



ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
32. bis 35. Kalenderwoche (3.8. bis 30.8.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Berichterstattung erfolgt bis zur 39. KW monatlich, der nächste ARE-Monatsbericht erscheint am 30.9.2026 (KW 40). Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert. Eine zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage wird weiterhin wöchentlich (mittwochs) unter www.rki.de/are-bericht veröffentlicht. Auch das [ARE-Dashboard](#) wird wöchentlich aktualisiert.

Seit Ende Mai 2026 wird eine sehr niedrige ARE-Aktivität beobachtet, es deutete sich zum Ende der Sommerferien ein leichter Anstieg an. Auch die Zahl schwerer Atemwegserkrankungen war in den letzten Monaten sehr niedrig. Die ARE- und SARI-Aktivität befinden sich damit auf einem für diese Jahreszeit üblichen Niveau. Das ARE-Geschehen wird weiterhin durch Erkältungsviren, vor allem Rhinoviren und Parainfluenzaviren, bestimmt. Die Aktivität von SARS-CoV-2, RSV und Influenzaviren ist derzeit in allen Systemen niedrig, wobei sich jedoch in einigen Systemen in den letzten Wochen erste Signale für einen Anstieg der SARS-CoV-2- und Influenza-Aktivität zeigten.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist seit der 33. KW 2026 gestiegen, befindet sich jedoch weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau. Auch im ambulanten Bereich liegt die Zahl der ARE-Arztbesuche weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 32. bis zur 35. KW 2026 insgesamt 43 der 111 eingesandten Sentinelpollen respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (24 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV) und Adenoviren (je 7 %) sowie weitere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels. Influenzaviren (A und B) und SARS-CoV-2 wurden im Berichtszeitraum sporadisch nachgewiesen.

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den letzten zwölf Wochen tendenziell leicht gesunken und befindet sich auf einem sehr niedrigen Niveau. Von der 32. bis zur 35. KW 2026 wurden Influenza- oder COVID-19-Diagnosen bei jeweils weniger als 2 % der SARI-Patientinnen und -Patienten sowie keine RSV-Diagnosen vergeben.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden im August 2026 in elf der 70 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (9 %) und PIV (7 %). Influenza A(H3N2)-Viren wurden ebenfalls sporadisch nachgewiesen.

Von der 32. bis zur 35. Meldewoche (MW) war die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirus-, RSV- und SARS-CoV-2-Infektion weiter niedrig bei leicht steigenden Fallzahlen bei Influenza und COVID-19.

Die im Abwasser gemessene SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig mit leicht steigendem Trend. Die Influenza-Viruslast ist ebenfalls niedrig mit sporadischen Nachweisen in einem Teil der Klärwerke.

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>.
- 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 respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist nach einer relativ stabilen Phase seit der 33. KW wie in den Vorjahren zu dieser Zeit gestiegen. In der 35. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 3.700 ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau (Vorwoche: 2.700; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,1 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 35. KW unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

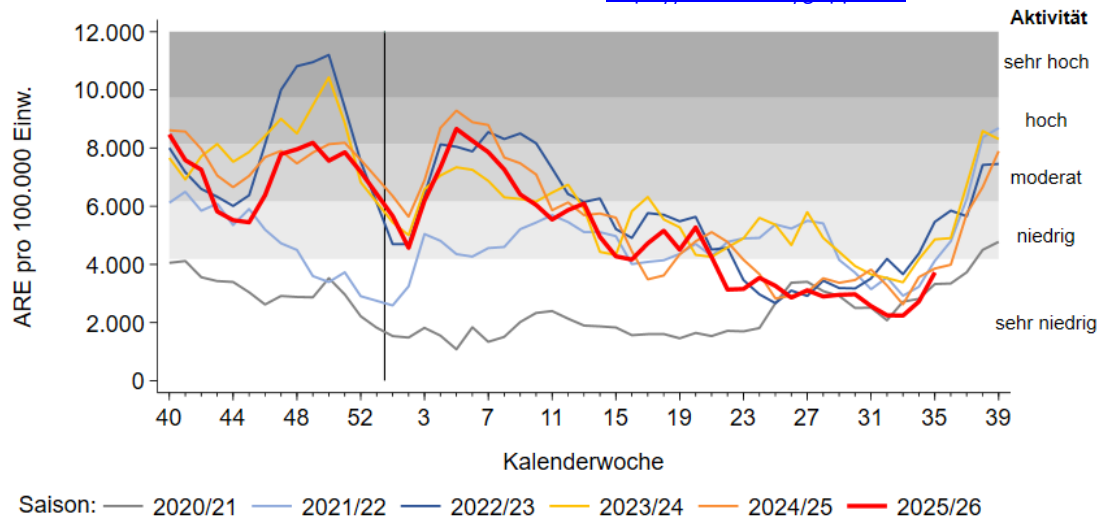


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 35. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.000 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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) lag wie im GrippeWeb-Sentinel seit der 22. KW 2026 auf einem sehr niedrigen Niveau und zeigte seit dem Tiefstwert in 32. KW einen leicht ansteigenden Trend (Abb. 2). In der 35. KW 2026 lag die ARE-Konsultationsinzidenz bei rund 600 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw., das ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 470.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

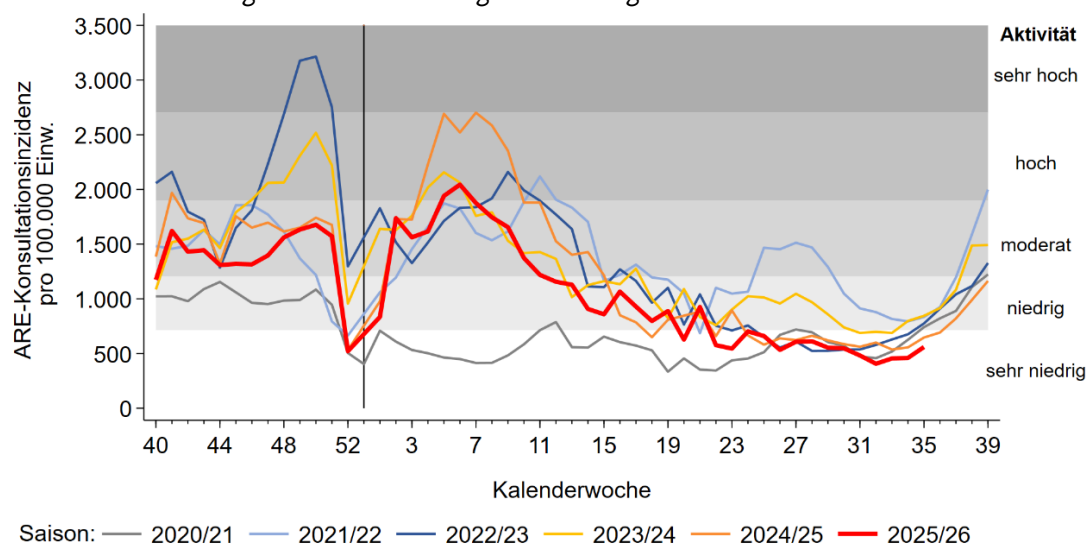


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 35. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 32. bis zur 34. KW 2026 in allen Altersgruppen relativ stabil geblieben, in der 35. KW sind die Werte in den meisten Altersgruppen gestiegen (Abb. 3). Die Werte befinden sich in allen Altersgruppen in der 35. KW auf einem sehr niedrigen Niveau. Die anhaltenden Sommerferien in vielen Bundesländern können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität haben (Feriendichte 32. bis 35. KW: zwischen 50 und 100 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte>).

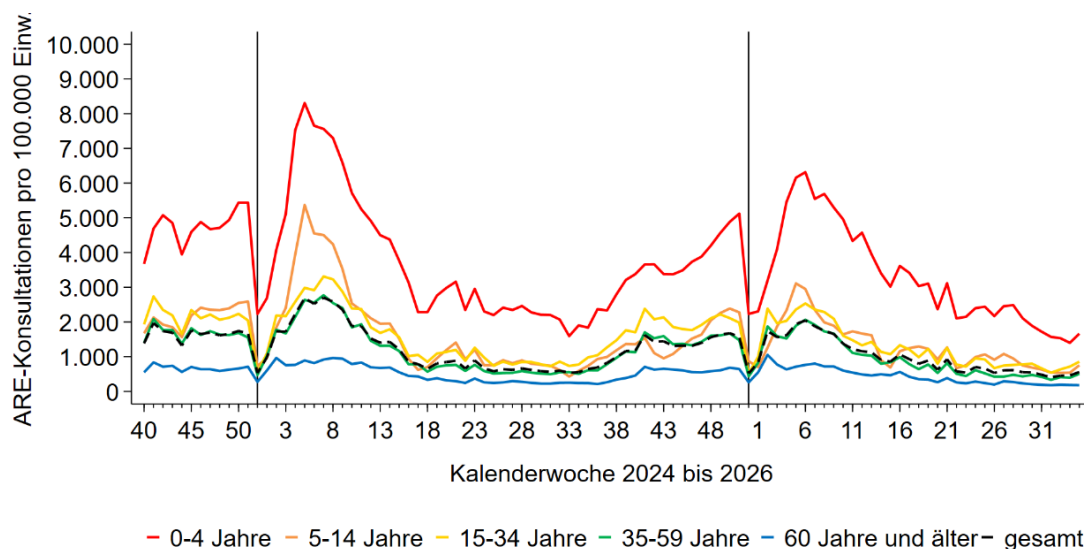


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 35. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel von der 32. bis zur 35. KW 2026 insgesamt 111 Sentinelproben von 29 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 43 (39 %) der 111 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR); 24 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV) und Adenoviren mit jeweils 7 %, humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) mit 3 %, Influenzaviren (A und B) mit 2 % und mit 1 % SARS-CoV-2 (Tab. 1 und Abb. 4). Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und Influenza C-Viren wurden von der 32. bis zur 35. KW nicht nachgewiesen. Es gab sieben Doppelinfektionen, vorrangig bei Kindern und hauptsächlich mit Beteiligung von Rhinoviren und PIV.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 35. KW 2026), Stand 1.9.2026.

		32. KW	33. KW	34. KW	35. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		31	22	32	26	4.208
Probenanzahl mit Virusnachweis*		16	7	10	10	2.858
	Positivenrate (PR)	52 %	32 %	31 %	38 %	68 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	7
	A(H3N2)	0	1	0	0	649
	A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	259
	B	0	0	1	0	3
SARS-CoV-2		0	0	1	0	284
RSV		0	0	0	0	250
hMPV		0	0	0	0	130
PIV (1 – 4)		4	2	2	0	267
Rhinoviren		12	3	4	8	874
hCoV		0	0	2	1	301
Adenoviren		3	2	1	2	210
Influenza C-Viren		0	0	0	0	59

* 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.

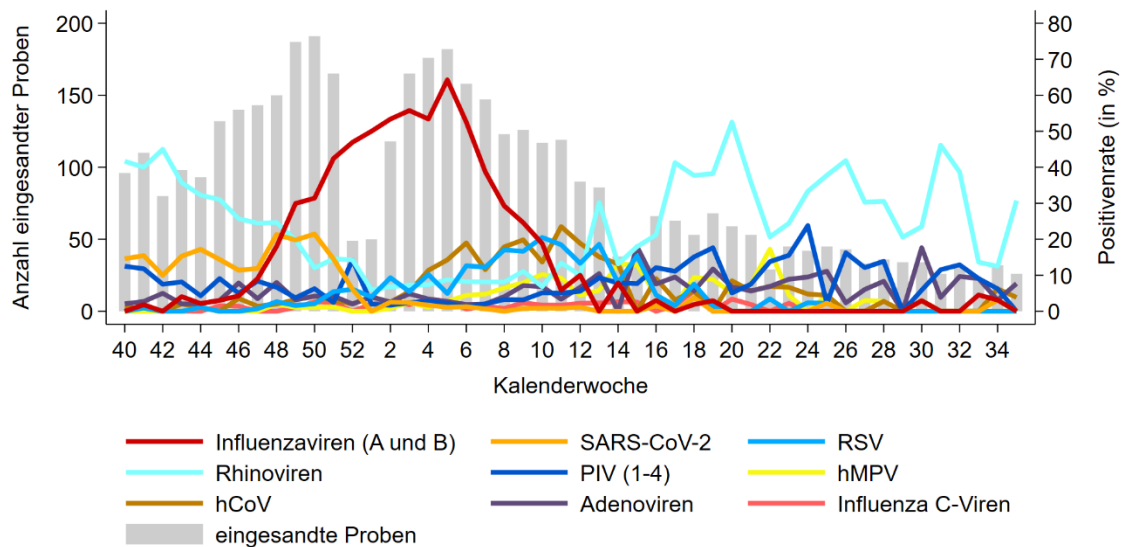


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 35. KW 2026.

Von der 32. bis 35. KW 2026 dominierten Rhinoviren in allen Altersgruppen. PIV wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen nachgewiesen. Adenoviren wurden bei den Kindern bis 14 Jahren detektiert (Abb. 5).

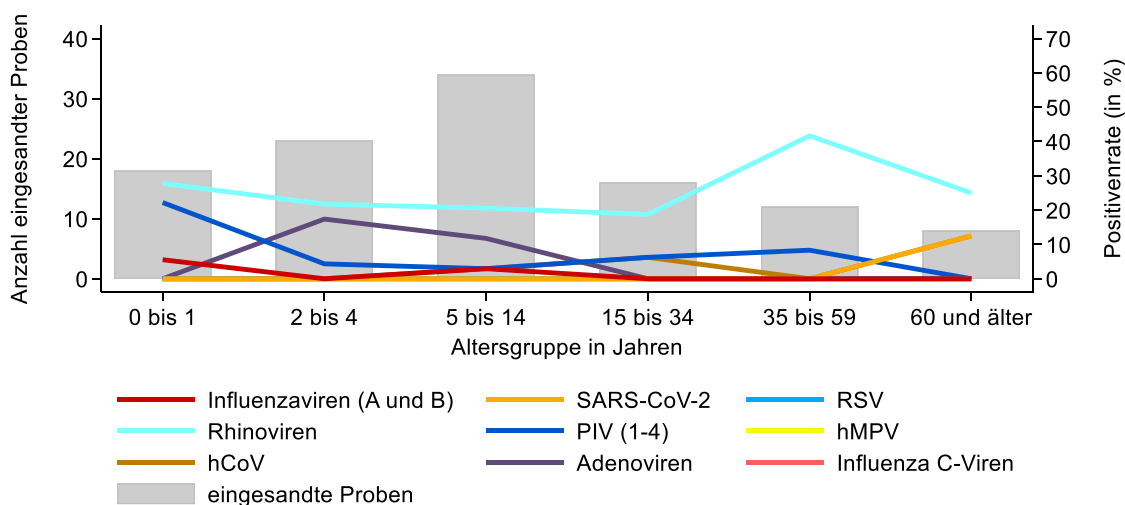


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 32. KW bis zur 35. 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.

Wir bitten alle Sentinelpraxen, die sich in der Saison 2025/26 an der virologischen Surveillance des ARE-Praxis-Sentinels 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!

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

Aufgrund der aktuell geringen Anzahl der dem RKI vorliegenden SARS-CoV-2-Nachweise wird derzeit nicht zu den Anteilen der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland berichtet. Sobald Sequenzdaten zur Verfügung stehen, können die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, wöchentlich aktualisiert dem Dashboard entnommen werden:

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) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 28. KW 2026 stabil und lag auf einem für diese Jahreszeit üblichen, sehr niedrigen Niveau. Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 35. KW ebenfalls auf einem sehr niedrigen Niveau.

Das Ergebnis des Nowcasting-Modells bestätigt für die 35. KW 2026 die Einordnung der SARI-Inzidenz auf einem sehr niedrigen Niveau (Abb. 6, rot hinterlegter Bereich).

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

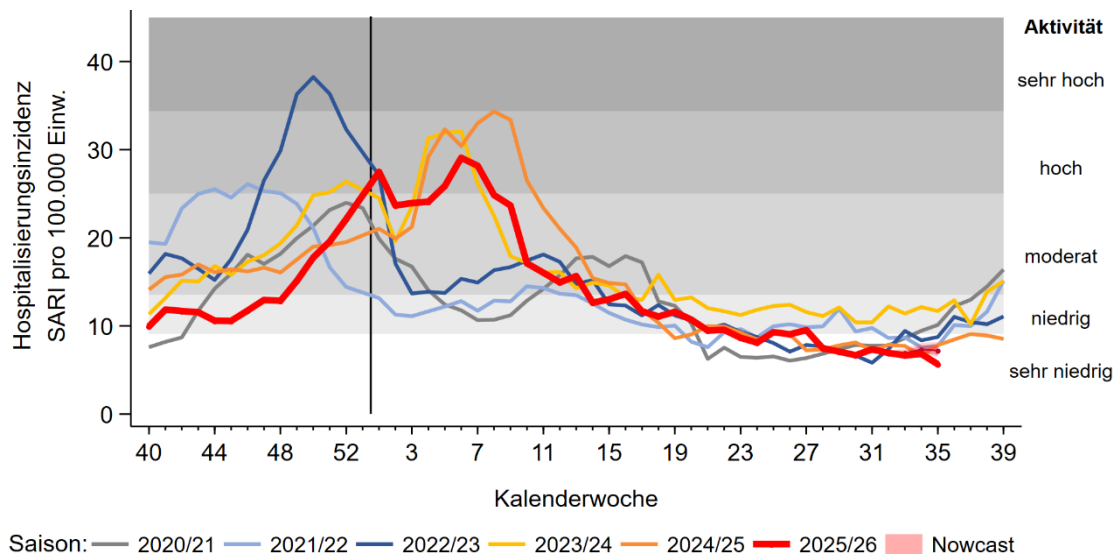


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 35. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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.

Von der 32. bis zur 35. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen stabil oder zeigte einen weiteren Rückgang, bei den Säuglingen und Kleinkindern sowie den Schulkindern (0 bis 14 Jahre) war ein leichter Anstieg der Hospitalisierungen aufgrund einer SARI zu beobachten (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz blieb im Zeitraum zwischen der 32. und 35. KW 2026 in fast allen Altersgruppen auf sehr niedrigem Niveau, mit Ausnahme der Schulkinder, bei denen die SARI-Inzidenz nach dem Anstieg seit der 35. KW 2026 auf einem niedrigen Niveau lag.

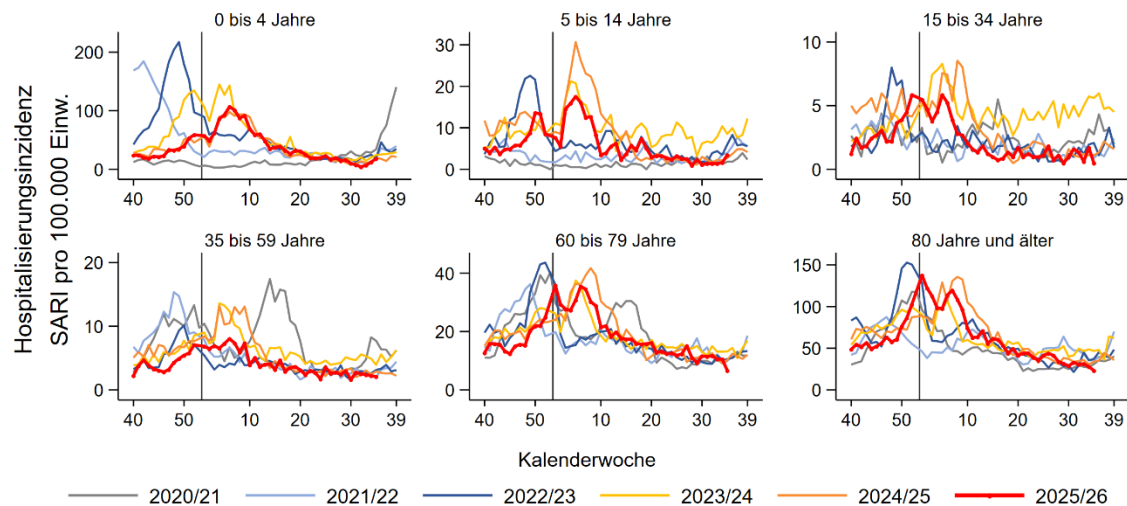


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 35. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Im Zeitraum von der 32. bis zur 35. KW 2026 traten Influenza- und COVID-19-Diagnosen nur vereinzelt auf und ihr Anteil an allen SARI-Fällen lag jeweils unter 2 % (Abb. 8). RSV-Diagnosen sind in dem Berichtszeitraum nicht vergeben worden.

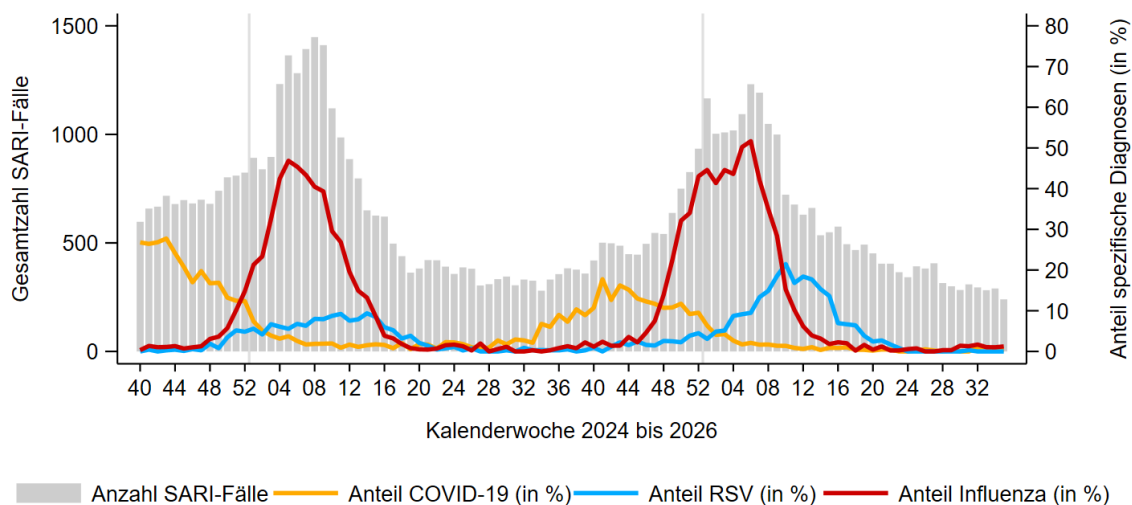


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 35. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden in der 32. bis 35. KW 2026 vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 15 Jahren diagnostiziert (Abb. 9). COVID-19-Diagnosen wurden im Berichtszeitraum nur sporadisch bei SARI-Fällen im Alter zwischen 5 bis 59 Jahren sowie bei den ab 80-jährigen vergeben. Von der 32. bis zur 35. KW wurde in keiner Altersgruppe eine RSV-Erkrankung bei den SARI-Fällen diagnostiziert.

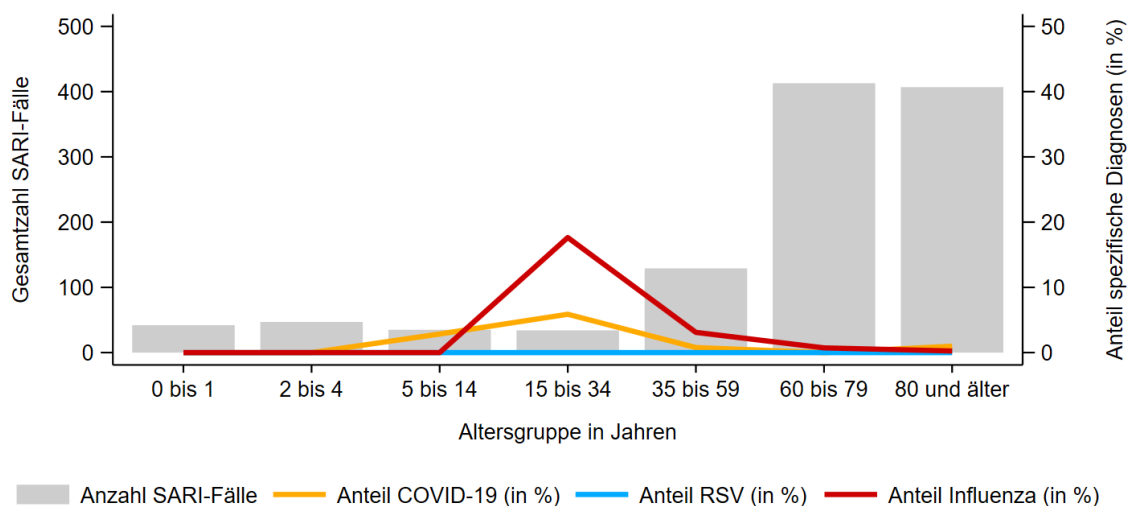


Abb. 9: Anzahl der in der 32. bis 35. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinellkliniken.

In Abb. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Von der 32. bis zur 35. KW 2026 wurden bei SARI-Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung keine Influenza-, COVID-19- bzw. RSV-Diagnosen vergeben (Abb. 10).

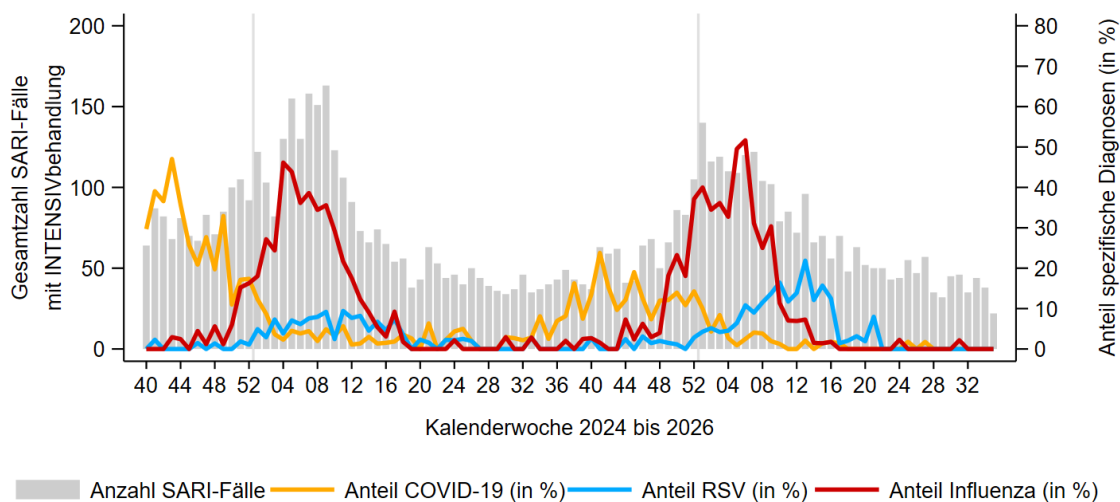


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 35. 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 im August 2026 aus sechs der zehn teilnehmenden Kliniken 70 Sentinelproben zugesandt. In elf (16 %) der 70 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). Im August 2026 wurden Rhinoviren (9 %), Parainfluenzaviren (PIV) (7 %), Influenzaviren (A und B) mit 3 % und Adenoviren (1 %) nachgewiesen (Abb. 11). SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Coronaviren (hCoV), humane Metapneumoviren (hMPV) sowie

Influenza C-Viren wurden nicht detektiert. Es gab im August 2026 je eine Doppelinfektion und eine Dreifachinfektion bei Kleinkindern, beide mit Beteiligung von Rhinoviren und PIV.

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 31.8.2026), Stand 1.9.2026.

		Mai	Juni	Juli	August	Gesamt ab Oktober 2025
Anzahl eingesandter Proben		136	110	99	70	1.658
Probenanzahl mit Virusnachweis*		57	40	26	11	748
	Positivenrate (PR)	42 %	36 %	26 %	16 %	45 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
	A(H3N2)	0	0	1	2	130
	A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	58
	B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2		0	0	0	0	62
RSV		2	1	0	0	93
hMPV		8	4	1	0	66
PIV (1 – 4)		16	8	5	5	90
Rhinoviren		28	29	18	6	239
hCoV		1	1	0	0	54
Adenoviren		5	0	2	1	36
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.

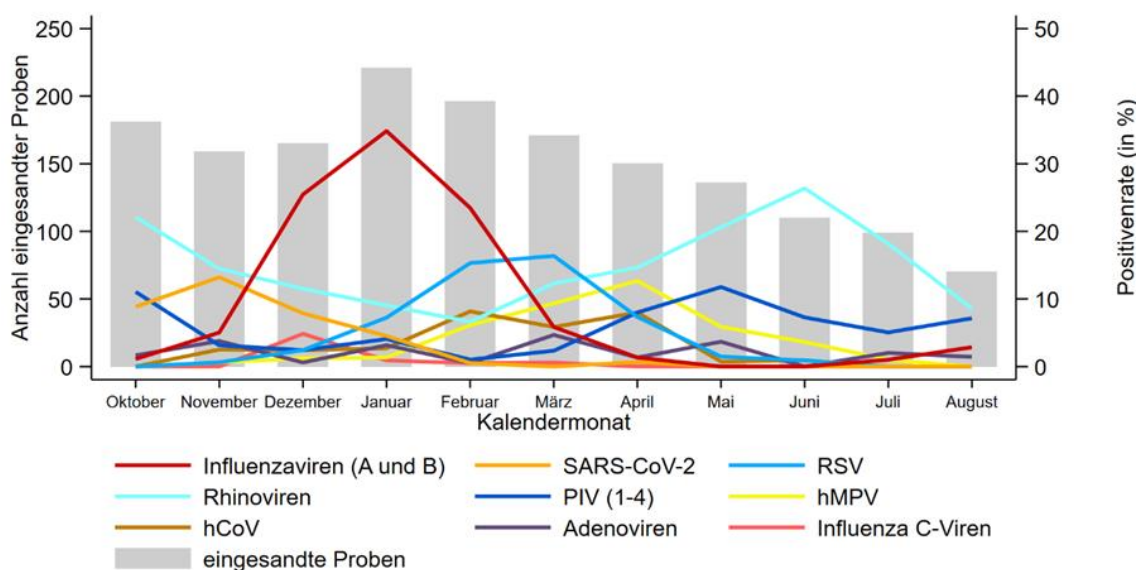


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2025 bis August 2026.

Im August 2026 dominierten Rhinoviren in fast allen Altersgruppen. PIV wurde bei den 0- bis 1-jährigen etwas häufiger nachgewiesen.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 32. bis 35. MW 2026 wurden bislang 541 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 541 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3) Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt

niedrig mit leicht steigenden Fallzahlen. Bei 142 (26 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 1.9.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 243.815 Fälle übermittelt. Davon entfallen 241.562 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 65.417 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.248 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 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)

	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	49	66	74	88	151	152	230.153
A(H1N1)pdm09	1	2	0	0	2	2	1.464
A(H3N2)	2	1	2	3	1	1	2.362
nicht nach A / B differenziert	0	4	2	1	7	3	4.729
B	9	12	7	17	18	10	2.854
Gesamt	61	85	85	109	179	168	241.562
Hospitalisierte Fälle	15	24	32	29	53	28	65.417

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

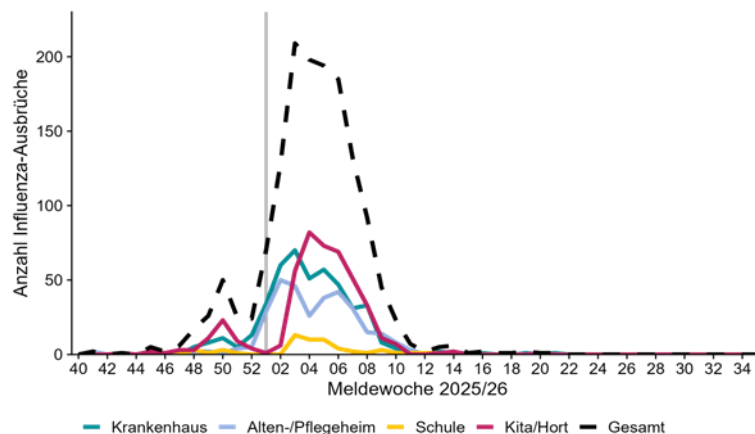
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.463 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 32. bis 35. MW 2026 wurden bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

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

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	1.463
Krankenhaus	448
Alten-/Pflegeheim	323
Schule	56
Kita/Hort	450
sonstige Settings*	186
Anzahl Ausbruchsfälle	19.951
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 32. bis 35. MW 2026 wurden bislang 489 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 488 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Im Berichtszeitraum ist die Zahl der übermittelten Fälle von der 31. KW zur 32. KW leicht gestiegen und blieb seitdem stabil bei weiterhin niedrigen Fallzahlen. Bei 113 (23 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 1.9.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 117.849 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 116.263 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.884 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.625 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)

	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	60	67	122	103	134	129	116.263
Hospitalisierte Fälle	11	18	27	29	30	27	42.884

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

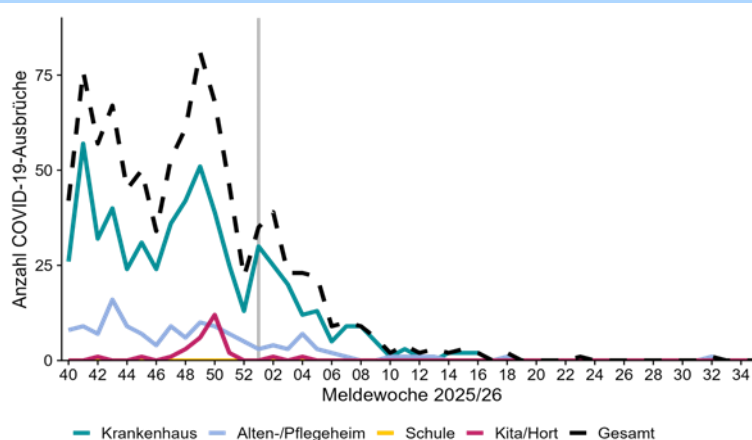
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 900 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 32. bis 35. MW 2026 wurden bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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	900
Krankenhaus	579
Alten-/Pflegeheim	135
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	158
Anzahl Ausbruchsfälle	8.811
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 32. bis 35. MW 2026 wurden bislang insgesamt 38 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 37 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt niedrig. Bei 13 (35 %) der laborbestätigten Fälle von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 01.9.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 70.602 Fälle übermittelt. Davon entfallen 68.649 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 20.649 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 446 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)

	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	16	9	12	9	8	8	68.649
Hospitalisierte Fälle	6	4	3	4	4	2	20.649

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

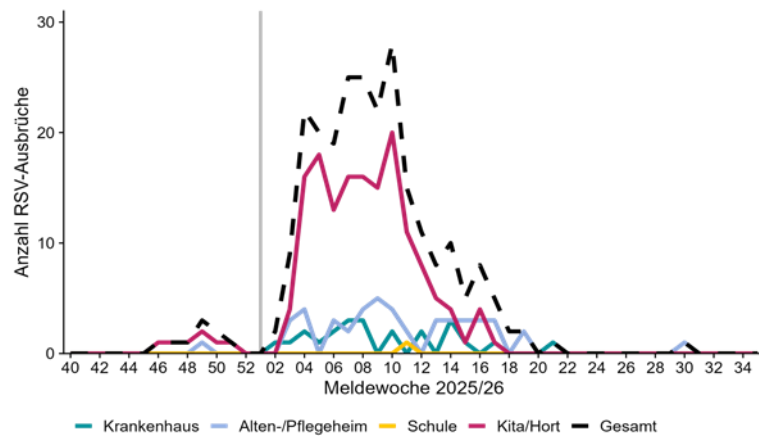
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 249 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 32. bis 35. MW 2026 wurden bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

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	249
Krankenhaus	23
Alten-/Pflegeheim	46
Schule	1
Kita/Hort	159
sonstige Settings*	20
Anzahl Ausbruchsfälle	2.491
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,0

*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 32. bis 35. KW wurden 248 Abwasserproben aus 63 Kläranlagen auf SARS-CoV-2 ausgewertet. Für SARS-CoV-2 wurden in 142 (57 %) der 248 Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Trotz erster Nachweise ist die aggregierte SARS-CoV-2-Last insgesamt im Abwasser weiterhin niedrig, aber zuletzt leicht ansteigend (Abb. 12).

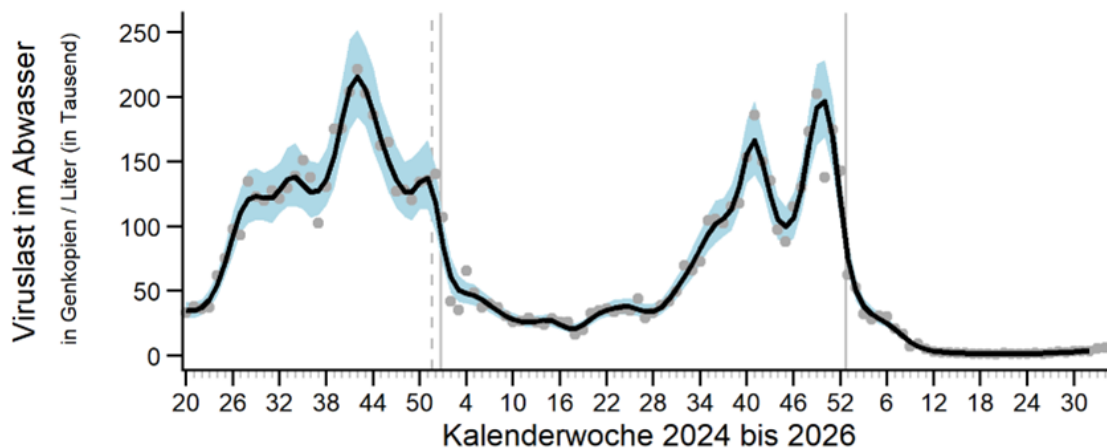


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 1.9.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.8.2026, 35. 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 32. bis 35. KW wurden Abwasserproben aus 60 Kläranlagen auf Influenza A und aus 57 Kläranlagen auf Influenza B ausgewertet. Für Influenza A-Viren wurden in 26 (11 %) der 232 vorliegenden Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für Influenza B-Viren wurden in fünf (2 %) der 221 vorliegenden Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Trotz erster Nachweise sind die Werte der Influenza-Viruslast insgesamt im Abwasser weiterhin niedrig (Abb. 13).

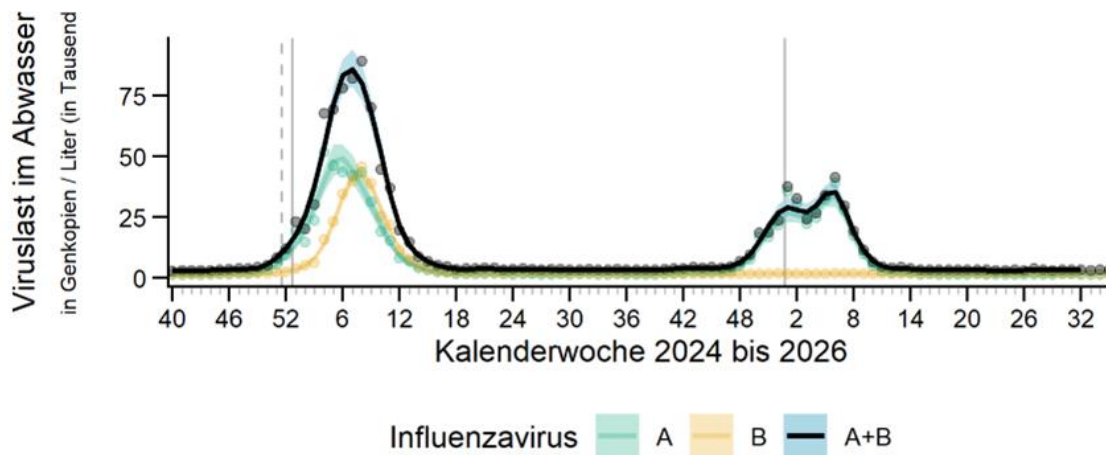


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 1.9.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.8.2026, 35. 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 32. bis 35. KW wurden in keiner Woche die Mindestanzahl an Daten von 20 Kläranlagen erreicht, da die RSV-Messungen im Sommer stark eingeschränkt sind. Deshalb wurde für RSV A und RSV B keine aggregierte Viruslast berechnet (ohne Abbildung).

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 32-35/2026 | DOI: 10.25646/14317