



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
16. Kalenderwoche (13.4. bis 19.4.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Nach den Osterferien und den bundesweiten Feiertagen wird eine niedrige ARE-Aktivität beobachtet. Das ARE-Geschehen wird zunehmend durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt, es zirkuliert jedoch auch weiterhin RSV.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 16. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 16. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und befand sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 16. KW 2026 in insgesamt 18 der 40 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (18 %), Parainfluenzaviren (PIV; 13 %) und Adenoviren (10 %), gefolgt von Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 5 %). SARS-CoV2 wurden in der 16. KW nicht nachgewiesen.

Im stationären Bereich lag die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 16. KW 2026 auf einem niedrigen Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zu 7 % RSV-, 2 % Influenza- und unter 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 16. KW 2026 in neun der 22 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich humane Metapneumoviren (hMPV; 14 %).

Die Zahlen der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-, COVID-19- und RSV-Fälle sind in der 16. Meldewoche (MW) weiter gesunken.

Zusammengefasst für die 13. und 14. KW 2026 wurde unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien weiterhin hauptsächlich die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 nachgewiesen. Zudem wurde die rekombinante Linie XFG sowie die Linie JN.1 nachgewiesen.

Die RSV-Last im Abwasser ist weiterhin erhöht, zeigte aber in den letzten Wochen einen 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 zurückliegenden Osterfeiertage und -ferien können sich die syndromischen und virologischen Daten durch Nachmeldungen noch stärker verändern.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren 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>.
- Informationen zur Übersterblichkeit in Deutschland können hier abgerufen werden: https://robert-koch-institut.github.io/Bericht_zur_Uebersterblichkeit_in_Deutschland.
- Zeitraum der Grippewelle: 48. KW 2025 bis 10. KW 2026 (Dauer: 15 Wochen)

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 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Mit rund 4.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.400; Abb. 1) lag die ARE-Inzidenz in der 16. KW weiterhin auf einem niedrigen Niveau und in einem für diese Zeit üblichen Wertebereich. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,6 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 16. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

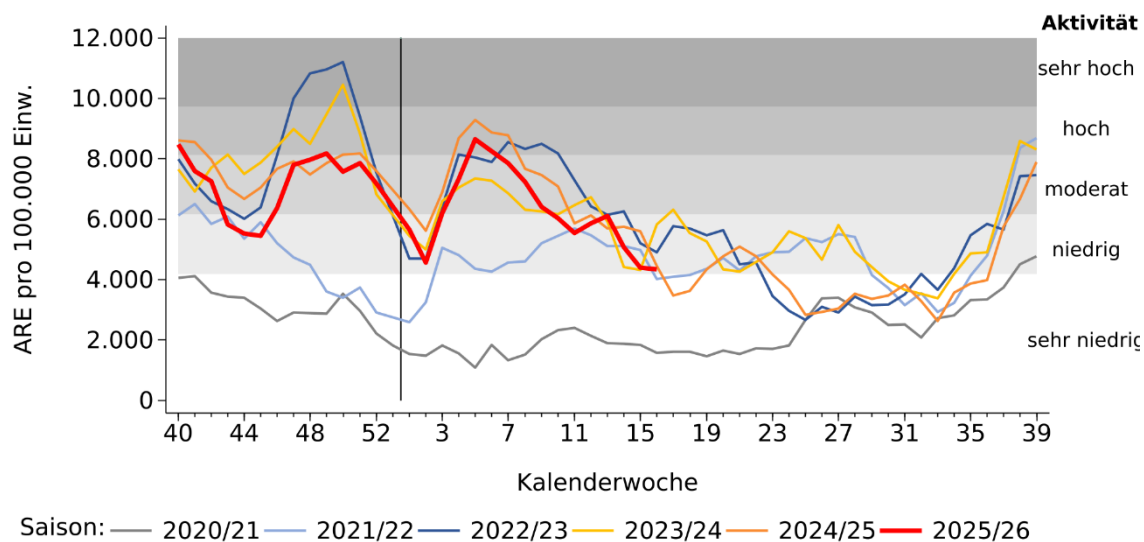


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 16. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.200 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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) war seit dem Höhepunkt in der 6. KW 2026 kontinuierlich gesunken. In der 16. KW 2026 sind die Werte im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Sie lagen mit rund 1.000 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 900) jedoch weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 850.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 16. KW 2026.

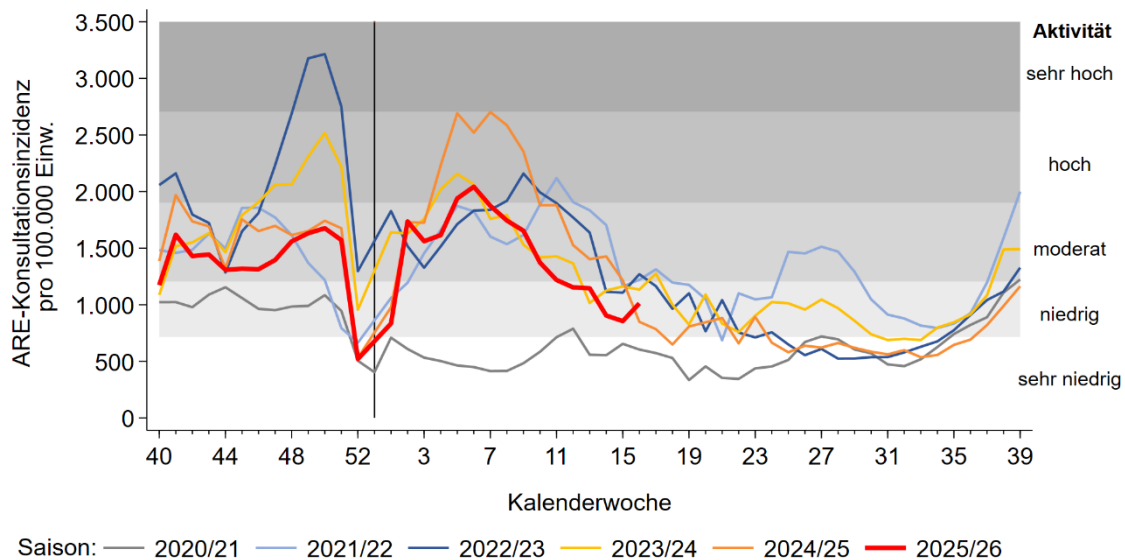


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 16. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 war in allen Altersgruppen seit mehreren Wochen rückläufig, sie ist jedoch in der 16. KW 2026 in allen Altersgruppen gestiegen (Abb. 3).

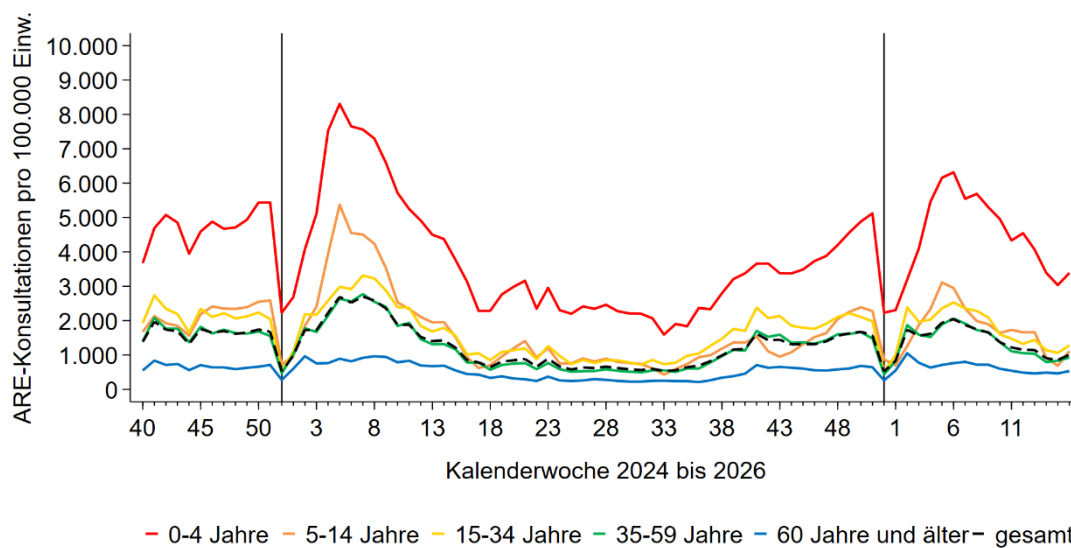


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 16. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 16. KW 2026 insgesamt 40 Sentinelproben von 18 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 18 (45 %) der 40 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Aufgrund der geringen Anzahl eingesandter Proben ist die Aussagekraft der Ergebnisse für die 16. KW eingeschränkt. Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR) 18 %), Parainfluenzaviren (PIV; 13 %) und Adenoviren (10 %), gefolgt von Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 5 %). Influenza A- und B-Viren sowie humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden mit jeweils 3 % detektiert. SARS-CoV-2, humane Metapneumoviren (hMPV) und Influenza C-Viren wurden in der 16. KW nicht nachgewiesen. Es gab zwei Doppelinfektionen 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 16. KW bei 5 % (Vorwoche: 15 %). 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 16. KW bei 17 % (95 %-Konfidenzintervall [2; 48]; Vorwoche 43 %). 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.

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 16. KW 2026), Stand 21.4.2026.

	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	86	38	39	40	3.408
Probenanzahl mit Virusnachweis*	61	21	24	18	2.406
Positivenrate (PR)	71 %	55 %	62 %	45 %	71 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	6
A(H3N2)	0	2	0	0	646
A(H1N1)pdm09	0	1	0	1	257
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	0	0	0	0	278
RSV	16	3	6	2	240
hMPV	5	5	5	0	96
PIV (1 – 4)	8	3	3	5	179
Rhinoviren	26	5	7	7	604
hCoV	13	5	0	1	269
Adenoviren	9	0	7	4	149
Influenza C-Viren	2	1	1	0	50

* 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.

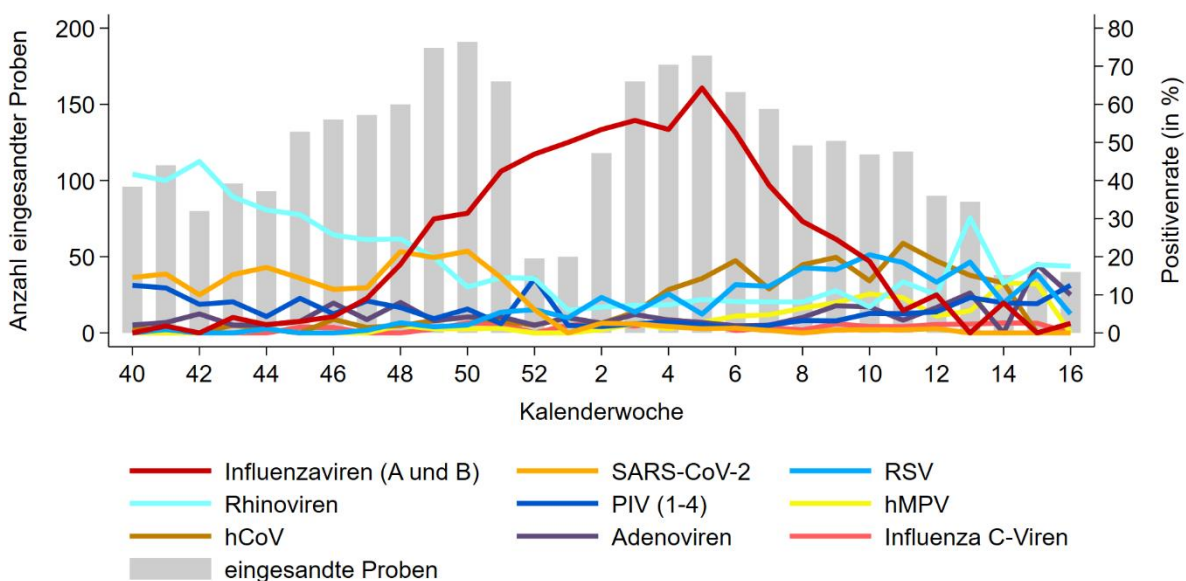


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 16. KW 2026.

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: 169 A(H3N2), 140 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 512 mit Next Generation Sequencing untersuchten Influenzaviren nicht detektiert. Gegen Wirkstoffe aus der Gruppe der Adamantane (Amantadin, Rimantadin) zeigen alle der 605 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 13. – 14. KW 2026 stehen aktuell nur elf SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 21.4.2026).

Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde mit acht Nachweisen weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien detektiert. Die rekombinante Linie XFG wurde zweimal und die Linie JN.1 einmal im Berichtszeitraum 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>

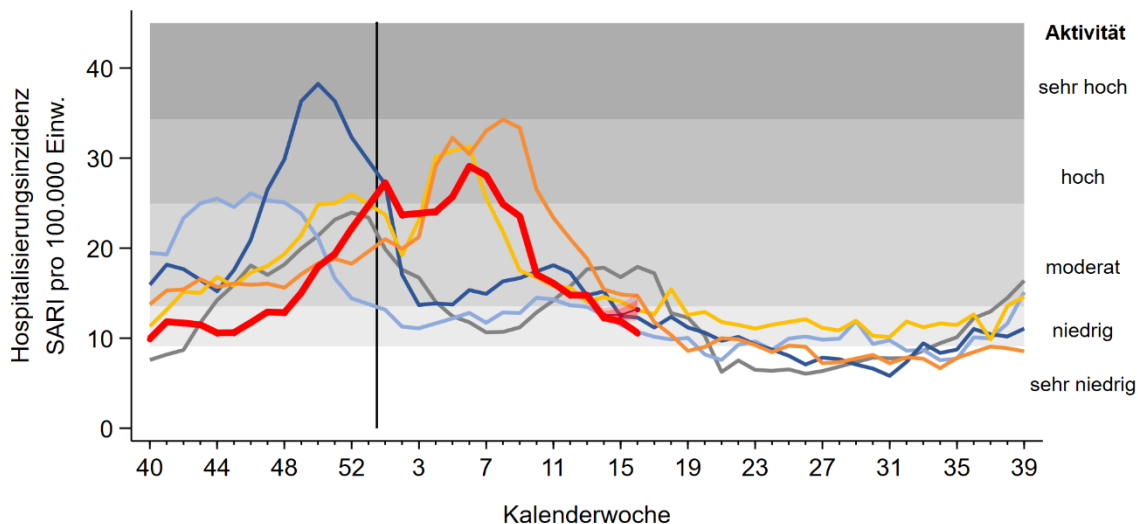
² https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025_ba.3.2_ire.pdf

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 16. KW 2026 weiter leicht zurück (Abb. 5). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 16. KW auf einem niedrigen Niveau.

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 16. KW 2026 einen leichten Rückgang der SARI-Fallzahlen zeigen, weist das Nowcasting-Modell auf einen noch zu erwartenden leichten Anstieg der SARI-Fallzahlen auf weiterhin niedrigem Niveau hin (Abb. 5, rot hinterlegter Bereich).



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

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 16. 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 16. KW 2026 kam es in meisten Altersgruppen zu einem leichten Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion, bei den 5- bis 14-Jährigen sowie den 35- bis 59-Jährigen war in der 16. KW hingegen ein Anstieg der SARI-Inzidenz zu beobachten (Abb. 6). In der 16. 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.

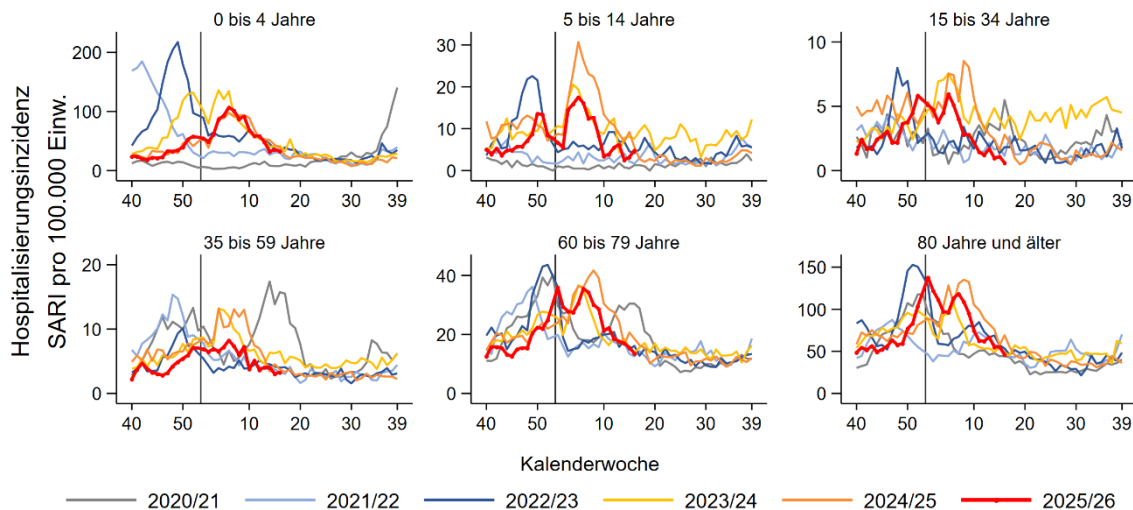


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 16. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten ging in der 16. KW 2026 weiter zurück und lag bei 7 % (Vorwoche: 13 %; Abb. 7). Der Anteil an Influenza- bzw. COVID-19-Diagnosen unter den SARI-Fällen blieb in der 16. KW weiter niedrig und lag erneut bei 2 % bzw. unter 1 %.

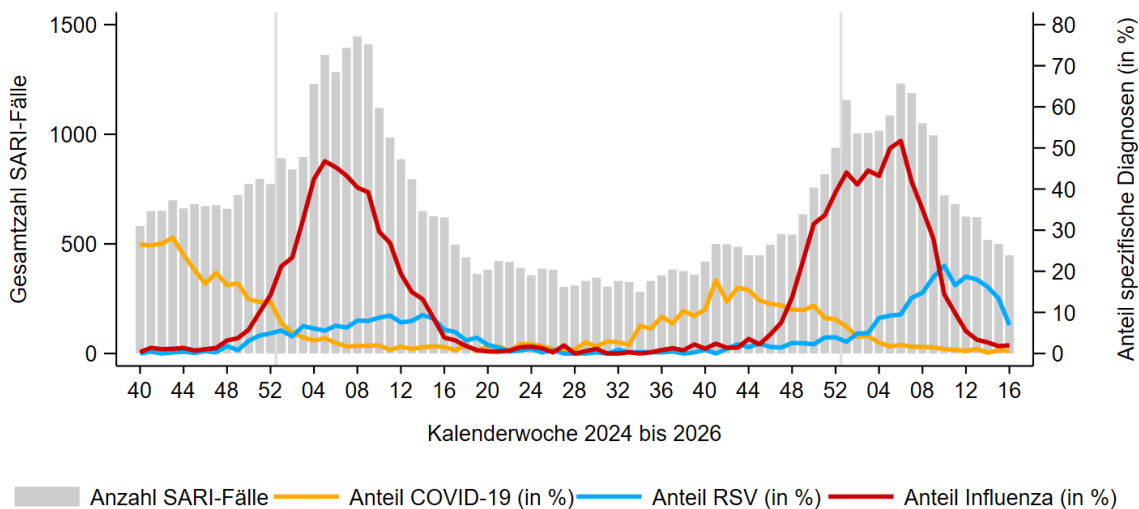


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 16. 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 19 % bzw. 12 % (Vorwoche: 45 % bzw. 28 %). Darüber hinaus wurden auch in den Altersgruppen ab 35 Jahren RSV-Diagnosen vergeben. Vereinzelte Influenza-Erkrankungen wurden in der 16. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten unterschiedlicher Altersgruppen diagnostiziert. COVID-19-Diagnosen wurden nur sehr vereinzelt bei ab 80-jährigen vergeben (Abb. 8).

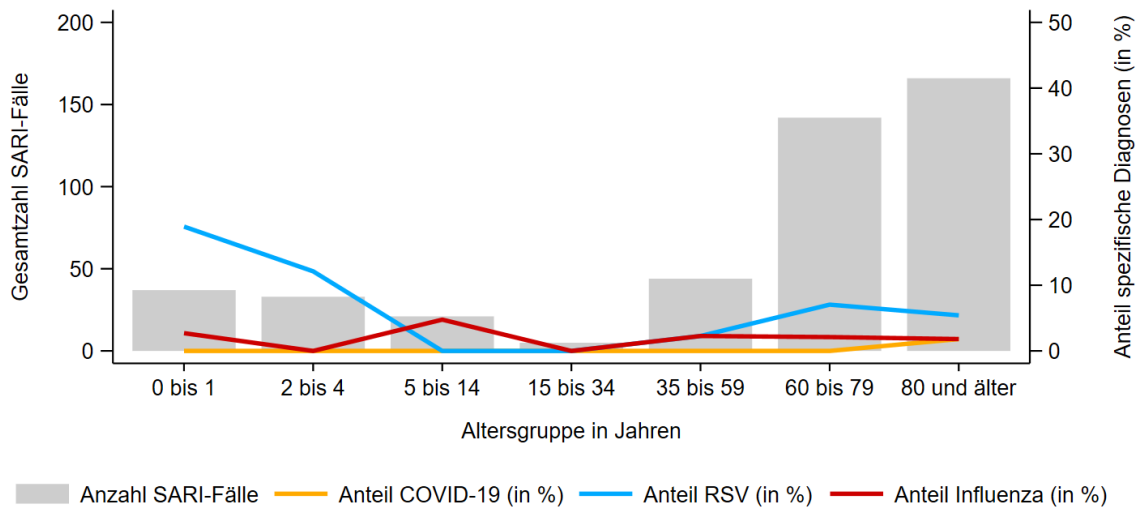


Abb. 8: Anzahl der in der 16. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinellkliniken.

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine RSV-Erkrankung wurde in der 16. KW 2026 bei 8 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert und eine Influenza-Erkrankung bei 2 % der Fälle. Es wurden keine COVID-19-Diagnosen in der 16. KW bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

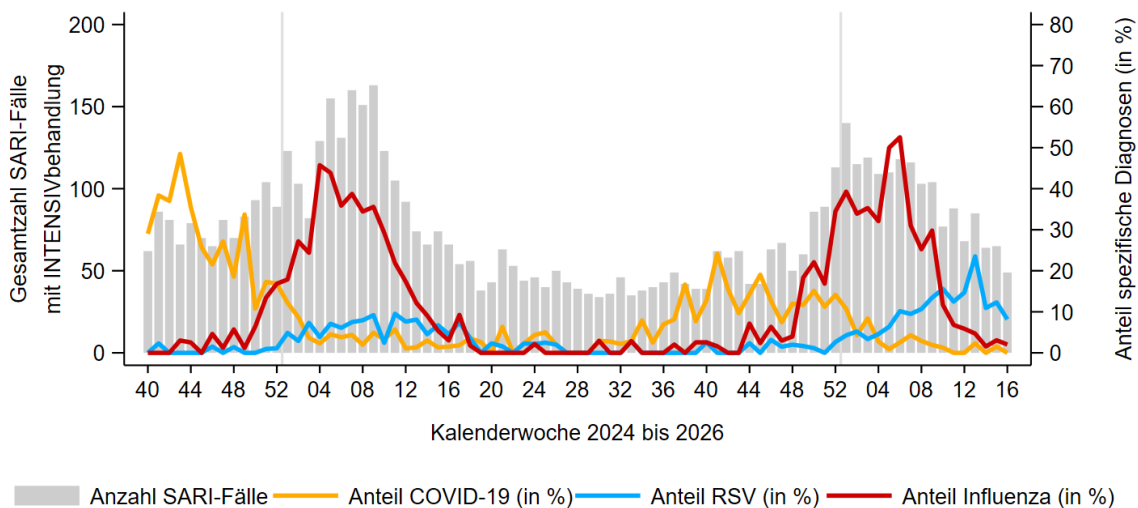


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 16. 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 16. KW 2026 aus fünf der zehn teilnehmenden Kliniken 22 Sentinelproben zugesandt. In neun (41 %) der 22 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 10). In der 16. KW 2026 wurden humane Metapneumoviren (hMPV; 14 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV) und Parainfluenzaviren (PIV) mit jeweils 9 % sowie Rhinoviren und humane saisonale Coronaviren (hCoV) mit jeweils 5 % nachgewiesen (Abb. 10). Influenza A- und B-Viren, SARS-CoV-2, Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 16. KW nicht identifiziert. Es gab eine Doppelinfektion.

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 16. KW 2026), Stand 21.4.2026.

		13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		25	22	27	22	1.160
Probenanzahl mit Virusnachweis*		8	13	13	9	579
Positivenrate (PR)		32 %	59 %	48 %	41 %	50 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
	A(H3N2)	0	1	0	0	127
	A(H1N1)pdm09	2	0	1	0	58
	B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2		0	0	0	0	61
RSV		1	2	1	2	84
hMPV		0	5	1	3	42
PIV (1 – 4)		1	1	3	2	50
Rhinoviren		4	4	6	1	147
hCoV		2	4	3	1	48
Adenoviren		0	0	2	0	28
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.

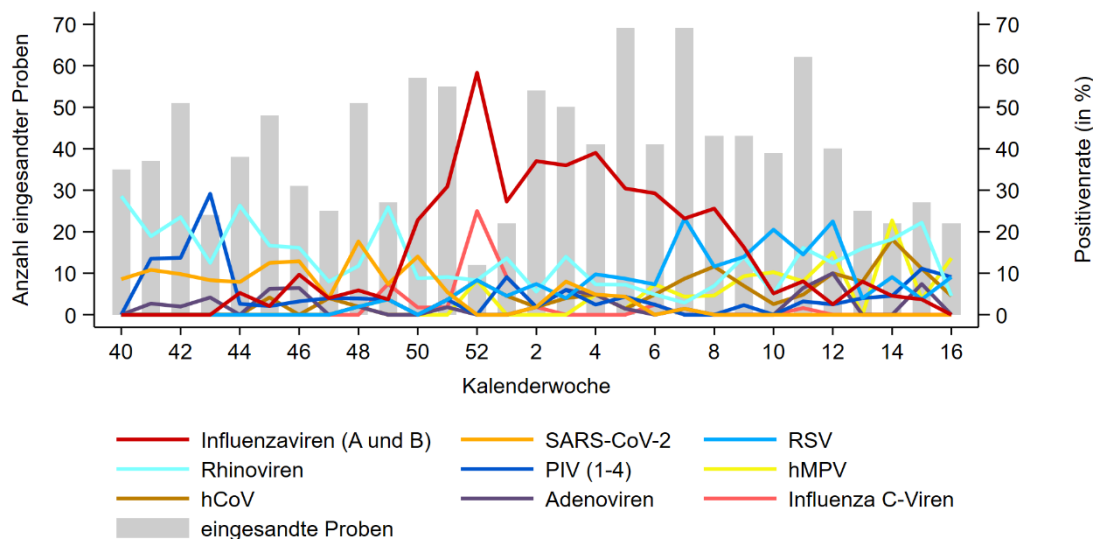


Abb. 10: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 16. KW 2026.

Von der 13. KW bis zur 16. KW 2026 wurde RSV vorwiegend bei den 0- bis 1-jährigen und 35- bis 79-jährigen detektiert. Rhinoviren wurden vor allem bei den 0- bis 4-jährigen und 15- 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.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 16. MW 2026 wurden bislang 360 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 360 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte

Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). In der 16. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 135 (38 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 21.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 241.720 Fälle übermittelt. Davon entfallen 239.467 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 64.543 (27 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.113 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)

	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	2.676	1.378	843	551	448	288	228.602
A(H1N1)pdm09	25	15	15	6	2	5	1.425
A(H3N2)	22	12	7	5	4	1	2.336
nicht nach A / B differenziert	57	363	17	14	6	10	4.675
B	67	43	67	57	59	56	2.429
Gesamt	2.847	1.811	949	633	519	360	239.467
Hospitalisierte Fälle	930	572	294	222	201	135	64.543

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

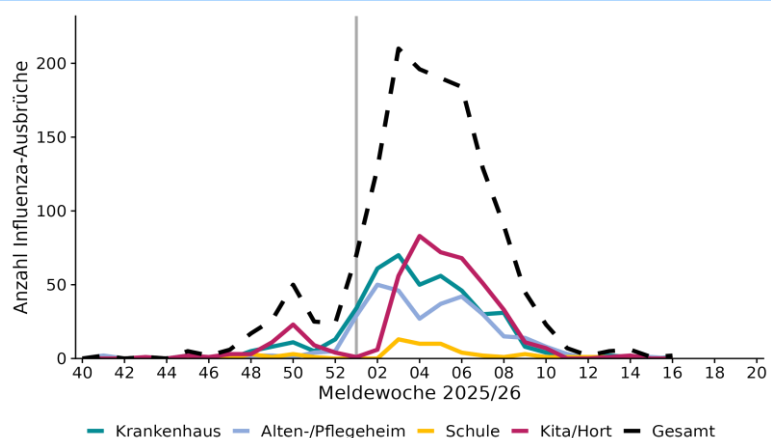
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.447 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 16. MW 2026 wurden bisher zwei Ausbrüche übermittelt (Tab. 4).

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	1.447
Krankenhaus	441
Alten-/Pflegeheim	321
Schule	56
Kita/Hort	448
sonstige Settings*	181
Anzahl Ausbruchsfälle	19.688
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 16. MW 2026 wurden bislang 212 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 210 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. In der 16. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche etwas weniger Fälle übermittelt. Bei 94 (45 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 21.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 116.007 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 114.429 auf laboridiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.181 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.567 Todesfälle mit laboridiagnostisch 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 laboridiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	564	538	312	269	254	210	114.429
Hospitalisierte Fälle	248	215	138	115	116	94	42.181

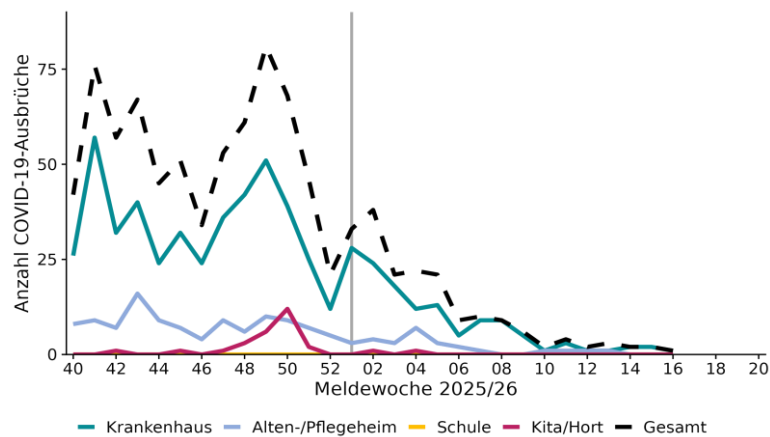
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 887 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 16. 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	887
Krankenhaus	574
Alten-/Pflegeheim	133
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	152
Anzahl Ausbruchsfälle	8.676
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 16. MW 2026 wurden bislang insgesamt 1.858 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.796 Fälle auf laboridiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). In der 16. KW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 529 (29 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 16. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 21.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 66.432 Fälle übermittelt. Davon entfallen 64.596 Fälle auf laboridiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 18.787 (29 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 331 Todesfälle mit laboridiagnostisch 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 laboridiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	5.327	4.779	3.582	2.446	2.187	1.796	64.596
Hospitalisierte Fälle	1.441	1.382	1.087	763	838	529	18.787

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

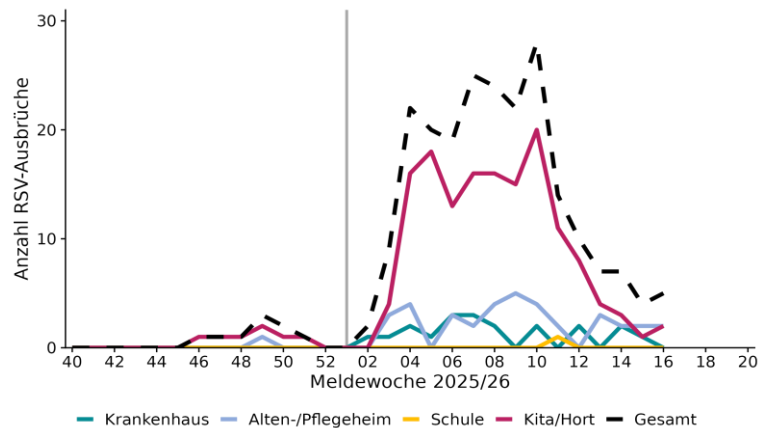
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 227 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 16. MW 2026 wurden bisher fünf Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

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	227
Krankenhaus	20
Alten-/Pflegeheim	37
Schule	1
Kita/Hort	154
sonstige Settings*	15
Anzahl Ausbruchsfälle	2.301
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, Inflenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 16. KW wurden Daten aus 67 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 11).

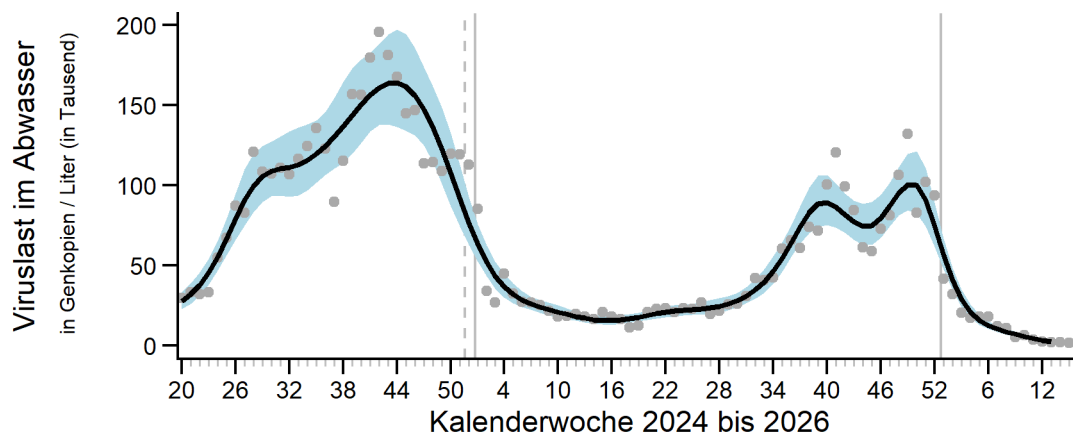


Abb. 11: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 21.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (15.4.2026, 16. 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 16. KW 2026 wurden Daten aus 66 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. 12).

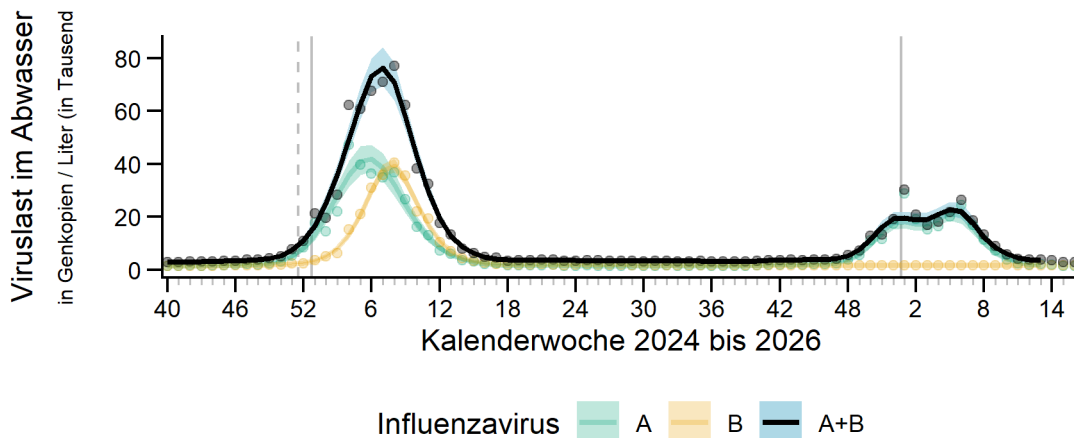


Abb. 12: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 21.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (15.4.2026, 16. 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 16. KW 2026 wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B weiterhin erhöht, sanken jedoch in den letzten Wochen. (Abb. 13).

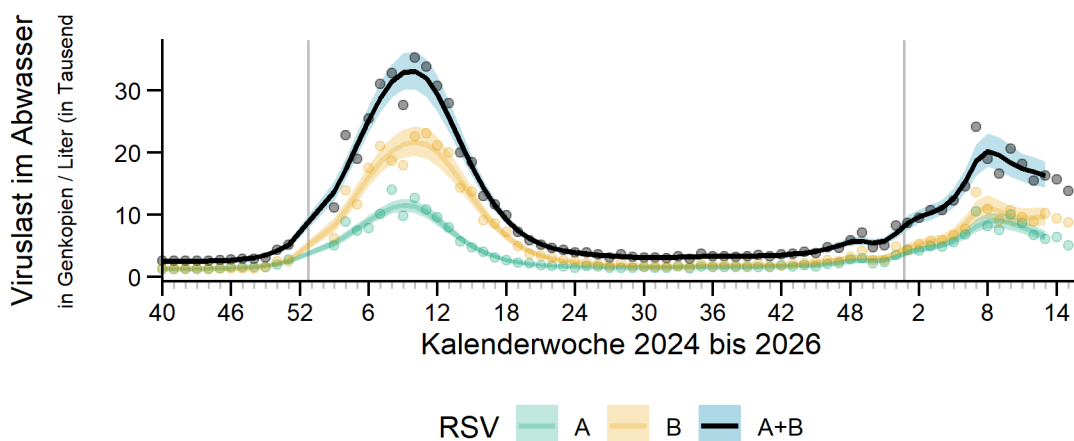


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 21.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (15.4.2026, 16. 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 16/2026 | DOI: 10.25646/14099