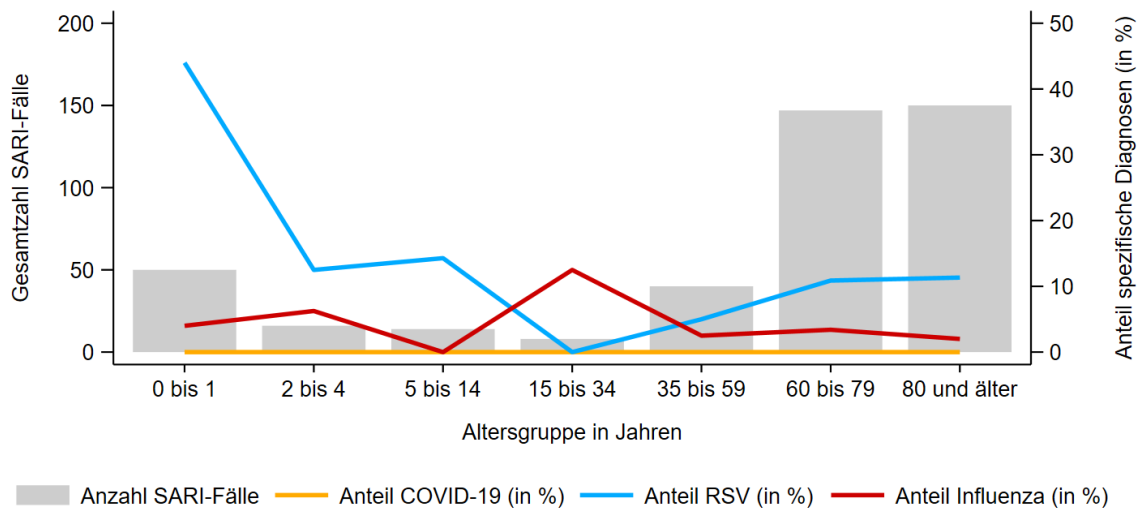
**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 14. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten lag in der 14. KW 2026 bei 14 % (Vorwoche: 19 %; Abb. 8). Der Anteil an Influenza-Erkrankungen unter den SARI-Fällen ging seit der 7. KW kontinuierlich zurück, in der 14. KW lag er bei 3 % (Vorwoche: 3 %). Bei SARI-Patientinnen und -Patienten wurden keine COVID-19-Diagnosen vergeben.



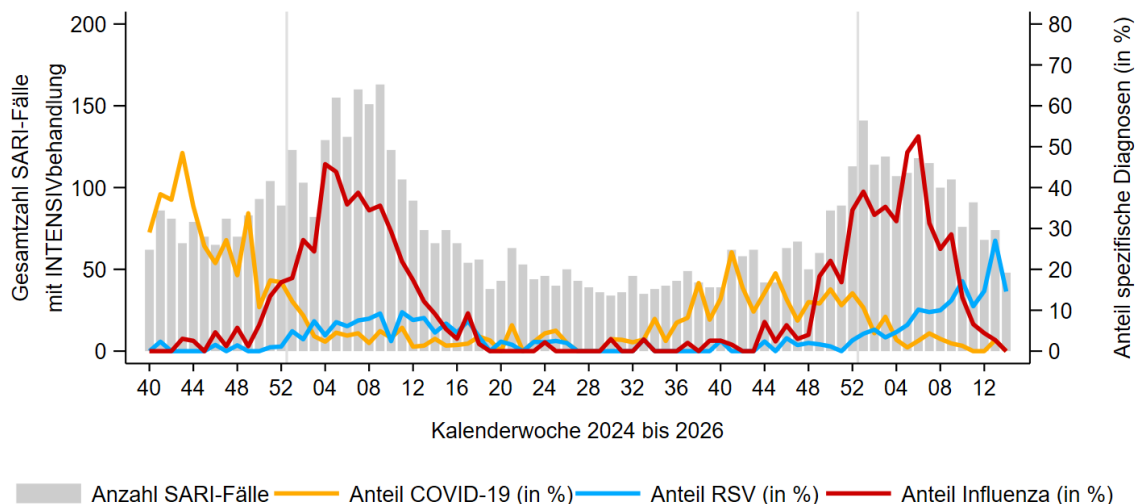
**Abb. 8:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 14. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

RSV-Erkrankungen wurden vorwiegend bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) mit einem Anteil von 44% (Vorwoche 55 %) diagnostiziert. Darüber hinaus wurden auch in anderen Altersgruppen RSV-Diagnosen vergeben. Vereinzelt Influenza-Erkrankungen wurden in der 14. KW bei SARI-Patientinnen und -Patienten unterschiedlicher Altersgruppen diagnostiziert. Bei SARI-Patientinnen und -Patienten wurden keine COVID-19-Diagnosen vergeben.



**Abb. 9:** Anzahl der in der 14. 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. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine RSV-Erkrankung wurde in der 14. KW 2026 bei 15 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Es wurden keine Influenza- und COVID-19-Diagnosen in der 14. KW bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.



**Abb. 10:** 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 14. 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.

Aufgrund der Osterfeiertage liegen für die 14. KW 2026 nur wenige Proben vor. Die Berichterstattung zur virologischen SARI-Sentinel-Surveillance erfolgt wieder in der 15. KW 2026.

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 14. MW 2026 wurden bislang 554 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 543 Fälle auf laboridiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 14. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Bei 156 (29 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 7.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 240.697 Fälle übermittelt. Davon entfallen 238.443 auf laboridiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 63.966 (27 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.055 Todesfälle mit laboridiagnostisch 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 laboridiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	11.694	5.390	2.676	1.370	838	471	227.734
A(H1N1)pdm09	85	37	25	15	17	4	1.417
A(H3N2)	96	68	22	12	7	2	2.328
nicht nach A / B differenziert	188	100	57	363	16	14	4.656
B	109	96	67	43	66	52	2.308
<b>Gesamt</b>	<b>12.172</b>	<b>5.691</b>	<b>2.847</b>	<b>1.803</b>	<b>944</b>	<b>543</b>	<b>238.443</b>
Hospitalisierte Fälle	3.547	1.617	914	564	258	156	63.966

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

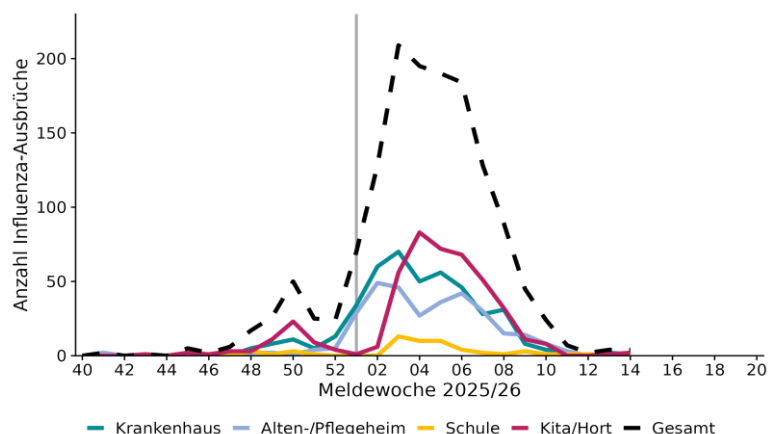
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.437 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen. In der 14. MW 2026 wurden bisher vier Ausbrüche übermittelt (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	1.437
Krankenhaus	437
Alten-/Pflegeheim	316
Schule	56
Kita/Hort	448
sonstige Settings*	180
Anzahl Ausbruchsfälle	19.545
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,6

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



### COVID-19

Für die 14. MW 2026 wurden bislang 210 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 209 Fälle auf laboridiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind in der 14. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 80 (38 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 7.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 115.444 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 113.872 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 41.891 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.542 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)

	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	1.101	742	562	537	310	209	113.872
Hospitalisierte Fälle	492	349	243	213	133	80	41.891

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

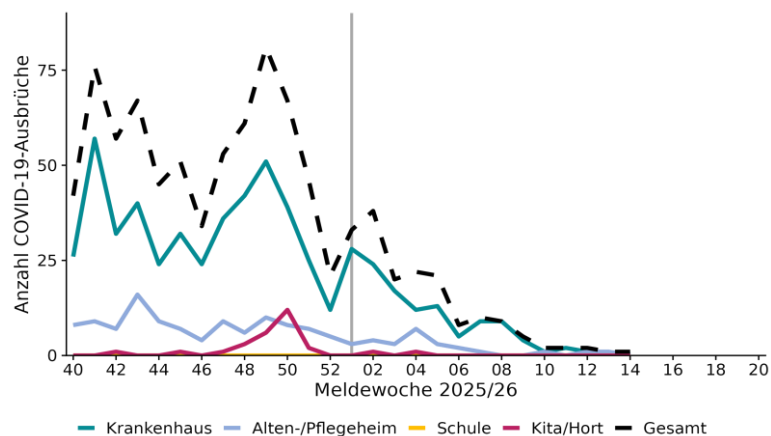
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 875 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 14. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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

### COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	875
Krankenhaus	566
Alten-/Pflegeheim	131
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	150
Anzahl Ausbruchs-fälle	8.555
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 14. MW 2026 wurden bislang insgesamt 2.098 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.047 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 530 (26 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 14. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 7.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 61.900 Fälle übermittelt. Davon entfallen 60.164 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 16.933 (28 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 268 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)

	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	6.837	6.363	5.321	4.768	3.562	2.047	60.164
Hospitalisierte Fälle	1.850	1.694	1.398	1.338	970	530	16.933

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

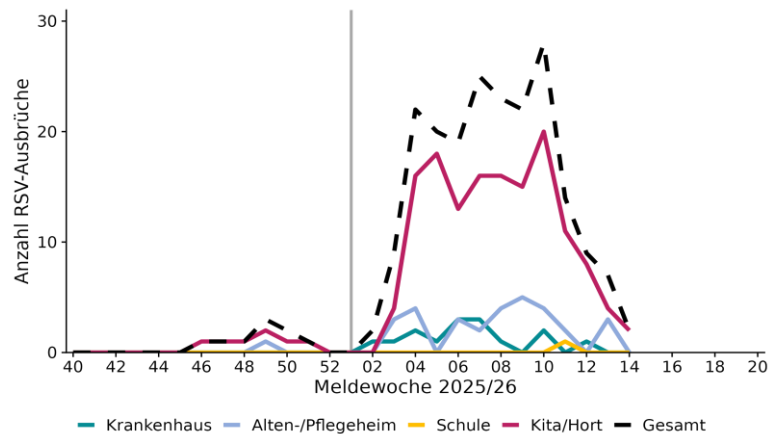
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 211 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 14. MW 2026 wurden bisher zwei Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

**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	211
Krankenhaus	15
Alten-/Pflegeheim	31
Schule	1
Kita/Hort	150
sonstige Settings*	14
Anzahl Ausbruchsfälle	2.147
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,2

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



## Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

Aufgrund der Osterfeiertage liegen für die 14. KW 2026 keine Daten aus der Abwassersurveillance vor. Der nächste Beitrag erscheint wieder mit dem ARE-Wochenbericht der 15. KW 2026.

## 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. 6 und 7 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](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>.

Aktuelle Informationen zur Häufigkeit und zur Beurteilung der Gesamtsituation akuter Atemwegserkrankungen für die allgemeine Öffentlichkeit werden im Infektionsradar bereitgestellt: <https://infektionsradar.rki.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](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](mailto: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](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 14/2026 | DOI: 10.25646/14097