



# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
4. Kalenderwoche (19.1. bis 25.1.2026)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Das ARE-Geschehen wird weiterhin durch die Zirkulation von Influenzaviren bestimmt. Zudem nimmt seit einigen Wochen die RSV-Aktivität zu. Influenzaerkrankungen betreffen aktuell alle Altersgruppen und führen zusammen mit weiteren akuten Atemwegserkrankungen zu einer moderaten Zahl an Arztbesuchen und Hospitalisierungen. In der Bevölkerung ist die ARE-Aktivität wie in den Vorsaisons in der 4. KW weiter angestiegen und lag ebenfalls auf einem moderaten Niveau. Seit Beginn der Grippewelle in der 48. KW 2025 werden überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, seltener Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Gemäß RKI-Definition hat die RSV-Welle in der 2. KW 2026 begonnen.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 4. KW 2026 wie in den Vorjahren weiter deutlich angestiegen und lag auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 4. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und befand sich weiterhin auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 4. KW 2026 in insgesamt 125 der 150 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Influenza A-Viren (59 %), mit deutlichem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 11 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 8 %). SARS-CoV-2 wurde in 1 % der Proben nachgewiesen. Von den 89 nachgewiesenen Influenzaviren waren 66 A(H3N2)- und 23 A(H1N1)pdm09-Viren (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 4. KW 2026 zurück und lag auf einem moderaten Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 35 % Influenza-, 8 % RSV- und 2 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 4. KW 2026 in neun der 16 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A-Viren (44 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten RSV-Fälle ist in der 4. Meldewoche (MW) stark gestiegen, während die Zahl der Influenza-Fälle in den letzten zwei Wochen stabil geblieben ist. Die Zahl der COVID-19-Fälle ist dagegen weiter gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linien XFG und NB.1.8.1 wurden in der 2. KW 2026 mit einem Anteil von jeweils 38 %, die Linie BA.3.2 mit einem Anteil von 21 % 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 in den letzten Wochen deutlich zurückgegangen.

## Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: <http://www.rki.de/are>
- FAQ und Faktenblätter zum Thema Impfen (z.B. gegen Grippe, COVID-19, RSV): <http://www.rki.de/impfungen-a-z>
- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch Atemwegserreger schützen?“: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE\\_gesamt.html#entry\\_16790128](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](http://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>

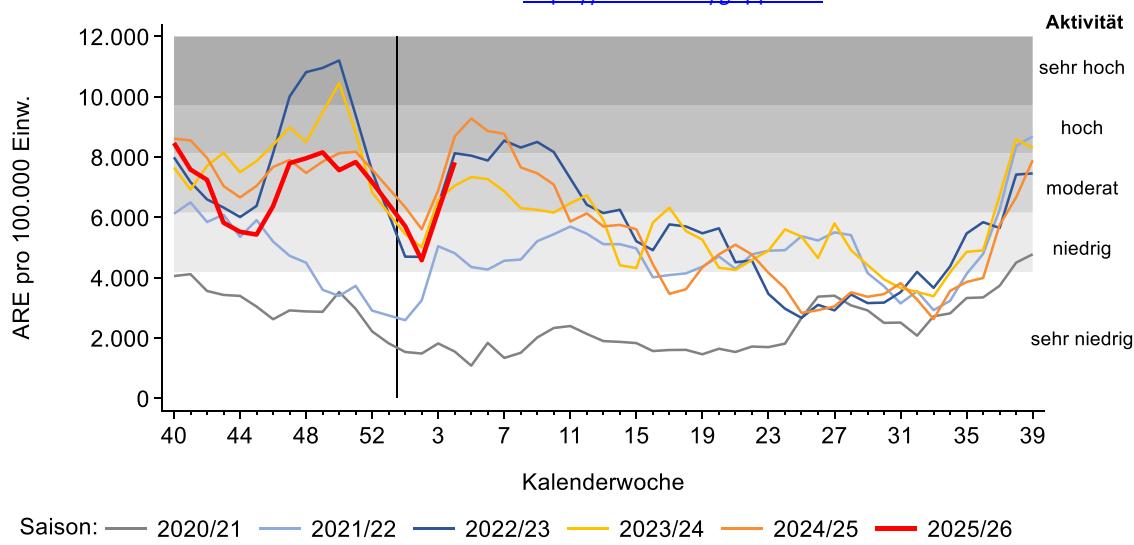
## Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

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

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist wie in den Vorjahren in der 4. KW 2026 weiter deutlich angestiegen. Die ARE-Inzidenz lag bei rund 7.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.200; Abb. 1) und damit auf einem moderaten Niveau. Der Anstieg der Werte ist sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen zu beobachten, wobei der deutlichste Anstieg im Vergleich zur Vorwoche bei den 35- bis 59-Jährigen zu verzeichnen war. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,5 Millionen neu aufgetretener akuter Atemwegserkrankungen in der 4. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist aktuell niedrig und lag seit der 2. KW unter 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

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 4. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.000 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graubstufen abgebildet, für Details siehe „Weitere Erläuterungen“ am Ende des Berichts.

### Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

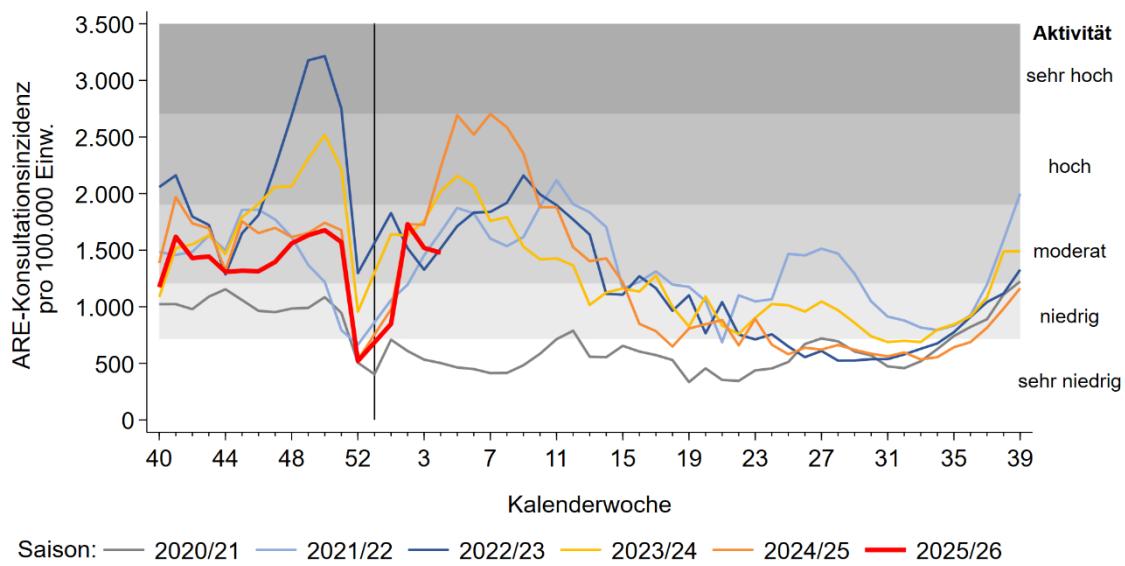
Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 4. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag mit rund 1.500 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.500; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in 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:

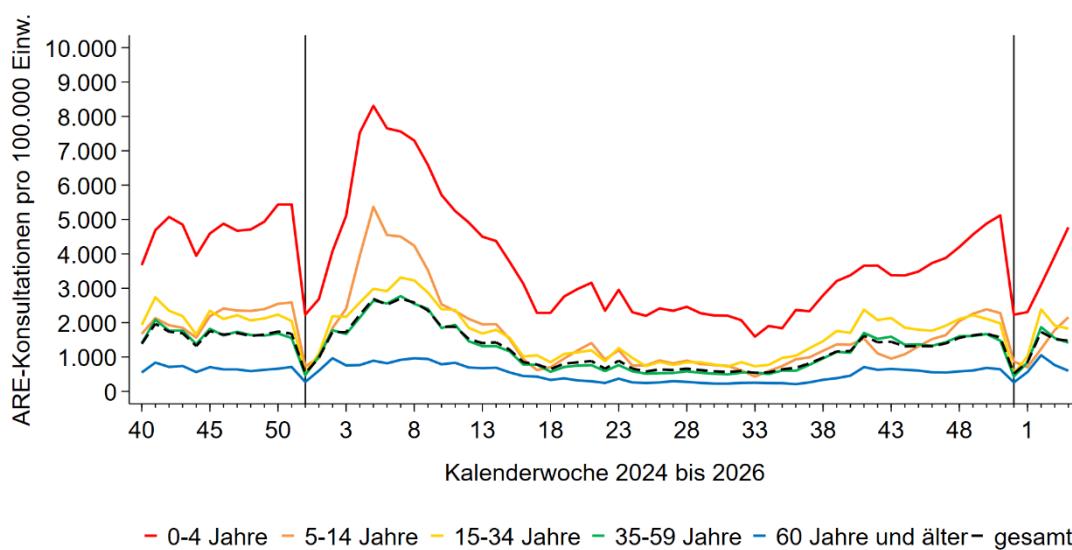
<https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Sentinels-Surveillance-Panel/ARE-Praxis-Sentinel/Sentinelpraxis-werden.html>.



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

**Abb. 2:** Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 4. 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 4. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der Kinder (0 bis 14 Jahre) weiter deutlich gestiegen, bei den Erwachsenen (ab 35 Jahren) dagegen gesunken.



**Abb. 3:** Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 4. 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<sup>ARE</sup> wöchentlich berechnet wird, blieb weiter niedrig und lag in der 4. KW 2026 wie in der Vorwoche bei weniger als 20 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner.

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 4. KW 2026 insgesamt 150 Sentinelproben von 59 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 125 (83 %) der 150 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (Positivenrate (PR): 59 %; 95 %-Konfidenzintervall [50; 67]), mit großem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 11 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 8 %), Rhinoviren (7 %), Influenza C-Viren (4 %), sowie Adenoviren und Parainfluenzaviren (PIV) mit einer Positivenrate von jeweils 3 %. Darüber hinaus wurden SARS-CoV-2 und humane Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 1 % nachgewiesen (Tab. 1; Abb. 4). Es gab 14 Doppelinfektionen, drei Dreifachinfektionen und eine Vierfachinfektion, überwiegend mit Beteiligung von Influenza A-Viren bzw. RSV.

Die Influenza-Positivenrate ist in der 4. KW 2026 weiter leicht gestiegen. Von den 89 nachgewiesenen Influenzaviren waren 66 A(H3N2)- und 23 A(H1N1)pdm09-Viren. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren identifiziert (73 % bzw. 27 %). 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 den Altersgruppen der 35- bis 59-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen wurden Influenza A(H1N1)pdm09- und A(H3N2)-Viren ähnlich häufig detektiert (Abb. 5; rechts).

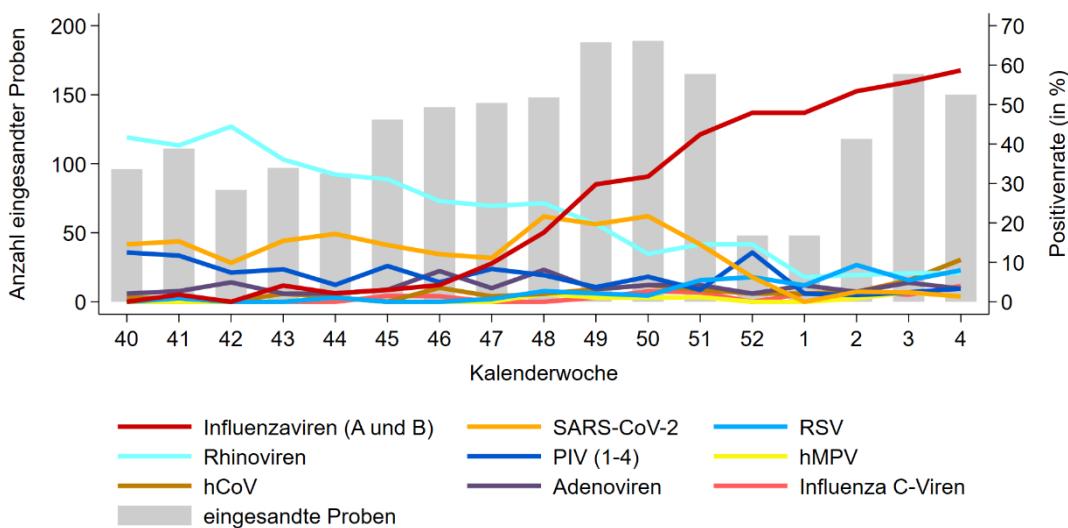
Die RSV-Positivenrate ist insgesamt seit dem Jahreswechsel gestiegen. In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 4. KW bei 23 % (95 %-Konfidenzintervall [11; 39]). Der Beginn der RSV-Welle auf Bevölkerungsebene orientiert sich an der RSV-Positivenrate der virologischen 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 Wochen<sup>1</sup>. Unter Berücksichtigung des aktuellen Datenstandes hat die RSV-Welle gemäß RKI-Definition bereits in der 2. KW 2026 begonnen.

**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 4. KW 2026), Stand 27.1.2026.

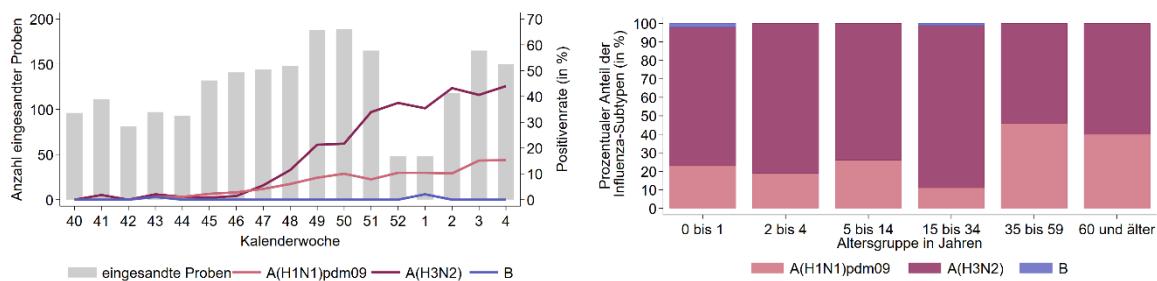
	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	48	118	165	150	<b>2.114</b>
Probenanzahl mit Virusnachweis*	33	89	126	125	<b>1.447</b>
Positivenrate (PR)	69 %	75 %	76 %	83 %	<b>68 %</b>
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	1	0	<b>3</b>
A(H3N2)	17	51	67	66	<b>389</b>
A(H1N1)pdm09	5	12	25	23	<b>142</b>
B	1	0	0	0	<b>2</b>
SARS-CoV-2	0	3	4	2	<b>268</b>
RSV	2	11	9	12	<b>60</b>
hMPV	0	1	4	2	<b>17</b>
PIV (1 – 4)	1	2	4	5	<b>126</b>
Rhinoviren	3	8	12	11	<b>459</b>
hCoV	1	3	9	16	<b>64</b>
Adenoviren	2	3	8	5	<b>85</b>
Influenza C-Viren	1	3	3	6	<b>28</b>

\* 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.

<sup>1</sup> 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/>.

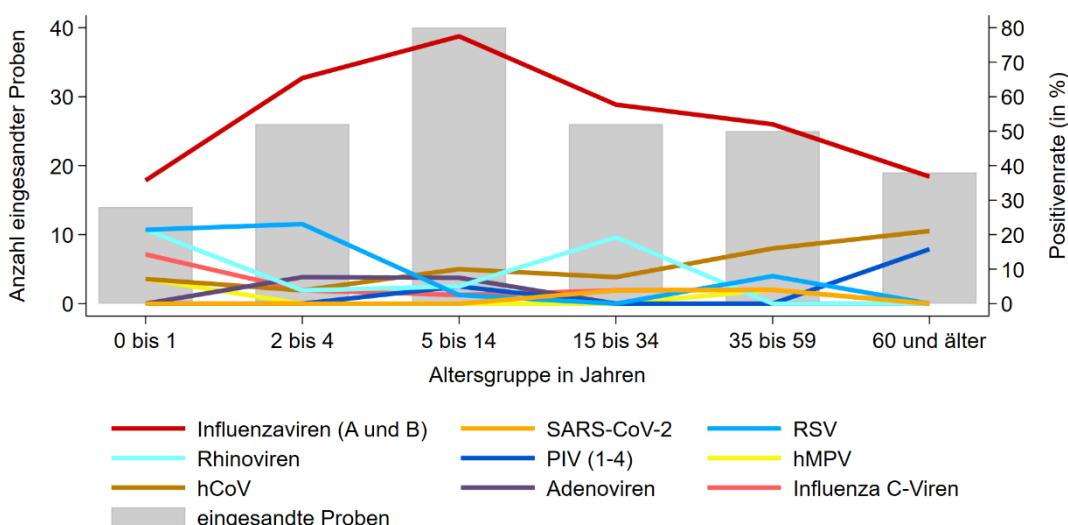


**Abb. 4:** Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 4. KW 2026.



**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 4. 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 4. KW 2026 detektiert wurden.

In der 4. KW 2026 wurden in allen Altersgruppen vorwiegend Influenzaviren (A und B) nachgewiesen mit Positivenraten zwischen 36 % und 78 %. RSV wurde vorwiegend bei den 0- bis 4-Jährigen detektiert, es gab jedoch in weiteren Altersgruppen Nachweise von RSV. SARS-CoV-2 wurden bei Patientinnen und Patienten zwischen 15 und 59 Jahren identifiziert. Zudem wurde hCoV häufig bei den ab 35-Jährigen nachgewiesen (Abb. 6).



**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 4. 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 ( $n = 238$ ), des SARI-Krankenhaus-Sentinels ( $n = 33$ ) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ( $n = 17$ ) wurden 288 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 201 zum Subtyp A(H3N2), 86 zum Subtyp A(H1N1)pdm09 und eines zur B/Victoria-Linie. Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurde das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert und die Viren wurden zu Kladen und Subkladen zugeordnet. Subtyp A(H3N2): alle Viren gehörten zur Klade 2a.3a.1 davon 186 Viren Subklade K, zwei Viren Subklade J.2, vier Viren Subklade J.2.2, vier Viren Subklade J.2.3 sowie fünf Viren Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 86 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 174 Influenza A(H3N2)- und 97 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 log<sub>2</sub>-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.html](https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/ViroAnalysen_2025_26.html)

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](#)).

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

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

Für die 2. KW 2026 stehen aktuell 53 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 27.1.2026).

Die rekombinante Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) wurde in der 2. KW 2026 unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien mit einem sinkenden Anteil von 38 % (1. KW 2026: 51 %) nachgewiesen. Der Anteil der rekombinanten Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) lag ebenfalls bei 38 % (1. KW 2026: 32 %). Die SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) zeigte einen steigenden Anteil von 21 % (1. KW 2026: 8 %).

In Deutschland wird für die öffentliche Gesundheit gegenwärtig kein erhöhtes Risiko durch die derzeit als VUM klassifizierten SARS-CoV-2 Varianten gesehen. WHO<sup>2 3 4</sup> und ECDC<sup>5</sup> 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

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

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

<sup>4</sup> [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025\\_ba.3.2\\_ire.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025_ba.3.2_ire.pdf)

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

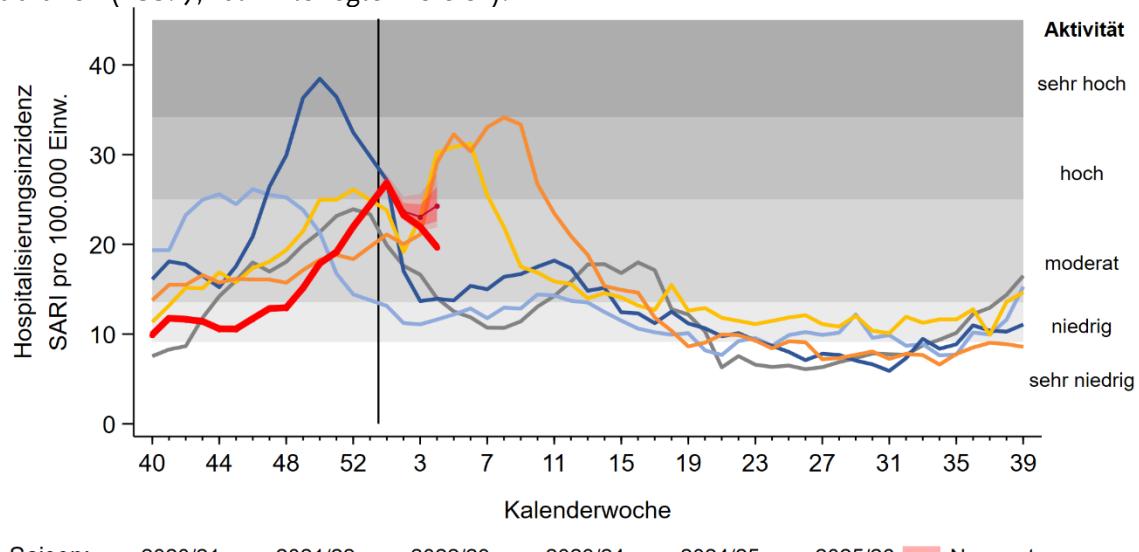
es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume. Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind im Dashboard abrufbar unter: [https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS\\_Dashboard/DashboardVOC](https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC).

### Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) nach dem Jahreswechsel zurückgegangen (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz befand sich basierend auf den noch vorläufigen Werten in der 4. 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](#).

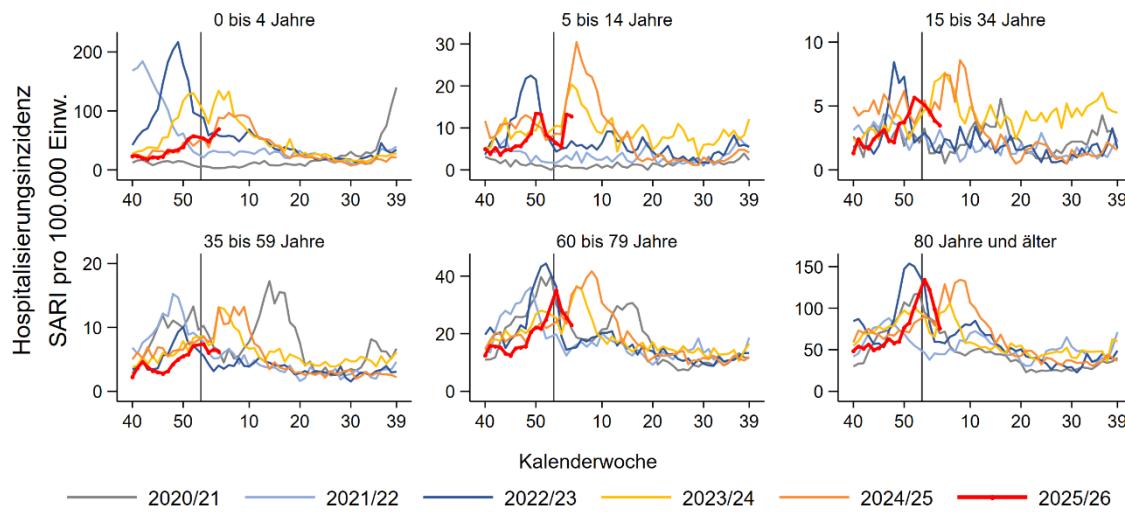
Während die vorläufigen Daten für die 4. KW 2026 einen leichten Rückgang der SARI-Fallzahlen zeigen, weist das Nowcasting-Modell auf einen noch zu erwartenden leichten Anstieg der SARI-Inzidenz hin. Insgesamt ist die SARI-Inzidenz weiterhin für die 4. KW auf einem moderaten Niveau einzustufen (Abb. 7, rot hinterlegter Bereich).



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

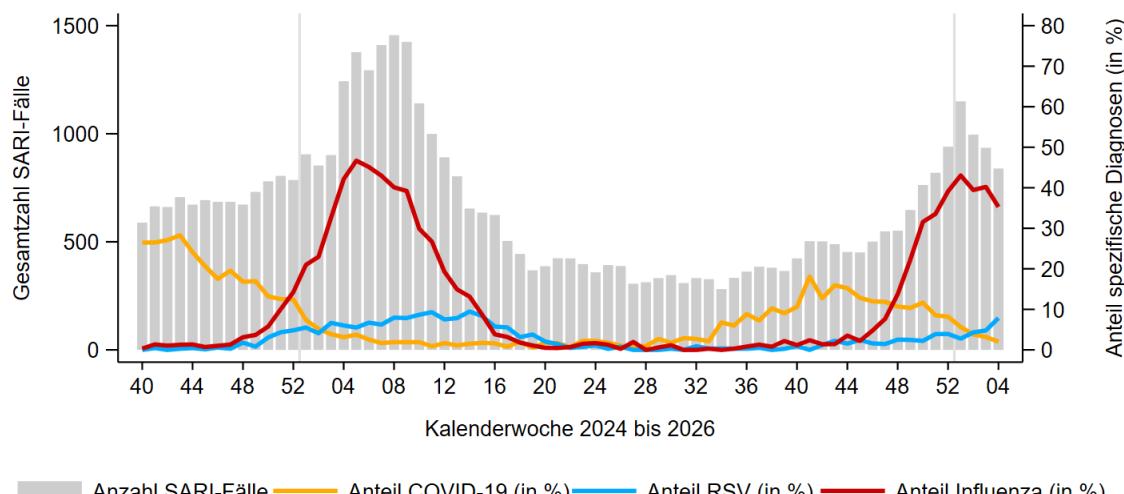
**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 4. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graubstufen abgebildet, für Details siehe „Weitere Erläuterungen“ am Ende des Berichts.

In der 4. KW 2026 kam es bei Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren zu einem Anstieg der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 8). Der in der Vorwoche beobachtete starke Anstieg bei den 5- bis 14-Jährigen setzte sich nicht fort. Auch die SARI-Inzidenz bei den Erwachsenen im Alter von 35 bis 59 Jahren blieb stabil. In den übrigen Altersgruppen ging die SARI-Inzidenz zurück. Die SARI-Inzidenz lag in der 4. KW 2026 bei Schulkindern im Alter von 5 bis 14 Jahren auf einem hohen Niveau und in allen anderen Altersgruppen auf einem moderaten Niveau.



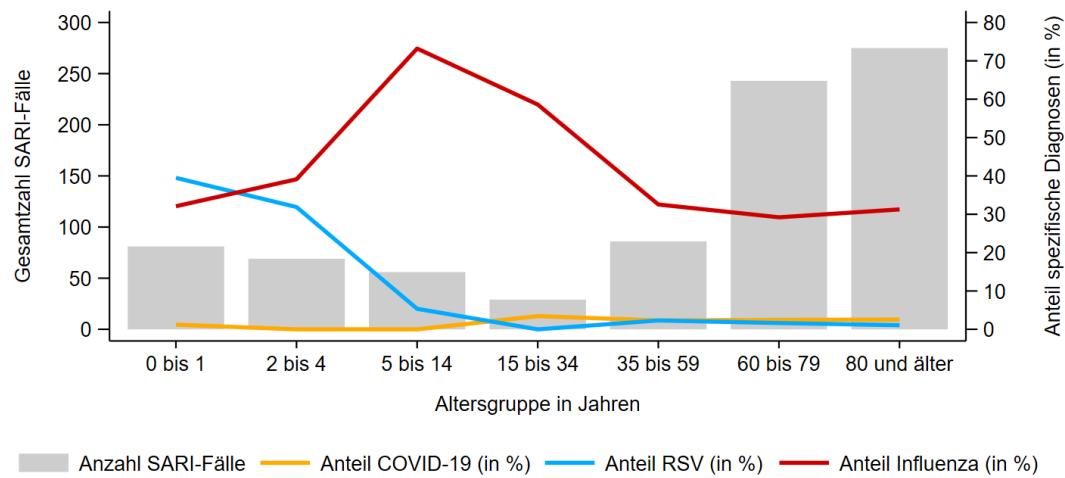
**Abb. 8:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 4. KW 2026). Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten ist in der 4. KW 2026 leicht zurückgegangen (Abb. 9) und lag bei 35 % (Vorwoche: 40 %). In den letzten Wochen wurden zunehmend RSV-Diagnosen vergeben, in der 4. KW bei 8 % der SARI-Fälle (Vorwoche: 5 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Fällen ging seit der 44. KW 2025 kontinuierlich zurück und lag in der 4. KW 2026 bei 2 % (Vorwoche: 3 %).



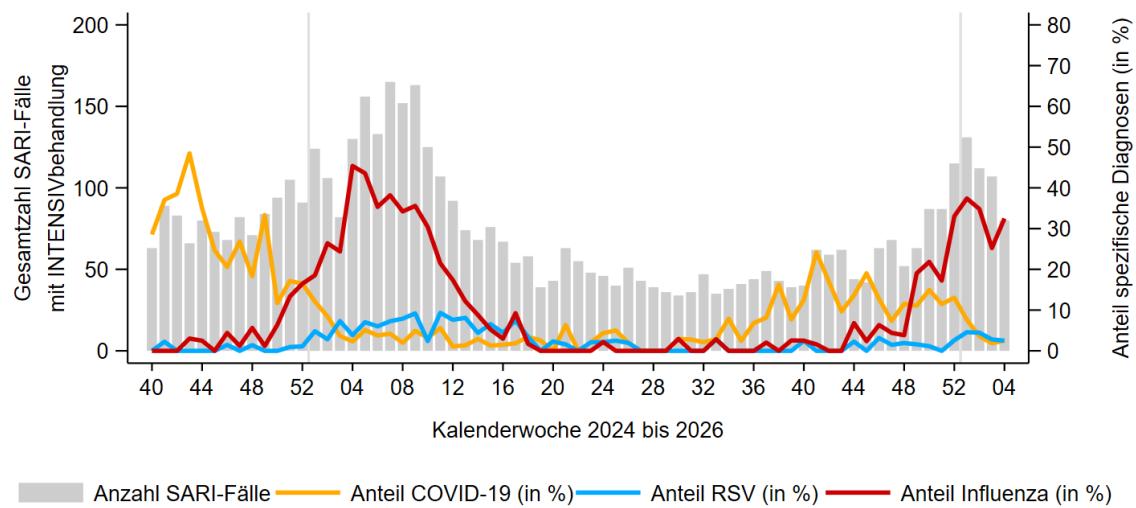
**Abb. 9:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 4. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden in der 4. KW 2026 bei SARI-Fällen aus allen Altersgruppen diagnostiziert (Abb. 10). Besonders betroffen waren hierbei die Altersgruppen 5 bis 14 Jahre sowie 15 bis 34 Jahre, hier erhielten 73 % bzw. 59 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose. In den übrigen Altersgruppen wurde bei etwa jedem dritten SARI-Fall eine Influenza-Diagnose vergeben. In den letzten drei Wochen stieg der Anteil der RSV-Erkrankungen bei Kindern unter 5 Jahren an und lag in der 4. KW bei 40 % (0 bis 1 Jahr) bzw. 32 % (2 bis 4 Jahre). COVID-19-Diagnosen wurden in der 4. KW 2026 vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten verschiedener Altersgruppen vergeben.



**Abb. 10:** Anzahl der in der 4. 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 32 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. RSV- sowie COVID-19-Diagnosen sind in der 4. KW 2026 jeweils bei 3 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben worden.



**Abb. 11:** 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 4. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 64 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)

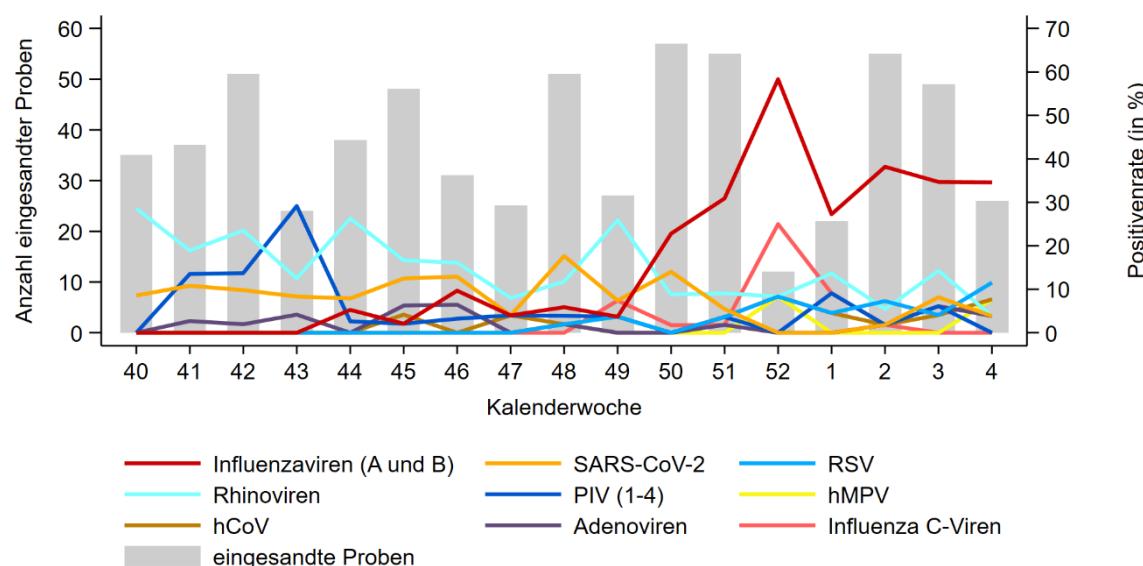
Die virologische SARI-Sentinel-Surveillance umfasst elf Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ wurden in der 4. KW 2026 aus fünf der elf teilnehmenden Kliniken 26 Sentinelproben zugesandt. In 16 (62 %) der 26 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 4. KW 2026 wurden vorwiegend Influenza A- und B-Viren (35 %) detektiert. Zudem wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV; 12 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV; 8 %) und humane Metapneumoviren (hMPV; 8 %) detektiert, sowie vereinzelt Rhinoviren, SARS-CoV-2 und Adenoviren (Abb. 12). Parainfluenzaviren und Influenza C-Viren wurden in der 4. KW nicht nachgewiesen. Es gab drei Doppelinfektion mit Beteiligung verschiedener Erreger.

**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 27.1.2026.

	1. KW	2. KW	3. KW	4. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	22	55	49	26	643
Probenanzahl mit Virusnachweis*	12	30	33	16	311
Positivenrate (PR)	55 %	55 %	67 %	62 %	48 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	1	0	0	2
A(H3N2)	4	15	14	6	71
A(H1N1)pdm09	2	5	3	3	28
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	1	4	1	56
RSV	1	4	1	3	15
hMPV	0	0	0	2	5
PIV (1-4)	2	1	3	0	34
Rhinoviren	3	3	7	1	95
hCoV	1	1	2	2	13
Adenoviren	0	1	3	1	15
Influenza C-Viren	2	1	0	0	10

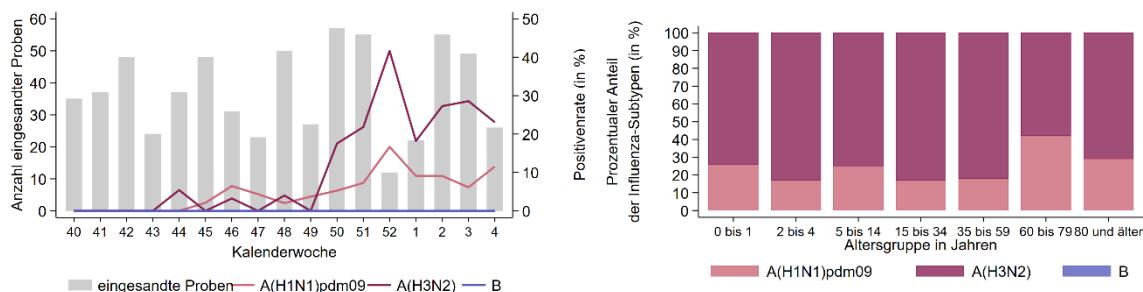
\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Adeno- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.



**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 4. KW 2026.

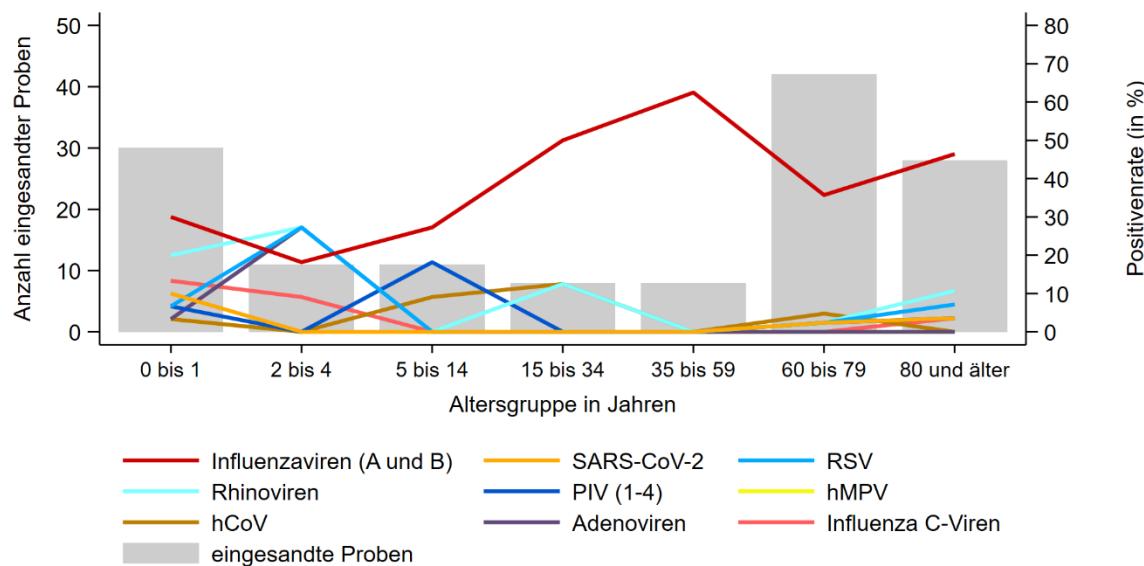
In der gesamten Saison 2025/26 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (70 %) nachgewiesen, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (28 %). Influenza B-Viren

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 4. 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 4. KW 2026 detektiert wurden.

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

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 4. MW 2026 wurden bislang 21.029 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 20.712 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in den letzten zwei Wochen stabil geblieben. Bei 4.195 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 27.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 125.511 Fälle übermittelt. Davon entfallen 124.670 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 31.423 (25 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 559 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

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

		51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	12.861	8.154	14.342	20.452	20.030	19.994	118.920
	A(H1N1)pdm09	55	52	42	86	138	125	727
	A(H3N2)	199	96	99	174	210	155	1.281
	nicht nach A / B differenziert	226	189	435	411	362	323	2.410
	B	103	57	96	142	155	115	1.332
<b>Gesamt</b>		<b>13.444</b>	<b>8.548</b>	<b>15.014</b>	<b>21.265</b>	<b>20.895</b>	<b>20.712</b>	<b>124.670</b>
	Hospitalisierte Fälle	2.527	2.223	5.218	6.577	5.311	4.195	31.423

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

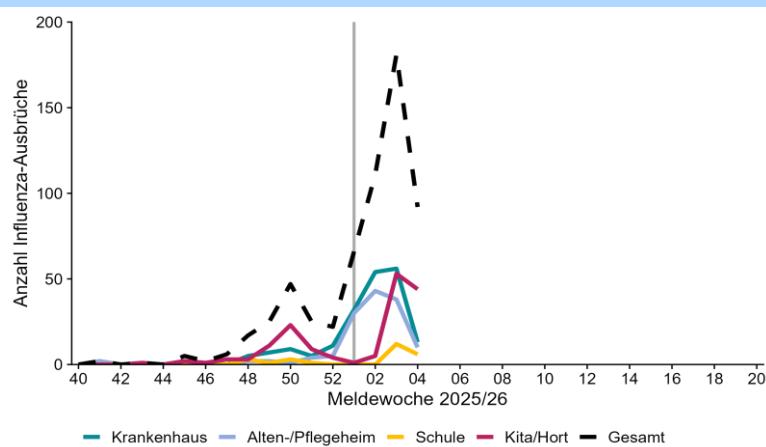
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 602 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 4. MW 2026 wurden bisher 92 Ausbrüche übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort (Tab. 4).

**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	602
Krankenhaus	194
Alten-/Pflegeheim	138
Schule	27
Kita/Hort	160
sonstige Settings*	83
Anzahl Ausbruchsfälle	7.690
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	12,8

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



### COVID-19

Für die 4. MW 2026 wurden bislang 2.739 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.682 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 1.026 (38 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 27.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 103.283 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 101.967 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 36.591 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.088 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

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

	51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	8.550	3.783	4.497	5.072	3.514	2.682	101.967
Hospitalisierte Fälle	2.671	1.456	2.130	2.173	1.395	1.026	36.591

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

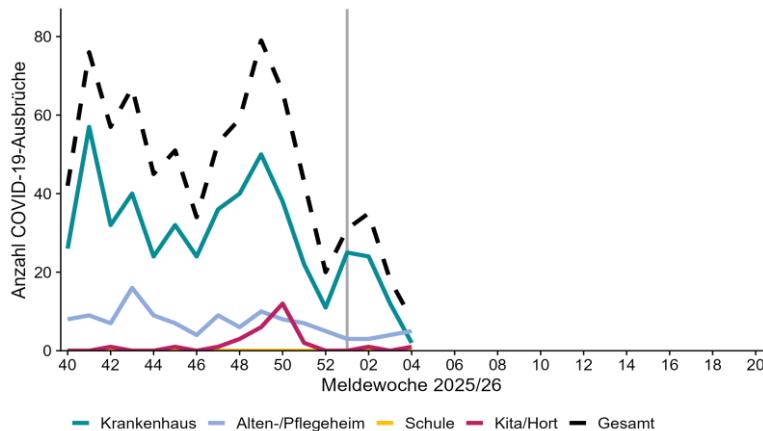
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 784 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 4. MW 2026 wurden bisher acht Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

**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	784
Krankenhaus	495
Alten-/Pflegeheim	120
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	141
Anzahl Ausbruchsfälle	7.556
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 4. MW 2026 wurden bislang insgesamt 2.808 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.675 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche stark gestiegen, insbesondere bei den 1- bis 4-jährigen Kleinkindern. Bei 567 (21 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 4. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 27.1.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 10.936 Fälle übermittelt. Davon entfallen 10.696 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 3.151 (29 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 31 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)

	51. MW	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	937	569	963	1.667	1.757	2.675	10.696
Hospitalisierte Fälle	253	175	404	562	486	567	3.151

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

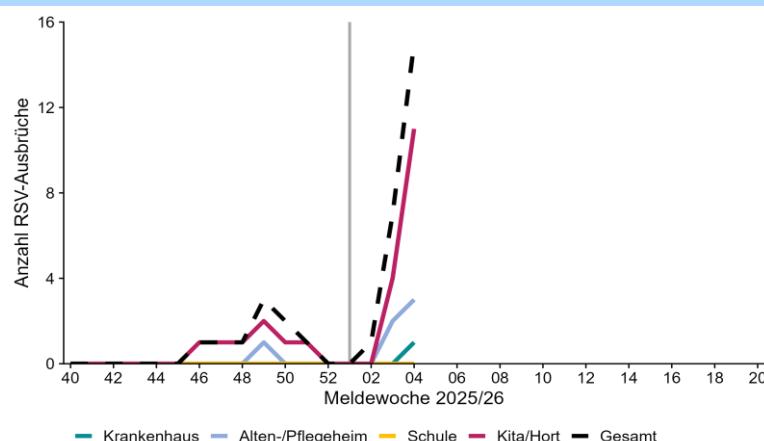
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 32 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 4. MW 2026 wurden bisher 15 Ausbrüche übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort (Tab. 8).

**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	32
Krankenhaus	1
Alten-/Pflegeheim	6
Schule	0
Kita/Hort	22
sonstige Settings*	3
Anzahl Ausbruchsfälle	327
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,2

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

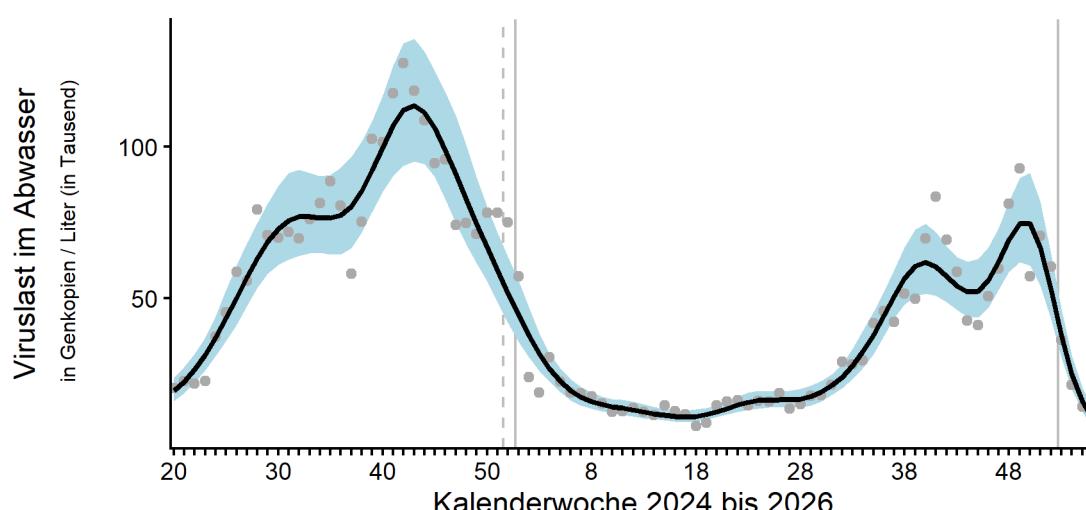


## Abwassermanagement von respiratorischen Erregern

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

### SARS-CoV-2

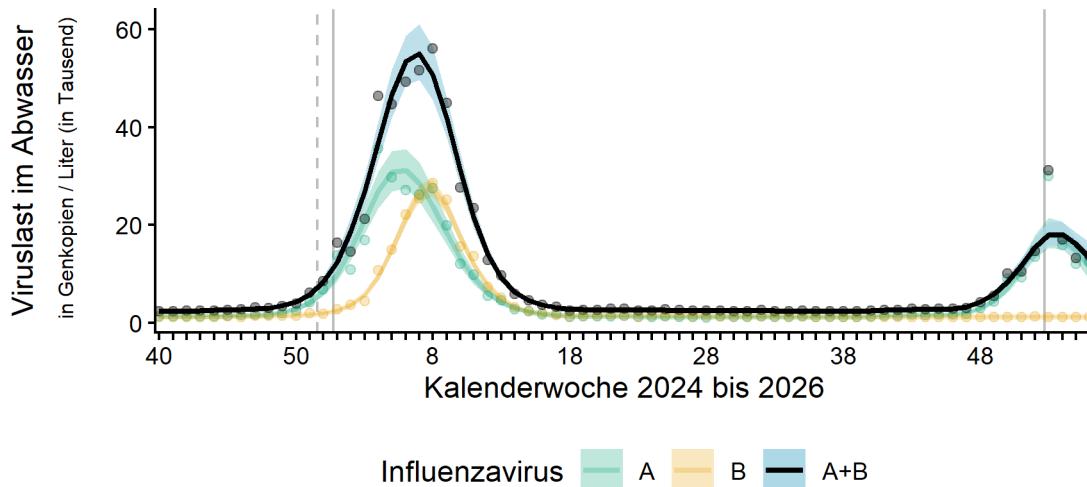
Für die 4. KW wurden Daten aus 68 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist in den letzten Wochen deutlich zurück gegangen (Abb. 15).



**Abb. 15:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 27.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (21.1.2026, 4. 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

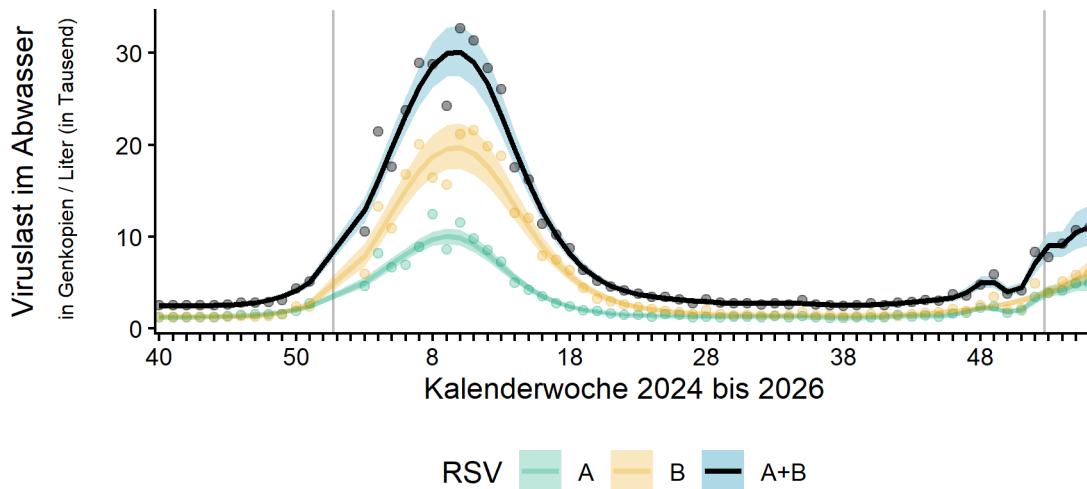
Für die 4. KW 2026 wurden Daten aus 67 Kläranlagen ausgewertet. Bei den Werten für die Influenza A-Viruslast im Abwasser deutet sich ein Rückgang an. Die Influenza B-Viruslast lag in der 4. KW 2026 weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 16).



**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 27.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (21.1.2026, 4. 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 4. KW 2026 wurden Daten aus 40 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 27.1.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (21.1.2026, 4. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

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

Weitere Informationen sind abrufbar im aktuellen Wochenbericht der Abwassersurveillance unter:  
[https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance\\_AMELAG\\_-Wochenbericht/#/](https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-Wochenbericht/#/)

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

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

Die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, im ambulanten sowie im stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 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](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](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](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](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 4/2026 | DOI: 10.25646/13668