



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
42. Kalenderwoche (12.10. bis 18.10.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität liegt auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich auf einem moderaten Niveau, im stationären Bereich auf einem niedrigen Niveau. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Rhino-/Enteroviren und Parainfluenzaviren bestimmt.

Die Aktivität von SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV ist derzeit in allen Systemen noch niedrig, jedoch zeigte sich bereits in den letzten Wochen in verschiedenen Systemen ein allmählicher Anstieg der SARS-CoV-2- und Influenza-Aktivität. Es gibt Hinweise, dass SARS-CoV-2 bereits flächendeckend bundesweit zirkuliert.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 42. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben und befindet sich weiterhin auf einem moderaten Niveau. Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls stabil geblieben und lag ebenfalls auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 42. KW 2026 in insgesamt 63 der 106 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (38 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 10 %) und Adenoviren (9 %). Neben weiteren Viren des Erregerpanels wurden auch Influenza A- und B-Viren (4 %), SARS-CoV-2 (2 %) und RSV (1 %) nachgewiesen.

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen (Nowcasting) in der 42. KW 2026 stabil geblieben und lag auf einem niedrigen Niveau. Es erhielten jeweils 2 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza- bzw. COVID-19-Diagnose.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 42. KW 2026 hauptsächlich Rhino-/Enteroviren nachgewiesen.

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion ist in der 42. Meldewoche (MW) 2026 im Vergleich zur 41. MW zunächst nicht weiter angestiegen. Der Anstieg der COVID-19-Fallzahlen aus den vergangenen Wochen hat sich in der 42. MW abgeschwächt. Die Zahl der RSV-Infektionen blieb in der 42. MW weiter niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Variante XFG wurde in der 40. KW 2026 mit 17 Nachweisen weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien detektiert.

Die im Abwasser gemessene SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig, zeigte jedoch seit einigen Wochen einen ansteigenden Trend, der sich in der 42. KW zunächst nicht fortsetzte. Auch bei den Influenzaviren zeigte sich ein leichter Anstieg. Die RSV-Last im Abwasser ist weiter niedrig.

Weitere Informationen zur Saison 2026/27 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen“: www.rki.de/are-faq-schutz
- FAQ und Faktenblätter zum Thema Impfen (z.B. gegen Grippe, COVID-19, RSV): www.rki.de/impfungen-a-z
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 20.10.2026): www.rki.de/Zoonotische-influenza
- Empfehlung zur zoonotischen Influenza A(H5)-Impfung (STIKO): https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/42_26.pdf

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 respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben. In der 42. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 6.500 ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem moderaten Niveau und innerhalb des für diese Jahreszeit üblichen Wertebereichs (Vorwoche: 6.900; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,5 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 42. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

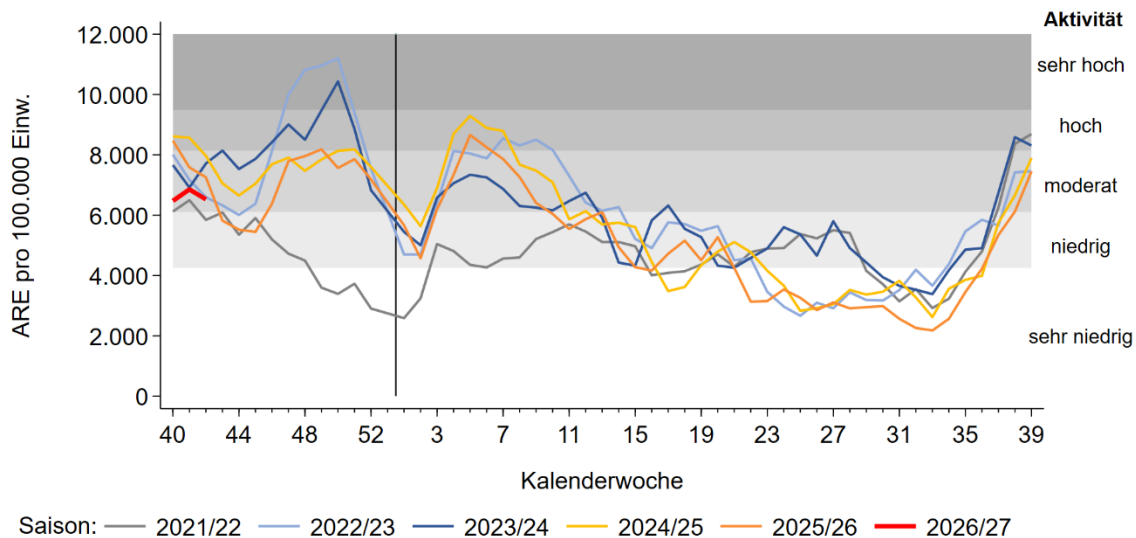


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 42. KW 2026). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 42. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben, lag mit rund 1.400 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.300; Abb. 2) und in einem für die Jahreszeit üblichen Bereich. Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,1 Mio. Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 42. KW.

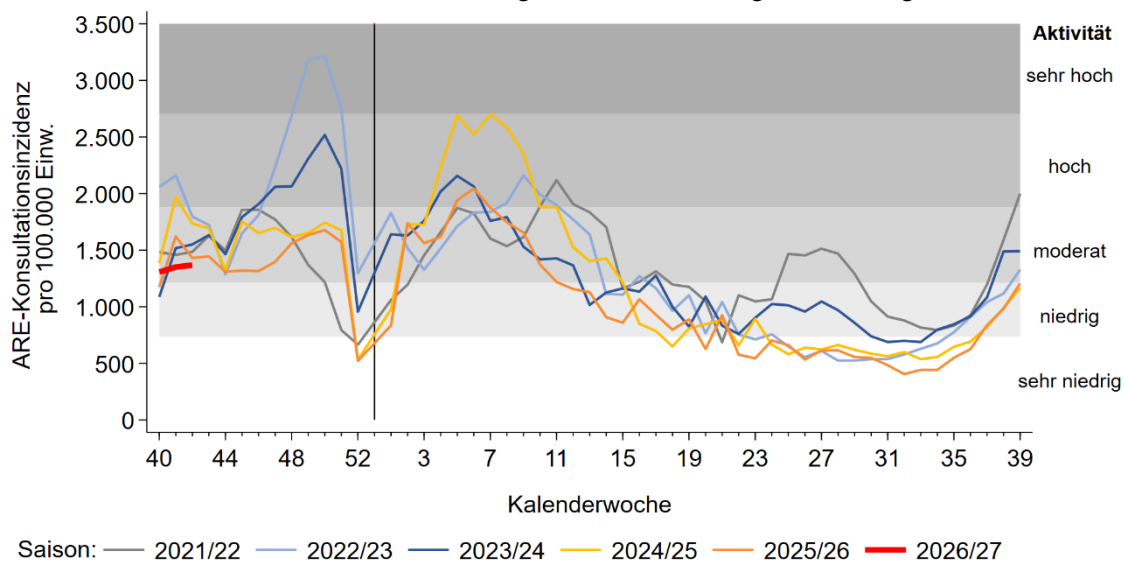


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 42. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche in den meisten Altersgruppen relativ stabil geblieben, bei den 5- bis 14-Jährigen sind die Werte gesunken (Abb. 3).

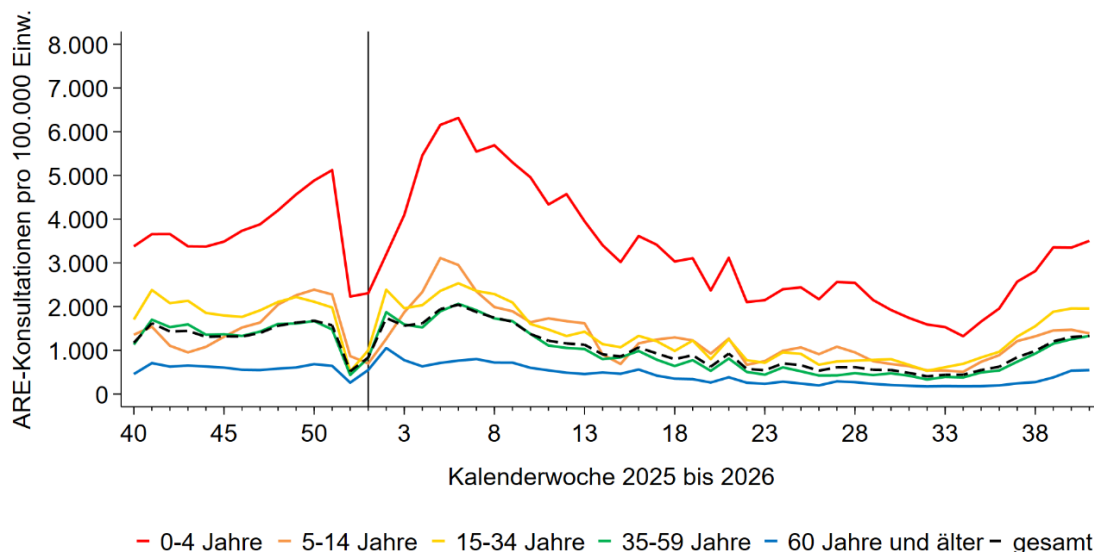


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2025 bis zur 42. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 42. KW 2026 insgesamt 106 Sentinelproben von 39 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 63 (59 %) der 106 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 42. KW 2026 zirkulierten hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (Positivenrate (PR); 38 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 10 %) und Adenoviren (9 %). Zudem wurden Influenza A- und B-Viren (4 %), SARS-CoV-2 (2 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV; 2 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV; 1 %) und Influenza C-Viren (1 %) nachgewiesen. Humane Metapneumoviren (hMPV) wurden in der 42. KW 2026 nicht nachgewiesen.

Es gab acht Doppelinfektionen, hauptsächlich bei Kindern und vorwiegend mit Beteiligung von Rhino-/Enteroviren oder Adenoviren.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2025/26 und 2026/27 (ab 40. KW 2026), Stand 20.10.2026.

	39. KW	Gesamt 2025/26	40. KW	41. KW	42. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben	75	4.483	123	122	106	351
Probenanzahl mit Virusnachweis*	47	3.134	79	70	63	212
Positivenrate (PR)	63 %	70 %	64 %	57 %	59 %	60 %
Influenzaviren						
A (nicht subtypisiert)	0	7	0	0	0	0
A(H3N2)	1	652	0	0	0	0
A(H1N1)pdm09	1	260	2	4	3	9
B	0	3	1	0	1	2
SARS-CoV-2	0	291	2	3	2	7
RSV	0	250	0	0	1	1
hMPV	0	131	1	0	0	1
PIV (1 – 4)	14	303	19	16	11	46
Rhino-/Enteroviren**	-	-	53	47	40	140
Rhinoviren	20	980	-	-	-	-
hCoV	4	308	7	3	2	12
Adenoviren	0	217	4	0	10	14
Influenza C-Viren	0	60	0	0	1	1

* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Adenoviren und hMPV) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Zur Saison 2026/27 wird das Panel der betrachteten Viren um humane Enteroviren ergänzt und in Kombination mit den humanen Rhinoviren dargestellt.

Rhino-/Enteroviren wurden in allen Altersgruppen am häufigsten detektiert. PIV und Adenoviren wurden vorrangig bei Kindern bis 14 Jahren nachgewiesen (Tab. 1, Abb. 4). Vereinzelt wurden Inflenzaviren (A und B) bei Kindern und Erwachsenen detektiert, SARS-CoV-2 bei Erwachsenen zwischen 15 und 59 Jahren. RSV wurde bei den 15- bis 34-Jährigen nachgewiesen.

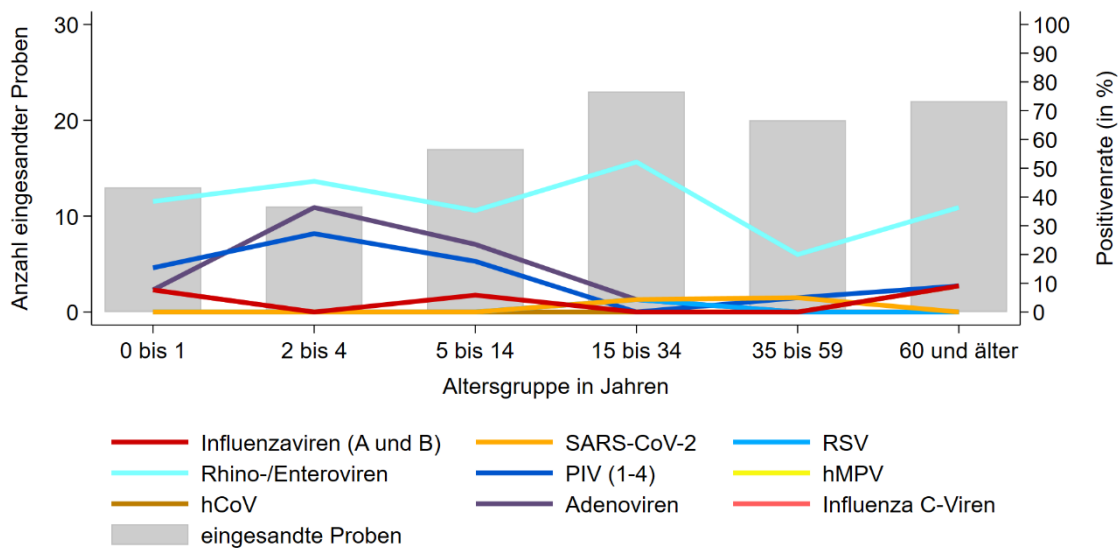


Abb. 4: Anteil (Positivitätsraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Inflenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 42. KW 2026.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Inflenzaviren sind abrufbar unter: www.rki.de/nrz-influenza.

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

Für die 40. KW 2026 stehen aktuell 25 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 20.10.2026).

Unter den 19 als VOI (variant of interest) oder VUM (variant under monitoring) eingestuft SARS-CoV-2-Sequenzen wurde die Variante XFG (inklusive ihrer Sublinien) in der 40. KW 2026 mit 17 Nachweisen weiterhin am häufigsten detektiert. Die Variante JN.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde zweimal nachgewiesen.

Die rekombinante Variante XFG ist derzeit von der WHO als VUM eingestuft, die Variante JN.1 als VOI. WHO^{1, 2, 3} und ECDC⁴ stufen in ihren 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. Sobald neue Daten vorliegen, werden die Informationen zu den zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, im Dashboard unter https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC aktualisiert.

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

² https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/21072026_pq1611_ire.pdf

³ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf

⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-40-2026.pdf>

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 42. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Abb. 5). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 42. KW auf einem sehr niedrigen Niveau und somit unterhalb der Werte der Vorsaisons zu dieser Zeit.

Nach den Ergebnissen des Nowcasting-Modells blieben die SARI-Fallzahlen in der 42. KW 2026 stabil und die SARI-Inzidenz ist auf einem niedrigen Niveau einzuordnen. (Abb. 5, rot hinterlegter Bereich). Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: [RKI - FAQ zu ARE](#).

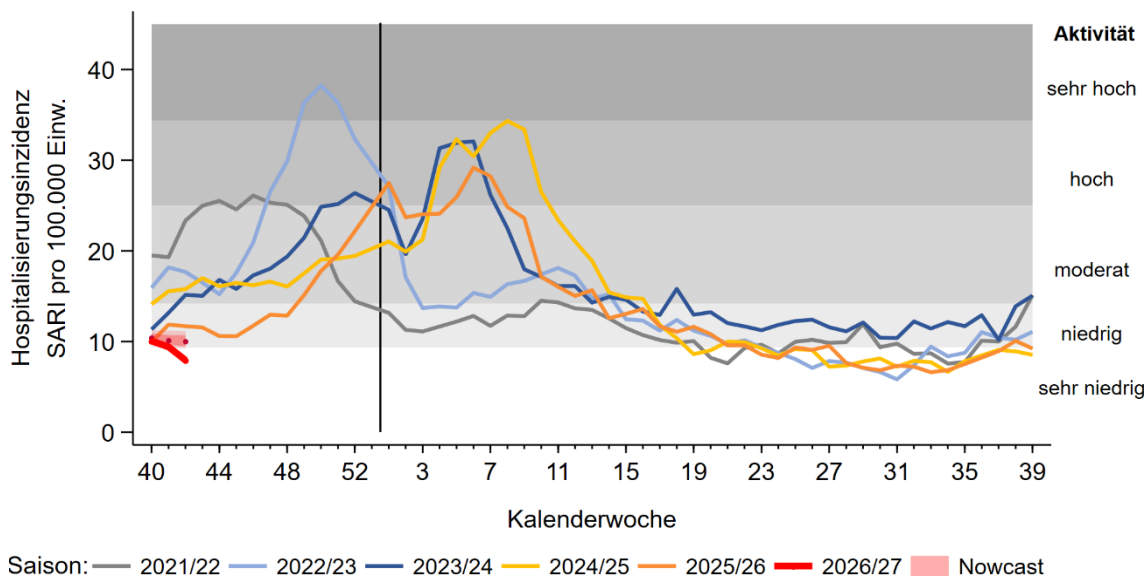


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 42. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen drei Wochen. Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

In der 42. KW 2026 stieg die SARI-Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren an, während bei Personen ab 15 Jahren ein Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer SARI zu beobachten war (Abb. 6). Entsprechend lag die SARI-Inzidenz in der 42. KW bei den unter 15-Jährigen auf einem niedrigen Niveau, während sie bei den Personen ab 15 Jahren auf einem sehr niedrigen Niveau lag.

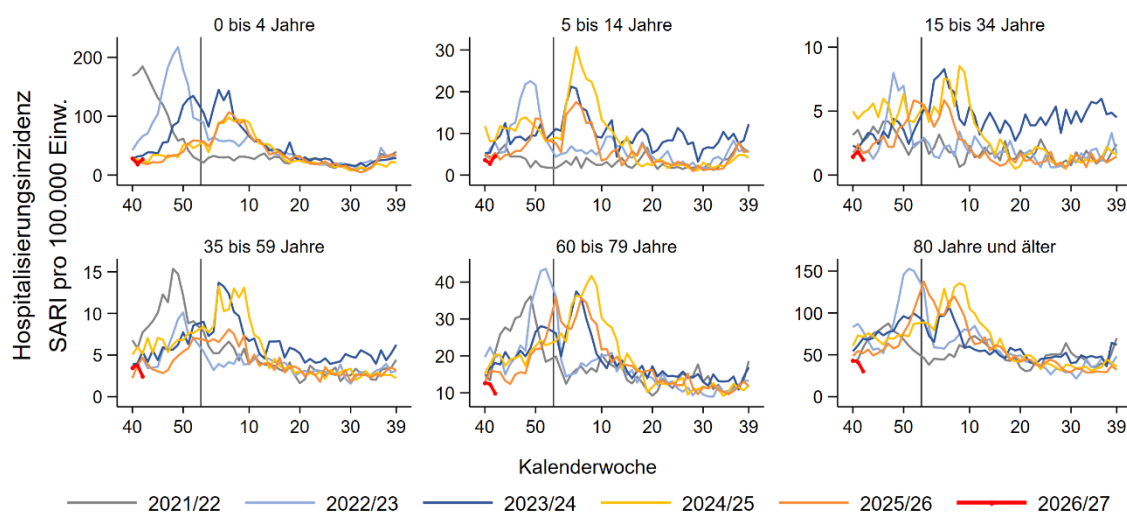


Abb. 6 Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 42. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In der 42. KW 2026 wurden wie in den Vorwochen vereinzelt Influenza- und COVID-19-Diagnosen vergeben. Der Anteil an Influenza- bzw. COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten lag jeweils bei 2 % (Abb. 7). RSV-Diagnosen sind in der 42. KW nicht vergeben worden.

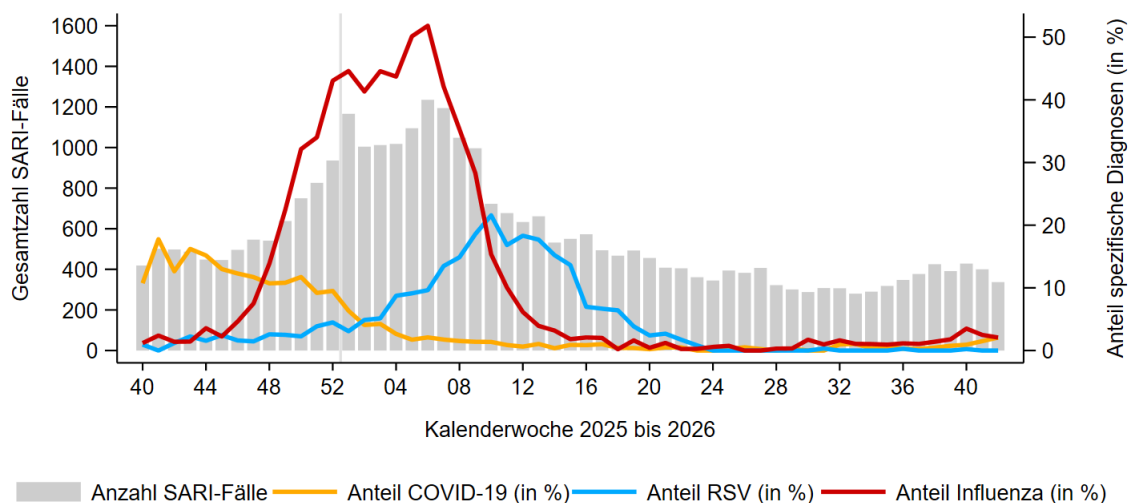


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2025 bis zur 42. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden in der 42. KW 2026 vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 35 Jahren diagnostiziert (Abb. 8). Einzelne COVID-19-Diagnosen sind in der 42. KW ausschließlich bei älteren SARI-Fällen ab 60 Jahren vergeben worden. RSV-Erkrankungen wurden in der 42. KW nicht diagnostiziert.

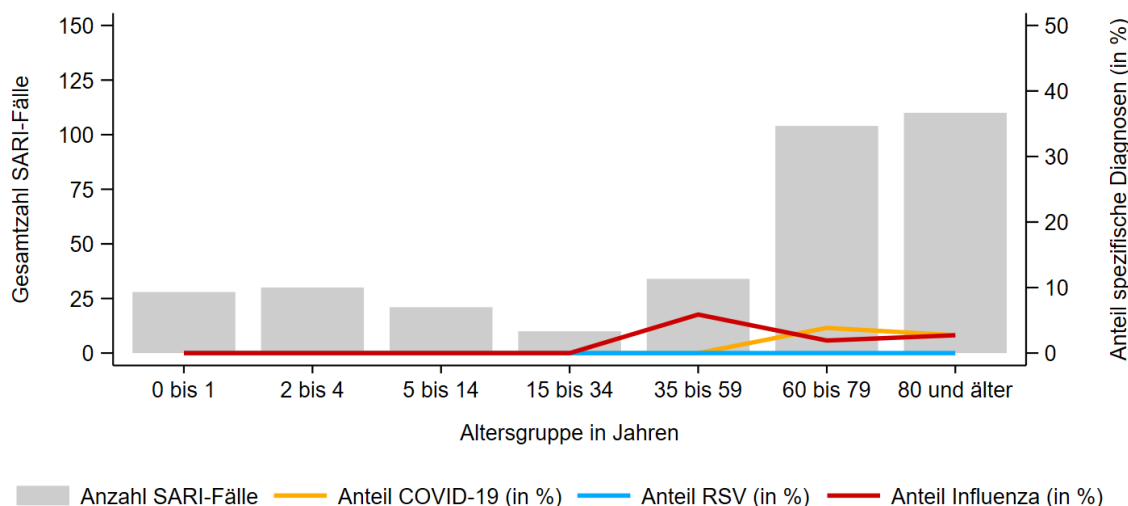


Abb. 8: Anzahl der in der 42. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Influenza Erkrankungen wurden in der 42. KW 2026 bei 3 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Es wurden keine COVID-19- und RSV-Diagnosen in der 42. KW bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

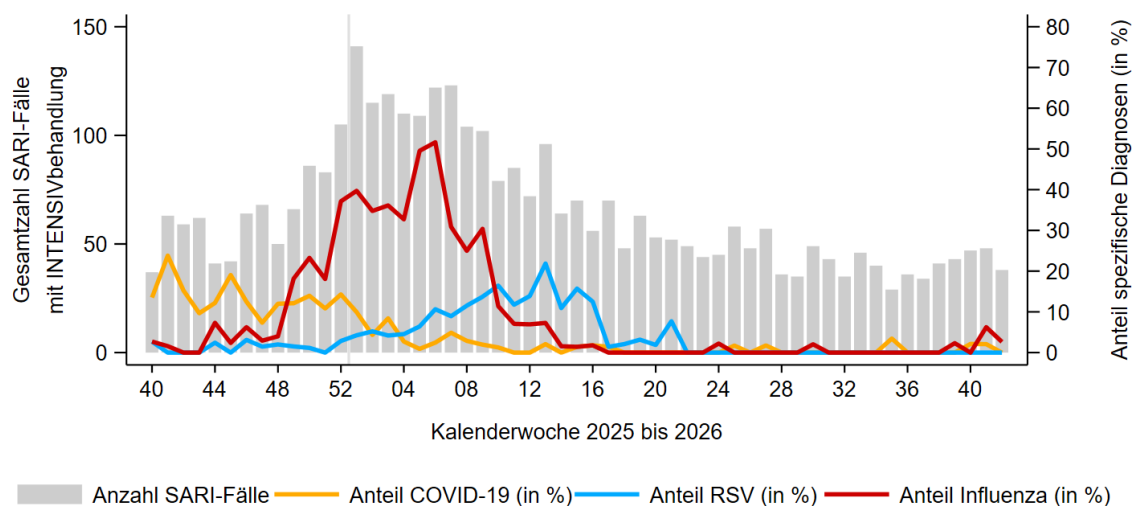


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2025 bis zur 42. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den 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 in der 42. KW 2026 aus drei der zehn teilnehmenden Kliniken 13 Sentinelproben zugesandt. In sechs (46 %) der 13 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). In der 42. KW 2026 wurden Rhino-/Enteroviren (31 %), SARS-CoV-2 sowie Parainfluenzaviren (PIV) mit jeweils 8 % nachgewiesen. Influenzaviren (A und B), Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), humane saisonale Coronaviren (hCoV), Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 42. KW nicht detektiert. Es gab keine Mehrfachinfektionen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2025/26 und 2026/27 (ab 40. KW 2026), Stand 20.10.2026.

	39. KW	Gesamt 2025/26	40. KW	41. KW	42. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben	33	1.747	16	26	13	55
Probenanzahl mit Virusnachweis*	18	807	5	8	6	19
Positivenrate (PR)	55 %	46 %	31 %	31 %	46 %	35 %
Influenzaviren						
A (nicht subtypisiert)	0	2	0	0	0	0
A(H3N2)	0	130	0	0	0	0
A(H1N1)pdm09	0	58	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	62	0	0	1	1
RSV	0	93	0	0	0	0
hMPV	0	66	0	0	0	0
PIV (1 – 4)	0	92	0	2	1	3
Rhino-/Enteroviren**	-	-	5	7	4	16
Rhinoviren	14	263	0	-	-	-
hCoV	0	54	0	0	0	0
Adenoviren	2	39	0	0	0	0
Influenza C-Viren	0	12	0	0	0	0

* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Adenoviren und hMPV) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Zur Saison 2026/27 wird das Panel der betrachteten Viren um humane Enteroviren ergänzt und in Kombination mit den humanen Rhinoviren dargestellt.

Von der 40. KW bis zur 42. KW 2026 wurden Rhino-/Enteroviren in fast allen Altersgruppen nachgewiesen, insbesondere bei den 2- bis 4-jährigen. PIV wurden am häufigsten bei den 0- bis 1-jährigen sowie bei den ab 80-jährigen detektiert. SARS-CoV-2 wurden einmalig bei den 0- bis 1-jährigen identifiziert.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 42. MW 2026 wurden bislang 495 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 495 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3; Stand: 20.10.2026). Im Vergleich zur Vorwoche hat sich der Anstieg der übermittelten Fallzahlen zunächst nicht fortgesetzt. Von 262 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 108 (41 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 1.484 Fälle übermittelt. Davon entfallen alle 1.484 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Von 891 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 363 (41 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).

In der Saison 2026/27 wurden bisher weniger als zehn Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt.

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)

		37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
Influenza	A (nicht subtypisiert)	196	207	240	388	483	438	1.309
	A(H1N1)pdm09	1	3	7	4	5	5	14
	A(H3N2)	6	3	2	0	1	0	1
	nicht nach A / B differenziert	1	3	1	5	9	9	23
	B	20	10	29	42	52	43	137
Gesamt		224	226	279	439	550	495	1.484
	Hospitalisierte Fälle	64	41	82	116	139	108	363

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

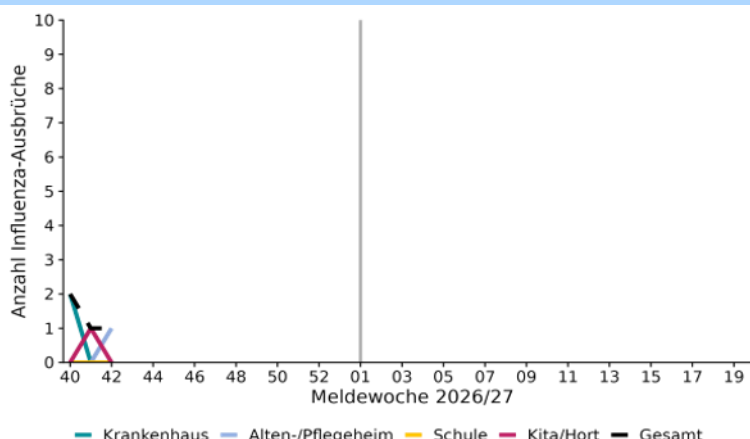
* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt vier Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 42. 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 2026/27. 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	4
Krankenhaus	2
Alten-/Pflegeheim	1
Schule	0
Kita/Hort	1
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	35
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,8



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

COVID-19

Für die 42. MW 2026 wurden bislang 909 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 888 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen (Tab. 5; Stand: 20.10.2026). Der Anstieg der COVID-19-Fallzahlen aus den vergangenen Wochen hat sich in der 42. MW abgeschwächt. Die Fallzahlen liegen weiterhin deutlich unter den Werten, die im Vorjahr im Vergleichszeitraum übermittelt wurden. Von 499 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 245 (49 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 5).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 2.366 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.331 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Von 1.438 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 705 (49 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 5).

In der Saison 2026/27 wurden bisher weniger als zehn Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt.

Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
SARS-CoV-2	274	300	402	594	849	888	2.331
Hospitalisierte Fälle	89	86	125	196	264	245	705

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

* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

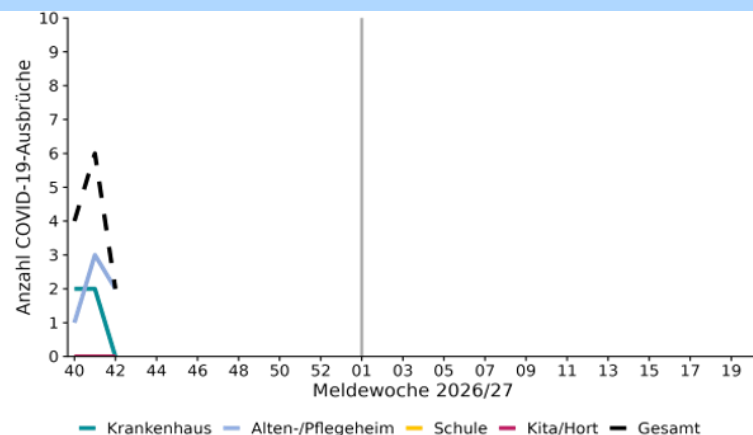
Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt zwölf COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 42. MW 2026 wurden bisher zwei Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2026/27. 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	12
Krankenhaus	4
Alten-/Pflegeheim	6
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	2
Anzahl Ausbruchsfälle	104
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,7

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



RSV-Infektionen

Für die 42. MW 2026 wurden bislang insgesamt 38 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 38 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7; Stand: 20.10.2026). Die Zahl der übermittelten RSV-Fälle war weiterhin niedrig. Von 21 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 15 (71 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 7).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 89 Fälle übermittelt. Davon entfallen alle 89 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Von 53 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 33 (62 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 7).

In der Saison 2026/27 wurden bisher weniger als zehn Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt.

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

	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
RSV	23	20	17	19	32	38	89
Hospitalisierte Fälle	3	7	8	8	10	15	33

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

* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden in der Saison 2026/27 keine RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 42. KW 2026 wurden 119 Abwasserproben aus 62 Kläranlagen auf SARS-CoV-2 ausgewertet. Für SARS-CoV-2 wurden in 115 (97 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (Abb. 10). Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser war zuletzt mehrere Wochen angestiegen, jedoch hat sich der Anstieg in der 42. KW zunächst nicht fortgesetzt. Die Werte sind weiterhin niedrig und liegen deutlich unter den Werten, die im Vorjahr zu dieser Zeit ermittelt wurden (Abb. 11).

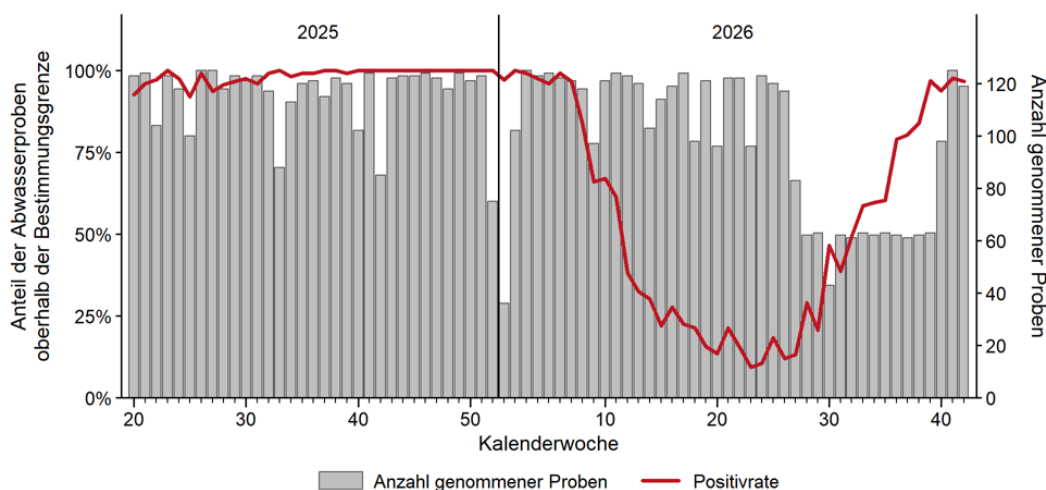


Abb. 10: SARS-CoV-2: Anteil der Abwasserproben oberhalb der Bestimmungsgrenze (linke y-Achse, rote Linie) und Anzahl genommer Proben (rechte y-Achse, graue Säulen) nach Kalenderwochen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

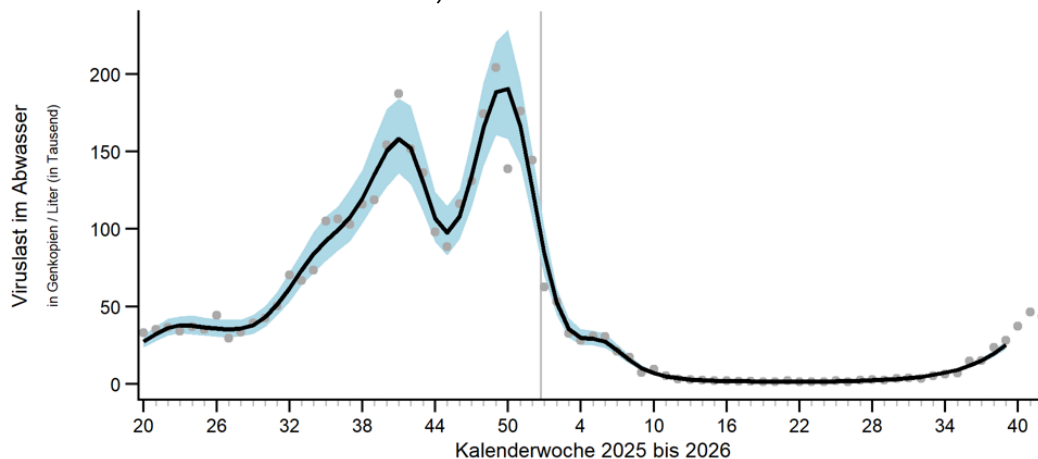


Abb. 11: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.10.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.10.2026, 42. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Influenzaviren

Für die 42. KW 2026 wurden 113 Abwasserproben aus 59 Kläranlagen auf Influenza A- und 110 Abwasserproben aus 56 Kläranlagen auf Influenza B-Viren ausgewertet. Für Influenza A-Viren wurden in 34 (30 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für Influenza B-Viren wurden in zwei (2 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (Abb. 12). Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser sind für Influenza A- und B-Viren weiterhin niedrig, für Influenza A aber zuletzt leicht steigend (Abb. 13).

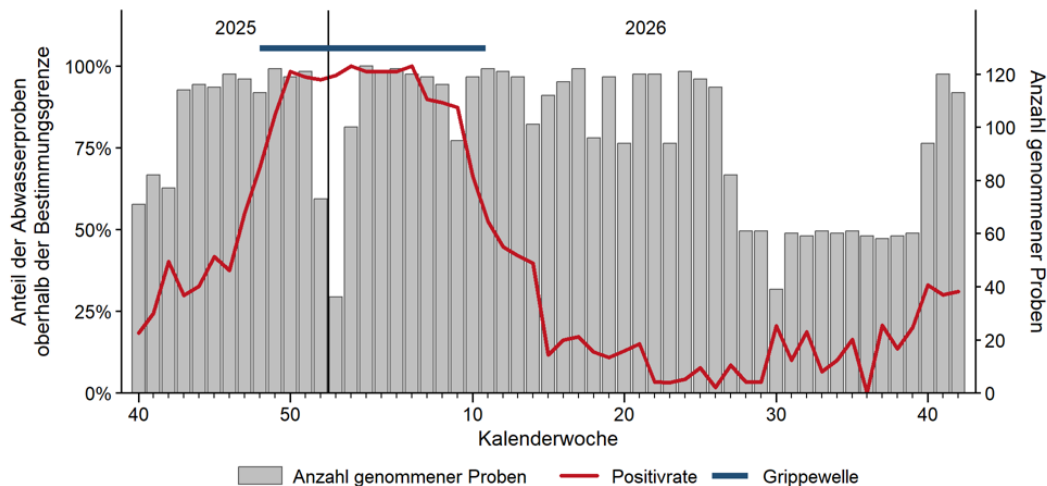


Abb. 12: Influenzaviren: Anteil der Abwasserproben oberhalb der Bestimmungsgrenze (link y-Achse, rote Linie) und Anzahl genommer Proben für Influenza A- und B-Viren kombiniert (rechte y-Achse, graue Säulen) nach Kalenderwochen. Eine Probe gilt als positiv, wenn mindestens eines der beiden Viren oberhalb der Bestimmungsgrenze nachgewiesen wurde. Der blaue Balken kennzeichnet die Grippewelle; der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

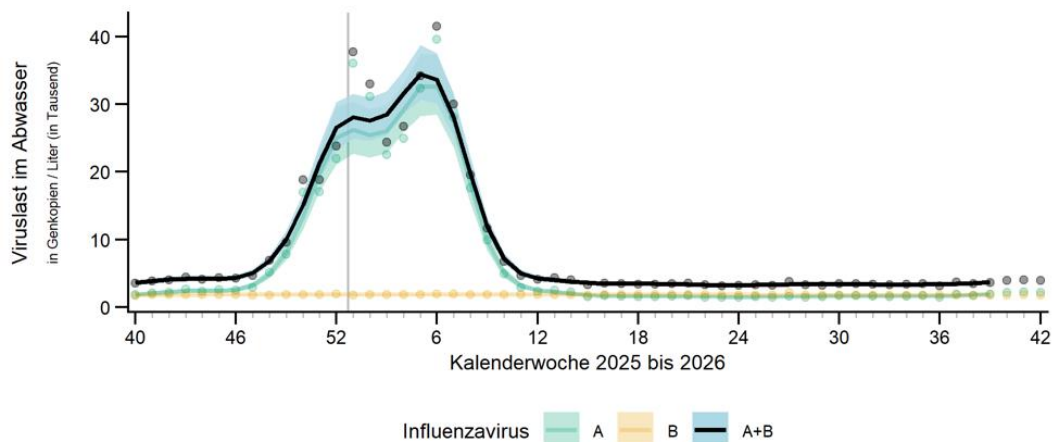


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.10.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.10.2026, 42. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

RSV

Für die 42. KW 2026 wurden 66 Abwasserproben aus 33 Kläranlagen auf RSV A und B ausgewertet. Für RSV A wurden in drei (5 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für RSV B wurden in fünf (8 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind insgesamt weiterhin niedrig (Abb. 14).

Für die 28. bis 39. KW 2026 standen nur Daten von weniger als 20 Kläranlagen zur Verfügung. Die Daten sind daher mit einer größeren Unsicherheit behaftet und wurden in der Abbildung mit leeren Punkten gekennzeichnet. Die RSV-Messungen werden nach dem Sommer wieder regelmäßig durchgeführt.

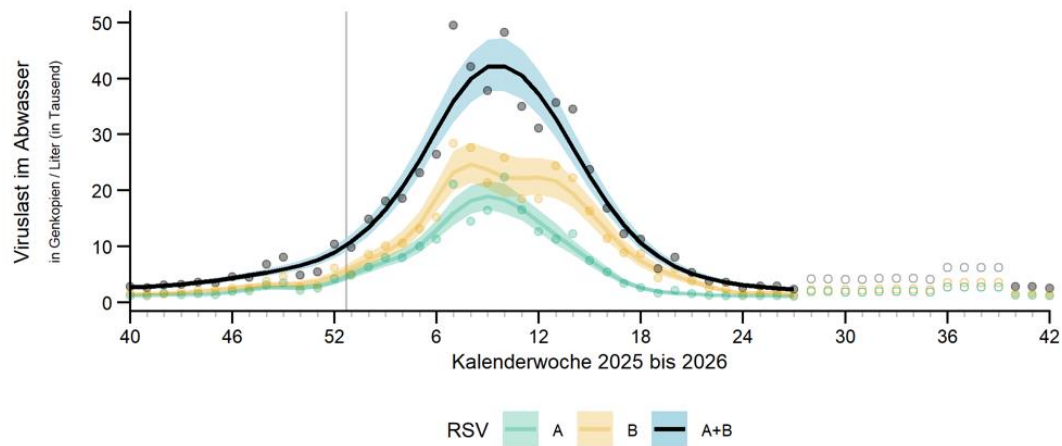


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.10.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.10.2026, 42. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der Senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Von der 28. bis 39. KW 2026 wurden die Daten aufgrund der niedrigen Anzahl an Kläranlagen mit Daten mit einem leeren Punkt gekennzeichnet.

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 unter: <http://www.rki.de/abwassersurveillance>.

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/>.

So werden zum Beispiel die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 5 und 6 im ARE-Wochenbericht) wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt (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>.

Ein ausführlicher Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26 (ARE-Saisonbericht) ist abrufbar unter: [https://edoc.rki.de/Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26](https://edoc.rki.de/Bericht%20zu%20akuten%20respiratorischen%20Erkrankungen%20in%20der%20Saison%202025/26). Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse aus dem ARE-Saisonbericht ist im Epidemiologischen Bulletin verfügbar unter: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/13995/EB-40-2026_10-25646-14517.pdf.

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-Impfquoten, werden auf dem Dashboard „VacMap“ zur Verfügung gestellt: <https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/StartdashboardNavigation>.

Autoren und Redaktionsteam:

Tolksdorf K, Prahm K, Preuß U, Krupka S, Buchholz U, Lehfeld AS, Loenenbach A, Dürrwald R, Biere B, Oh D, Reiche J, Wedde M, Duwe S, Gvaladze T, Staat D, Wunderlich J, Schilling J, Cai W, Helmrich-Löff M, Kerber R, Kröger S, Erdwiens A, Stroetmann I, Abunijela S, AMELAG-Team, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 42/2026 | DOI: 10.25646/14577

CC-Lizenz

CC BY-NC-SA 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>