

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
3. Kalenderwoche (12.1. bis 18.1.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Das ARE-Geschehen wird weiterhin durch die Zirkulation von Influenzaviren bestimmt. Influenza-erkrankungen betreffen aktuell alle Altersgruppen und führen zusammen mit weiteren akuten Atemwegserkrankungen zu einer moderaten Zahl an Arztbesuchen und Hospitalisierungen. Während bei Menschen ab 80 Jahren ein Rückgang der Krankenhauseinweisungen wegen SARI beobachtet wurde, stieg die Zahl der SARI-Fälle bei den Schulkindern wieder an. In der Bevölkerung ist die ARE-Aktivität wie in den Vorsaisons in der 3. KW wieder gestiegen und lag auf einem niedrigen Niveau. Seit Beginn der Grippewelle laut RKI-Definition in der 48. KW 2025 werden überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, seltener Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Es deutet sich der Beginn der RSV-Welle an.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist, ähnlich wie in den Vorjahren, in der 3. KW 2026 wieder gestiegen, lag jedoch weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 3. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befand sich wie in den Vorjahren auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 3. KW 2026 in insgesamt 105 der 138 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Influenza A- oder B-Viren (60 %), mit deutlichem Abstand gefolgt von Rhinoviren (7 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 4 %). SARS-CoV-2 wurde in 1 % der Proben nachgewiesen. Von den 83 nachgewiesenen Influenzaviren waren 62 A(H3N2)- und 20 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein nicht subtypisiertes Influenza A-Virus (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 3. KW 2026 wie in den Vorjahren zurück und lag auf einem moderaten Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 36 % Influenza-, 4 % RSV- und 2 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 3. KW 2026 in 17 der 27 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A- oder B-Viren (33 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle sowie der RSV-Fälle ist in der 3. Meldewoche (MW) stabil geblieben. Die Zahl der COVID-19-Fälle ist dagegen gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie XFG wurde in der 1. KW 2026 mit einem Anteil von 56 % am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Bei den Werten für die Influenza A-Viruslast im Abwasser deutet sich ein Rückgang an. Die RSV-Last im Abwasser ist weiter gestiegen. Die SARS-CoV-2-Last ist seit einigen Wochen rückläufig.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- Alle Personen, für die die STIKO die Grippeschutzimpfung 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 12.1.2026): www.rki.de/Zoonotische-influenza.

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

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

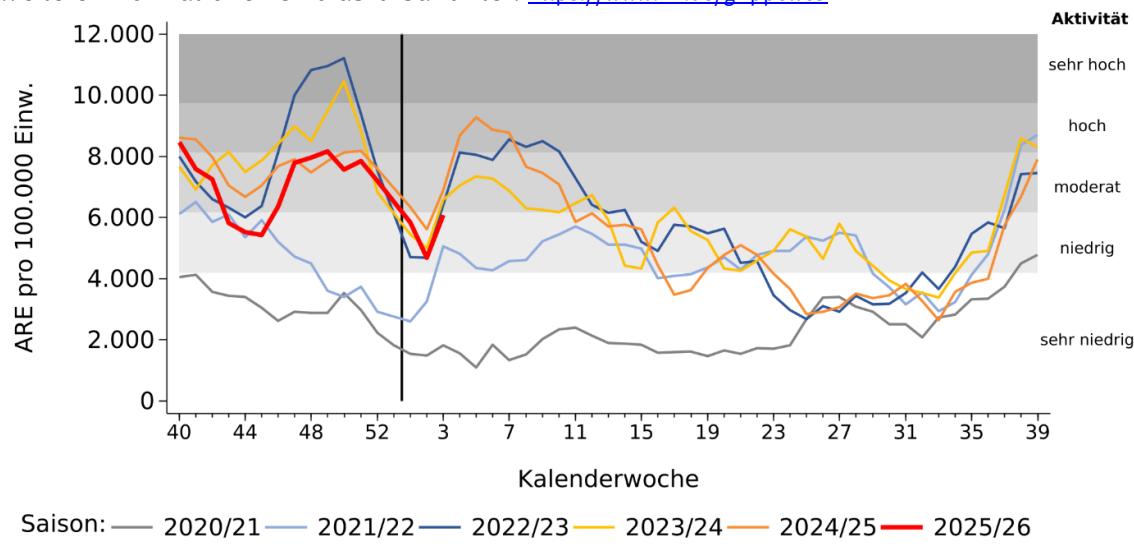
Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist wie in den Vorjahren in der 3. KW 2026 wieder gestiegen. Die ARE-Inzidenz lag bei rund 6.100 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.700; Abb. 1) und damit auf einem niedrigen Niveau. Nach dem Rückgang zum Jahreswechsel wurde ein starker Anstieg bei den Kindern (bis 14 Jahre) beobachtet, die ARE-Inzidenzen der Erwachsenen sind dagegen relativ stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,1 Millionen neu aufgetretener akuter Atemwegserkrankungen in der 3. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden war seit der 49. KW rückläufig und ist in der 3. KW im Vergleich zur Vorwoche mit rund 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. stabil geblieben (Vorwoche: 100).

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



Saison: — 2020/21 — 2021/22 — 2022/23 — 2023/24 — 2024/25 — 2025/26

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 3. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 12.900 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 3. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Mit rund 1.500 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. lag die ARE-Konsultationsinzidenz damit wie in den Vorjahren in der 3. KW auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.700; Abb. 2). Die rund 1.500 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 3. KW 2026 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,2 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Hinweis in eigener Sache:

Das ARE-Praxis-Sentinel des RKI lebt von der aktiven Mitarbeit der Sentinelpraxen. Wir bitten alle am ARE-Praxis-Sentinel registrierten Arztpraxen möglichst wöchentlich (Zeitraum Freitag bis Montag) die Daten der syndromischen ARE-Surveillance an uns zu senden, damit wir fundierte Aussagen zum aktuellen ARE-Geschehen im ambulanten Bereich in unseren ARE-Wochenberichten machen können.

Sie sind noch keine Sentinelpraxis und möchten mehr darüber erfahren? Wir suchen ständig neue engagierte Haus- und Kinderarztpraxen, die am ARE-Praxis-Sentinel teilnehmen wollen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich auf unserer Homepage informieren unter:

<https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Sentinels-Surveillance-Panel/ARE-Praxis-Sentinel/Sentinelpraxis-werden.html>.

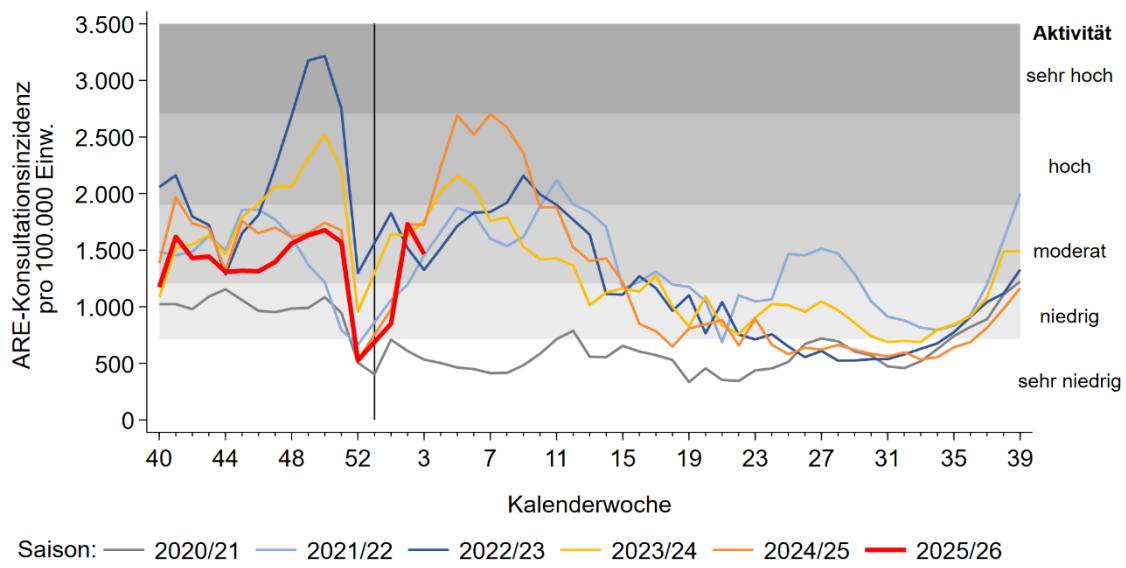


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 3. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 in der 3. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der Kinder (0 bis 14 Jahre) deutlich gestiegen, bei den Erwachsenen dagegen (ab 15 Jahren) gesunken.

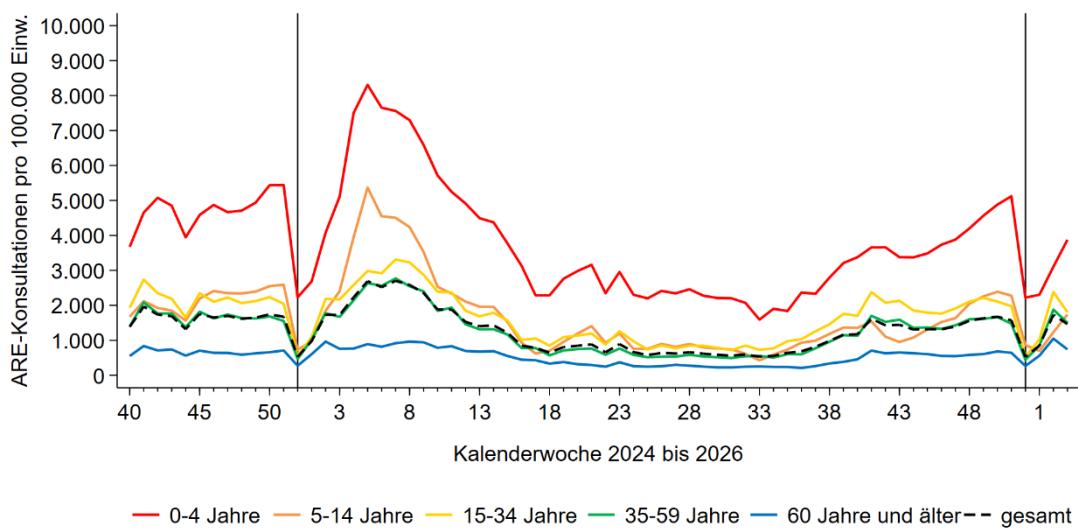


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 3. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet wird, lag in der 3. KW 2026 bei weniger als 20 Arztbesuchen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 28).

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)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 3. KW 2026 insgesamt 138 Sentinelproben von 49 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 105 (76 %) der 138 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Influenza A- oder B-Viren (60 %; 95 %-Konfidenzintervall [51; 69]), mit großem Abstand gefolgt von Rhinoviren (7 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 5 %), Adenoviren (5 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 4 %). Darüber hinaus wurden Parainfluenzaviren (PIV; 2 %) sowie humane Metapneumoviren (hMPV), SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren mit jeweils 1 % nachgewiesen (Tab. 1; Abb. 4). Es gab elf Doppelinfektionen und zwei Dreifachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von Influenza A(H3N2)-Viren.

Die Influenza-Positivenrate ist in der 3. KW 2026 weiter angestiegen. Von den 83 nachgewiesenen Influenzaviren waren 62 A(H3N2)- und 20 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein nicht subtypisiertes Influenza A-Virus. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher überwiegend Influenza A(H3N2)- und A(H1N1)pdm09-Viren identifiziert (73 % bzw. 26 %). Seit der 47. KW werden mehr A(H3N2)-Viren als A(H1N1)pdm09-Viren detektiert (Abb. 5; links). Bisher wurden in der Saison nur sehr vereinzelt Influenza B-Viren nachgewiesen. Die Grippewelle begann gemäß RKI-Definition in der 48. KW 2025.

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).

Es deutet sich zudem der Beginn der RSV-Welle an. Die Positivenrate von RSV lag bei den 0- bis 4-Jährigen in der 3. KW 2026 bei 14 % (95 %-Konfidenzintervall [5; 29]). Der Beginn der RSV-Welle auf Bevölkerungsebene orientiert sich an der RSV-Positivenrate der virologischen Sentinel surveillance bei den 0- bis 4-Jährigen. Sobald der Wert für die untere Grenze des 95 %-Konfidenzintervalls zwei Wochen in Folge über 5 % liegt, beginnt die RSV-Welle mit der ersten dieser beiden Wochen¹.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 3. KW 2026), Stand 20.1.2026.

	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	48	47	118	138	1.936
Probenanzahl mit Virusnachweis*	38	32	89	105	1.300
Positivenrate (PR)	79 %	68 %	75 %	76 %	67 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	1	3
A(H3N2)	18	16	51	62	317
A(H1N1)pdm09	5	5	12	20	114
B	0	1	0	0	2
SARS-CoV-2	3	0	3	2	264
RSV	3	2	11	5	44
hMPV	0	0	1	2	13
PIV (1 – 4)	6	1	2	3	120
Rhinoviren	7	3	8	9	445
hCoV	1	1	3	7	46
Adenoviren	1	2	3	7	79
Influenza C-Viren	0	1	3	2	21

* 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.

¹ Definition der RSV-Welle in Deutschland aufgrund der Analysen der Daten aus den Jahren 2011 bis 2021, Influenza Other Respir Viruses (29.4.2022), abrufbar (in englischer Sprache) unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9343324/>.

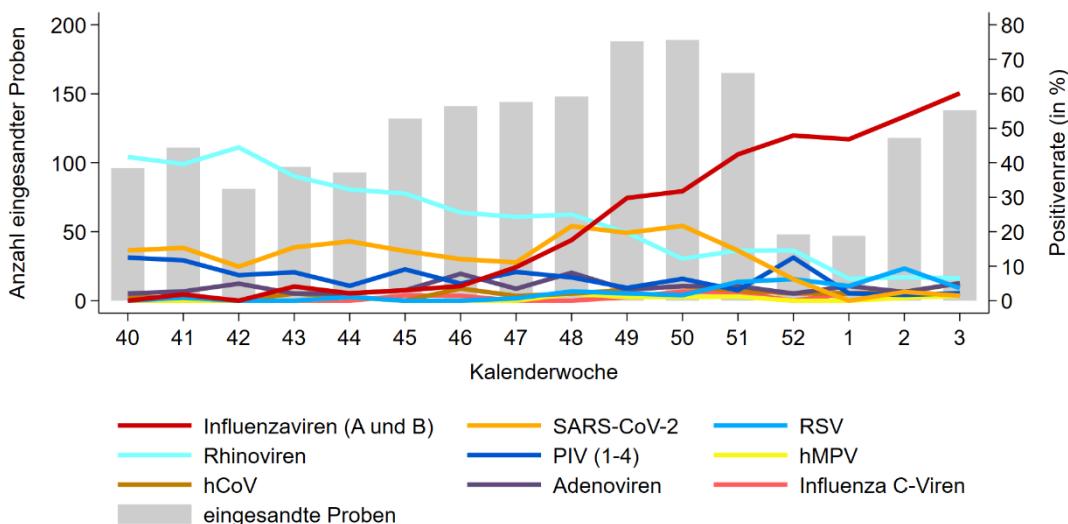


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 3. KW 2026.

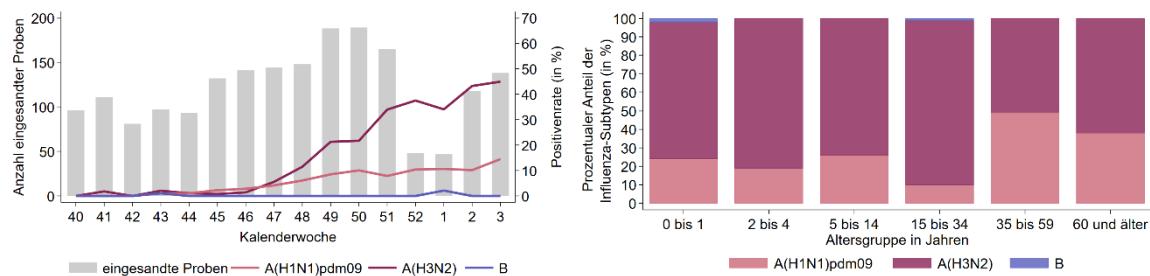


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 3. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der 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 3. KW 2026 detektiert wurden.

In der 3. KW 2026 wurden in allen Altersgruppen vorwiegend Influenzaviren (A und B) nachgewiesen mit Positivenraten zwischen 40 % und 83 % (Abb. 6). Rhinoviren wurden zu deutlich niedrigeren Anteilen in allen Altersgruppen nachgewiesen. RSV wurde ausschließlich bei den 0- bis 4-Jährigen detektiert. SARS-CoV-2-Nachweise wurden bei Erwachsenen ab 60 Jahren identifiziert.

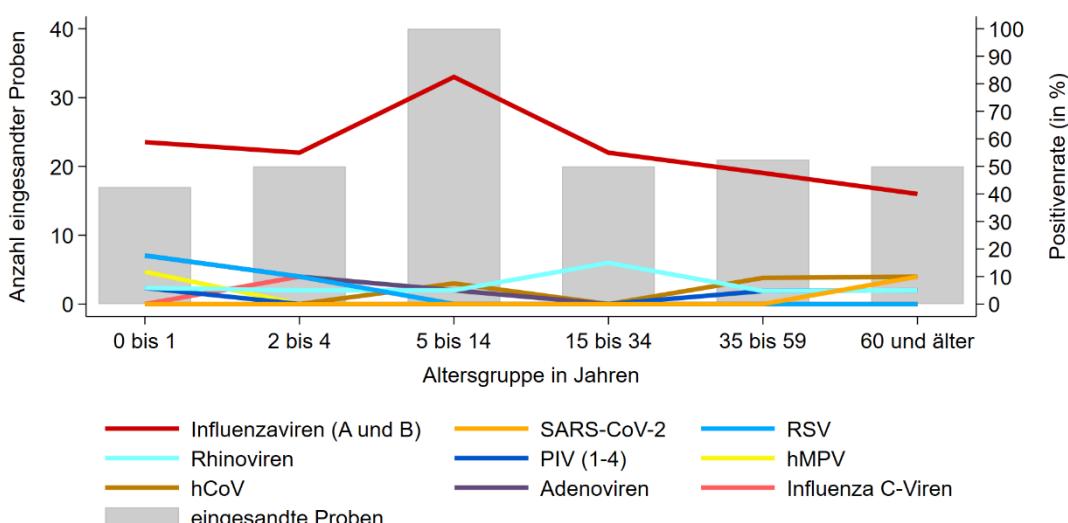


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 3. KW 2026.

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>.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinels ($n = 183$), des SARI-Krankenhaus-Sentinels ($n = 12$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 17$) wurden 212 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 146 zum Subtyp A(H3N2), 65 zum Subtyp A(H1N1)pdm09 und eines zur B/Victoria-Linie. Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurde das Hämagglyutinin (HA) genetisch analysiert und die Viren wurden zu Kladen und Subkladen zugeordnet. Subtyp A(H3N2): alle Viren gehören zur Klade 2a.3a.1 davon 135 Viren Subklade K, zwei Viren Subklade J.2, drei Viren Subklade J.2.2, vier Viren Subklade J.2.3 sowie zwei Viren Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 65 Viren Klade 5a.2a.1/Subklade D.3.1; B/Victoria-Linie: ein Virus Klade V1A.3a.2/Subklade C.5.6.

Es wurden bisher 154 Influenza A(H3N2)- und 74 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein B/Victoria-Virus in Zellkultur isoliert und auf ihre Passgenauigkeit mit den aktuellen Impfstammantiseren im Hämagglyutinationshemmtest 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: 92 A(H3N2), 44 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 52 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/ViroAnalysen_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 Grippeschutzimpfung 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 Grippeschutzimpfung 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)

Aufgrund der vergangenen Feiertage zum Jahreswechsel stehen für die 1. KW 2026 nur 18 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 20.1.2026).

Die rekombinante Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) wurde in der 1. KW 2026 10-mal, d.h. mit einem Anteil von 56 % (52. KW 2025: 55 %) am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde 5 mal, d.h. mit einem Anteil von 28 % (52. KW 2025: 27 %), die SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) 2-mal, d.h. mit einem Anteil von 11 % (52. KW 2025: 15 %) detektiert.

In Deutschland wird für die öffentliche Gesundheit gegenwärtig kein erhöhtes Risiko durch die derzeit als VUM klassifizierten SARS-CoV-2-Varianten gesehen. WHO^{2 3 4} und ECDC⁵ stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein und es werden keine signifikanten Auswirkungen auf die Wirksamkeit der derzeit zugelassenen COVID-19-Impfstoffe gegen schwere Erkrankungen erwartet. Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind im Dashboard abrufbar unter:

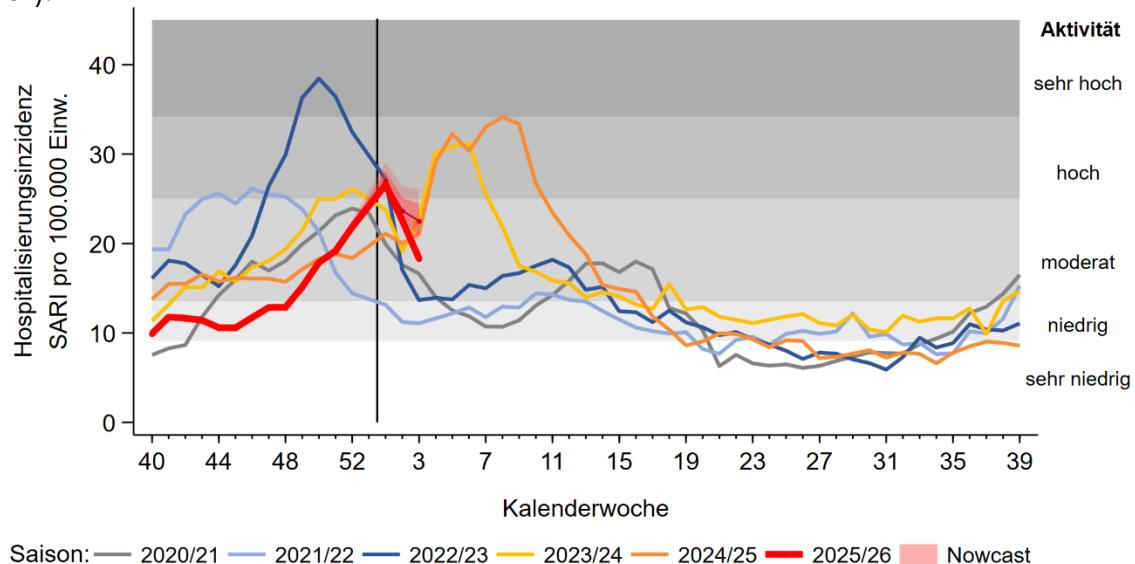
https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaus-surveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) nach dem Jahreswechsel zurückgegangen (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz befand sich basierend auf den noch vorläufigen Werten in der 3. KW 2026 auf einem moderaten Niveau.

Ab der 3. KW 2026 wird zudem das Ergebnis eines Nowcasting-Modells berichtet, bei dem noch ausstehende Änderungen in den Inzidenzdaten berücksichtigt werden. Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: [RKI - FAQ zu ARE](#).

Das Ergebnis des Nowcasting-Modells zeigt für die 3. KW 2026 einen weniger deutlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen, demzufolge ist die SARI-Inzidenz in der 3. KW jedoch auch unter Berücksichtigung noch ausstehender Änderungen auf einem moderaten Niveau einzuordnen (Abb. 7, rot hinterlegter Bereich).



Saison: — 2020/21 — 2021/22 — 2022/23 — 2023/24 — 2024/25 — 2025/26 ■ Nowcast

Abb. 7: 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 3. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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.

In der 3. KW 2026 kam es bei Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren zu einem starken Anstieg der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 8). Dagegen ging die SARI-Inzidenz in den Altersgruppen 15 bis 34 Jahre und ab 60 Jahren zurück. Die Werte in der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre sowie in der Altersgruppe 35 bis 59 Jahre sind stabil geblieben. Die SARI-Inzidenz lag in der 3. KW 2026 in allen Altersgruppen auf einem moderaten Niveau.

² <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

³ <https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-xfg>

⁴ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025_ba.3.2_ir.pdf

⁵ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-45-2025.pdf>

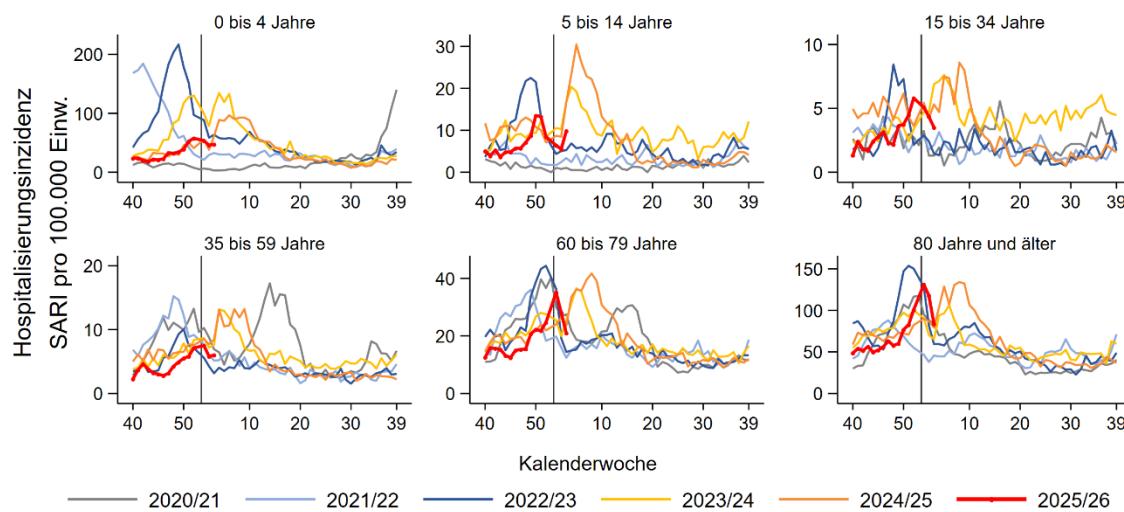


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 3. KW 2026). Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten ist in der 3. KW 2026 stabil geblieben (Abb. 9) und lag bei 36 % (Vorwoche: 38 %). RSV-Diagnosen sind bei 4 % der SARI-Fälle vergeben worden (Vorwoche: 4 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Fällen ging seit der 44. KW 2025 kontinuierlich zurück und lag in der 3. KW 2026 bei 2 % (Vorwoche: 4 %).

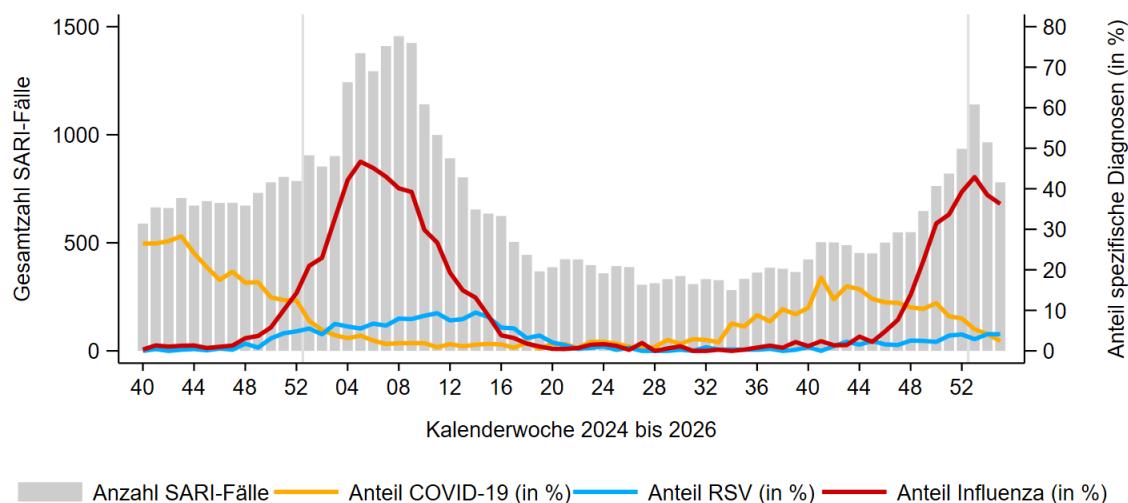


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 3. 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 3. KW 2026 in allen Altersgruppen auf (Abb. 10). In den Altersgruppen zwischen 2 und 34 Jahren wurde bei etwa jedem zweiten SARI-Fall eine Influenza-Diagnose gestellt, mit dem höchsten Anteil bei den 5- bis 14-Jährigen (63 %). RSV-Erkrankungen wurden in den letzten beiden Wochen bei etwa jedem dritten SARI-Fall unter 2 Jahren diagnostiziert (3. KW: 33 %). COVID-19-Diagnosen wurden in der 3. KW 2026 vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten verschiedener Altersgruppen vergeben.

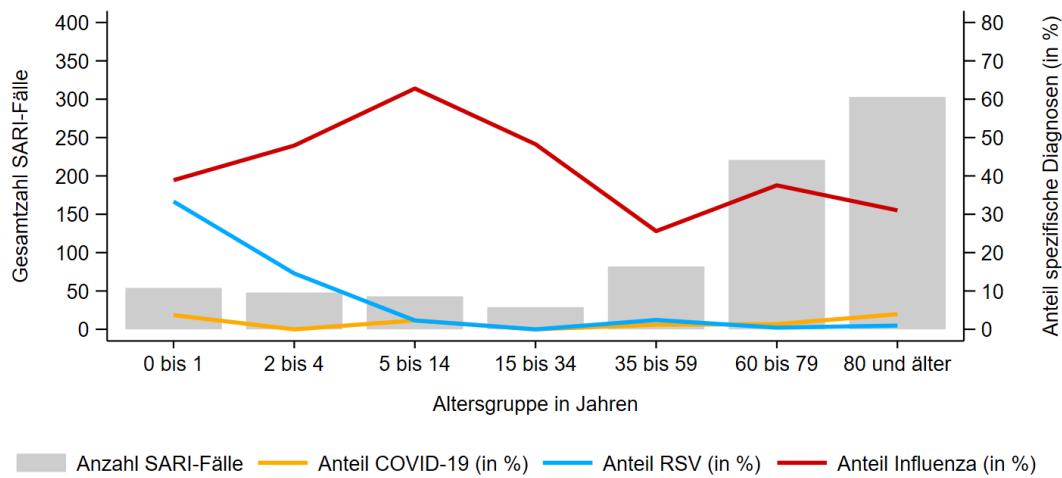
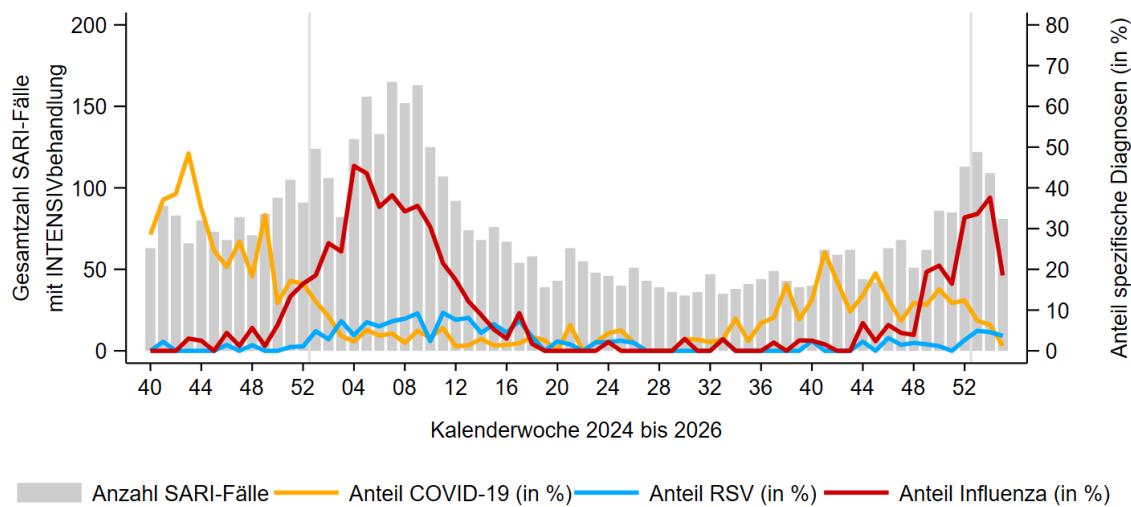


Abb. 10: Anzahl der in der 3. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 64 Sentinelkliniken.

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine Influenza-Erkrankung wurde bei 19 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert (Vorwoche: 38 %). RSV-Diagnosen sind in der 3. KW 2026 bei 4 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben worden (Vorwoche: 5 %). COVID-19-Erkrankungen wurden in der 3. KW 2026 mit einem Anteil von 1 % bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert (Vorwoche: 6 %).



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

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

Dem NRZ wurden in der 3. KW 2026 aus vier der elf teilnehmenden Kliniken 27 Sentinelproben zugesandt. In 17 (63 %) der 27 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 3. KW 2026 wurden Influenza A- oder B-Viren (33 %), Rhinoviren (15 %), SARS-CoV-2 (11 %) sowie Parainfluenzaviren (PIV; 7 %) detektiert (Abb. 12). Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), humane saisonale Coronaviren (hCoV), Adenoviren sowie Influenza C-Viren wurden in der 3. KW nicht nachgewiesen. Es gab eine Doppelinfektion mit Influenza A(H3N2)-Viren 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, Stand 20.1.2026.

	52. KW	1. KW	2. KW	3. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	12	21	49	27	585
Probenanzahl mit Virusnachweis*	11	11	27	17	274
Positivenrate (PR)	92 %	52 %	55 %	63 %	47 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	1	0	2
A(H3N2)	5	4	13	6	54
A(H1N1)pdm09	2	2	5	3	25
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	0	1	3	54
RSV	1	1	3	0	9
hMPV	1	0	0	0	3
PIV (1 – 4)	0	1	1	2	32
Rhinoviren	1	2	3	4	90
hCoV	1	1	1	0	9
Adenoviren	0	0	1	0	11
Influenza C-Viren	3	2	1	0	10

* 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.

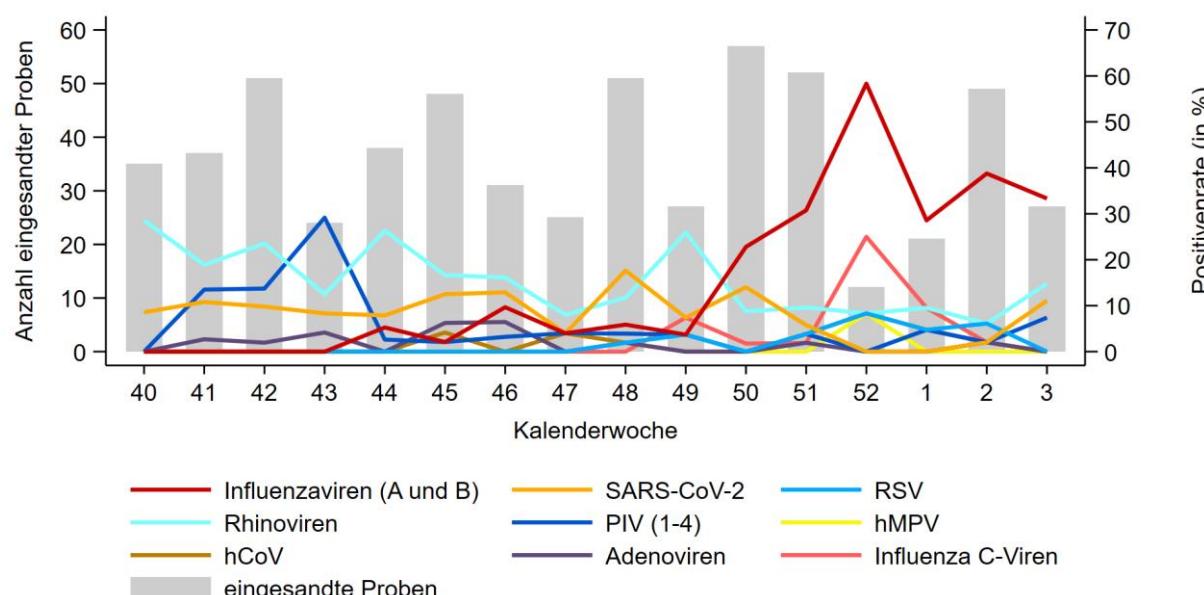


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 3. KW 2026.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (68 %) nachgewiesen, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (30 %). Influenza B-Viren wurden in der Saison 2025/26 noch nicht detektiert (Tab. 1, Abb. 13). Ähnlich wie im ambulanten Bereich wurde in der gesamten Saison 2025/26 bislang in den meisten Altersgruppen häufiger Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen wurden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren fast so häufig wie A(H3N2)-Viren detektiert (Abb. 13; rechts).

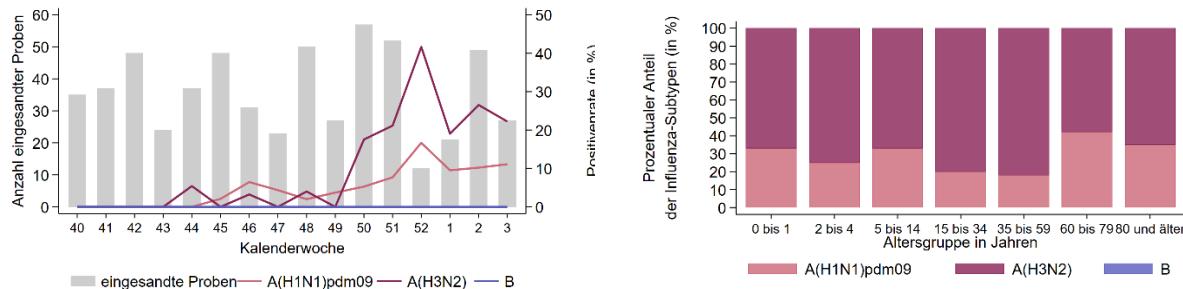


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 3. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des SARI-Sentinels von der 40. KW 2025 bis zur 3. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 52. KW 2025 bis 3. KW 2026 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. Rhinoviren wurden bei den 0- bis 4-Jährigen, den 15- bis 34-Jährigen sowie den ab 60-Jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde in den Altersgruppen der 0- bis 1-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen detektiert. RSV wurde vereinzelt bei den 0- bis 4-Jährigen sowie den 60- bis 79-Jährigen nachgewiesen (Abb. 14).

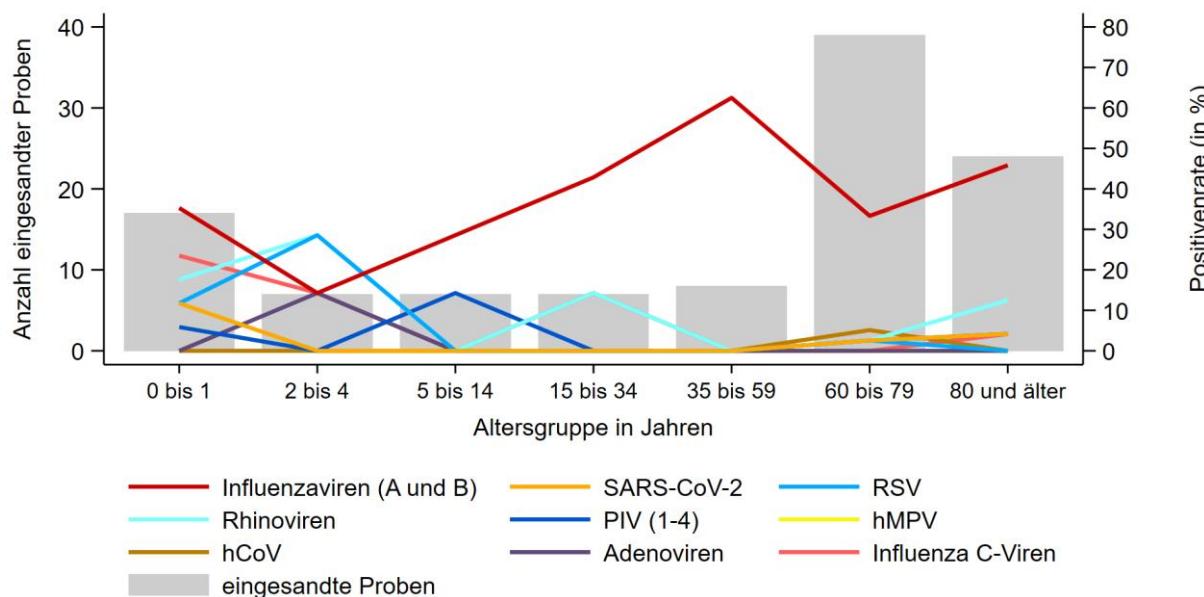


Abb. 14: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (52. KW 2025 bis 3. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 3. MW 2026 wurden bislang 20.591 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 20.387 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 3. MW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Bei 4.726 (23 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 20.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 103.764 Fälle übermittelt. Davon entfallen 103.343 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 26.156 (25 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 393 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

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

	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	10.765	12.850	8.156	14.324	20.405	19.570	98.382
A(H1N1)pdm09	67	53	50	42	84	119	575
A(H3N2)	170	199	93	99	162	185	1.085
nicht nach A / B differenziert	213	225	189	435	409	358	2.080
B	107	103	57	96	146	155	1.221
Gesamt	11.322	13.430	8.545	14.996	21.206	20.387	103.343
Hospitalisierte Fälle	2.187	2.500	2.194	5.089	6.293	4.726	26.156

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

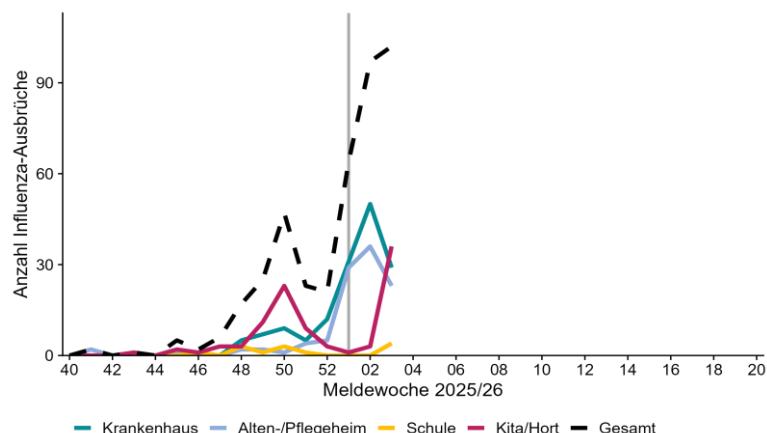
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 412 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 3. MW 2026 wurden bisher 102 Ausbrüche übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Krankenhaussetting, in Pflegeeinrichtungen und im Umfeld Kita bzw. Hort (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	412
Krankenhaus	150
Alten-/Pflegeheim	105
Schule	13
Kita/Hort	96
sonstige Settings*	48
Anzahl Ausbruchsfälle	4.980
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	12,1

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



COVID-19

Für die 3. MW 2026 wurden bislang 3.503 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 3.458 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Bei 1.287 (37 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 20.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 100.430 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 99.176 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 35.313 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.015 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 Meldeweche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	10.589	8.545	3.777	4.495	5.064	3.458	99.176
Hospitalisierte Fälle	3.148	2.659	1.445	2.097	2.105	1.287	35.313

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

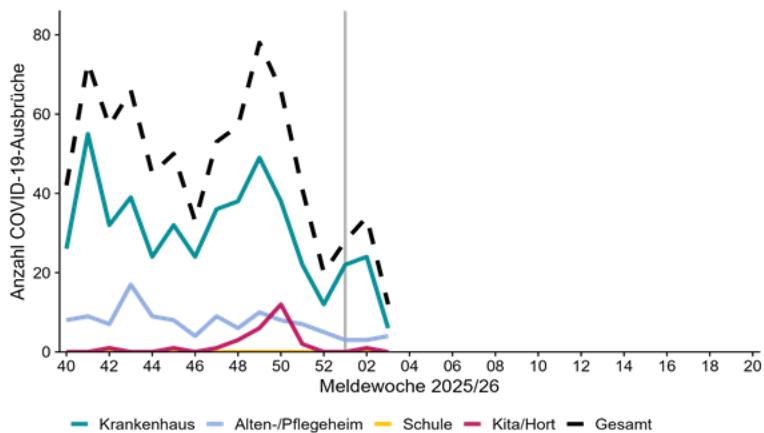
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 755 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 3. MW 2026 wurden bisher zwölf Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

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

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	755
Krankenhaus	479
Alten-/Pflegeheim	117
Schule	0
Kita/Hort	27
sonstige Settings*	132
Anzahl Ausbruchsfälle	7.226
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,6

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



RSV-Infektionen

Für die 3. MW 2026 wurden bislang insgesamt 1.735 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.729 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Bei 399 (23 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 3. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 20.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 8.090 Fälle übermittelt. Davon entfallen 7.991 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 2.420 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 21 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

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

	50. MW	51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	713	937	569	962	1.667	1.729	7.991
Hospitalisierte Fälle	211	248	173	380	519	399	2.420

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

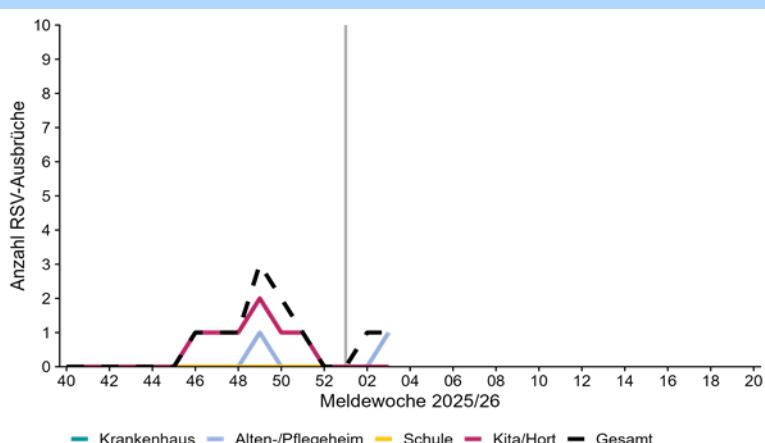
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt elf RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 3. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

Tab. 8: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	11
Krankenhaus	0
Alten-/Pflegeheim	2
Schule	0
Kita/Hort	7
sonstige Settings*	2
Anzahl Ausbruchsfälle	114
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,4

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 3. KW wurden Daten aus 69 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser ist in den letzten Wochen deutlich zurück gegangen (Abb. 15).

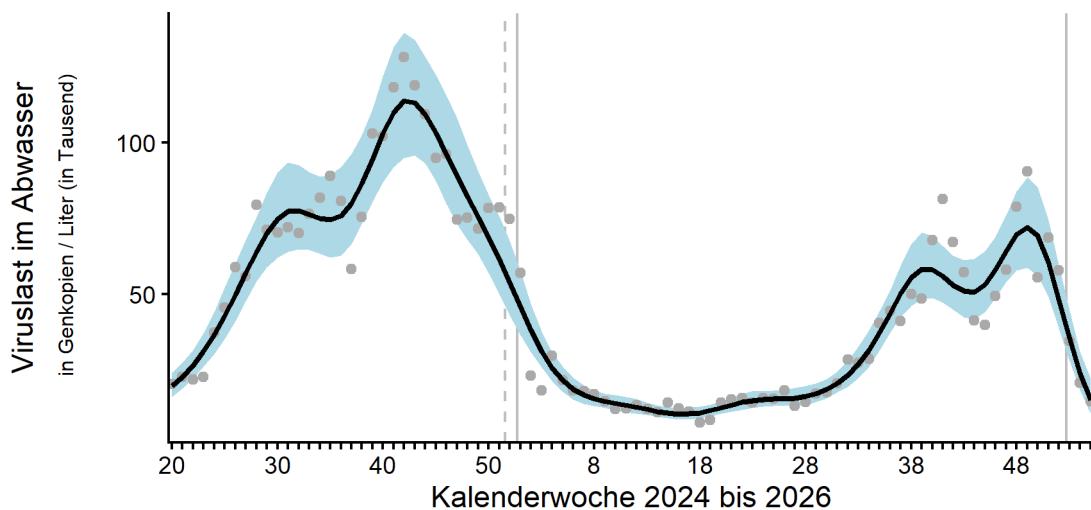


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.1.2026, 3. KW). Gezeigt 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 3. KW 2026 wurden Daten aus 68 Kläranlagen ausgewertet. Bei den Werten für die Influenza A-Viruslast im Abwasser deutet sich ein Rückgang an. Die Influenza B-Viruslast lag in der 3. KW 2026 weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 16).

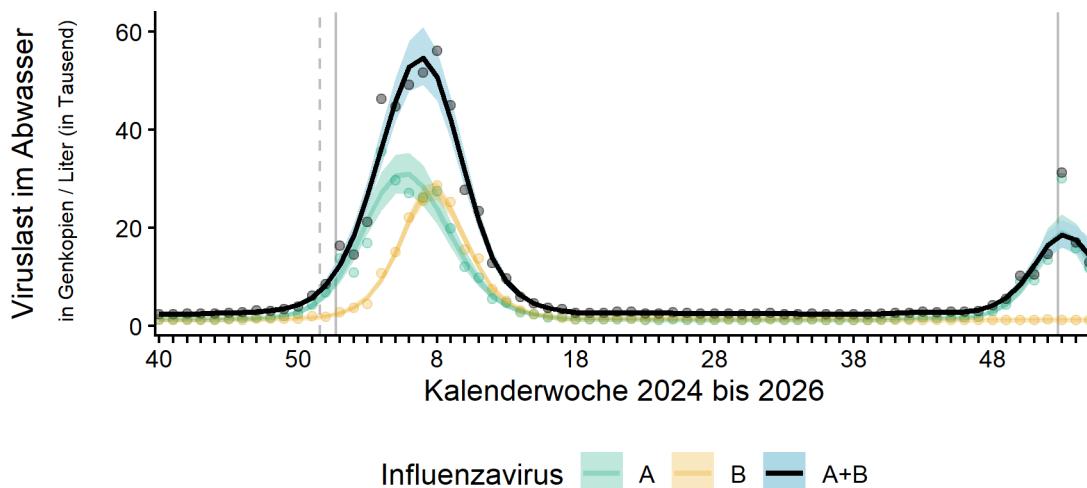


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.1.2026, 3. 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 3. KW 2026 wurden Daten aus 41 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B in den letzten Wochen gestiegen (Abb. 17).

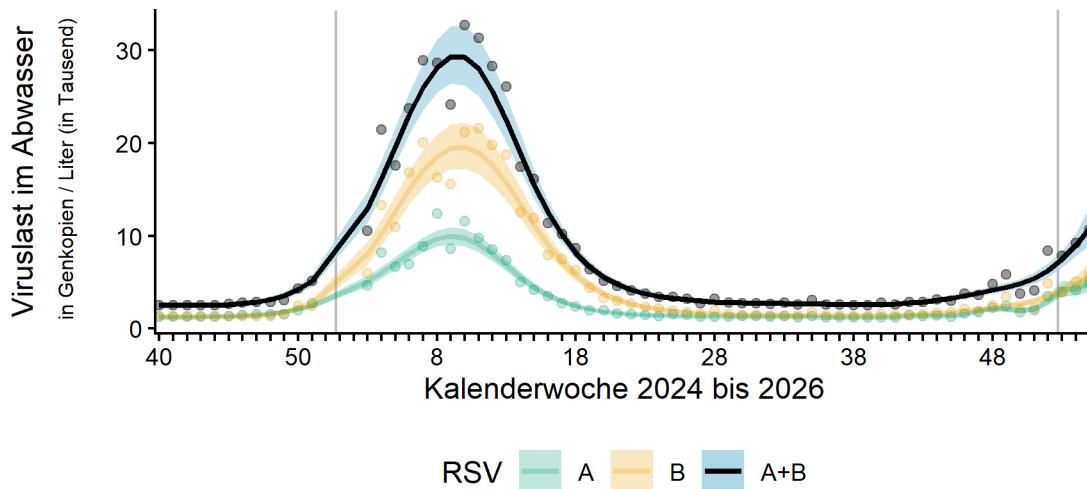


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.1.2026, 3. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

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

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

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. 7 und 8 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 Erreger nachweise 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 3/2026 | DOI: 10.25646/13621