



# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
18. Kalenderwoche (27.4. bis 3.5.2026)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Seit einigen Wochen wird eine niedrige ARE-Aktivität beobachtet. Das ARE-Geschehen wird durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 18. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gestiegen und lag auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 18. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und befand sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 18. KW 2026 in insgesamt 26 der 34 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (41 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 18 %). Zudem wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) in 6 % sowie Influenza A-Viren und SARS-CoV-2 in jeweils 3 % der Proben nachgewiesen.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 18. KW 2026 weiter zurück und lag auf einem sehr niedrigen Niveau. Unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen wird mittels Nowcasting für die 18. KW eine SARI-Inzidenz auf niedrigem Niveau geschätzt. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zu 6 % RSV-, unter 1 % COVID-19- und keine Influenza-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 18. KW 2026 RSV, hMPV und Rhinoviren in jeweils einer Probe nachgewiesen.

In der 18. Meldewoche (MW) wurden im Vergleich zur Vorwoche an das RKI gemäß IfSG weniger Influenza-, COVID-19- und RSV-Fälle übermittelt.

Die RSV-Last im Abwasser ist in den letzten Wochen kontinuierlich gesunken. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser blieben niedrig, auch die SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig.

## 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](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>.
- Informationen zur Übersterblichkeit in Deutschland können hier abgerufen werden: [https://robert-koch-institut.github.io/Bericht\\_zur\\_Uebersterblichkeit\\_in\\_Deutschland](https://robert-koch-institut.github.io/Bericht_zur_Uebersterblichkeit_in_Deutschland).
- Zeitraum der Grippewelle: 48. KW 2025 bis 10. KW 2026 (Dauer: 15 Wochen)
- Zeitraum der RSV-Welle: 2. KW 2026 bis 15. KW 2026 (Dauer: 14 Wochen)

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

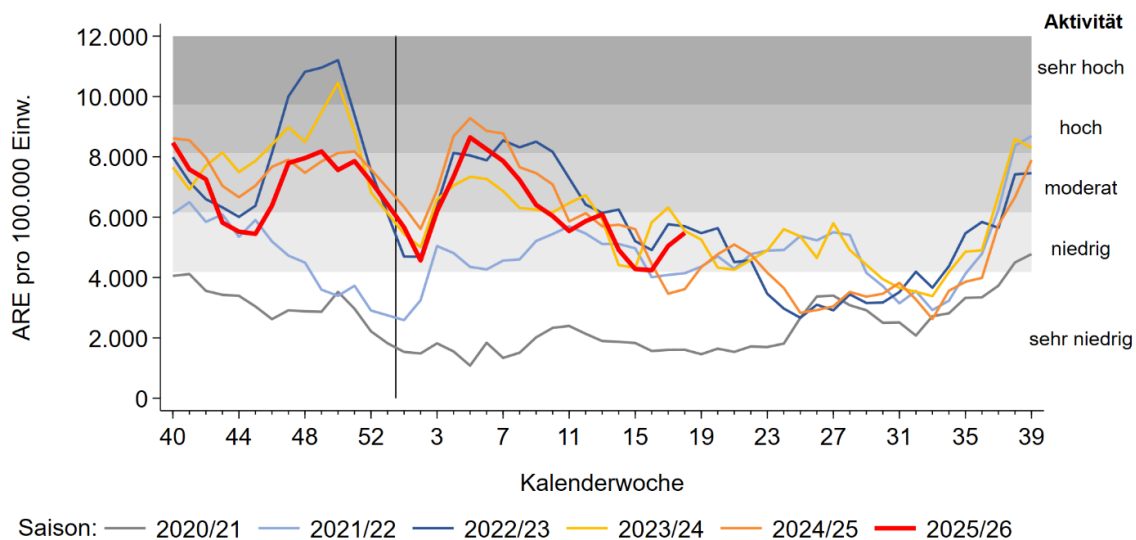
- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>.
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

## 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 weiter gestiegen. Mit rund 5.500 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.000; Abb. 1) lag die ARE-Inzidenz in der 18. KW weiterhin auf einem niedrigen Niveau und in einem für diese Zeit noch üblichen Wertebereich. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,6 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 18. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

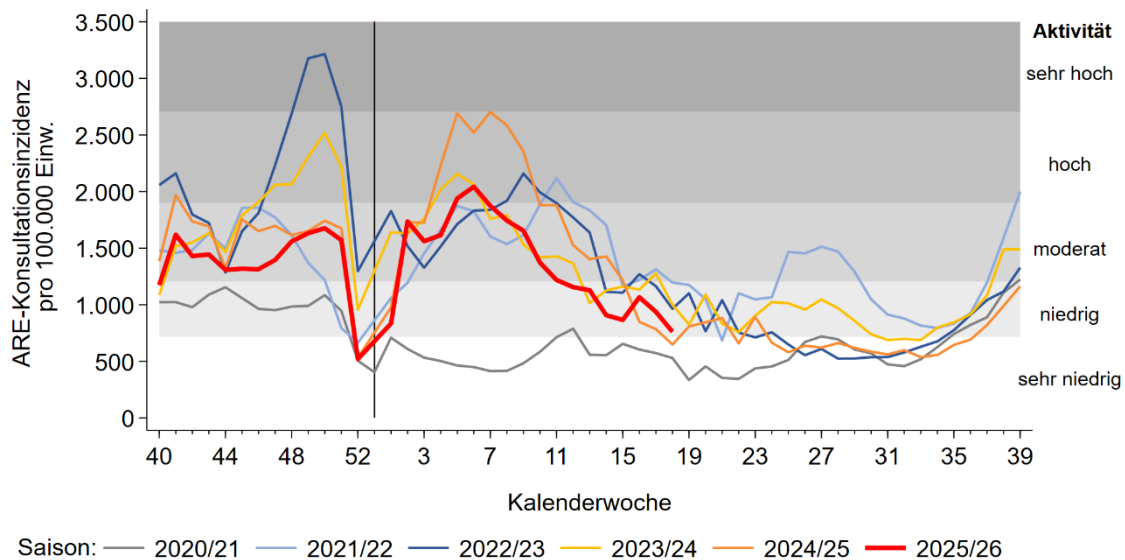
Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.



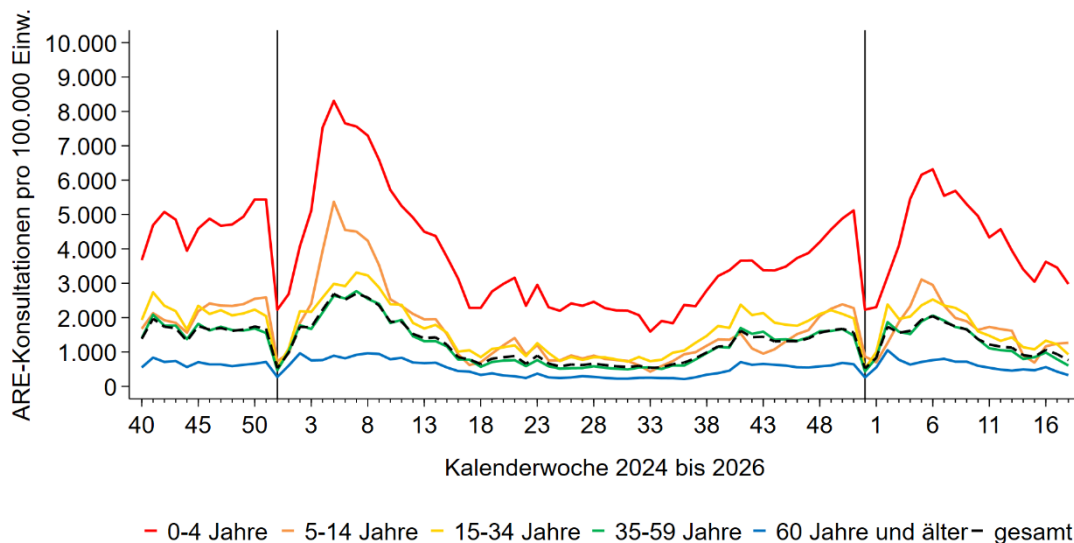
**Abb. 1:** Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 18. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.200 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. 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 in der 18. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag mit rund 800 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 900) weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 640.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 18. KW 2026. Aufgrund des Feier-/ Brückentags in der 18. KW 2026 können sich die Werte durch ein geändertes Konsultationsverhalten und nachträgliche Meldungen noch stärker verändern.



Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 18. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in den meisten Altersgruppen weiter gesunken (Abb. 3). Die Werte befinden sich in allen Altersgruppen auf einem niedrigen bzw. sehr niedrigen Niveau.



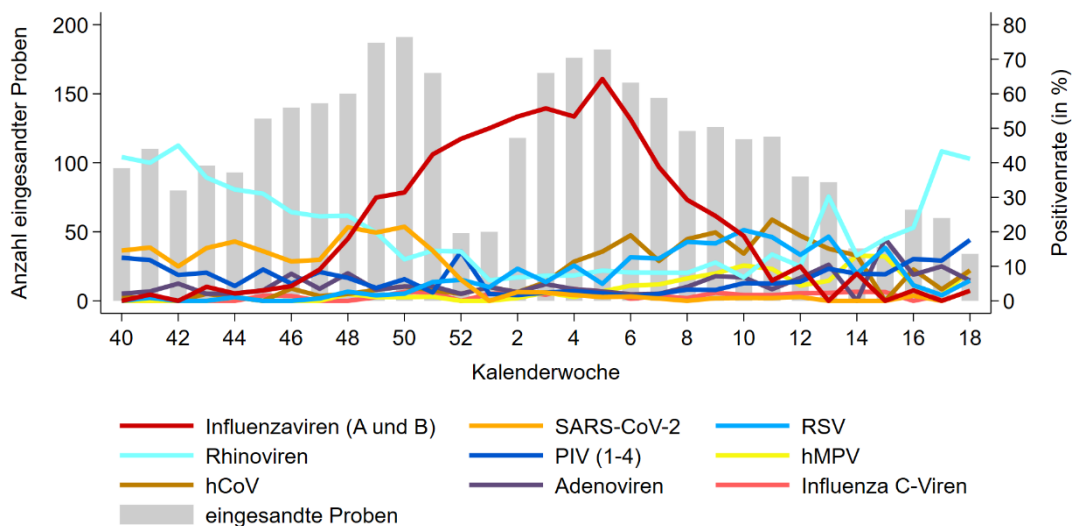
### Virologische Surveillance im ARE-Praxis-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 18. KW 2026 insgesamt 34 Sentinelproben von 14 Arztpraxen aus sechs der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 26 (76 %) der 34 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR) 41 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 18 %). Zudem wurden humane saisonale Coronaviren (hCoV), humane Metapneumoviren (hMPV) und Influenza C-Viren mit jeweils 9 % sowie Adenoviren und Respiratorische Synzytialviren (RSV) mit jeweils 6 % detektiert. Influenzaviren (A und B) und SARS-CoV-2 wurden mit einer Positivenrate von jeweils 3 % nachgewiesen. Es gab neun Doppelinfektionen, hauptsächlich bei Kindern bis 8 Jahre, vorwiegend mit Rhinoviren bzw. PIV.

**Tab. 1:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 18. KW 2026), Stand 5.5.2026.

		15. KW	16. KW	17. KW	18. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		39	66	60	34	3.528
Probenanzahl mit Virusnachweis*		24	36	37	26	2.487
	Positivenrate (PR)	62 %	55 %	62 %	76 %	70 %
Inflenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	1	0	0	7
	A(H <sub>3</sub> N <sub>2</sub> )	0	0	0	0	646
	A(H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> )pdm09	0	1	0	1	258
	B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2		0	1	0	1	280
RSV		6	3	1	2	244
hMPV		5	3	1	3	103
PIV (1 – 4)		3	8	7	6	195
Rhinoviren		7	14	26	14	651
hCoV		0	6	2	3	279
Adenoviren		7	5	6	2	158
Influenza C-Viren		1	0	1	3	54

\* 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 Inflenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 18. 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>.

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!

### Charakterisierung der Inflenzaviren

Daten zur Charakterisierung der Inflenzaviren finden sich 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 Inflenzaviren 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 aktuell geringen Anzahl der dem RKI vorliegenden SARS-CoV-2-Nachweise kann derzeit nicht zu den Anteilen der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland berichtet werden.

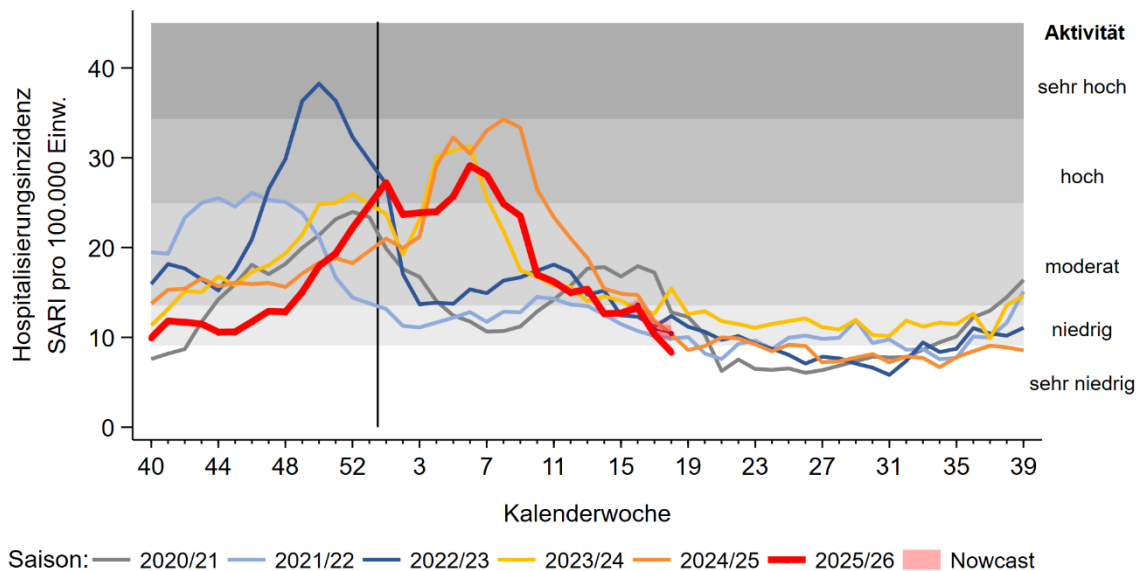
Sofern neue Daten verfügbar sind, können die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, weiterhin dem wöchentlich aktualisierten Dashboard entnommen werden

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

## Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

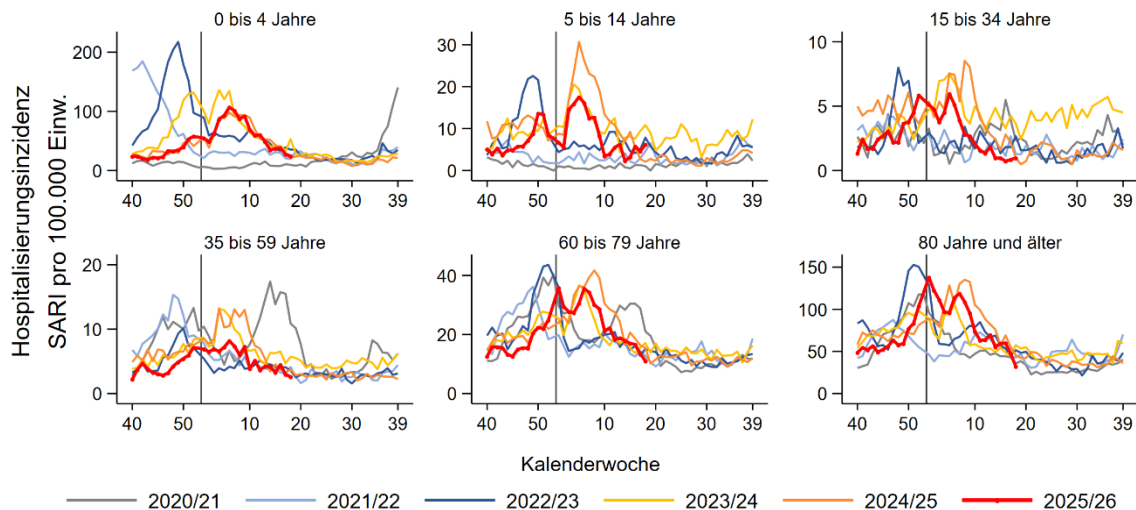
Im Rahmen der ICD-10-Code-basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ging die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 18. KW 2026 weiter zurück (Abb. 5). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 18. KW auf einem sehr niedrigen Niveau.

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](#). Das Ergebnis des Nowcasting-Modells zeigt für die 18. KW 2026 einen weniger deutlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen, demzufolge die SARI-Inzidenz in der 18. KW weiterhin auf einem niedrigen Niveau einzuordnen ist (Abb. 5, rot hinterlegter Bereich).



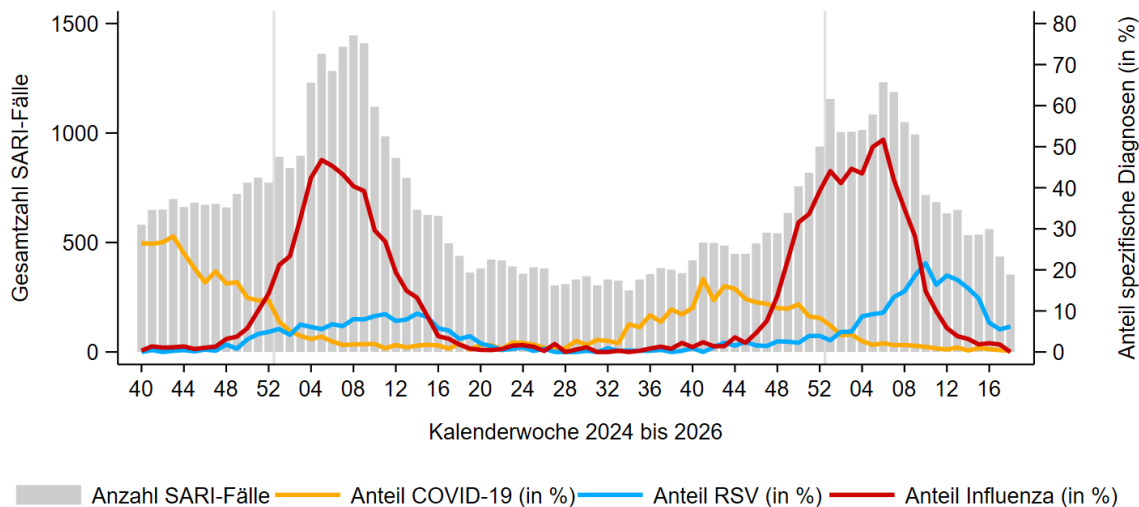
**Abb. 5:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 18. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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 18. KW 2026 kam es in den meisten Altersgruppen zu einem Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 6). In der 18. KW lag die SARI-Inzidenz bei den 5- bis 14-Jährigen auf einem moderaten Niveau, in den übrigen Altersgruppen auf einem niedrigen bis sehr niedrigen Niveau.



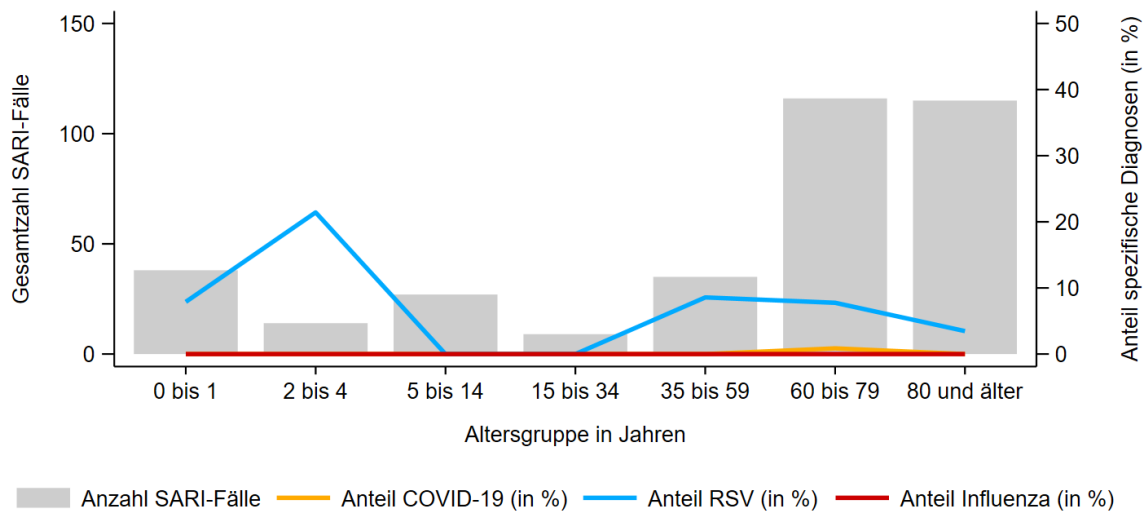
**Abb. 6:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 18. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten blieb in der 18. KW 2026 stabil und lag bei 6 % (Vorwoche: 6 %; Abb. 7). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen bei den SARI-Fällen blieb in der 18. KW weiter niedrig und lag erneut bei unter 1 %. In der 18. KW wurde keine Influenza-Erkrankung unter den SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert.



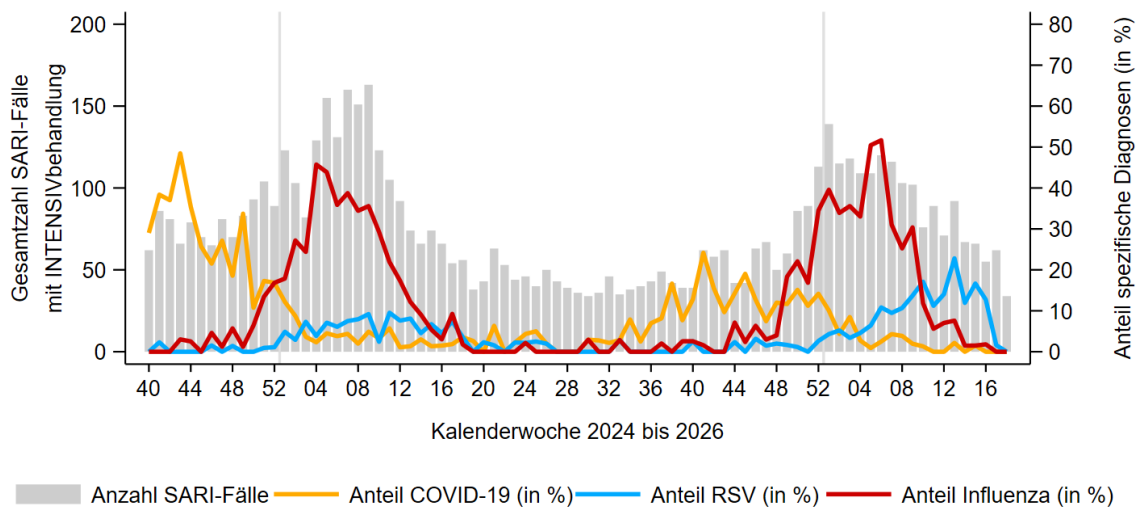
**Abb. 7:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 18. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

RSV-Erkrankungen traten in der 18. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten in den Altersgruppen unter 5 Jahren sowie ab 35 Jahren auf (Abb. 8). COVID-19-Diagnosen wurden nur sehr vereinzelt bei den 60- bis 79-Jährigen vergeben. In der 18. KW wurde in keiner Altersgruppe eine Influenza-Erkrankung bei den SARI-Fällen diagnostiziert.



**Abb. 8:** Anzahl der in der 18. 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. In der 18. KW 2026 wurden keine RSV-, Influenza- und COVID-19-Diagnosen bei 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 18. 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)

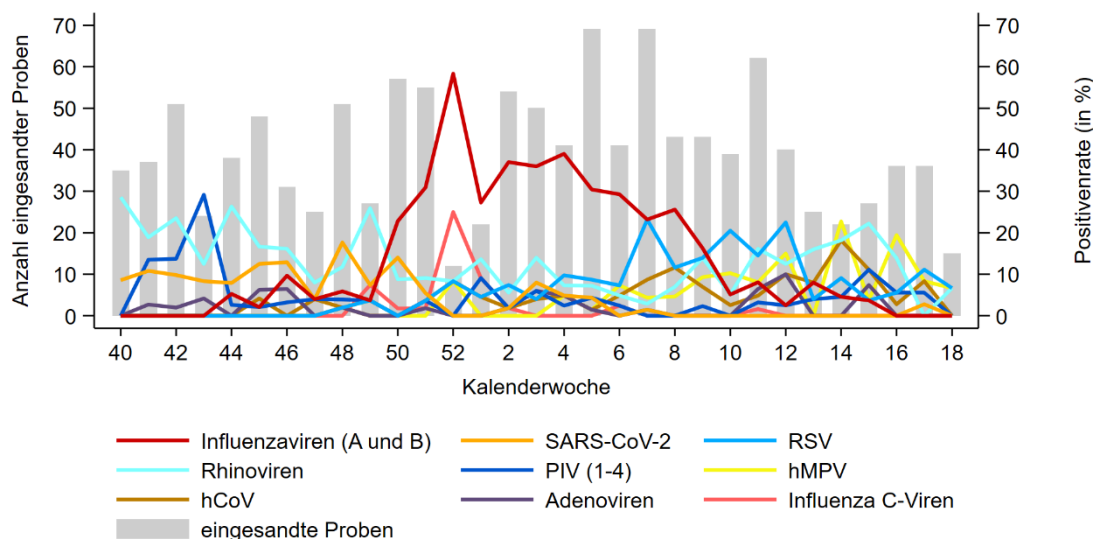
Die virologische SARI-Sentinel-Surveillance umfasst zehn Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ wurden in der 18. KW 2026 aus drei der zehn teilnehmenden Kliniken 15 Sentinelproben zugesandt. In drei (20 %) der 15 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 10). In der 18. KW 2026 wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) sowie Rhinoviren in jeweils einer Probe nachgewiesen (Abb. 10). Influenzaviren (A und B), SARS-CoV-2, Parainfluenzaviren (PIV), humane saisonale Coronaviren (hCoV), Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 18. KW nicht nachgewiesen. Es gab keine Mehrfachinfektionen.

**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 18. KW 2026), Stand 5.5.2026.

	15. KW	16. KW	17. KW	18. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	27	36	36	15	1.225
Probenanzahl mit Virusnachweis*	13	16	12	3	601
Positivenrate (PR)	48 %	44 %	33 %	20 %	49 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H <sub>3</sub> N <sub>2</sub> )	0	0	0	0	127
A(H1N1)pdm09	1	0	0	0	58
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	0	1	0	62
RSV	1	2	4	1	89
hMPV	1	7	3	1	50
PIV (1 – 4)	3	2	2	0	52
Rhinoviren	6	5	0	1	152
hCoV	3	1	3	0	51
Adenoviren	2	0	0	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 18. KW 2026.

Von der 15. KW bis zur 18. KW 2026 wurde RSV vorwiegend bei den 0- bis 1-jährigen und den ab 35-jährigen detektiert. Rhinoviren wurden in fast allen Altersgruppen nachgewiesen, insbesondere bei den 2- bis 4-jährigen. HMPV wurde am häufigsten bei den 5- bis 14-jährigen detektiert. Influenzaviren (A und B) wurden vereinzelt bei den 60- bis 79-jährigen identifiziert.

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 18. MW 2026 wurden bislang 166 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 166 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). In der 18. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 38 (23 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 5.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 242.175 Fälle übermittelt. Davon entfallen 239.922 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 64.791 (27 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.158 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

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

	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	845	552	447	295	180	129	228.963
A(H1N1)pdm09	15	6	2	5	3	1	1.429
A(H3N2)	7	5	4	1	0	0	2.336
nicht nach A / B differenziert	17	14	7	10	5	0	4.682
B	67	58	60	56	45	36	2.512
<b>Gesamt</b>	<b>951</b>	<b>635</b>	<b>520</b>	<b>367</b>	<b>233</b>	<b>166</b>	<b>239.922</b>
Hospitalisierte Fälle	298	230	211	157	81	38	64.791

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

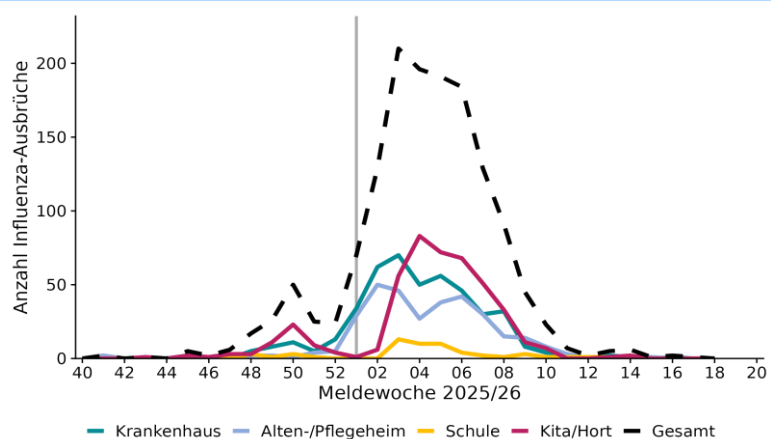
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.450 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 18. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

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

### Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	1.450
Krankenhaus	443
Alten-/Pflegeheim	322
Schule	56
Kita/Hort	448
sonstige Settings*	181
Anzahl Ausbruchsfälle	19.748
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 18. MW 2026 wurden bislang 149 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 148 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. In der 18. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 60 (41 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 5.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 116.315 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 114.735 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.343 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.576 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)

	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	314	271	254	212	160	148	<b>114.735</b>
Hospitalisierte Fälle	139	117	122	99	84	60	<b>42.343</b>

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

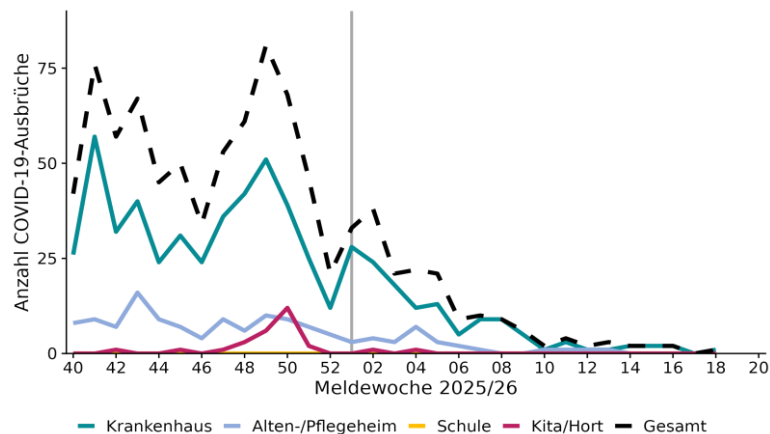
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 888 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 18. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

**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	888
Krankenhaus	575
Alten-/Pflegeheim	133
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	152
Anzahl Ausbruchsfälle	8.699
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 18. MW 2026 wurden bislang insgesamt 773 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 744 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). In der 18. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 209 (28 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 18. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 5.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 68.581 Fälle übermittelt. Davon entfallen 66.687 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 19.660 (29 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 374 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)

	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	3.586	2.453	2.185	1.824	1.305	744	66.687
Hospitalisierte Fälle	1.098	782	882	630	442	209	19.660

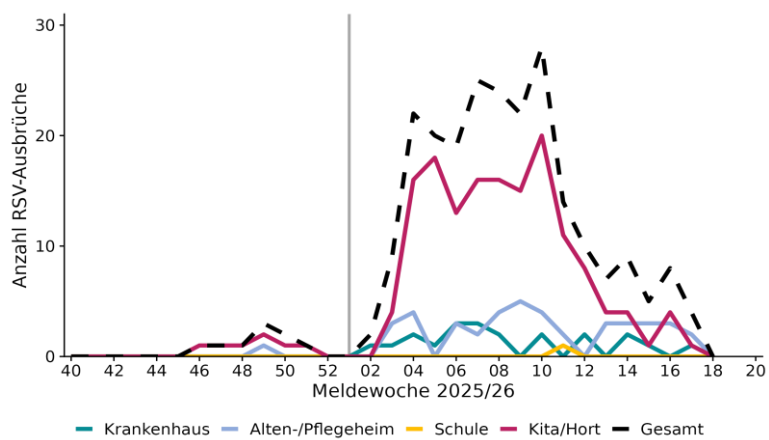
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 237 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 18. MW 2026 wurde bisher kein 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	237
Krankenhaus	21
Alten-/Pflegeheim	42
Schule	1
Kita/Hort	158
sonstige Settings*	15
Anzahl Ausbruchsfälle	2.395
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,1



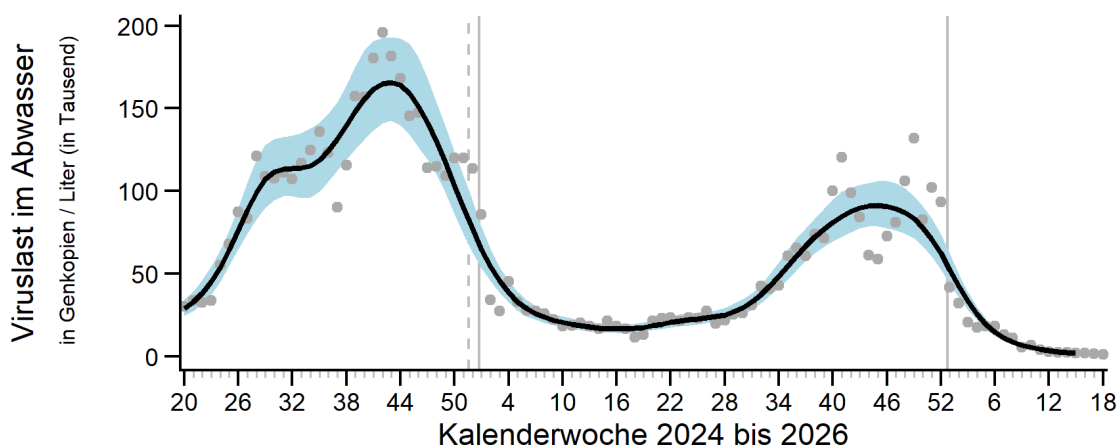
\*Unter sonstige Settings sind alle weiteren Settings wie z.B. privater Haushalt, Arbeitsplatz oder Freizeit zusammengefasst.

**Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern**

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

**SARS-CoV-2**

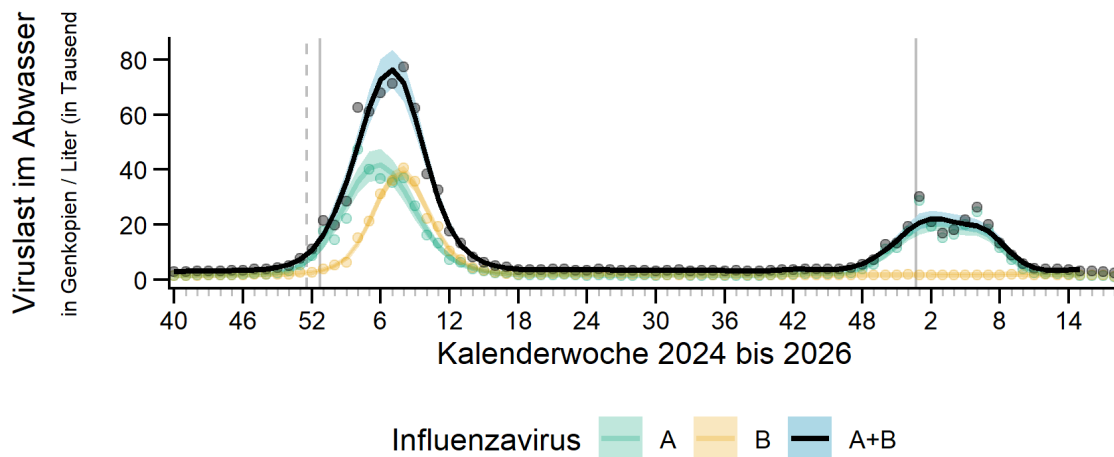
Für die 18. KW wurden Daten aus 62 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 11).



**Abb. 11:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 5.5.2026, 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 (29.4.2026, 18. 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

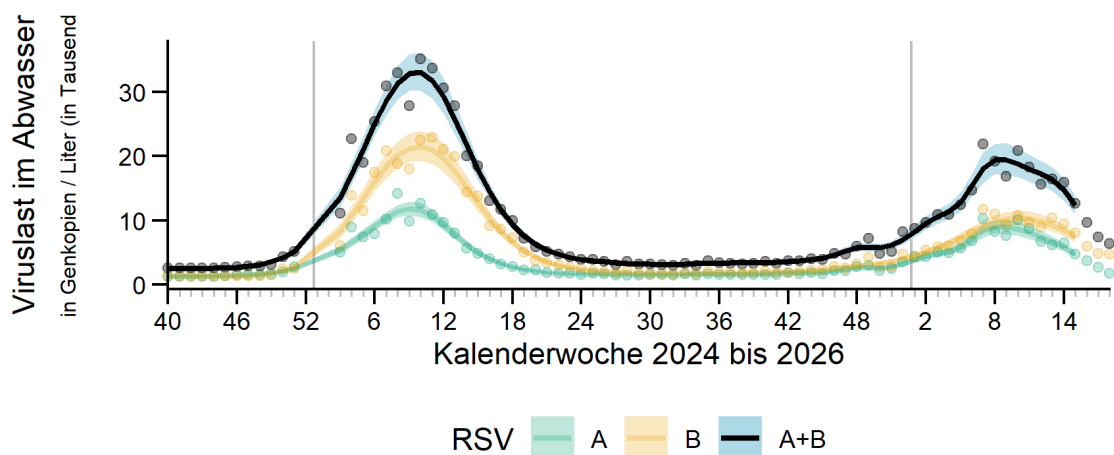
Für die 18. KW 2026 wurden Daten aus 61 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza-Viruslast im Abwasser sind seit etwa der 10. KW 2026 niedrig. (Abb. 12).



**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 5.5.2026, 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 (29.4.2026, 18. 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 18. KW 2026 wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B in den letzten Wochen kontinuierlich gesunken (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 5.5.2026, 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 (29.4.2026, 18. 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/#/](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. 5 und 6 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 18/2026 | DOI: 10.25646/14209