



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
51. Kalenderwoche 2025 bis zur 1. Kalenderwoche 2026
(15.12.2025 bis 4.1.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist während der Feiertage in der 52. KW 2025 wie in den Vorsaisons erwartungsgemäß zurückgegangen und lag in der 1. KW 2026 auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich auf einem niedrigen Niveau. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegserkrankungen blieb über den Jahreswechsel auf einem moderaten Niveau. Die Influenza-Aktivität steigt weiter an, die SARS-CoV-2-Aktivität ist rückläufig. Die Grippewelle hat laut RKI-Definition in der 48. KW 2025 begonnen. Unter den Influenzaviren werden seit einigen Wochen überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, seltener Influenza A(H1N1)pdm09-Viren.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist seit der 51. KW 2025 gesunken und lag in der 1. KW 2026 auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 51. und 52. KW 2025 gesunken. In der 1. KW 2026 ist sie wieder gestiegen und befand sich auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 51. und 52. KW 2025 in insgesamt 162 der 210 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. In diesem Zeitraum zirkulierten vorwiegend Influenza A- und B-Viren (43 %), gefolgt von Rhinoviren (14 %) und SARS-CoV-2 (13 %). Für die 1. KW 2026 wurden im NRZ für Influenzaviren in insgesamt 25 der 37 eingesandten Proben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (51 %). Von den 110 im Berichtszeitraum nachgewiesenen Influenzaviren waren 86 A(H3N2)- und 22 A(H1N1)pdm09-Viren, sowie ein nicht subtypisiertes Influenza A-Virus und ein Influenza B-Virus (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich stieg die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) vor dem Jahreswechsel leicht an und blieb auf einem moderaten Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 38 % Influenza-, 4 % COVID-19- und 3 % RSV-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 51. und 52. KW 2025 in insgesamt 41 der 64 eingesandten Proben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (36 %). Für die 1. KW 2026 wurden in 9 der 17 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren.

Im Berichtszeitraum ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle weiter gestiegen, auch die Zahl der RSV-Fälle hat zugenommen. Die Zahl der COVID-19-Fälle war rückläufig.

Die Werte der aggregierten Influenza A-Viruslast im Abwasser sind in den letzten Wochen stark gestiegen. Die RSV-Last im Abwasser ist ebenfalls gestiegen. Die SARS-CoV-2-Last zeigte über den Jahreswechsel keinen eindeutigen Trend.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- Alle Personen, für die die STIKO die Gripeschutzimpfung empfiehlt, sollten sich noch impfen lassen, falls dies noch nicht geschehen ist: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste_gesamt.html
- Das Risiko einer Atemwegsinfektion lässt sich zudem (unabhängig vom Impfstatus) reduzieren: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16790128.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 11.12.2025): www.rki.de/Zoonotische-influenza.

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

- Information des ECDC zur Effektivität der Influenza-Impfung: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/early-estimates-seasonal-influenza-vaccine-effectiveness-against-influenza-requiring>
- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist seit der 51. KW 2025 gesunken. Sie lag in der 1. KW 2026 bei rund 6.000 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.400; Abb. 1) und damit auf einem üblichen niedrigen Niveau. Ähnlich zu den Vorjahren sind die ARE-Inzidenzen um den Jahreswechsel in allen Altersgruppen gesunken, insbesondere bei den Schulkindern. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,0 Millionen neu aufgetretener akuter Atemwegserkrankungen in der 1. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist seit der 49. KW rückläufig und lag in der 1. KW bei rund 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 300).

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

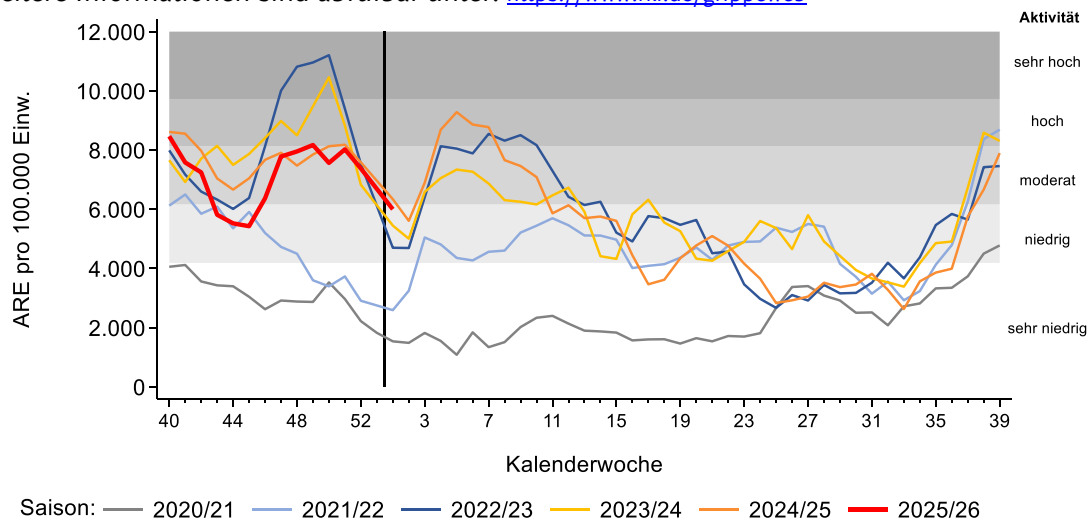


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 1. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 12.700 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 von der 51. KW zur 52. KW 2025 deutlich zurückgegangen und in der 1. KW 2026 wieder gestiegen. Sie liegt aktuell auf einem niedrigen Niveau (Abb. 2). Ein Rückgang der Arztbesuche wegen ARE wird jedes Jahr zum Jahreswechsel in den Weihnachtsferien aufgrund eines geänderten Konsultationsverhaltens und geänderter Praxisöffnungszeiten beobachtet. Die rund 1.000 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 1. KW 2026 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 820.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

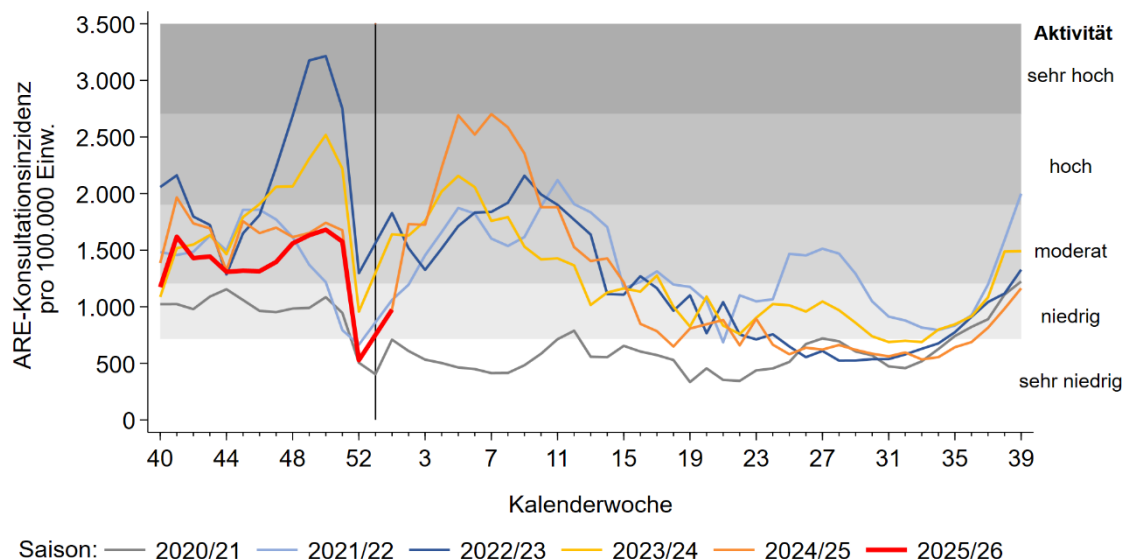


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 1. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Seit 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 51. KW 2025 zur 52. KW 2025 in allen Altersgruppen gesunken. In der 1. KW 2026 sind die Werte in den meisten Altersgruppen wieder gestiegen, lediglich bei den 5- bis 14-jährigen sind sie stabil geblieben (Abb. 3).

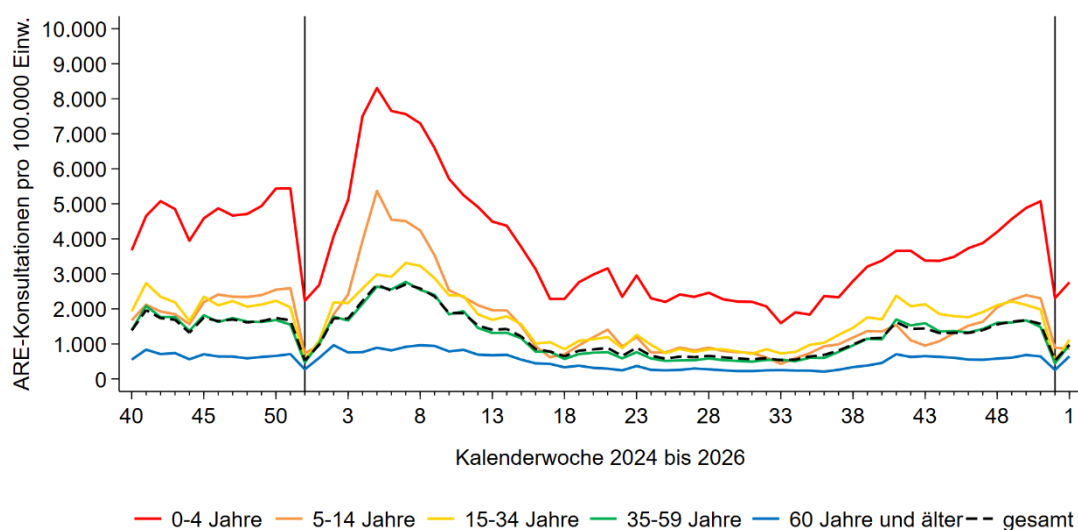


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 1. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden, ist im Beobachtungszeitraum zurückgegangen und lag in der 1. KW 2026 bei 15 Arztbesuchen pro 100.000 Einw.

Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz>.

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

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 51. KW und 52. KW 2025 in insgesamt 162 (77 %) der 210 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert. In diesem Zeitraum zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (43 %), gefolgt von Rhinoviren (14 %), SARS-CoV-2 (13 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und Parainfluenzaviren (PIV) mit je 5 %, Adenoviren (4 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und Influenza C-Viren mit je 2 % sowie humanen Metapneumoviren (hMPV; 1 %). Es gab 25 Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von Influenza A-Viren, Rhinoviren oder SARS-CoV-2.

In der 1. KW 2026 wurden dem NRZ für Influenzaviren insgesamt 37 Sentinelproben von 17 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 25 (68 %) der 37 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es gab keine Mehrfachinfektionen. Es zirkulierten hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (51 %; 95%-Konfidenzintervall [34;68]), mit Abstand gefolgt von Rhinoviren und RSV mit je 5 % sowie Adenoviren und PIV mit je 3 % (Tab. 1 und Abb. 4).

Die Influenza-Positivenrate ist im Berichtszeitraum (51. KW 2025 bis 1. KW 2026) weiter deutlich angestiegen. Von den 110 im Berichtszeitraum nachgewiesenen Influenzaviren waren 86 A(H3N2)- und 22 A(H1N1)pdm09-Viren, sowie ein nicht subtypisiertes Influenza A-Virus und ein Influenza B-Virus. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher überwiegend Influenza A(H3N2)- und A(H1N1)pdm09-Viren identifiziert (70 % bzw. 28 %). Seit der 47. KW werden mehr A(H3N2)-Viren als A(H1N1)pdm09-Viren detektiert (Abb. 5; links). In der gesamten Saison 2025/26 wurden in den meisten Altersgruppen bislang häufiger Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, in der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen wurden Influenza A(H1N1)pdm09- und A(H3N2)-Viren ähnlich häufig detektiert (Abb. 5; rechts). Die Grippewelle begann gemäß RKI-Definition in der 48. KW 2025.

Im Zeitraum von der 51. KW 2025 bis zur 1. KW 2026 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen nachgewiesen, besonders häufig bei den 5- bis 14-Jährigen. SARS-CoV-2 und Rhinoviren wurden ebenfalls in allen Altersgruppen nachgewiesen, dabei wurden Rhinoviren hauptsächlich bei den 0- bis 1-Jährigen, SARS-CoV-2 vorwiegend bei den 0- bis 1-Jährigen und den ab 60-Jährigen nachgewiesen.

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 1. KW 2026), Stand 6.1.2026.

	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	188	165	45	37	1.666
Probenanzahl mit Virusnachweis*	135	127	35	25	1.095
Positivenrate (PR)	72 %	77 %	78 %	68 %	66 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	1	1	0	0	2
A(H3N2)	41	56	16	14	200
A(H1N1)pdm09	19	13	5	4	81
B	0	0	0	1	2
SARS-CoV-2	40	24	3	0	258
RSV	3	9	2	2	27
hMPV	2	2	0	0	10
PIV (1 – 4)	12	5	6	1	115
Rhinoviren	23	24	6	2	426
hCoV	8	5	0	0	34
Adenoviren	8	7	1	1	68
Influenza C-Viren	5	4	0	0	15

* 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.

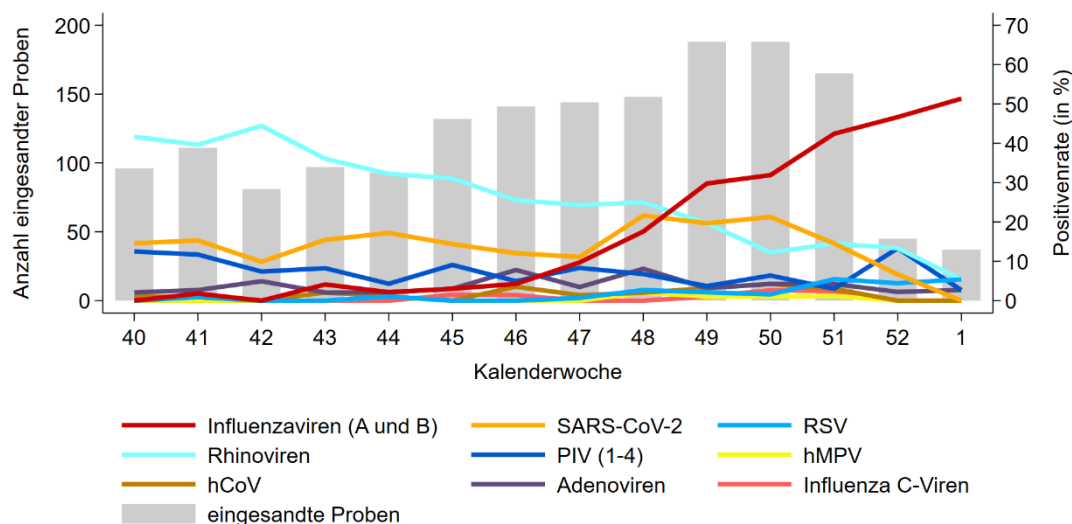


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 1. KW 2026.

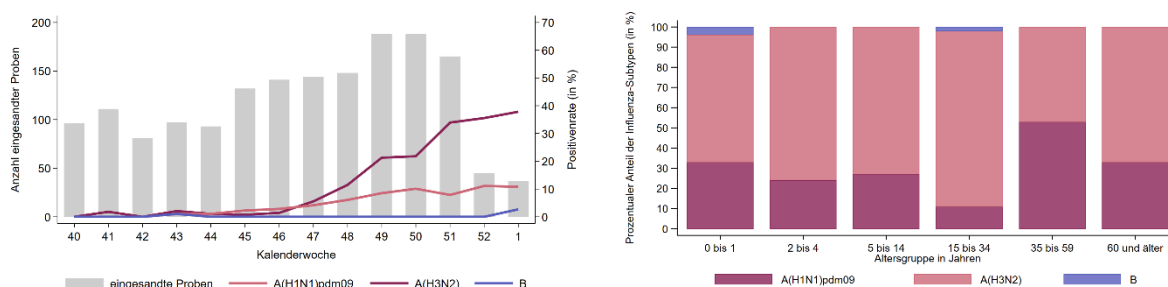


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 1. KW 2026. Rechts: prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels von der 40. KW 2025 bis zur 1. KW 2026 detektiert wurden.

Die Abbildung zur Altersgruppenverteilung wird wieder in den ARE-Wochenbericht der 2. KW 2026 aufgenommen. Die Verteilung der Virusnachweise in der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen ist täglich aktualisiert abrufbar unter <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>. 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.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinels ($n = 17$), des SARI-Krankenhaus-Sentinels ($n = 2$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 13$) wurden 32 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 20 zum Subtyp A(H1N1)pdm09, 11 zum Subtyp A(H3N2) und eines zur B/Victoria-Linie: Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurden die Viren zu Kladen und Subkladen zugeordnet - Subtyp A(H1N1)pdm09: 20 Viren Klade 5a.2a.1/Subklade D.3.1; Subtyp A(H3N2): neun Viren Klade 2a.3a.1/Subklade K, ein Virus Klade 2a.3a.1/Subklade J.2.2 sowie ein Virus Klade 2a.3a.1/Subklade J.2.4; B/Victoria-Linie: ein Virus Klade V1A.3a.2/Subklade C.5.6.

Es wurden bisher 122 Influenza A(H3N2)- und 56 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein B/Victoria-Virus in Zellkultur isoliert und auf ihre Passgenauigkeit mit den aktuellen Impfstammantiseren im Hämagglutinationshemmtest untersucht. Der A(H1N1)pdm09 Impfstamm (A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like) zeigte eine sehr gute Passgenauigkeit zu den derzeit zirkulierenden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Alle Influenza A(H3N2)-Viren reagierten mit dem Impfstammantiserum (A/Croatia/10136RV/2023-like), jedoch war diese Reaktivität bei Viren der A(H3N2)-Subklade K um vier

bis fünf log₂-Stufen im Vergleich zum homologen Impfstamm reduziert. Das einzige bisher isolierte Influenza B/Victoria Virus lag im Bereich sehr guter antigener Passgenauigkeit zum Impfstamm (B/Austria/1359417/2021-like).

Alle untersuchten Influenzaviren waren gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich: 29 A(H3N2), 18 A(H1N1)pdm09 sowie ein Virus der B/Victoria-Linie. Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den sechs mit Next Generation Sequencing untersuchten Influenzaviren nicht detektiert.

Details sind abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2025_26.htm

Die reduzierte Reaktivität der A(H3N2)-Viren kann darauf hindeuten, dass in dieser Saison bei Influenza A(H3N2)-Viren der Subklade K der Schutz vor einer Infektion nach der Gripeschutzimpfung etwas verkürzt sein könnte, vor allem bei jüngeren Personen, die noch nicht so viele Antigenkontakte hatten. Es wird erwartet, dass der Grippeimpfstoff jedoch weiterhin Schutz vor schweren Erkrankungen bietet (siehe auch: [Frühe Impfeffektivitätsschätzungen aus England](#) sowie [Frühe Impfeffektivitätsschätzungen aus den europäischen VEBIS-Netzwerk](#)).

Sofern noch nicht geschehen, sollten sich alle Personen, für die die STIKO die Gripeschutzimpfung empfiehlt, noch impfen lassen: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste_gesamt.html

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

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

Die nächste Aktualisierung der Daten zu SARS-CoV-2-Varianten erscheint im kommenden ARE-Wochenbericht am 14.1.2026.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) nach einem kontinuierlichen Anstieg seit der 49. KW 2025 über den Jahreswechsel stabil geblieben und lag in der 1. KW 2026 weiterhin auf einem moderaten Niveau (Abb. 6).

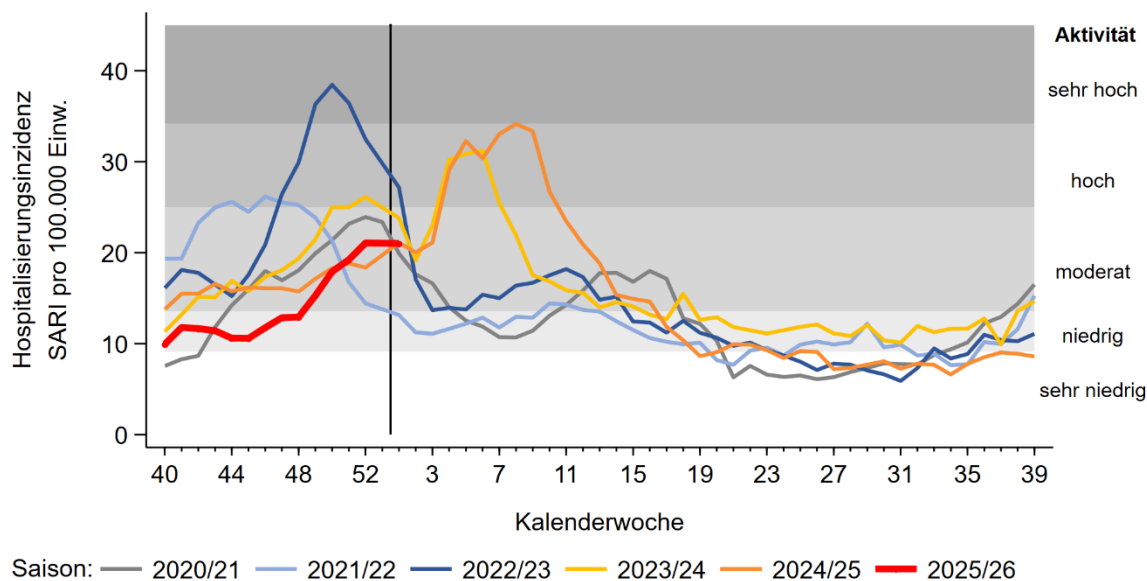


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 1. KW 2026). Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Im Zeitraum zwischen der 51. KW 2025 bis zur 1. KW 2026 kam es in den Altersgruppen der 0- bis 4-jährigen sowie der 15- bis 59-jährigen erst zu einer weiteren Zunahme der Hospitalisierungen wegen SARI, gefolgt von einem z.T. deutlichen Rückgang über den Jahreswechsel (Abb. 7). Auch bei den 5- bis 14-jährigen kam es über den Jahreswechsel zu einem starken Rückgang. Bei den ab 60-jährigen zeigte sich dagegen weiterhin eine Zunahme der Hospitalisierungen aufgrund einer SARI.

Die SARI-Inzidenz lag in der 1. KW 2026 in den Altersgruppen bis 14 Jahre auf einem niedrigen Niveau, bei den 15- bis 59-jährigen auf einem moderaten Niveau und bei den ab 60-jährigen auf einem hohen Niveau (Abb. 7).

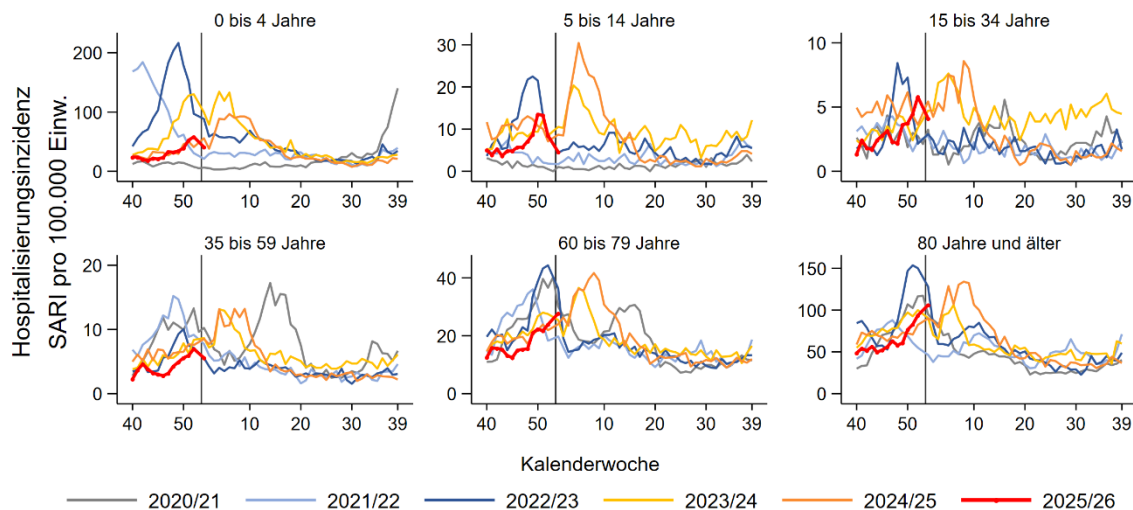


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 1. KW 2026). Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Seit der 46. KW 2025 ist der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten deutlich gestiegen (Abb. 8) und lag in der 1. KW 2026 bei 38 % (Vorwoche: 38 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Fällen ging seit der 44. KW 2025 kontinuierlich zurück und lag in der 1. KW 2026 bei 4 % (Vorwoche: 7 %). Eine RSV-Diagnose ist bei 3 % der SARI-Fälle vergeben worden (Vorwoche: 4 %).

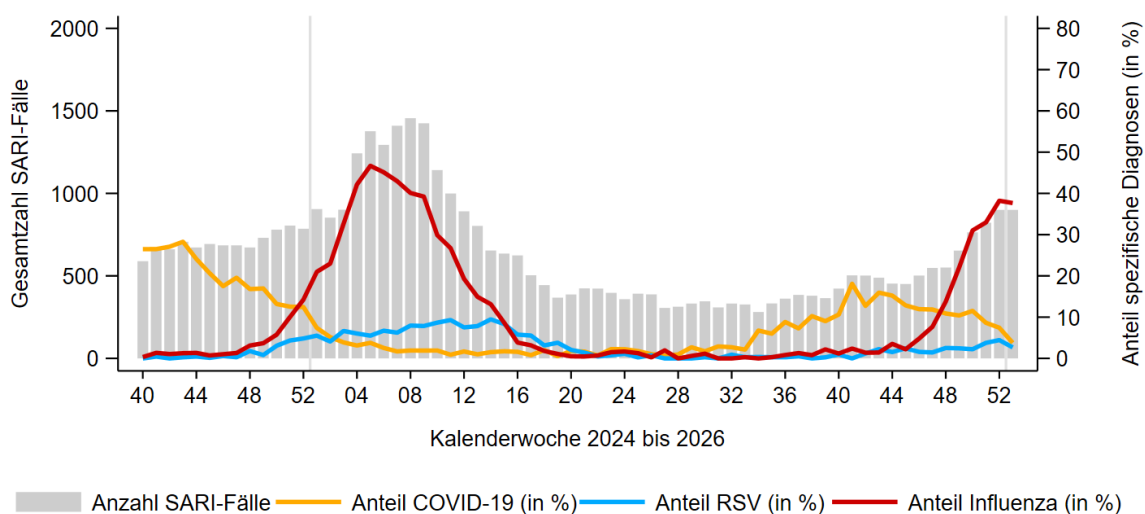


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 1. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 Sentinelkliniken.

SARI-Fälle mit einer Influenza-Erkrankung traten in der 1. KW 2026 in allen Altersgruppen auf (Abb. 9). In den Altersgruppen zwischen 0- bis 34-Jahren ist bei etwa jedem zweiten SARI-Fall eine Influenza-Diagnose gestellt worden. COVID-19-Diagnosen wurden in der 1. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten mehrerer Altersgruppen vereinzelt vergeben. Einzelne RSV-Erkrankungen sind in der 1. KW 2026 vorwiegend bei Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) diagnostiziert worden.

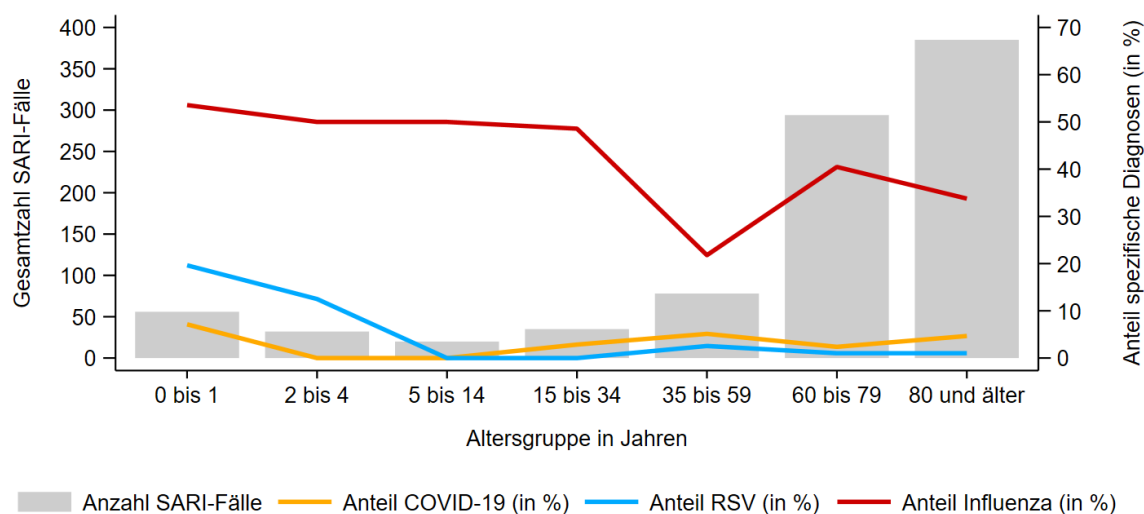


Abb. 9: Anzahl der in der 1. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 64 Sentinellkliniken.

In Abb. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Vor dem Jahreswechsel stieg der Anteil der Influenza-Diagnosen an, setzte sich aber in der 1. KW 2026 zunächst nicht fort. Eine Influenza-Erkrankung wurde bei 27 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert (Vorwoche: 29 %). COVID-19-Erkrankungen wurden in der 1. KW 2026 mit einem Anteil von 1 % bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert (Vorwoche: 11 %). RSV-Diagnosen sind in der 1. KW 2026 bei 4 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben worden.

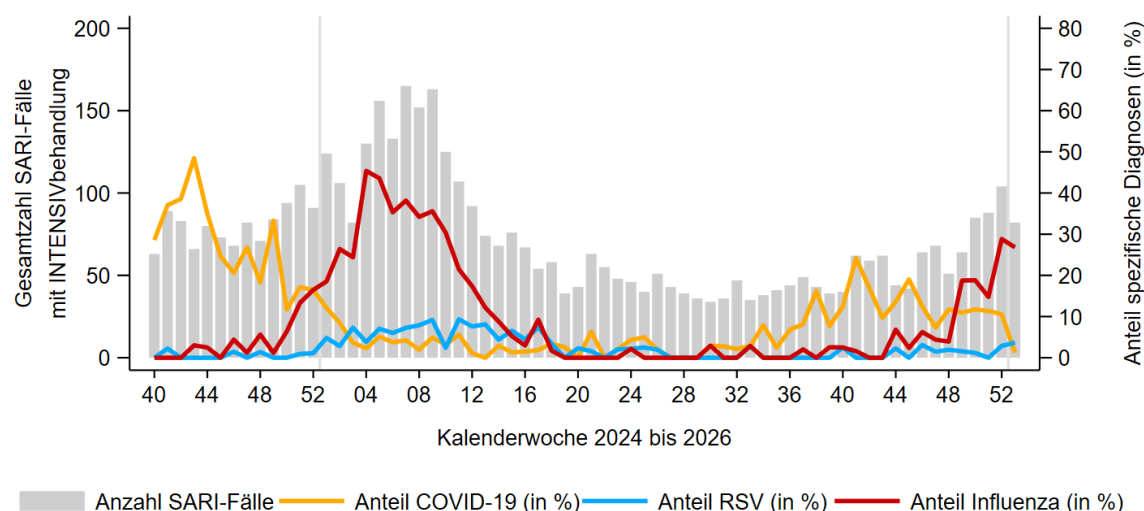


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 1. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 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 zwölf Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Im NRZ wurden in der 51. KW und 52. KW 2025 in insgesamt 41 der 64 eingesandten Proben aus dem SARI-Sentinel respiratorische Viren identifiziert. In diesem Zeitraum zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (36 %), zudem wurden Rhinoviren (9 %), Influenza C-Viren (6 %), SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) (je 5 %), Parainfluenzaviren (PIV) (3 %), humane Metapneumoviren (hMPV) und Adenoviren (je 2 %) detektiert. Es gab fünf Doppelinfektionen, alle mit Beteiligung von Influenza C-Viren gemeinsam mit Influenza A-Viren, SARS-CoV-2 oder RSV.

In der 1. KW 2026 wurden dem NRZ für Influenzaviren 17 Sentinelproben aus drei der zwölf teilnehmenden Kliniken zugesandt. In 9 (53 %) der 17 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). In der 1. KW 2026 wurden Influenza A- und B-Viren (35 %), RSV, Rhinoviren, hCoV und Influenza C-Viren (je 6 %) detektiert (Abb. 11). SARS-CoV-2, hMPV, PIV sowie Adenoviren wurden in der 1. KW nicht nachgewiesen. Es gab eine Doppelinfektion mit Influenza C-Viren und RSV.

Die Influenza-Positivenrate ist im Beobachtungszeitraum weiter deutlich angestiegen. Es zirkulieren in der Saison 2025/26 bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und A(H1N1)pdm09-Viren. Influenza B-Viren wurden in der Saison 2025/26 noch nicht nachgewiesen (Abb. 12).

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26, Stand 6.01.2026.

	50. KW	51. KW	52. KW	1. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	57	52	12	17	505
Probenanzahl mit Virusnachweis*	26	30	11	9	228
Positivenrate (PR)	46 %	58 %	92 %	53 %	45 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	1	0	0	1
A(H3N2)	10	11	5	4	35
A(H1N1)pdm09	3	4	2	2	17
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	8	3	0	0	50
RSV	0	2	1	1	6
hMPV	0	0	1	0	3
PIV (1 – 4)	0	2	0	0	28
Rhinoviren	5	5	1	1	82
hCoV	0	2	1	1	8
Adenoviren	0	1	0	0	10
Influenza C-Viren	1	1	3	1	8

* 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.

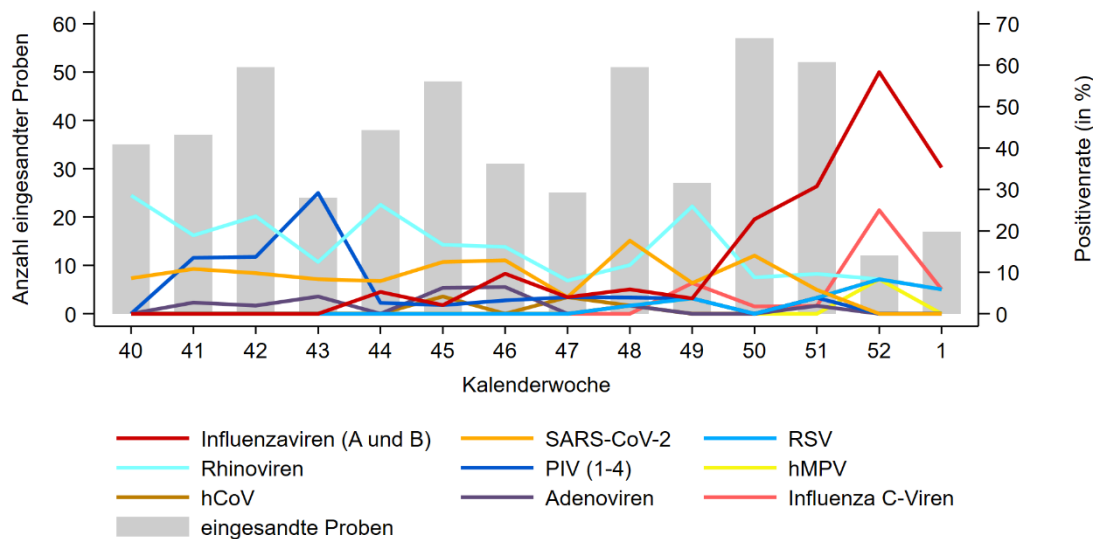


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 1. KW 2026.

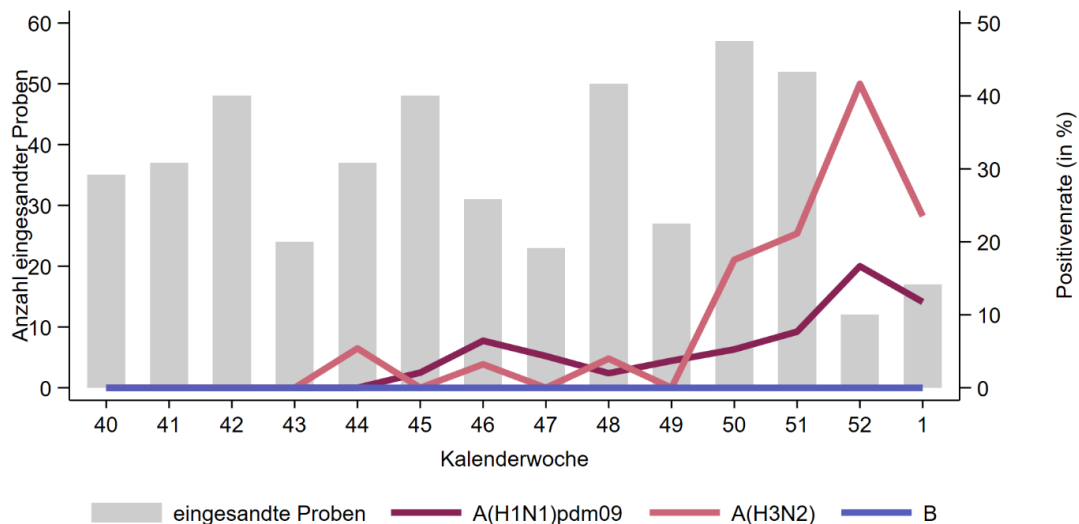


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 1. KW 2026.

Von der 50. KW 2025 bis 1. KW 2026 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. Rhinoviren wurden vor allem bei den 0- bis 4-jährigen, 15- bis 34-jährigen sowie den 60- bis 79-jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde in den Altersgruppen der 0- bis 1-jährigen und ab 35-jährigen detektiert. RSV wurde vereinzelt bei den 0- bis 4-jährigen sowie den ab 80-jährigen nachgewiesen. Influenza C-Viren wurden in verschiedenen Altersgruppen detektiert, dabei jeweils gemeinsam mit anderen Atemwegsviren (siehe Abschnitt oben zu Doppelinfektionen; Abb. 13).

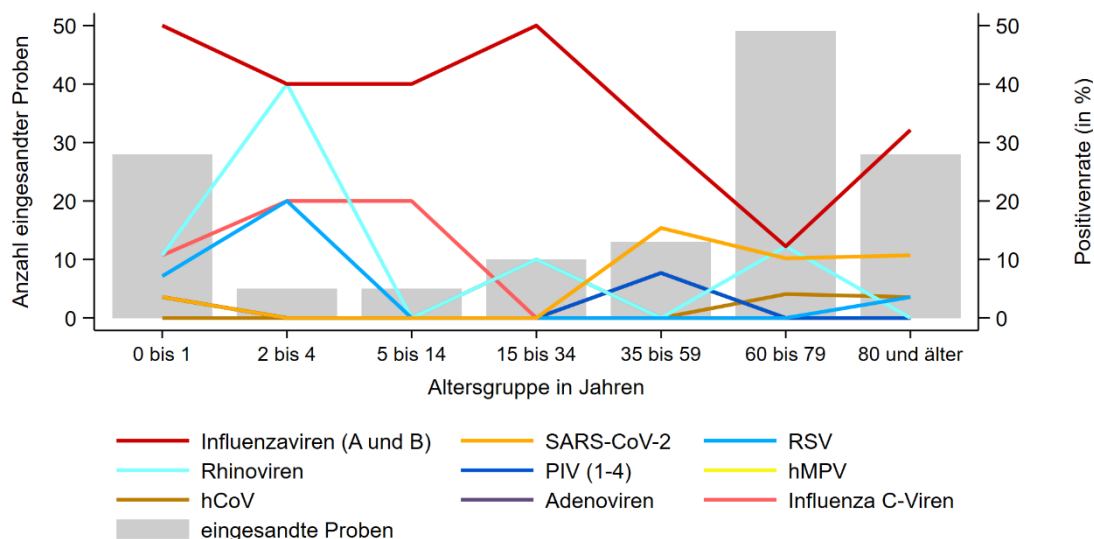


Abb. 13: Anteil (Positivitätsraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (50. KW 2025 bis 1. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Von der 51. MW 2025 bis zur 1. MW 2026 wurden bislang 35.601 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 35.527 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Berichtszeitraum weiter gestiegen. Bei 8.303 (23 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen im Berichtszeitraum wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 6.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 60.370 Fälle übermittelt. Davon entfallen 60.230 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 13.556 (23 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 103 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 97 % 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)

	48. MW	49. MW	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	2.267	5.284	10.728	12.767	7.940	13.235	56.962
A(H1N1)pdm09	14	54	67	53	48	37	365
A(H3N2)	28	68	163	196	88	83	700
nicht nach A / B differenziert	37	79	211	220	181	429	1.291
B	53	74	107	104	57	89	912
Gesamt	2.399	5.559	11.276	13.340	8.314	13.873	60.230
Hospitalisierte Fälle	522	1.206	2.120	2.343	1.960	4.000	13.556

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

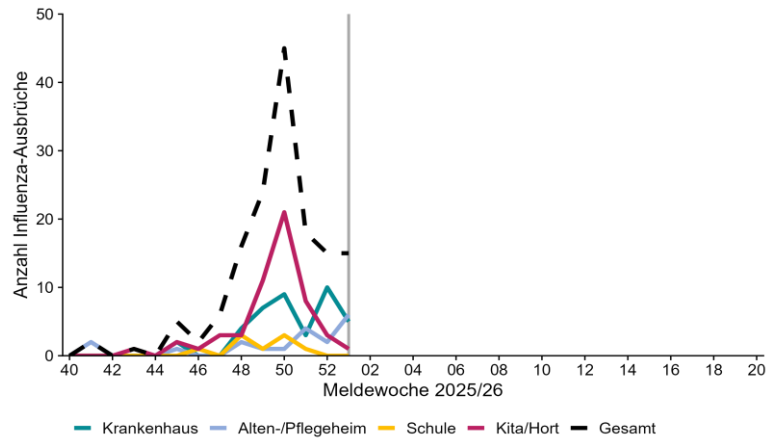
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 149 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaussetting. Es wurden 48 Ausbrüche von der 51. MW 2025 bis zur 1. MW 2026 übermittelt (Tab. 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	149
Krankenhaus	40
Alten-/Pflegeheim	19
Schule	9
Kita/Hort	54
sonstige Settings*	27
Anzahl Ausbruchsfälle	2.043
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,7

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



COVID-19

Von der 51. MW 2025 bis zur 1. MW 2026 wurden bislang 16.562 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 16.408 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind seit der 51. MW 2025 rückläufig. Bei 5.691 (35 %) von allen laborbestätigten Fällen im Berichtszeitraum wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 6.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 91.274 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 90.135 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 31.299 (35 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 789 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 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)

	48. MW	49. MW	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	7.088	9.124	10.570	8.524	3.714	4.170	90.135
Hospitalisierte Fälle	2.421	3.042	3.107	2.586	1.347	1.758	31.299

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

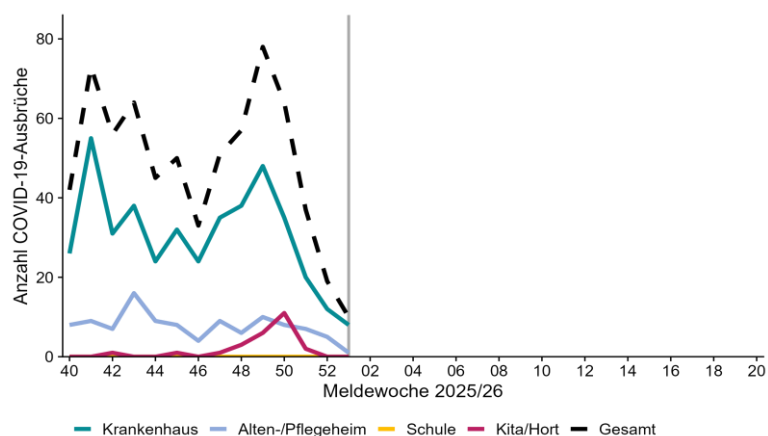
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 679 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Krankenhaussetting. Es wurden 66 Ausbrüche von der 51. MW 2025 bis zur 1. MW 2026 übermittelt (Tab. 6).

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	679
Krankenhaus	426
Alten-/Pflegeheim	107
Schule	0
Kita/Hort	25
sonstige Settings*	121
Anzahl Ausbruchsfälle	6.518
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,6

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



RSV-Infektionen

Von der 51. MW 2025 bis zur 1. MW 2026 wurden bislang insgesamt 2.446 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.412 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen stiegen seit Saisonbeginn allmählich an, stagnierten jedoch über den Jahreswechsel. Bei 623 (26 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen im Berichtszeitraum wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 6.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 4.622 Fälle übermittelt. Davon entfallen 4.538 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 1.302 (29 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 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)

	48. MW	49. MW	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	276	391	712	932	566	914	4.538
Hospitalisierte Fälle	97	110	196	213	144	266	1.302

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

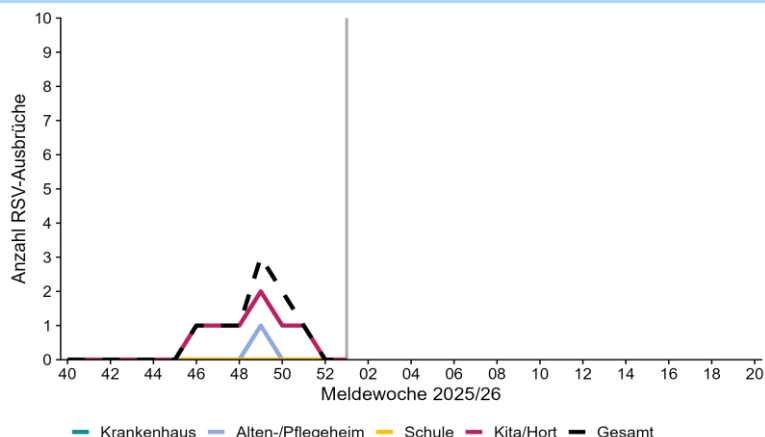
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt neun RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. Es wurde ein Ausbruch von der 51. MW 2025 bis zur 1. MW 2026 übermittelt (Tab. 8).

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	9
Krankenhaus	0
Alten-/Pflegeheim	1
Schule	0
Kita/Hort	7
sonstige Settings*	1
Anzahl Ausbruchsfälle	103
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	11,4

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

Im Jahr 2025 werden über 70 Kläranlagen auf SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 52. KW 2025 wurden Daten aus 36 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser zeigte über den Jahreswechsel bis zur 52. KW 2025 keinen eindeutigen Trend (Abb. 14). Für die 1. KW 2026 stehen noch keine Daten zur Verfügung.

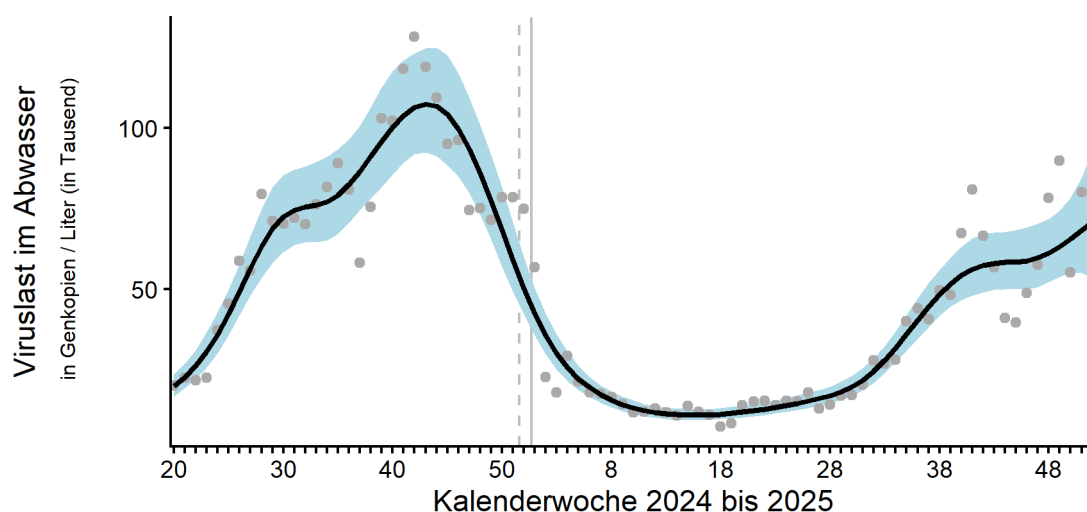


Abb. 14: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 6.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme am 28.12.2025 (52. KW 2025). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, 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 52. KW 2025 wurden Daten aus 35 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza A-Viruslast im Abwasser ist in den letzten Wochen stark angestiegen. Die Influenza B-Viruslast lag in der 52. KW 2025 weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 15). Für die 1. KW 2026 stehen noch keine Daten zur Verfügung.

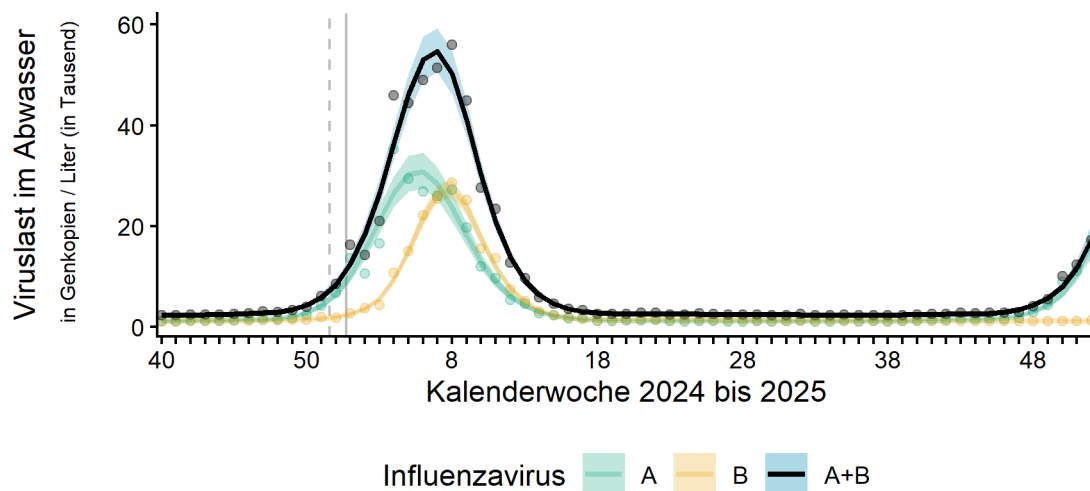


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 6.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme am 28.12.2025 (52. KW 2025). 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 einhergeht, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

RSV

Für die 52. KW 2025 wurden Daten aus 33 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B in den letzten Wochen angestiegen (Abb. 16). Für die 1. KW 2026 stehen noch keine Daten zur Verfügung.

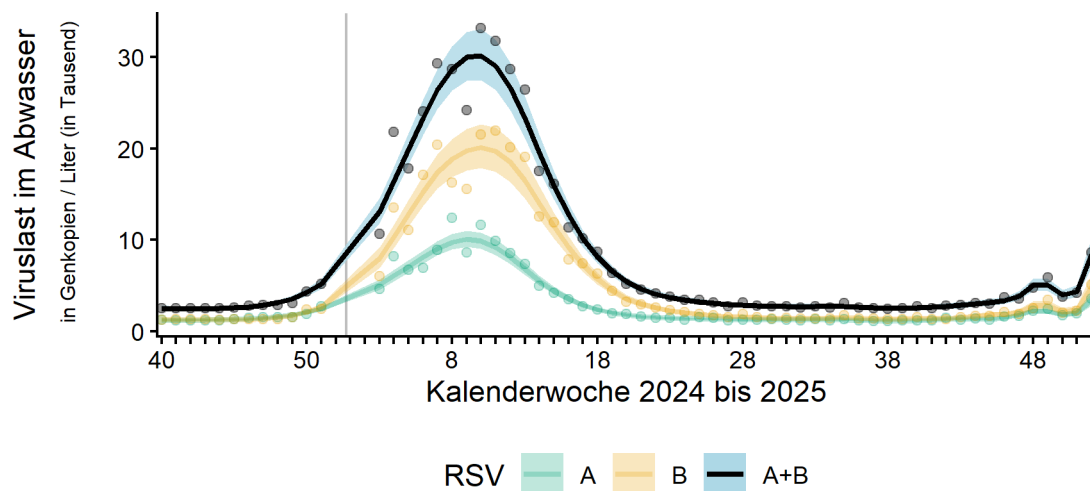


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 6.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme am 28.12.2025 (52. KW 2025). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

Die Entwicklung der Viruslast im Abwasser von SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV kann sich aufgrund von Nachmeldungen insbesondere in den letzten Wochen noch verändern.

Weitere Informationen sind abrufbar im aktuellen Wochenbericht der Abwassersurveillance unter: https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-_Wochenbericht/#/.

Weitere Daten und Berichte zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in Deutschland

Daten zu verschiedenen Indikatoren werden als Open Data in Zenodo und auf GitHub bereitgestellt: <https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut> und <https://github.com/robert-koch-institut/>.

Die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, im ambulanten sowie im stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 6 und 7 im ARE-Wochenbericht) werden wöchentlich aktualisiert zur Verfügung gestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

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

Trends relevanter Indikatoren werden im Infektionsradar des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verfügung gestellt: <https://infektionsradar.gesund.bund.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, Hackmann C, Erdwiens A, AMELAG-Team, Hilbig A, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 51/2025 – 1/2026 | DOI: 10.25646/13599