



# ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
21. bis 23. Kalenderwoche (18.5. bis 7.6.2026)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Berichterstattung erfolgt bis zur 39. KW monatlich, der nächste ARE-Monatsbericht erscheint am 8.7.2026 (KW 28).

Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert. Eine zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage wird weiterhin wöchentlich (mittwochs) unter [www.rki.de/are-bericht](http://www.rki.de/are-bericht) veröffentlicht. Auch das [ARE-Dashboard](#) wird wöchentlich aktualisiert.

Seit einigen Wochen wird eine sehr niedrige ARE-Aktivität beobachtet, auch die Zahl schwerer Atemwegserkrankungen ist zuletzt auf ein sehr niedriges Niveau gesunken. Die ARE- und SARI-Aktivität befinden sich damit auf einem für diese Jahreszeit üblichen Niveau.

Das ARE-Geschehen wird durch Erkältungsviren, vor allem Rhinoviren, bestimmt. Die Aktivität von SARS-CoV-2 ist derzeit in allen Systemen niedrig.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist seit der 20. KW 2026 insgesamt gesunken und lag in der 23. KW auf einem sehr niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE von der 21. bis zur 23. KW 2026 gesunken und befand sich ebenfalls auf einem sehr niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 21. bis zur 23. KW 2026 in insgesamt 69 der 124 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (29 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (11 %) sowie weitere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels. Influenzaviren oder SARS-CoV-2 wurden im Berichtszeitraum nicht nachgewiesen.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) im Zeitraum von der 21. bis zur 23. KW 2026 weiter zurück und lag auf einem sehr niedrigen Niveau, das für diese Jahreszeit üblich ist. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten in der 21. bis zur 23. KW 2026 zu 2 % RSV-Diagnosen und weniger als 1 % Influenza- oder COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden im Mai 2026 in 55 der 134 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (19 %) und PIV (12 %).

Von der 21. bis zur 23. Meldewoche (MW) wurden an das RKI gemäß IfSG wöchentlich weniger RSV-Fälle sowie eine niedrige Zahl an Influenza- und COVID-19-Fällen übermittelt.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde im Zeitraum von der 16. bis zur 20. KW 2026 mit elf Nachweisen am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien detektiert.

Die RSV-Last im Abwasser ist in den letzten Wochen weiter gesunken. Sowohl die Werte der Influenza-Viruslast als auch die SARS-CoV-2-Last im Abwasser blieben 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>.
- 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)

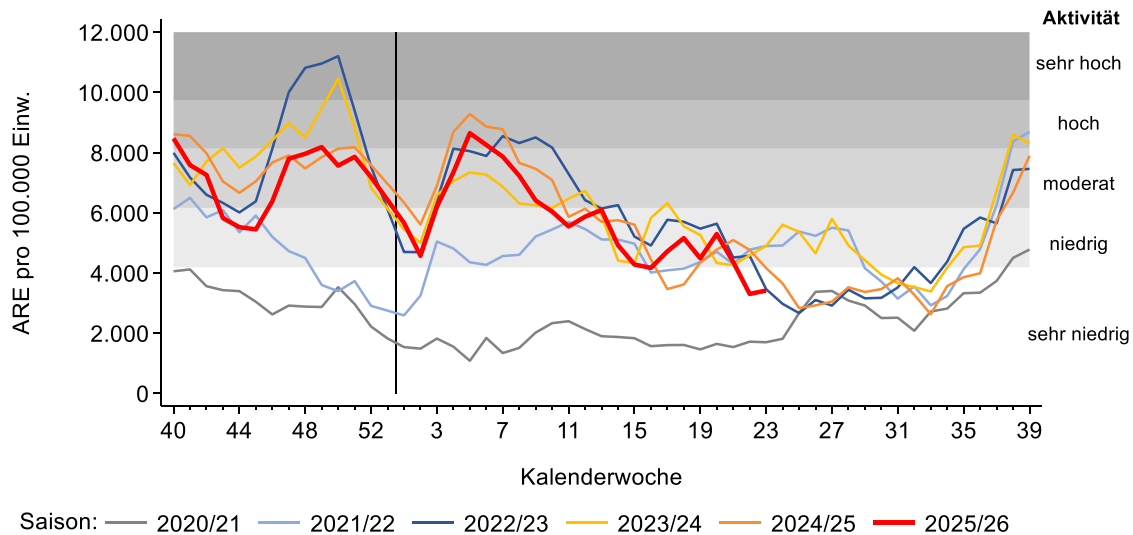
## Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

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

## Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

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

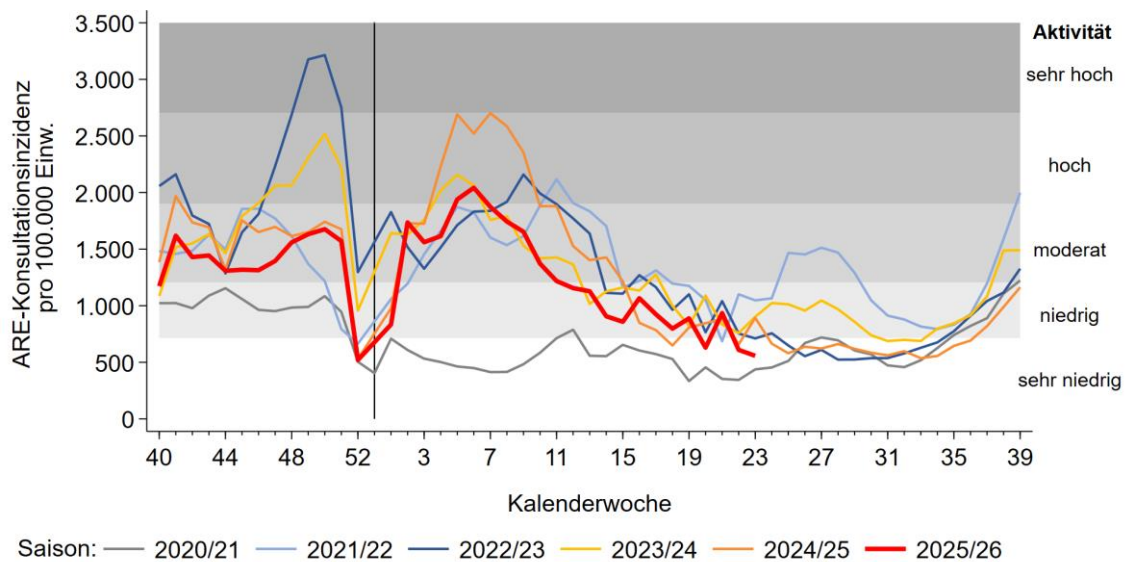
Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist seit der 20. KW 2026 insgesamt und in allen Altersgruppen gesunken. In der 23. KW blieb die ARE-Inzidenz mit rund 3.400 ARE pro 100.000 Einw. im Vergleich zur Vorwoche stabil auf einem sehr niedrigen Niveau (Vorwoche: 3.300; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 2,9 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 23. 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 23. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.100 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

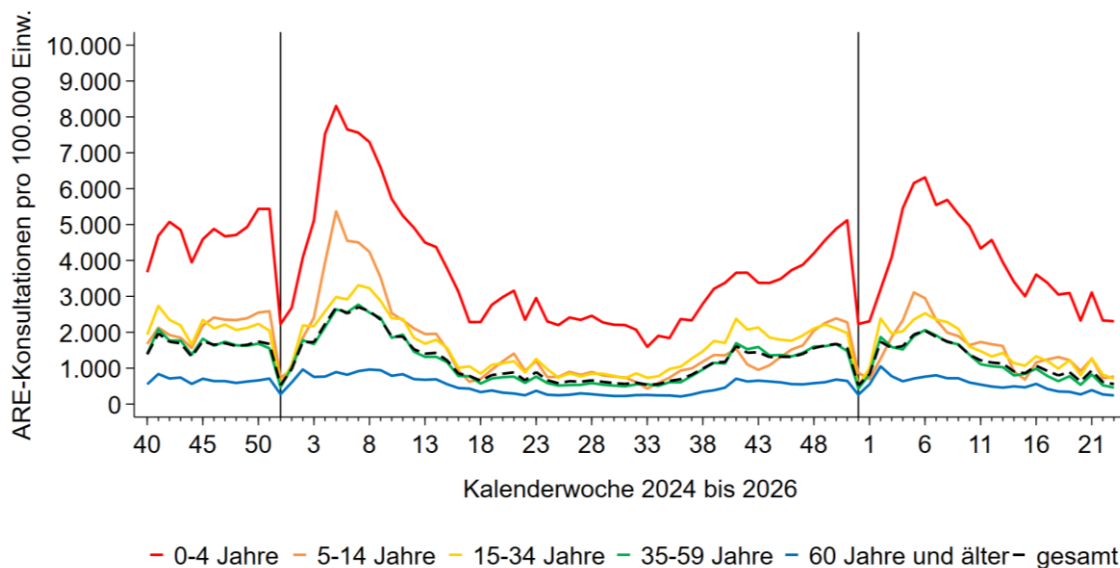
### Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Zeitraum von der 21. bis zur 23. KW 2026 gesunken und lag in der 23. KW mit rund 600 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. auf einem sehr niedrigen Niveau (Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 470.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 23. 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 23. 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 von der 21. bis 23. KW 2026 in den meisten Altersgruppen gesunken (Abb. 3). Die Werte befinden sich in allen Altersgruppen auf einem sehr niedrigen Niveau.



**Abb. 3:** Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 23. 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)

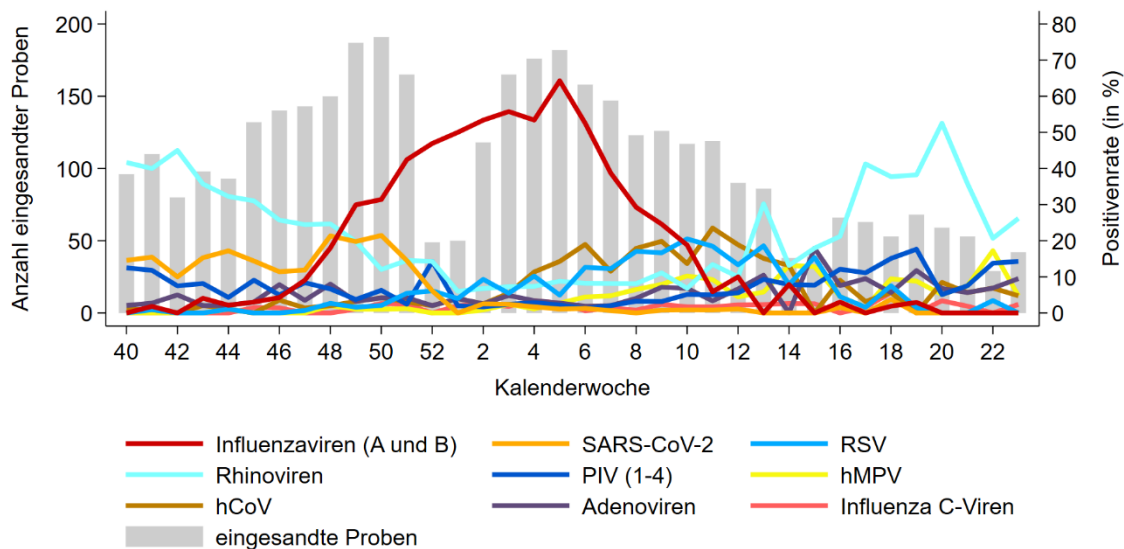
Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel von der 21. bis zur 23. KW 2026 insgesamt 124 Sentinelproben von 28 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 69 (56 %) der 124 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR); 29 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 11 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 9 %), Adenoviren (7 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 6 %), Influenza C-Viren (2 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 1 %) (Tab. 1 und Abb. 4). Influenzaviren (A und B) sowie SARS-CoV-2 wurden von der 21. bis zur 23. KW nicht nachgewiesen. Es gab zehn Mehrfachinfektionen, vorrangig bei Kindern bis vier Jahren und hauptsächlich mit Beteiligung von Adenoviren oder Rhinoviren.

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 23. KW 2026), Stand 9.6.2026.

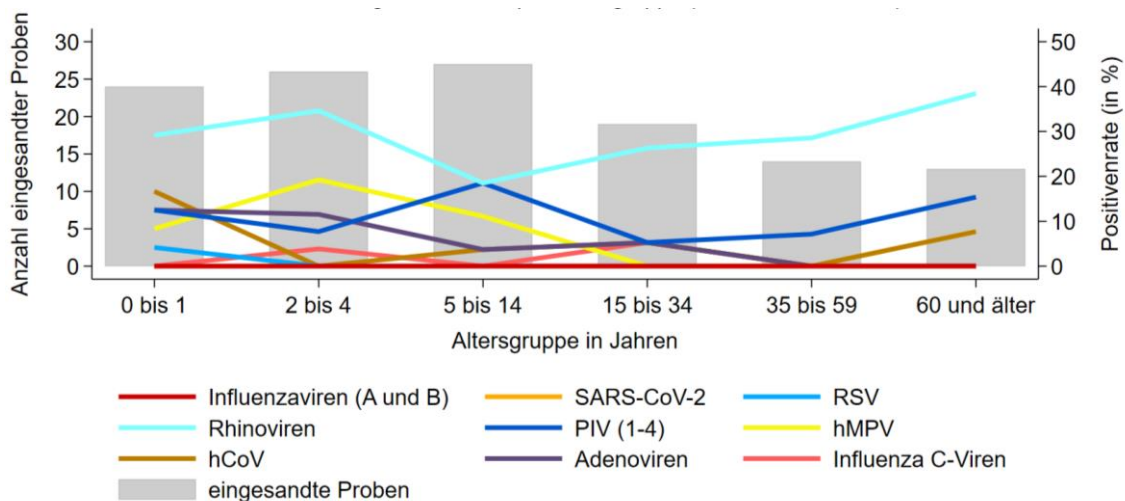
	20. KW	21. KW	22. KW	23. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	59	53	29	42	3.801
Probenanzahl mit Virusnachweis*	44	30	17	22	2.660
Positivenrate (PR)	75 %	57 %	59 %	52 %	70 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	7
A(H3N2)	0	0	0	0	647
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	259
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	0	0	0	0	281
RSV	0	0	1	0	248
hMPV	3	4	5	2	125
PIV (1-4)	3	4	4	6	226
Rhinoviren	31	19	6	11	750
hCoV	5	3	2	2	291
Adenoviren	4	3	2	4	180
Influenza C-Viren	2	1	0	1	58

\* 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 23. KW 2026.

Von der 21. bis 23. KW 2026 dominierten Rhinoviren in allen Altersgruppen. PIV wurde ebenfalls in allen Altersgruppen nachgewiesen. HMPV, hCoV und Adenoviren wurden am häufigsten bei den Säuglingen und Kleinkindern (0- bis 4-jährige) detektiert (Abb. 5).



**Abb. 5:** 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 des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 21. KW bis zur 23. 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>.

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter: [www.rki.de/nrz-influenza](http://www.rki.de/nrz-influenza).

## Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

Für die monatlichen Berichterstattung sind die SARS-CoV-2-Variantenanteile für die 16. bis 20. KW 2026 zusammengefasst. Für diesen Zeitraum stehen aktuell 14 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zu Verfügung (Stand 9.6.2026). Die weiterhin niedrige Anzahl an SARS-CoV-2-Nachweisen spiegelt die derzeit geringe Zirkulation von SARS-CoV-2 wider, die auch in den anderen Surveillancesystemen beobachtet wird.

Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde mit elf Nachweisen (Nachweise in der 16. bis 19. KW) weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien detektiert. Die rekombinante Linie XFG sowie die Linie BA.3.2 wurden jeweils einmal im Berichtszeitraum nachgewiesen (Nachweise BA.3.2 in der 17. KW, XFG in der 20. KW).

WHO<sup>1,2</sup> und ECDC<sup>3</sup> stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko als gering ein. Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume.

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).

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

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

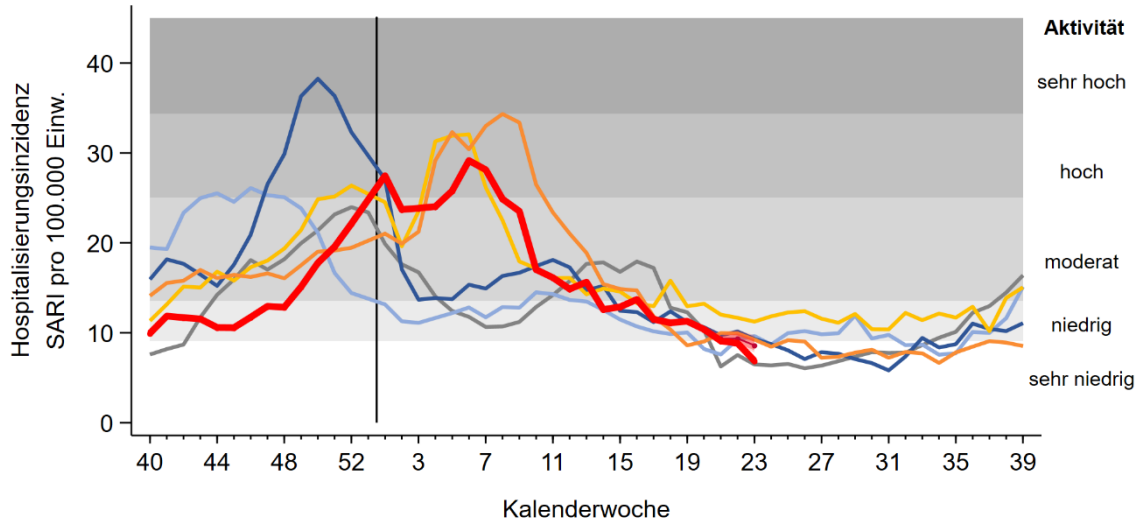
<sup>3</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-23-2026.pdf>

## Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) liegt die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 14. KW 2026 fast durchgehend auf einem für diese Jahreszeit üblichen niedrigen Niveau. Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 23. KW auf einem sehr niedrigen Niveau.

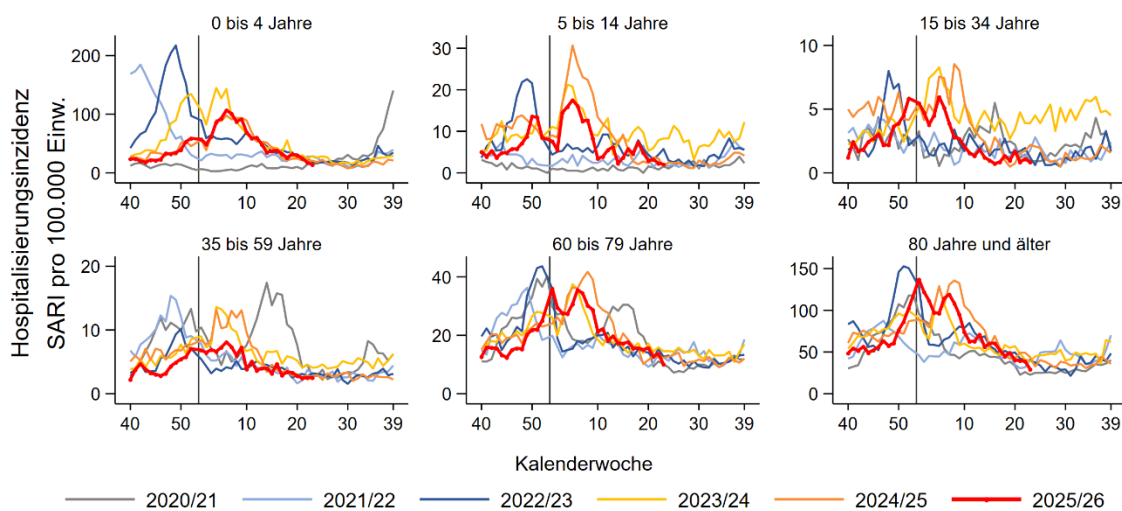
Das Ergebnis des Nowcasting-Modells zeigt für die 21. bis 23. KW 2026 stabile SARI-Fallzahlen und bestätigt die Einordnung der SARI-Inzidenz in der 23. KW auf einem sehr niedrigen Niveau (Abb. 6, rot hinterlegter Bereich).

Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: [RKI - FAQ zu ARE](#).



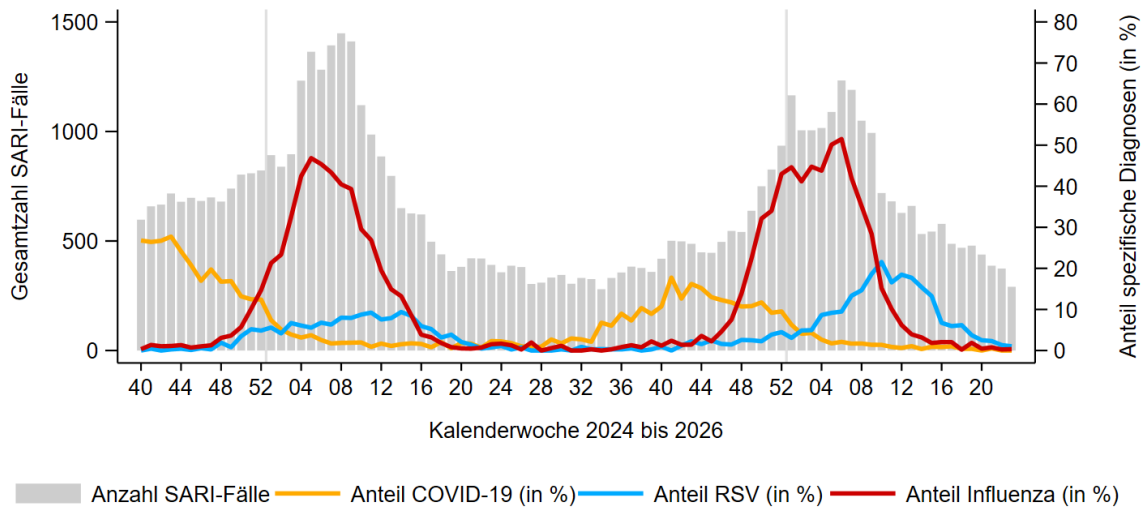
**Abb. 6:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 23. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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 21. bis 23. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen stabil oder zeigte einen weiteren Rückgang. Die SARI-Inzidenz lag im Zeitraum zwischen der 21. und 23. KW 2026 in allen Altersgruppen auf einem niedrigen oder sehr niedrigen Niveau (Abb. 7).



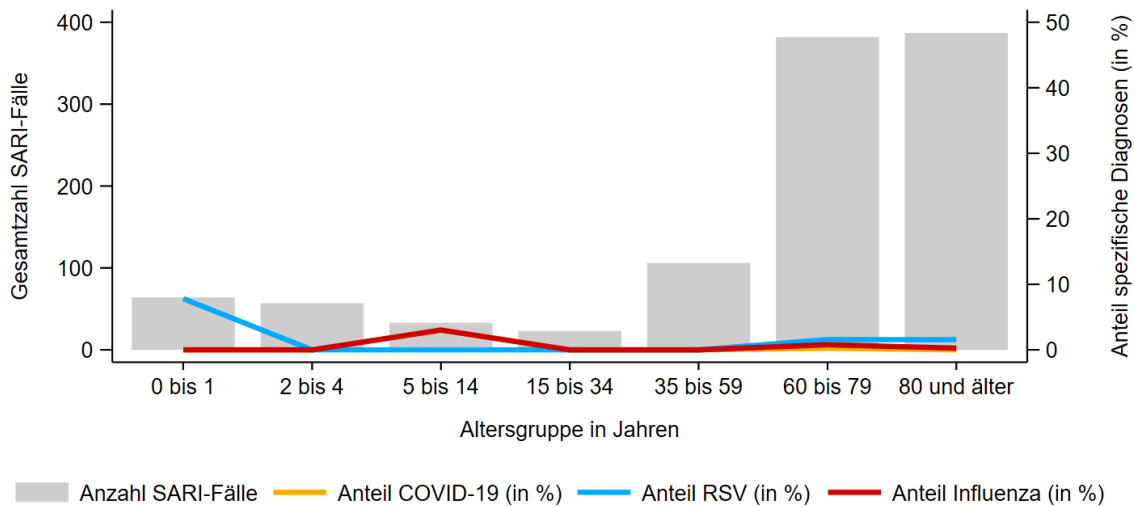
**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 23. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Im Zeitraum von der 21. bis zur 23. KW 2026 lag der Anteil von RSV-Diagnosen an allen SARI-Fällen bei 2 %. Der Anteil der SARI-Fälle mit COVID-19- bzw. Influenza-Diagnose blieb ebenfalls niedrig und lag in der 23. KW 2026 unter 1 % (Abb. 8).



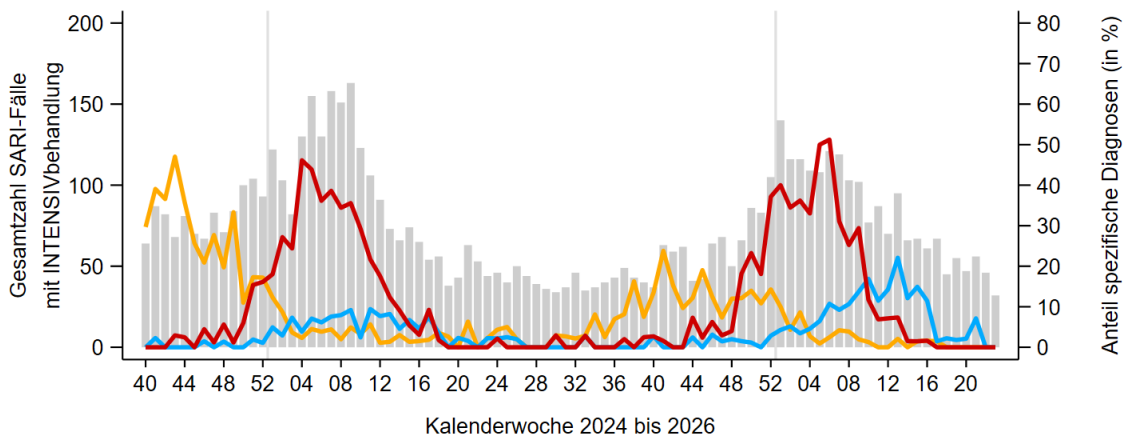
**Abb. 8:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 23. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

RSV-Erkrankungen wurden von der 21. bis zur 23. KW 2026 bei 8 % bei SARI-Patientinnen und -Patienten unter 2 Jahren sowie selten in der Altersgruppe ab 60 Jahren diagnostiziert (Abb. 9). Influenza- und COVID-19-Diagnosen wurden nur sporadisch in den verschiedenen Altersgruppen vergeben.



**Abb. 9:** Anzahl der in der 21. bis 23. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Von der 21. bis zur 23. KW 2026 wurden bei 3 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine RSV-Erkrankung diagnostiziert (Abb. 10). COVID-19- bzw. Influenza-Diagnosen wurden von der 21. bis zur 23. KW 2026 nicht vergeben.



■ Anzahl SARI-Fälle — Anteil COVID-19 (in %) — Anteil RSV (in %) — Anteil Influenza (in %)

**Abb. 10:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 23. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Zu beachten ist, dass es sich um Auswertungen vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

### Virologische SARI-Surveillance im Krankenhaus-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

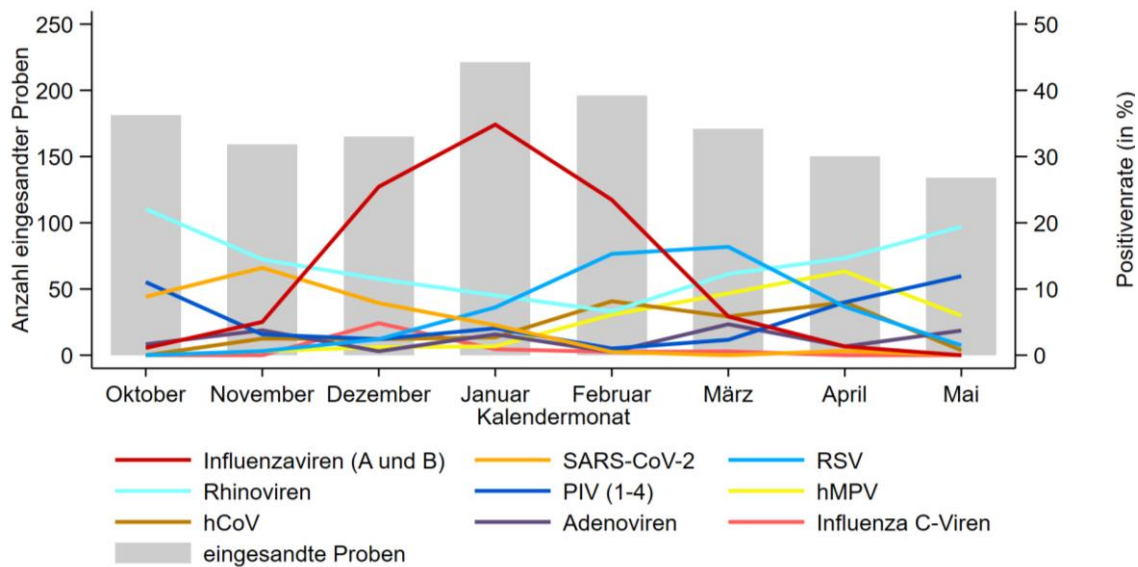
Die virologische SARI-Sentinel-Surveillance umfasst zehn Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ wurden im Mai 2026 aus sieben der zehn teilnehmenden Kliniken 134 Sentinelproben zugesandt. In 55 (41 %) der 134 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). Im Mai 2026 wurden Rhinoviren (19 %), Parainfluenzaviren (PIV) (12 %), humane Metapneumoviren (hMPV) (6 %), Adenoviren (4 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV; 1 %) sowie humane Coronaviren (hCoV; 1 %) nachgewiesen (Abb. 11). Influenzaviren (A und B), SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren wurden nicht detektiert. Es gab im Mai 2026 drei Doppelinfektionen bei Kindern mit Beteiligung von Rhinoviren und Adenoviren.

**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 zum 31.5.2026), Stand 9.6.2026.

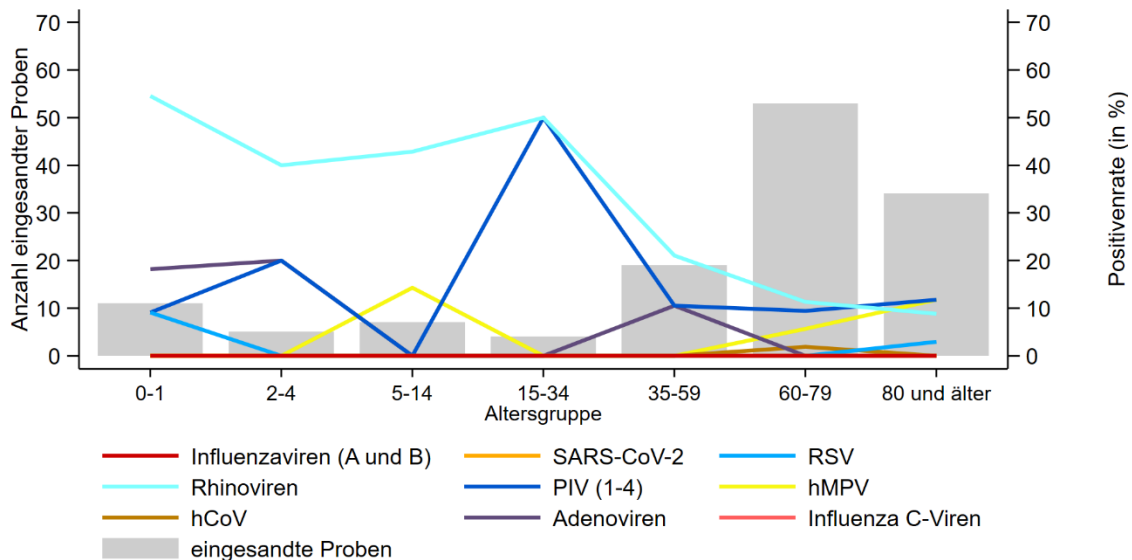
	Februar	März	April	Mai	Gesamt ab Oktober 2025
Anzahl eingesandter Proben	196	171	150	134	1.377
Probenanzahl mit Virusnachweis*	106	79	69	55	669
Positivenrate (PR)	54 %	46 %	46 %	41 %	49 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	30	5	1	0	127
A(H1N1)pdm09	16	5	1	0	58
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	1	0	1	0	62
RSV	30	28	11	2	92
hMPV	12	16	19	8	61
PIV (1 – 4)	2	4	12	16	72
Rhinoviren	13	21	22	26	184
hCoV	16	10	12	1	53
Adenoviren	1	8	2	5	33
Influenza C-Viren	1	1	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. 11:** Anteil der Nachweise für Influzaviren (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 Oktober 2025 bis Mai 2026.

Im Mai 2026 dominierten Rhinoviren in fast allen Altersgruppen, insbesondere bei den 0- bis 34-jährigen. PIV wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen häufig nachgewiesen. HMPV wurde vorrangig bei den 0- bis 14-jährigen sowie den ab 60-jährigen detektiert. RSV wurde vor allem bei den 0- bis 1-jährigen identifiziert sowie vereinzelt bei den ab 80-jährigen. Influenza A- und B-Viren sowie SARS-CoV-2 wurden im Mai 2026 in der virologischen SARI-Surveillance nicht nachgewiesen (Abb. 12).



**Abb. 12:** Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influzaviren (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) im Mai 2026.

## Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 21. bis 23. MW 2026 wurden bislang 286 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 286 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influzavirusinfektionen (Tab. 3). Im Berichtszeitraum ging die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt zurück. Bei 80 (28 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 9.6.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 242.788 Fälle übermittelt. Davon entfallen 240.536 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 65.048 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.219 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)

	18. MW	19. MW	20. MW	21. MW	22. MW	23. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	137	107	61	91	72	34	229.365
A(H1N1)pdm09	1	3	1	6	3	0	1.444
A(H3N2)	0	4	3	5	2	0	2.350
nicht nach A / B differenziert	0	3	4	1	2	0	4.698
B	41	61	30	24	26	20	2.679
<b>Gesamt</b>	<b>179</b>	<b>178</b>	<b>99</b>	<b>127</b>	<b>105</b>	<b>54</b>	<b>240.536</b>
Hospitalisierte Fälle	52	59	26	34	29	17	65.048

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

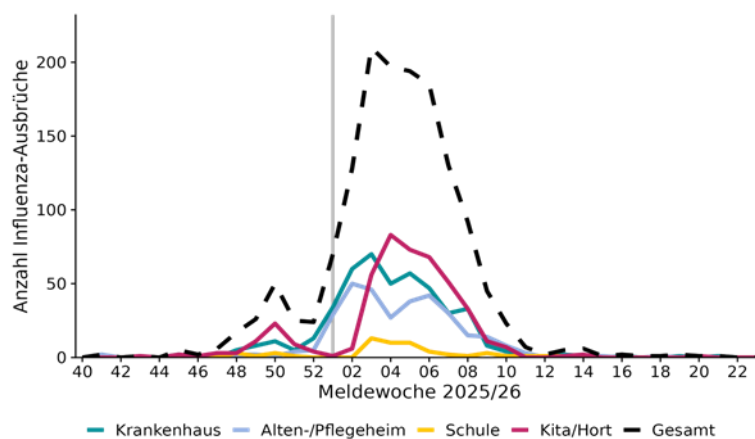
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.461 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 21. bis 23. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

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

#### Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	1.461
Krankenhaus	446
Alten-/Pflegeheim	323
Schule	56
Kita/Hort	450
sonstige Settings*	186
Anzahl Ausbruchsfälle	19.914
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 21. bis 23. MW 2026 wurden bislang 234 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 234 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Im Berichtszeitraum ging die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt zurück.

Bei 93 (40 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 9.6.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 116.796 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 115.215 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.570 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.599 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)

	18. MW	19. MW	20. MW	21. MW	22. MW	23. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	148	138	99	90	82	62	115.215
Hospitalisierte Fälle	73	59	33	34	37	22	42.570

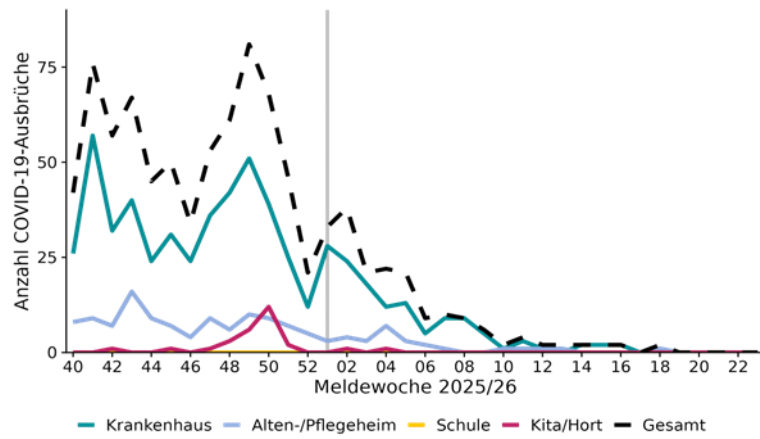
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können. Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 888 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 21. bis 23. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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

**COVID-19-Ausbrüche**

Gesamtzahl Saison	888
Krankenhaus	574
Alten-/Pflegeheim	134
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	152
Anzahl Ausbruchsfälle	8.724
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 21. bis 23. MW 2026 wurden bislang insgesamt 585 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 569 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Im Berichtszeitraum ging die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt zurück. Bei 226 (40 %) der laborbestätigten Fälle von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 9.6.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 70.235 Fälle übermittelt. Davon entfallen 68.298 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 20.467 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 427 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

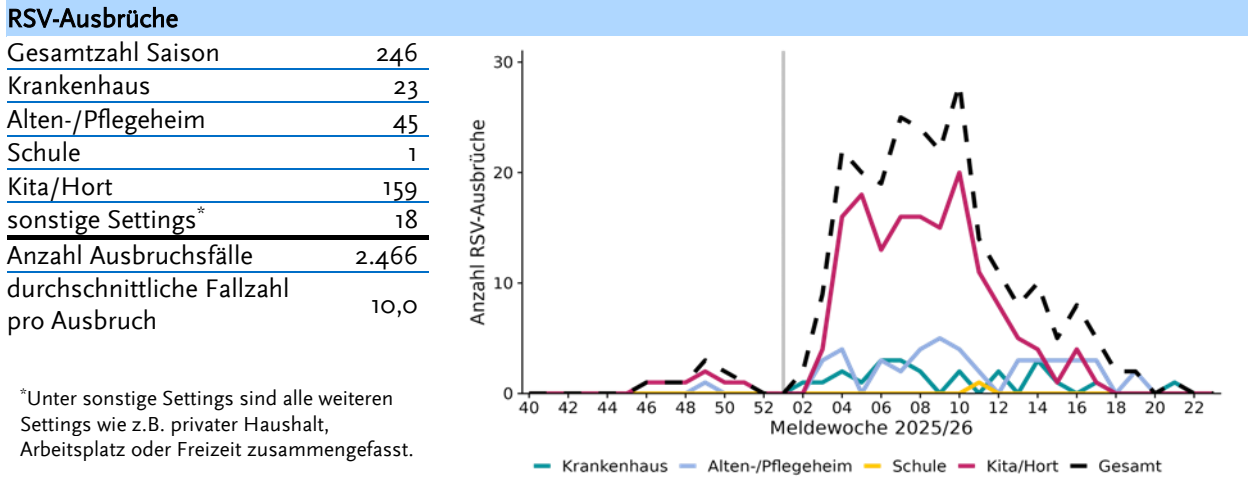
**Tab. 7:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	18. MW	19. MW	20. MW	21. MW	22. MW	23. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	759	632	356	268	192	109	68.298
Hospitalisierte Fälle	252	253	151	109	73	44	20.467

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 246 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 21. bis 23. 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.

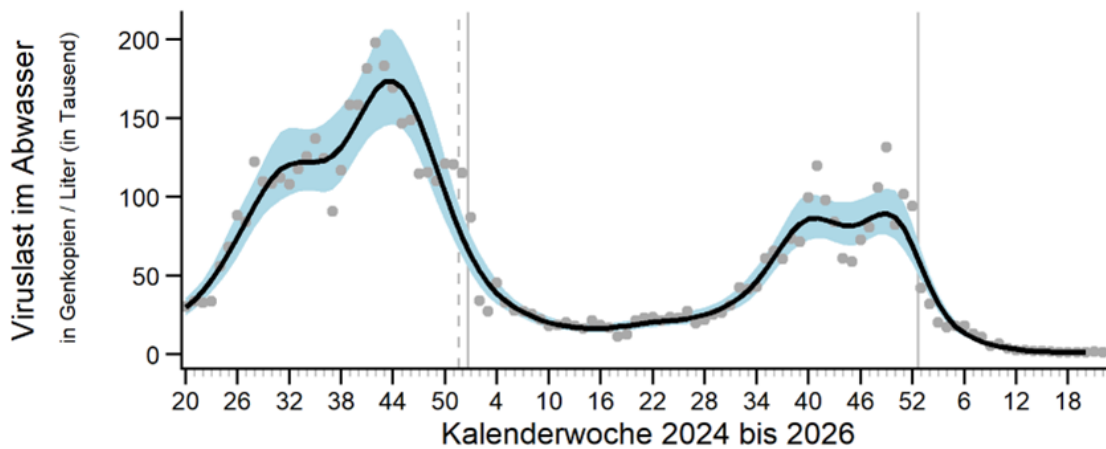


## Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

### SARS-CoV-2

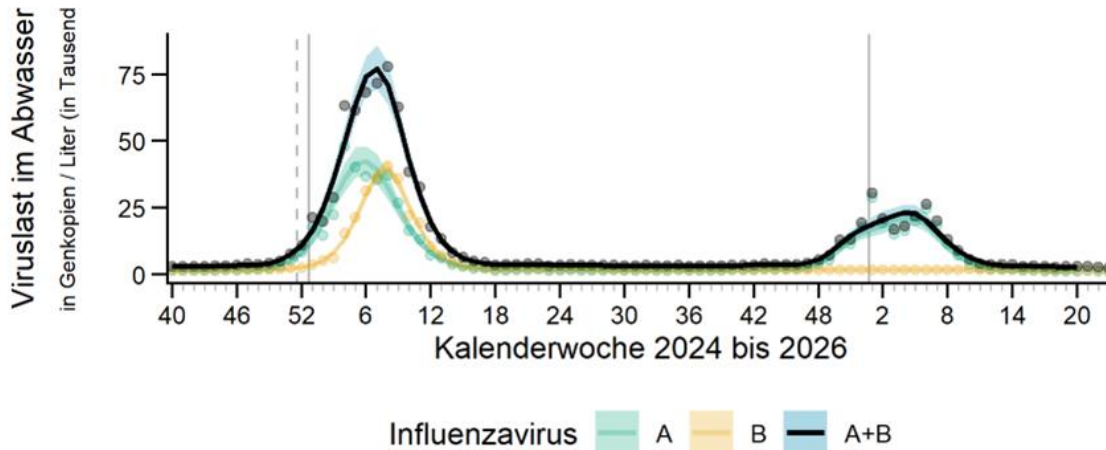
Für die 21. bis 23. KW 2026 wurden Daten aus insgesamt 75 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 13).



**Abb. 13:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 9.6.2026, 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 (3.6.2026, 23. 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

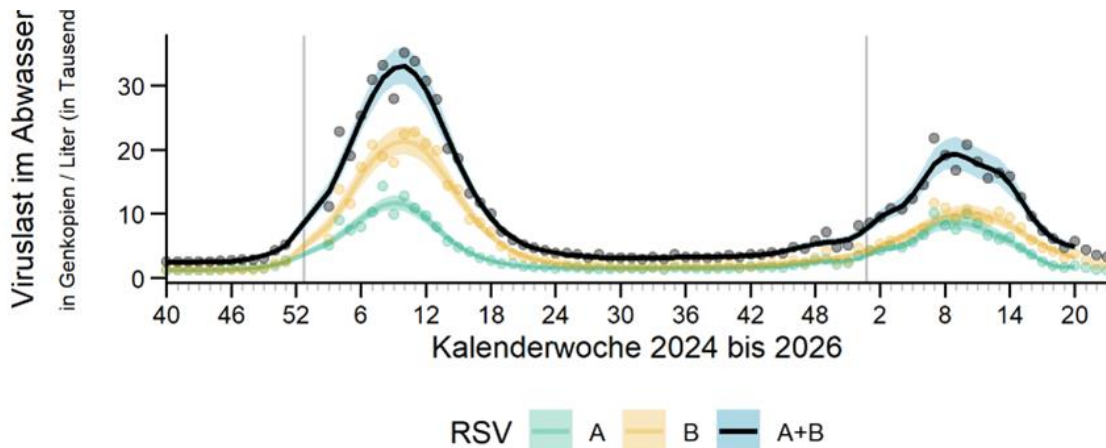
Für die 21. bis 23. KW wurden Daten aus insgesamt 75 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza-Viruslast im Abwasser sind weiterhin niedrig (Abb. 14).



**Abb. 14:** 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 9.6.2026, 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 (3.6.2026, 23. 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 21. bis 23. KW wurden Daten aus insgesamt 75 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B seit etwa der 10. KW 2026 gesunken (Abb. 15).



**Abb. 15:** 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 9.6.2026, 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 (3.6.2026, 23. 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. 6 und 7 im ARE-Wochenbericht) werden wöchentlich aktualisiert zur Verfügung gestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

- Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel): <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340322> bzw. [https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb\\_Daten\\_des\\_Wochenberichts](https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts)
- Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340315> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/ARE-Konsultationsinzidenz>
- Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8382330> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/SARI-Hospitalisierungsinzidenz>
- Die grafische Aufbereitung der Daten ist im ARE-Dashboard realisiert (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags), abrufbar unter: <https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick>.

Aktuelle Informationen zur Häufigkeit und zur Beurteilung der Gesamtsituation akuter Atemwegserkrankungen für die allgemeine Öffentlichkeit werden im Infektionsradar bereitgestellt: <https://infektionsradar.rki.de/de>.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: [https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS\\_Dashboard/DashboardVOC](https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC).

Ein Bericht über die Intensivbettenkapazität in Deutschland wird täglich veröffentlicht und ist abrufbar unter: <http://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage>.

Informationen zur Notaufnahmesurveillance akuter Atemwegsinfektionen sind im Dashboard unter <https://public.data.rki.de/t/public/views/Notaufnahmesurveillance/DashboardSyndrome> zu finden.

Übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise sind über [SurvStat@RKI](https://survstat.rki.de/) 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 21-23/2026 | DOI: 10.25646/14247