



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
15. Kalenderwoche (6.4. bis 12.4.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ging wie in den Vorjahren mit den Osterferien zurück, jedoch muss mit verstärkten Schwankungen der Werte gerechnet werden.

Das ARE-Geschehen wird zunehmend durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt, es zirkuliert jedoch auch weiterhin RSV. Die Zahl der Arztbesuche sowie die Zahl der Hospitalisierungen aufgrund akuter Atemwegserkrankungen blieben weiterhin unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 15. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 15. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und befand sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 15. KW 2026 in insgesamt 19 der 29 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (21 %), Adenoviren (17 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV; 14 %) und humane Metapneumoviren (hMPV; 14 %). Influenza A- und B-Viren sowie SARS-CoV2 wurden in der 15. KW nicht nachgewiesen.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 15. KW 2026 zurück und lag auf einem niedrigen Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zu 13 % RSV-, 2 % Influenza- und 1% COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 15. KW 2026 in vier der zehn eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter je eine Probe mit Influenza A-Viren, PIV, Rhinoviren und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV).

Die Zahlen der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-, COVID-19- und RSV-Fälle sind in der 15. Meldewoche (MW) weiter gesunken.

Zusammengefasst für die 12. und 13. KW 2026 wurde unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien hauptsächlich die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 nachgewiesen. Zudem wurde die rekombinante Linie XFG sowie die Linie BA.3.2 nachgewiesen.

Die RSV-Last im Abwasser ist weiterhin erhöht, zeigte aber in den letzten Wochen einen leicht sinkenden Trend. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser sind für Influenza A und B niedrig, auch die SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig.

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
- 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.

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 den letzten zwei Wochen wieder gesunken. Mit rund 4.600 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.300; Abb. 1) lag die ARE-Inzidenz in der 15. KW auf einem niedrigen Niveau und in einem für diese Zeit üblichen Wertebereich. Die Werte sind sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,8 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 15. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

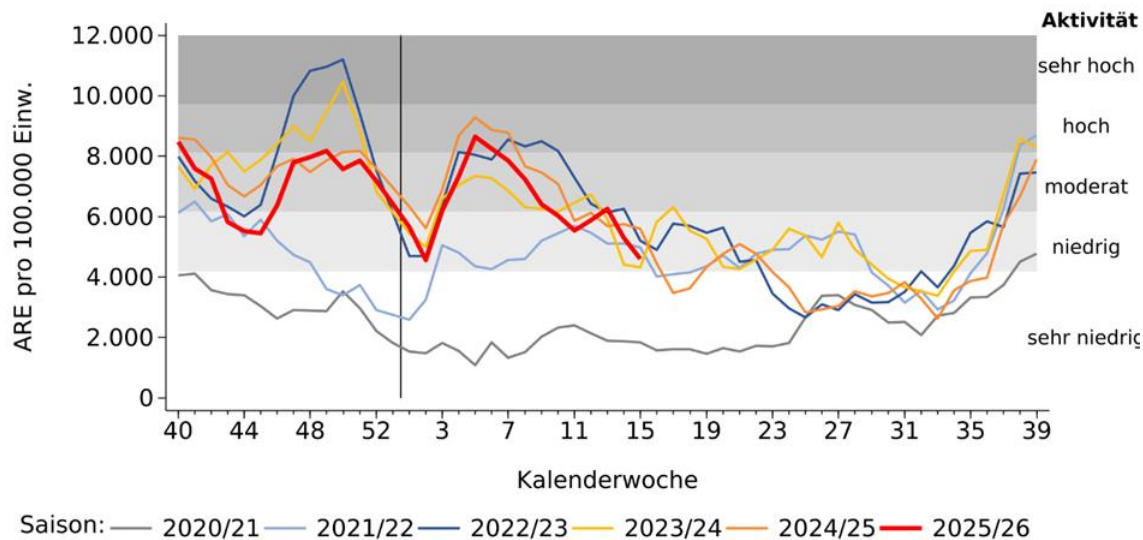


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 15. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.200 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 seit dem Höhepunkt in der 6. KW 2026 kontinuierlich gesunken. In der 15. KW 2026 sind die Werte im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lagen mit rund 900 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 900) weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz blieb weiterhin unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit. Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 760.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 15. KW 2026.

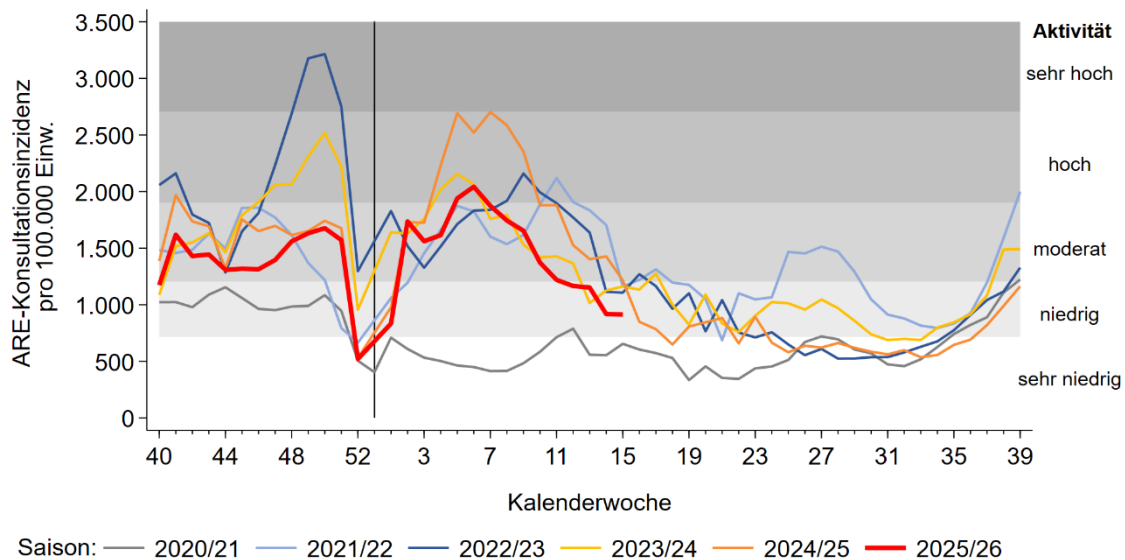


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 15. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 allen Altersgruppen seit mehreren Wochen rückläufig. In der 15. KW 2026 sind bei den Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre) die Werte im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken, in den meisten anderen Altersgruppen sind sie stabil geblieben (Abb. 3). Aufgrund der Osterferien können sich die Werte z.B. durch ein geändertes Konsultationsverhalten oder geänderte Praxisöffnungszeiten stärker verändern.

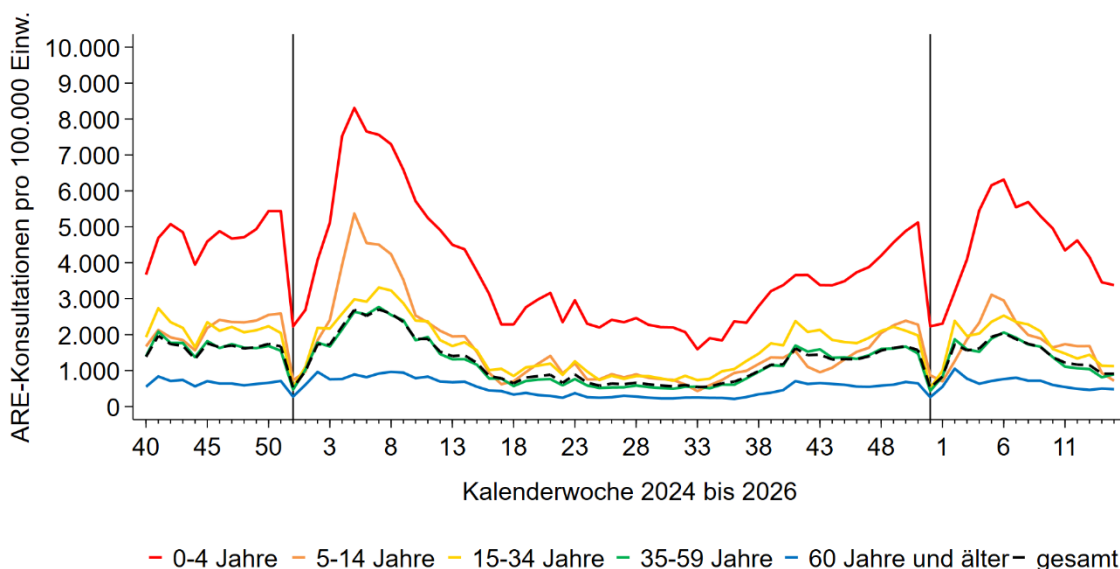


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 15. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 15. KW 2026 insgesamt 29 Sentinelproben von 13 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 19 (66 %) der 29 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR) 21 %), Adenoviren (17 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV; 14 %) und humane Metapneumoviren (hMPV; 14 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 10 %). Influenza A- und B-Viren, SARS-CoV-2, humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Influenza C-Viren wurden in der 15. KW nicht nachgewiesen. Es gab drei Doppelinfektionen, alle mit Beteiligung von Rhinoviren.

Die Grippewelle in Deutschland endete nach Definition des RKI mit der 10. KW 2026, sie hielt 15 Wochen an (48. KW 2025 bis 10. KW 2026).

Die RSV-Positivenrate lag in der 15. KW bei 14 % (Vorwoche: 8 %). Aufgrund der geringen Probenzahl ist die Aussagekraft zur Trendentwicklung bei RSV aktuell eingeschränkt. In der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 15. KW bei 36 % (95 %-Konfidenzintervall [11; 69]; Vorwoche 10 %) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. In den letzten Wochen schwankte die RSV-Positivenrate in dieser Altersgruppe besonders stark. 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 15. KW eingeschränkt.

Wir bitten alle Sentinelpraxen, die sich in der Saison 2025/26 an der virologischen Surveillance des ARE-Praxis-Sentinelns beteiligen, die Beprobungsaktivität beizubehalten bzw. zu erhöhen und in den kommenden Wochen weiterhin Proben von Patientinnen und Patienten mit akuten Atemwegsinfektionen einzusenden. Nur bei ausreichender Probenzahl können robuste Aussagen zur vorherrschenden Zirkulation von Atemwegsviren getroffen werden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

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 15. KW 2026), Stand 14.4.2026.

	12. KW	13. KW	14. KW	15. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	90	86	38	29	3.358
Probenanzahl mit Virusnachweis*	56	61	21	19	2.383
Positivenrate (PR)	62 %	71 %	55 %	66 %	71 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	6
A(H3N2)	3	0	2	0	646
A(H1N1)pdm09	6	0	1	0	256
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	1	0	0	0	278
RSV	12	16	3	4	236
hMPV	4	5	5	4	95
PIV (1 – 4)	5	8	3	3	174
Rhinoviren	9	26	5	6	596
hCoV	17	13	5	0	268
Adenoviren	6	9	0	5	143
Influenza C-Viren	2	2	1	0	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.

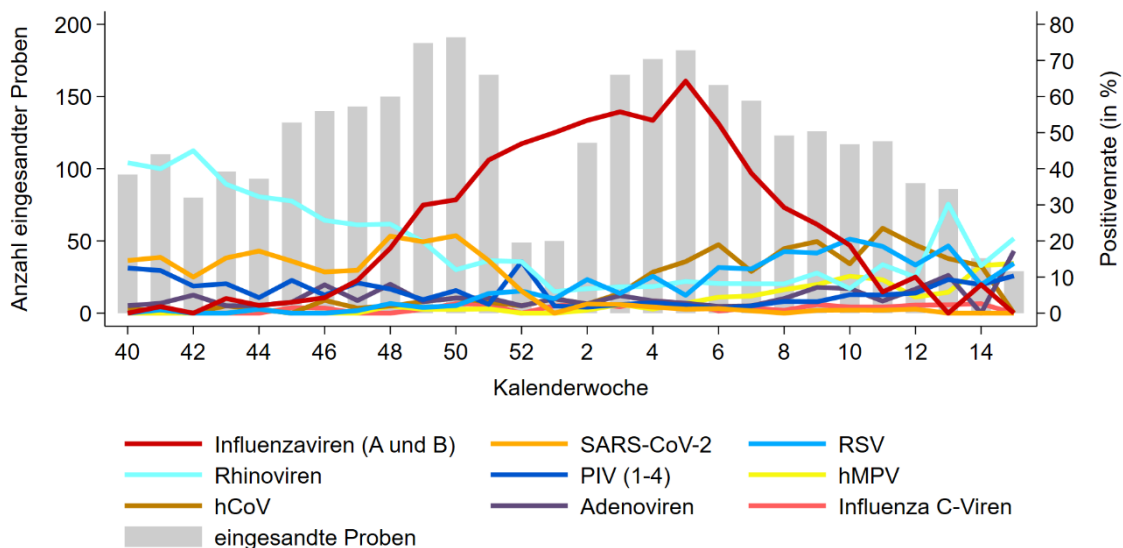


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 15. KW 2026.

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 = 657), des SARI-Krankenhaus-Sentinels (n = 92) sowie aus Proben von anderen Einsendungen (n = 23) wurden 772 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 553 zum Subtyp A(H₃N₂), 218 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 529 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: 218 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 log₂-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.

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 12. – 13. KW 2026 stehen auf Grund der Osterfeiertage aktuell nur zehn SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 14.4.2026).

Der Anteil der rekombinanten Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Darüber hinaus wurden die rekombinante Linie XFG sowie die Linie BA.3.2 nachgewiesen.

WHO^{1,2} 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.

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/2026-WCP-0016%20Final.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 15. KW 2026 weiter zurück (Abb. 5). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 15. 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](#). Während die vorläufigen Daten für die 15. KW 2026 einen leichten Rückgang der SARI-Fallzahlen zeigen, weist das Nowcasting-Modell auf eine stabile Entwicklung auf weiterhin niedrigem Niveau hin (Abb. 5, rot hinterlegter Bereich).

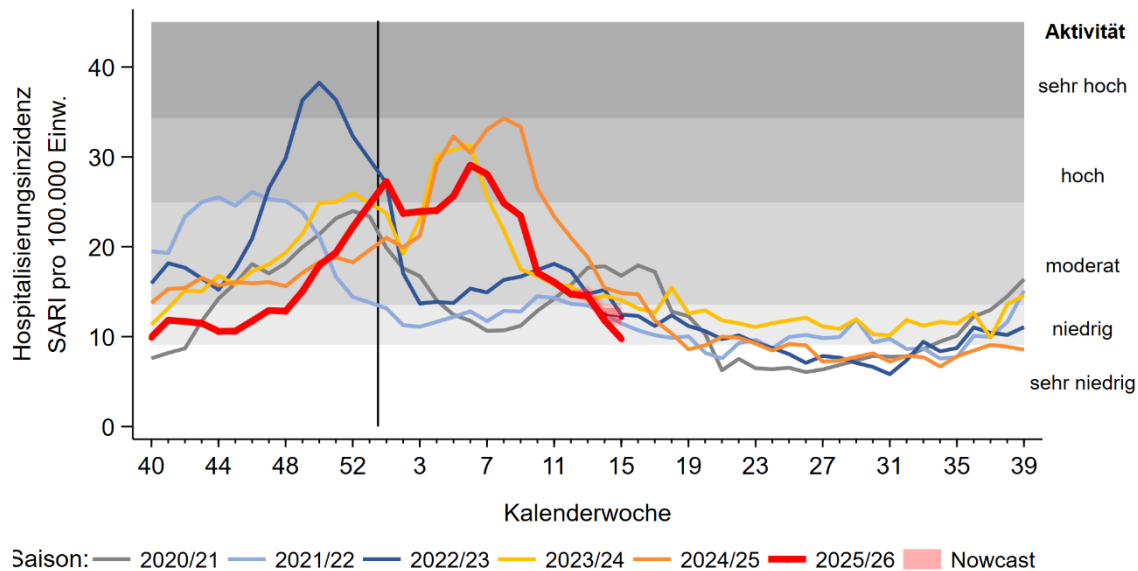


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 15. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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 15. KW 2026 kam es in meisten Altersgruppen zu einem leichten Rückgang. In der 15. KW 2026 lag die SARI-Inzidenz bei den 5- bis 34-Jährigen auf einem sehr niedrigen Niveau, in den übrigen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

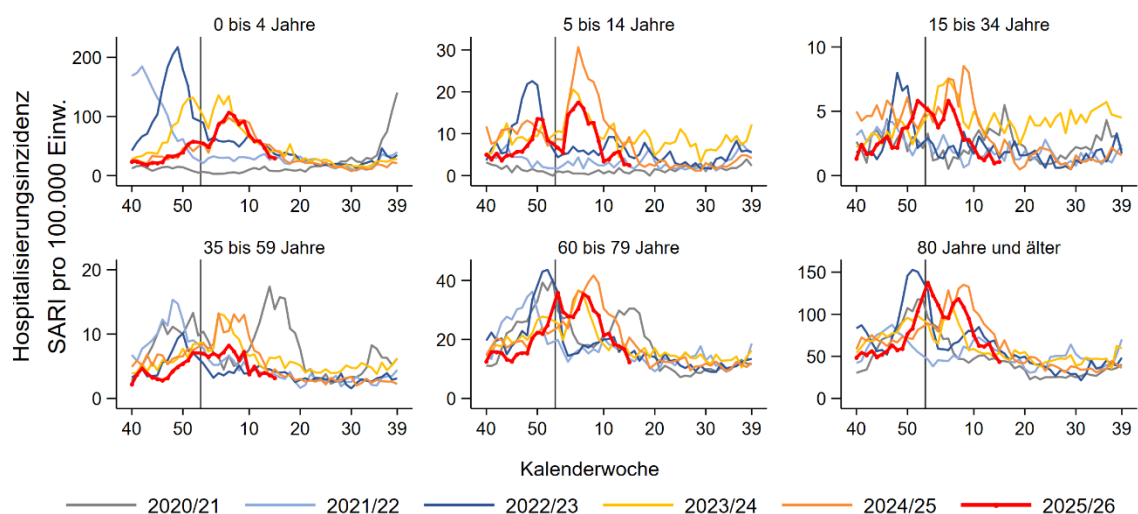


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 15. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten ist in den letzten Wochen leicht zurück gegangen und lag in der 15. KW 2026 bei 13 % (Vorwoche: 15 %; Abb. 7). Der Anteil an Influenza-Erkrankungen unter den SARI-Fällen ging seit der 7. KW kontinuierlich zurück, in der 15. KW lag er bei 2 % (Vorwoche: 3 %). Bei 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten wurden eine COVID-19-Diagnose vergeben.

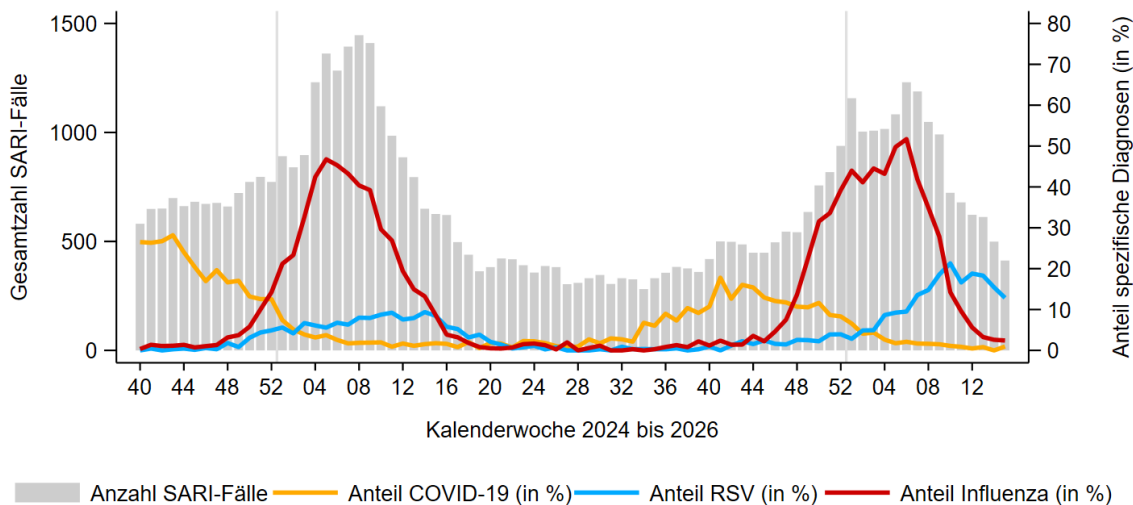


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 15. 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) und Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) diagnostiziert, mit Anteilen von 44 % bzw. 35 % (Vorwoche: 55 % bzw. 19 %). Darüber hinaus wurden auch in den Altersgruppen ab 35 Jahren RSV-Diagnosen vergeben. Vereinzelt Influenza- bzw. COVID-19-Erkrankungen wurden in der 15. KW bei SARI-Patientinnen und -Patienten unterschiedlicher Altersgruppen diagnostiziert (Abb. 8).

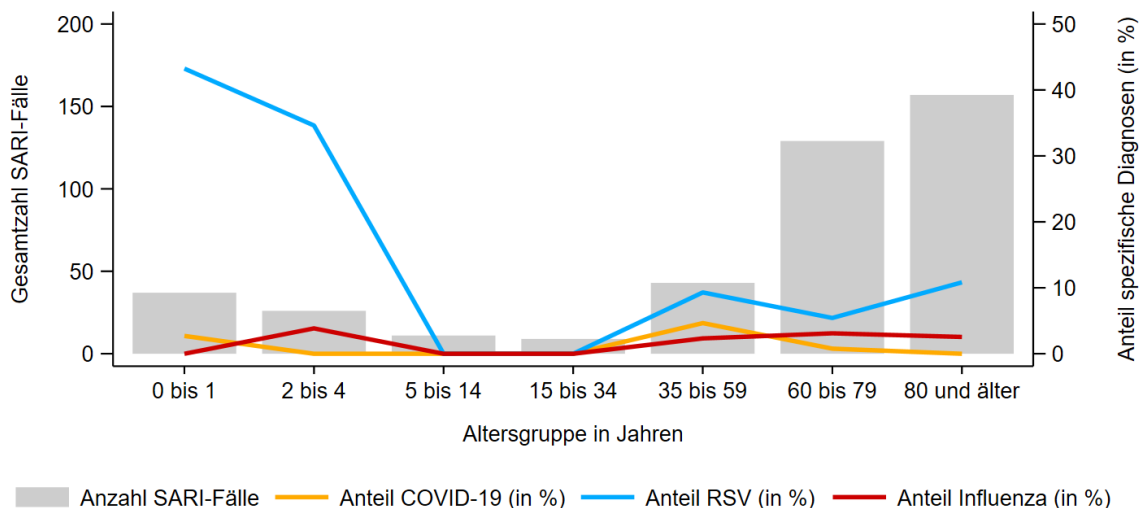


Abb. 8: Anzahl der in der 15. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine RSV-Erkrankung wurde in der 15. KW 2026 bei 12 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Bei jeweils 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle wurden in der 15. KW 2026 Influenza- bzw. COVID-19-Diagnosen vergeben.

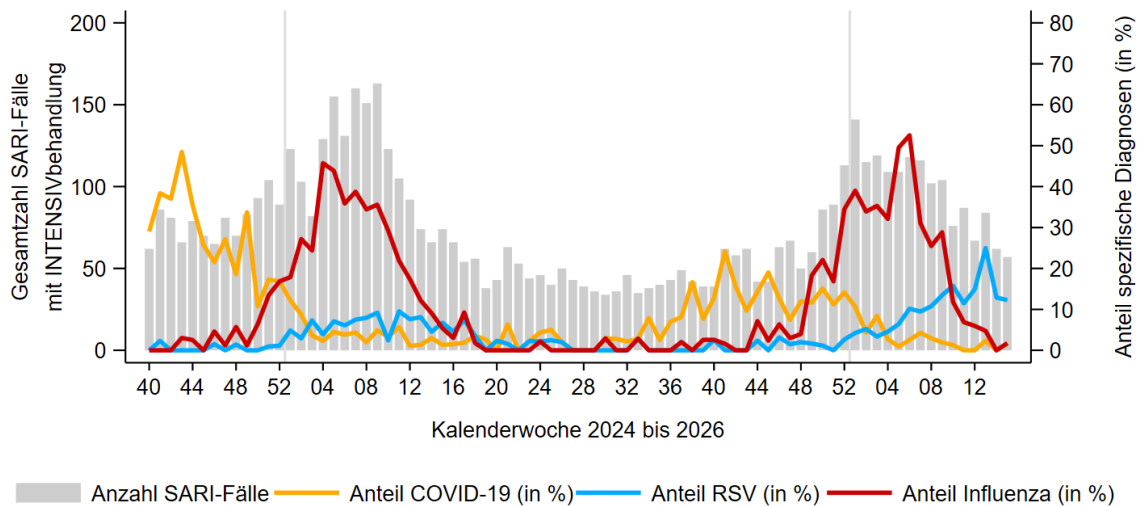


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 15. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinellkliniken.

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 15. KW 2026 aus drei der zehn teilnehmenden Kliniken zehn Sentinelproben zugesandt. In vier (40 %) der zehn Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 10). In der 15. KW 2026 wurden Influenza A- und B-Viren, Parainfluenzaviren (PIV), Rhinoviren und humane saisonale Coronaviren (hCoV) in jeweils einer Probe nachgewiesen (Abb. 10). SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 15. KW nicht identifiziert. Es gab keine Doppelinfektionen.

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 15. KW 2026), Stand 14.4.2026.

	12. KW	13. KW	14. KW	15. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	40	25	19	10	1.118
Probenanzahl mit Virusnachweis*	26	8	11	4	559
Positivenrate (PR)	65 %	32 %	58 %	40 %	50 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	1	0	1	0	127
A(H1N1)pdm09	0	2	0	1	58
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	0	0	0	61
RSV	9	1	1	0	80
hMPV	6	0	4	0	37
PIV (1 – 4)	1	1	1	1	46
Rhinoviren	5	4	4	1	141
hCoV	4	2	4	1	45
Adenoviren	4	0	0	0	26
Influenza C-Viren	0	0	0	0	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.

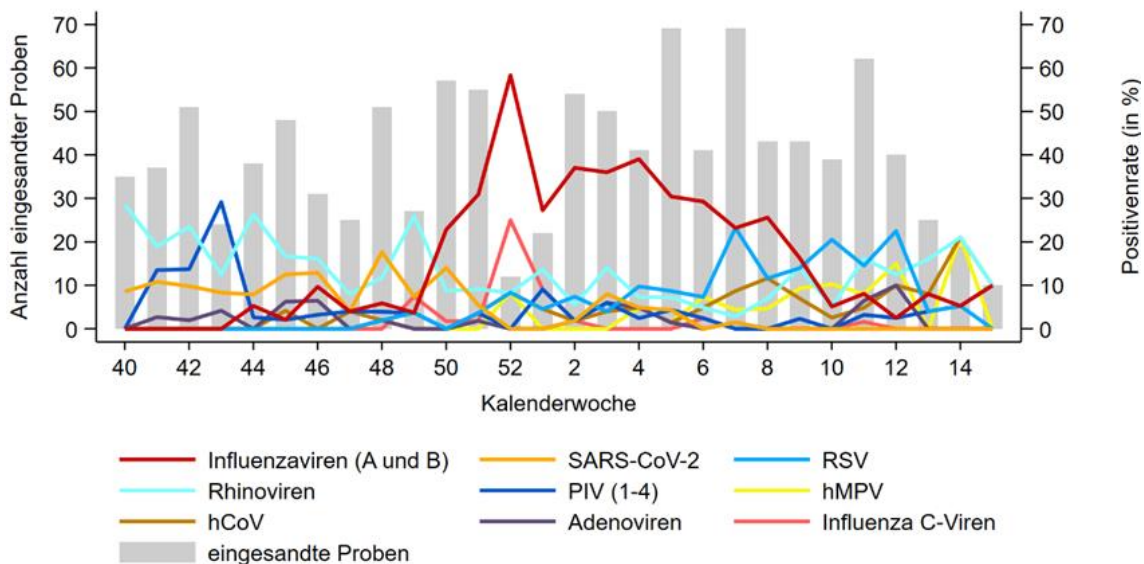


Abb. 10: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 15. KW 2026.

Von der 12. KW bis zur 15. 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 und 35- bis 59-jährigen nachgewiesen. HMPV wurde am häufigsten bei den 0- bis 1-jährigen sowie ab 60-jährigen detektiert. HCoV wurde ebenfalls bei Kindern bis 14 Jahren und Erwachsenen ab 60 Jahren nachgewiesen. Influenzaviren (A und B) wurden vereinzelt bei den 0- bis 1-jährigen und ab 60-jährigen identifiziert (Abb. 11).

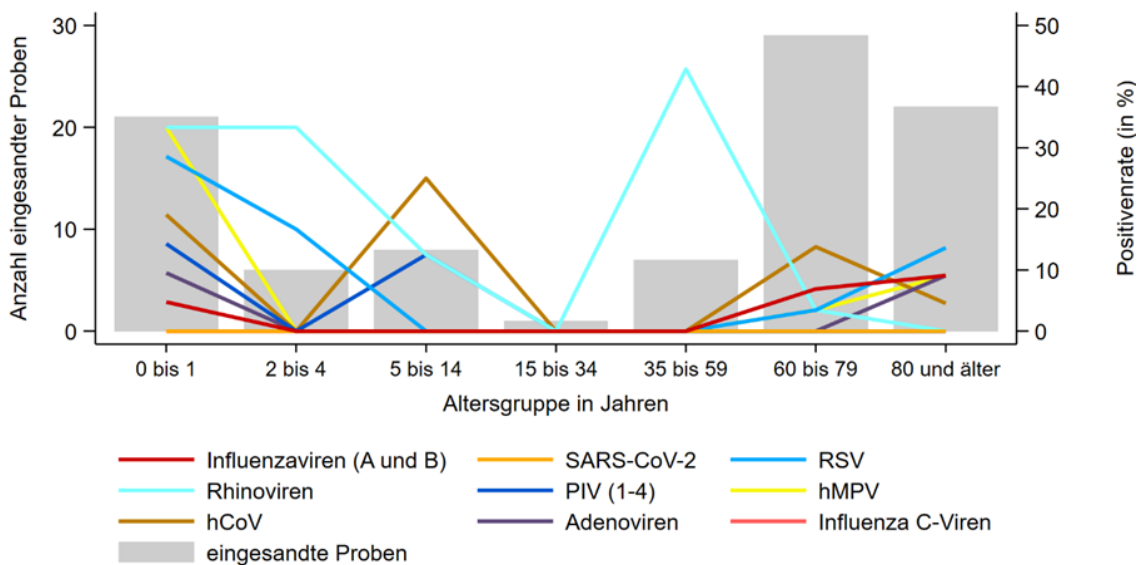


Abb. 11: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (12. KW bis 15. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 15. MW 2026 wurden bislang 504 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 504 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). In der 15. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 172 (34 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 14.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 241.327 Fälle übermittelt. Davon entfallen 239.074 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 64.322 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.094 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-Falldefinitions-kategorien C-E)

	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	5.400	2.676	1.372	840	549	439	228.286
A(H1N1)pdm09	37	25	15	15	6	2	1.420
A(H3N2)	68	22	12	7	5	2	2.333
nicht nach A / B differenziert	100	57	363	17	15	4	4.664
B	96	67	43	67	57	57	2.371
Gesamt	5.701	2.847	1.805	946	632	504	239.074
Hospitalisierte Fälle	1.627	928	567	289	211	172	64.322

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

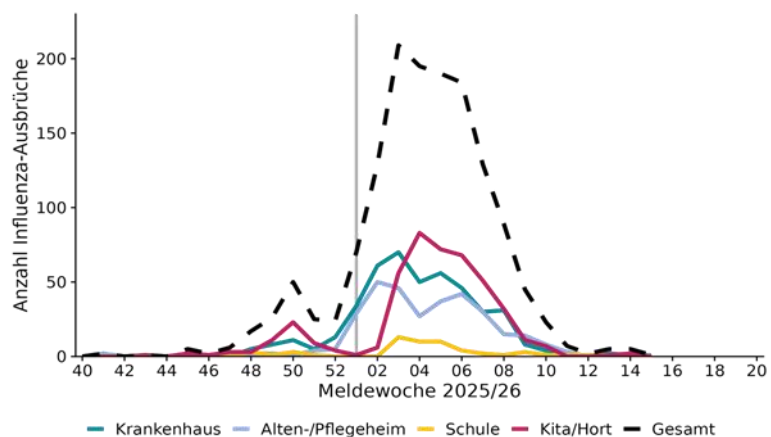
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.441 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 15. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

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	1.441
Krankenhaus	440
Alten-/Pflegeheim	321
Schule	56
Kita/Hort	447
sonstige Settings*	177
Anzahl Ausbruchs-fälle	19.623
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 15. MW 2026 wurden bislang 247 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 242 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. In der 15. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche etwas weniger Fälle übermittelt. Bei 105 (43 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 14.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 115.781 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 114.203 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.067 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.550 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)

	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	743	563	538	312	268	242	114.203
Hospitalisierte Fälle	353	246	215	134	115	105	42.067

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

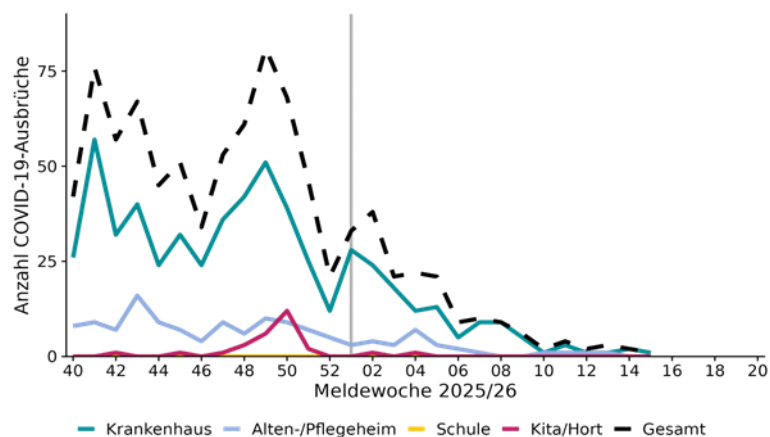
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 885 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 15. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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	885
Krankenhaus	572
Alten-/Pflegeheim	133
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	152
Anzahl Ausbruchs-fälle	8.655
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 15. MW 2026 wurden bislang insgesamt 2.136 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.113 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). In der 15. KW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 731 (35 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 14.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 64.480 Fälle übermittelt. Davon entfallen 62.710 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 18.033 (29 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 296 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 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)

	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	6.368	5.326	4.771	3.578	2.447	2.113	62.710
Hospitalisierte Fälle	1.705	1.429	1.365	1.061	718	731	18.033

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

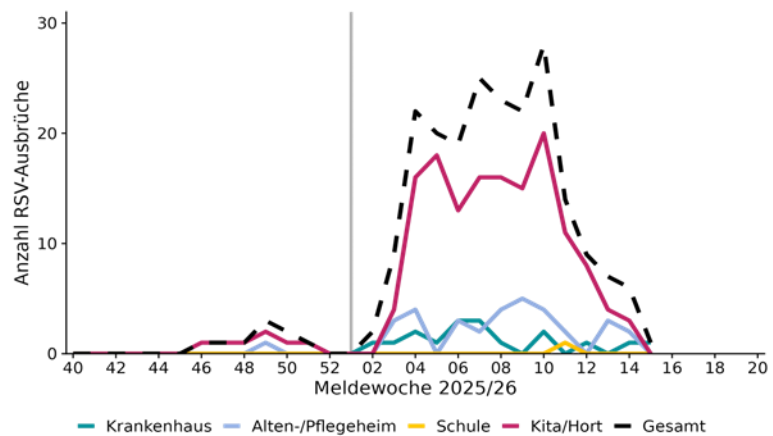
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 216 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 15. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

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	216
Krankenhaus	17
Alten-/Pflegeheim	33
Schule	1
Kita/Hort	151
sonstige Settings*	14
Anzahl Ausbruchsfälle	2.199
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

Im Jahr 2026 werden über 70 Kläranlagen auf SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 15. KW wurden Daten aus 64 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 12).

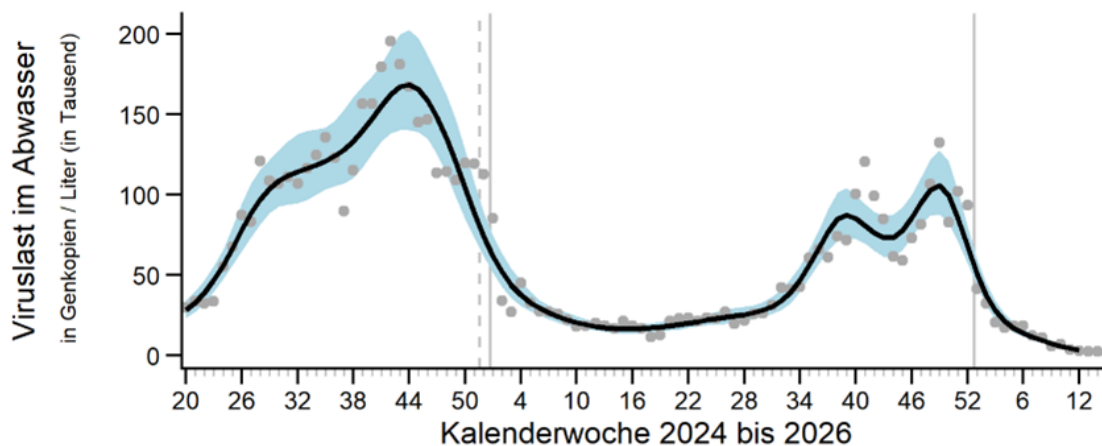


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 14.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (8.4.2026, 15. 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 15. KW 2026 wurden Daten aus 63 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza A-Viruslast im Abwasser sind seit etwa der 10. KW 2026 niedrig. Die Influenza B-Viruslast war seit Saisonbeginn 2025/26 (40. KW 2025) niedrig (Abb. 13).

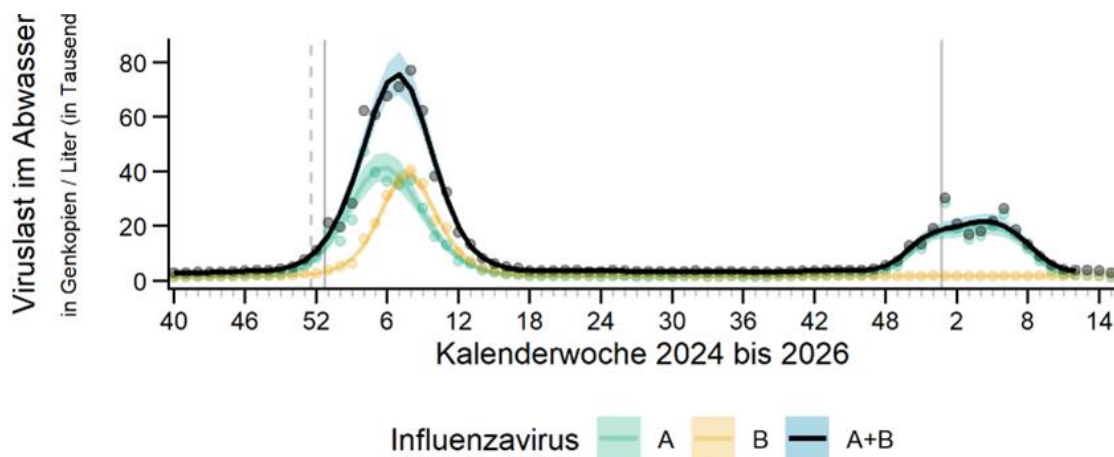


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 14.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (8.4.2026, 15. 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 15. KW 2026 wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser (A und B gesamt) sind weiter erhöht und zeigten in den letzten Wochen einen langsamen Abwärtstrend (Abb. 14).

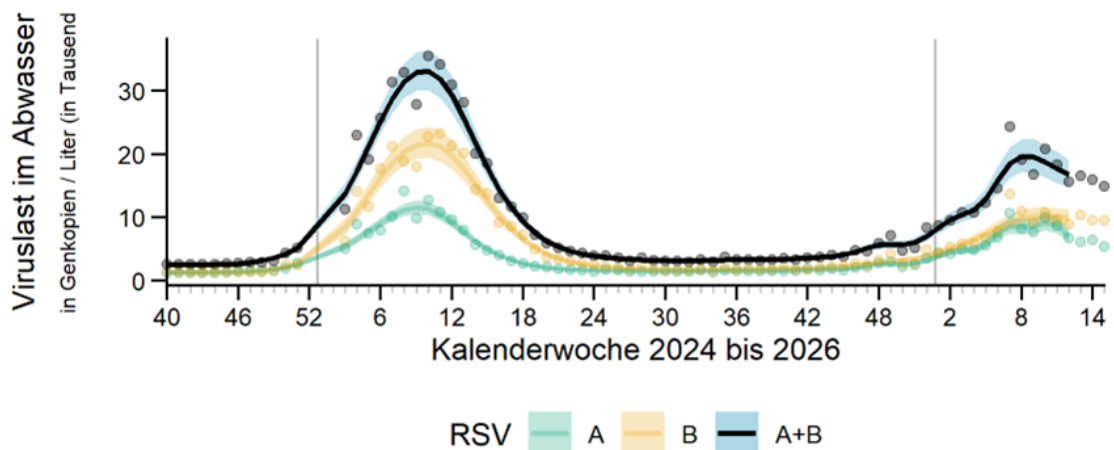


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 14.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (8.4.2026, 15. 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. 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
- 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.

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 15/2026 | DOI: 10.25646/14098