



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
5. Kalenderwoche (26.1. bis 1.2.2026)

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 hohen Zahl an Arztbesuchen und einer moderaten Zahl an Hospitalisierungen. In der Bevölkerung ist die ARE-Aktivität weiter angestiegen und lag ebenfalls auf einem hohen Niveau. Seit Beginn der Grippewelle in der 48. KW 2025 werden überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, seltener Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Die RSV-Aktivität nimmt in den meisten Systemen weiter zu.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 5. KW 2026 weiter angestiegen und lag auf einem für die Jahreszeit üblichen hohen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 5. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gestiegen und befindet sich nun auch auf einem hohen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 5. KW 2026 in insgesamt 145 der 164 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Influenza A-Viren (63 %), mit deutlichem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 15 %), Rhinoviren (10 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 5 %). SARS-CoV-2 wurde in 1 % der Proben nachgewiesen. Von den 104 nachgewiesenen Influenzaviren waren 80 A(H3N2)- und 23 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein nicht typisierter Influenza A-Virus (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 5. KW leicht zurück und lag weiter auf einem moderaten Niveau. Krankheitsspezifische Diagnosen der SARI-Patientinnen und -Patienten waren: 40 % Influenza-, 9 % RSV- und 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 5. KW 2026 in 27 der 45 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A-Viren (40 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten RSV-Fälle ist in der 5. Meldewoche (MW) weiter stark gestiegen, auch die Zahl der Influenza-Fälle ist wieder angestiegen. Die Zahl der COVID-19-Fälle ist dagegen weiter leicht gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurden in der 3. KW 2026 mit einem Anteil von 52 %, die Linie XFG mit einem Anteil von 42 % und die Linie BA.3.2 mit einem Anteil von 4 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Bei den Werten für die Influenza A-Viruslast im Abwasser deutete sich nach dem Jahreswechsel ein Rückgang an, der sich zuletzt nicht fortsetzte. Die RSV-Last im Abwasser ist weiter gestiegen, während die SARS-CoV-2-Last in den letzten Wochen deutlich zurückgegangen ist und sich im niedrigen Bereich befindet.

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
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 27.1.2026): 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 in der 5. KW 2026 weiter angestiegen. Die ARE-Inzidenz lag bei rund 8.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.700; Abb. 1) und damit auf einem für diese Jahreszeit üblichen hohen Niveau. Die Werte sind sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen angestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,4 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 5. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist aktuell niedrig und lag in der 5. KW bei 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

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

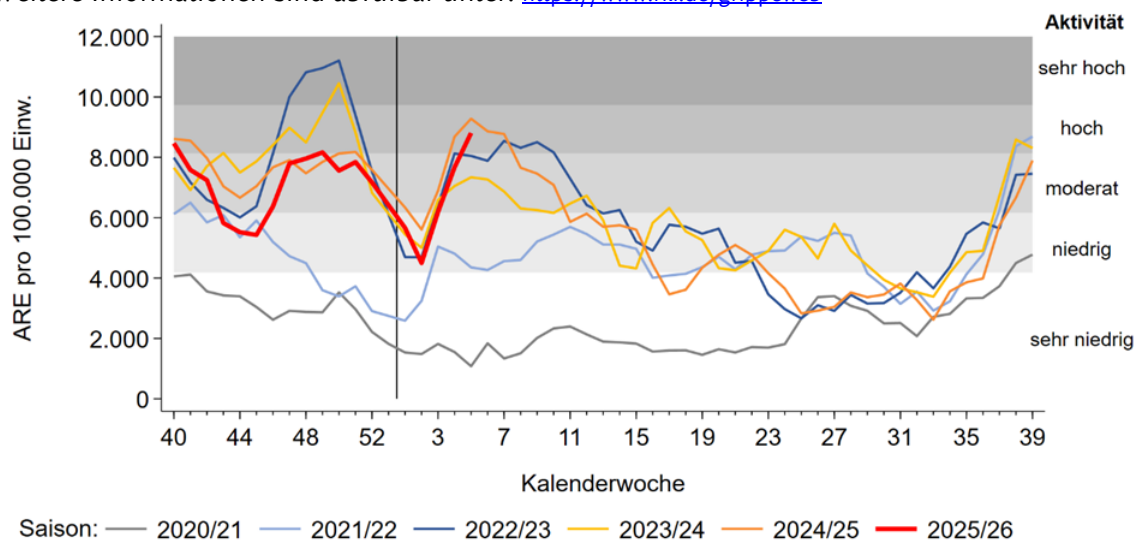


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 5. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.000 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 5. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lag mit rund 1.900 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. am Übergang von einem moderaten zu einem für diese Jahreszeit üblichen hohen Niveau (Vorwoche: 1.600; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,6 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/Sentinel-Surveillance-Panel/ARE-Praxis-Sentinel/Sentinelpraxis-werden.html>.

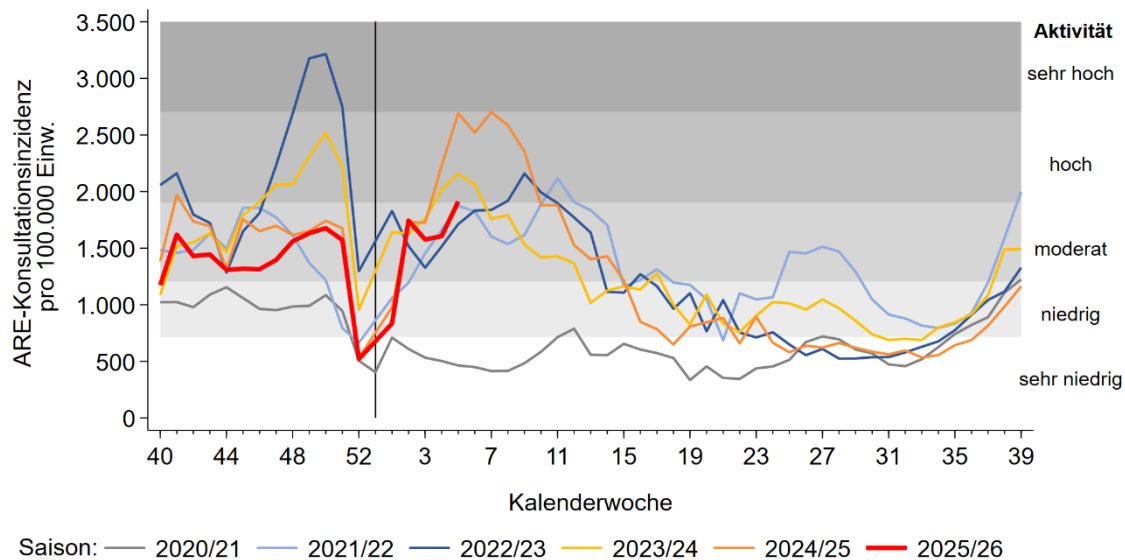


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 5. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 5. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gestiegen (Abb. 2), am stärksten bei den Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre).

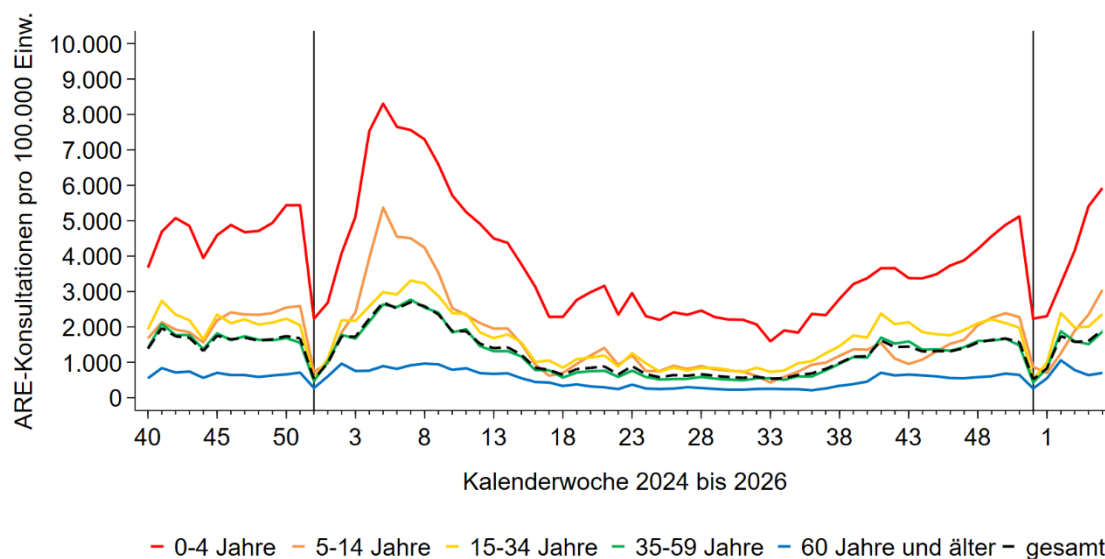


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 5. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet wird, blieb weiter niedrig und lag in der 5. 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 5. KW 2026 insgesamt 164 Sentinelproben von 54 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 145 (88 %) der 164 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (Positivenrate (PR): 63 %; 95 %-Konfidenzintervall [54; 71]), mit großem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 15 %), Rhinoviren (10 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 5 %) und Adenoviren (3 %). Darüber hinaus wurden humane Metapneumoviren (hMPV), Parainfluenzaviren (PIV) sowie Influenza C-Viren mit jeweils 2 % und SARS-CoV-2 mit 1 % nachgewiesen (Tab. 1; Abb. 4). Es gab 28 Doppelinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von Influenza A-Viren, hCoV bzw. Rhinoviren.

Die Influenza-Positivenrate ist in der 5. KW 2026 weiter angestiegen. Von den 104 nachgewiesenen Influenzaviren waren 80 A(H3N2)- und 23 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein nicht subtypisiertes Influenza A-Virus. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren gefolgt von 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 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, unterlag seitdem einigen Schwankungen mit Positivenraten bis zu 10 %. In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen stieg die RSV-Positivenrate ebenfalls seit dem Jahreswechsel an, ist aber im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken und lag in der 5. KW bei 14 % (95 %-Konfidenzintervall [5; 27]; Vorwoche 28 %). Die RSV-Welle begann gemäß RKI-Definition in der 2. KW 2026.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 5. KW 2026), Stand 3.2.2026.

		2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		118	165	176	164	2.304
Probenanzahl mit Virusnachweis*		89	126	144	145	1.611
	Positivenrate (PR)	75 %	76 %	82 %	88 %	70 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	1	0	1	4
	A(H3N2)	51	67	70	80	473
	A(H1N1)pdm09	12	25	25	23	167
	B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2		3	4	3	2	271
RSV		11	9	18	9	75
hMPV		1	4	2	4	21
PIV (1 – 4)		2	4	5	4	130
Rhinoviren		8	12	13	16	477
hCoV		3	9	20	24	92
Adenoviren		3	8	6	5	91
Influenza C-Viren		3	3	6	4	32

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

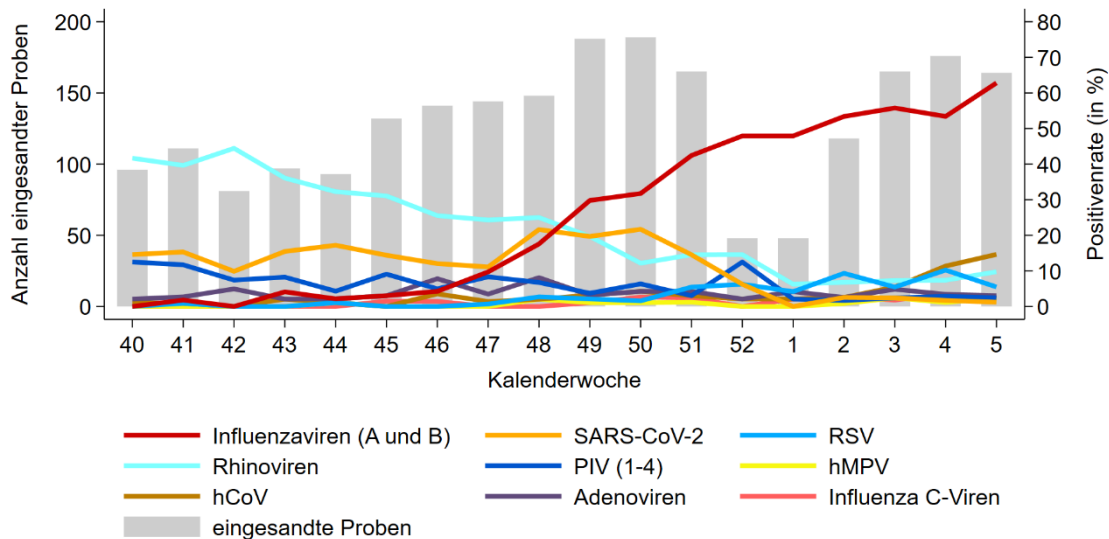


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 5. KW 2026.

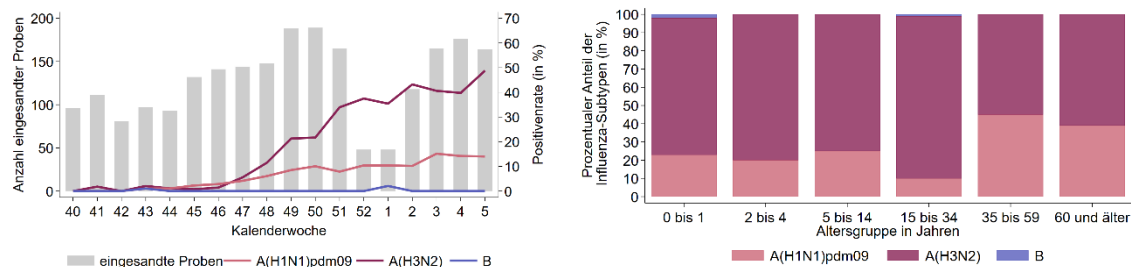


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 5. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der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

In der 5. KW 2026 wurden in allen Altersgruppen vorwiegend Influenzaviren (A und B) nachgewiesen mit Positivenraten zwischen 30 % und 79 % (Abb. 6). RSV wurde hauptsächlich bei den 0- bis 1-jährigen detektiert, es gab jedoch in weiteren Altersgruppen Nachweise von RSV. SARS-CoV-2 wurde nur einmal bei einem Säugling (0 bis 1 Jahr) und einem 35- bis 59-jährigen Erwachsenen identifiziert. Rhinoviren und hCoV wurden in fast allen Altersgruppen nachgewiesen.

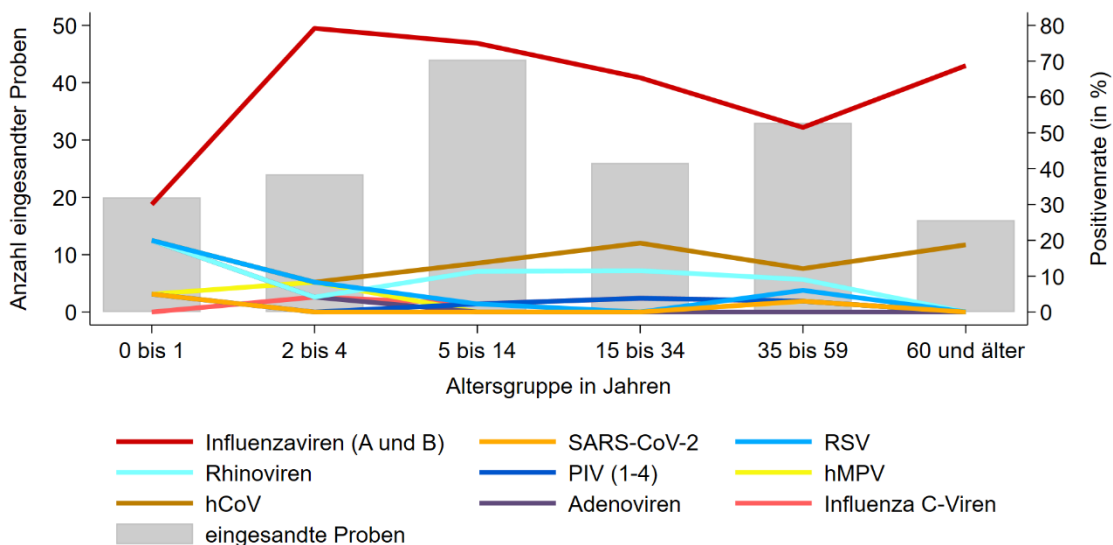


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 5. KW 2026.

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 204 Influenza A(H3N2)- und 118 A(H1N1)pdm09-Viren sowie ein B/Victoria-Virus in Zellkultur isoliert und auf ihre Passgenauigkeit mit den aktuellen Impfstammantiseren im Hämagglutinationshemmtest untersucht. Der A(H1N1)pdm09-Impfstamm (A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like) zeigte eine sehr gute Passgenauigkeit zu den derzeit zirkulierenden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Alle Influenza A(H3N2)-Viren reagierten mit dem Impfstammantiserum (A/Croatia/10136RV/2023-like), jedoch war diese Reaktivität bei Viren der A(H3N2)-Subklade K um vier bis fünf log₂-Stufen im Vergleich zum homologen Impfstamm reduziert. Das einzige bisher isolierte Influenza B/Victoria Virus lag im Bereich sehr guter antigener Passgenauigkeit zum Impfstamm (B/Austria/1359417/2021-like).

Alle untersuchten Influenzaviren waren gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich: 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/VirolAnalysen_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 Gripeschutzimpfung etwas verkürzt sein könnte, vor allem bei jüngeren Personen, die noch nicht so viele Antigenkontakte hatten. Es wird erwartet, dass der Grippeimpfstoff jedoch weiterhin Schutz vor schweren Erkrankungen bietet (siehe auch: [Frühe Impfeffektivitätsschätzungen aus England](#) sowie [Frühe Impfeffektivitätsschätzungen aus den europäischen VEBIS-Netzwerk](#)).

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)

Für die 3. KW 2026 stehen aktuell 48 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 3.2.2026).

Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurden in der 3. KW 2026 unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien mit einem steigenden Anteil von 52 % (2. KW 2026: 36 %) nachgewiesen. Der Anteil der rekombinanten Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) hat sich im Vergleich zur Vorwoche kaum verändert und lag bei 42 % (2. KW 2026: 40 %). Die SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) wurde mit einem sinkenden Anteil von 4 % (2. KW 2026: 19 %) detektiert.

In Deutschland wird für die öffentliche Gesundheit gegenwärtig kein erhöhtes Risiko durch die derzeit als VUM klassifizierten SARS-CoV-2 Varianten gesehen. WHO^{1 2 3} und ECDC⁴ 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.

¹ <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

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

³ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025_ba.3.2_ire.pdf

⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-51-2025.pdf>

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 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 5. 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 5. KW 2026 einen leichten Rückgang der SARI-Fallzahlen zeigen, weist das Nowcasting-Modell auf einen noch zu erwartenden Anstieg der SARI-Inzidenz knapp über der Schwelle zu einem hohen Niveau hin. (Abb. 7, rot hinterlegter Bereich).

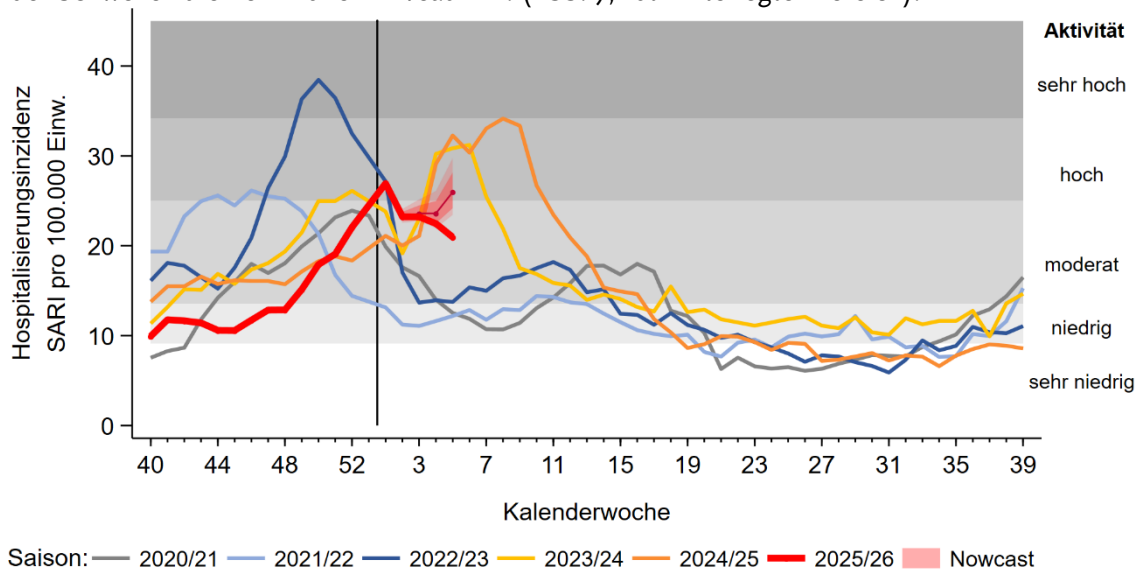


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 5. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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 5. KW 2026 kam es bei Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre) zu einem erneuten leichten Anstieg der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 8). Der in der Vorwoche beobachtete starke Anstieg bei den 0- bis 4-jährigen setzte sich hingegen nicht fort. In den anderen Altersgruppen blieb die SARI-Inzidenz stabil oder ging leicht zurück. Die SARI-Inzidenz lag in der 5. KW 2026 bei Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre) seit drei Wochen auf einem hohen Niveau und in allen anderen Altersgruppen auf einem moderaten Niveau.

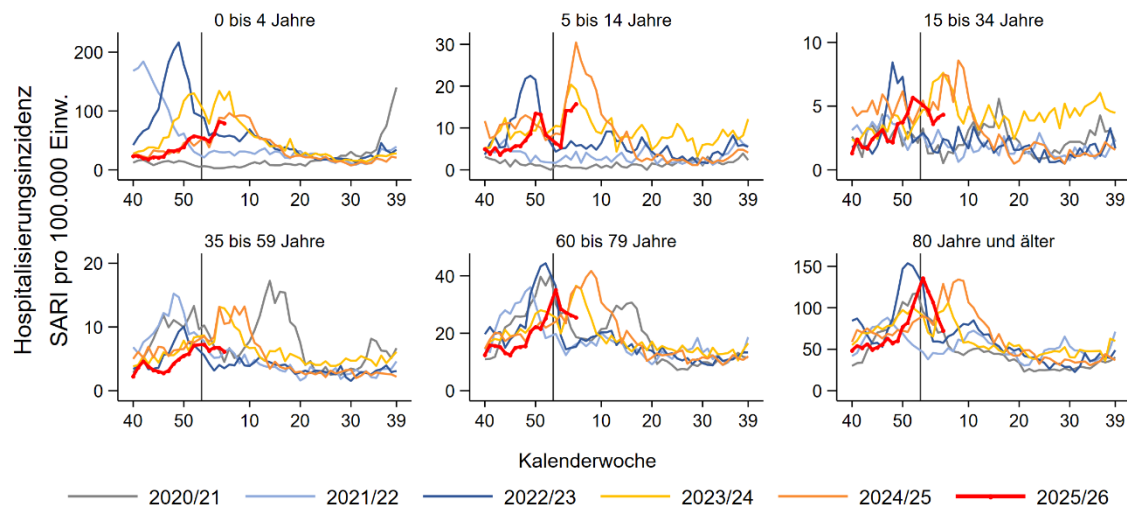


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 5. KW 2026). Daten aus 64 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten ist in der 5. KW 2026 stabil geblieben (Abb. 9) und lag bei 40 % (Vorwoche: 41 %). In den letzten Wochen wurden zunehmend RSV-Diagnosen vergeben, in der 5. KW lag der Anteil weiterhin bei 9 % der SARI-Fälle (Vorwoche: 9 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Fällen ging seit der 44. KW 2025 kontinuierlich zurück und lag in der 5. KW 2026 bei 1 % (Vorwoche: 2 %).

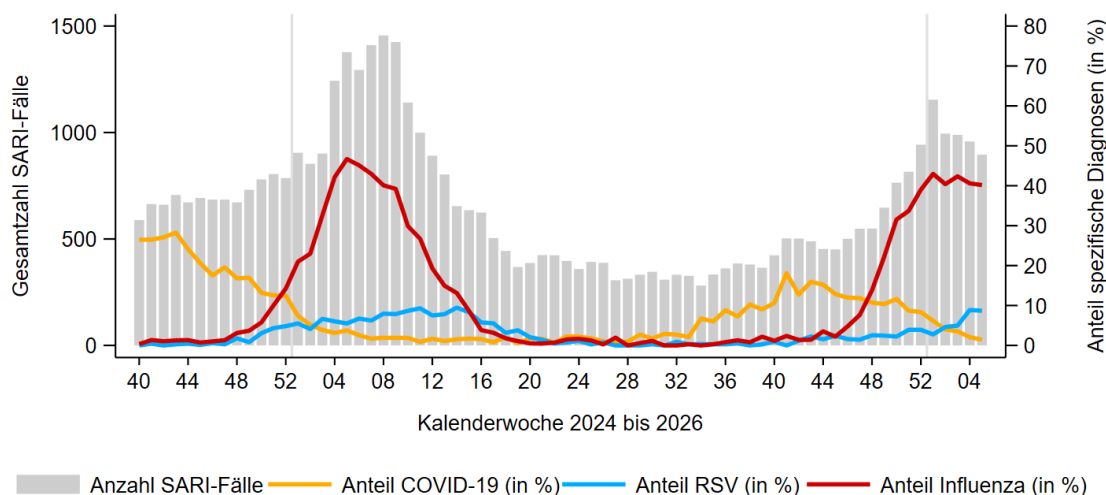


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code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

Influenza-Erkrankungen wurden in der 5. KW 2026 bei SARI-Fällen aus allen Altersgruppen diagnostiziert (Abb. 10). Besonders betroffen waren hierbei die Altersgruppen zwischen 2 und 34 Jahren, wobei bei den Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre) der höchste Anteil verzeichnet wurde (69 %). In den Altersgruppen 2 bis 4 Jahre sowie 15 bis 34 Jahre erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall eine Influenza-Diagnose. In den übrigen Altersgruppen wurde bei etwa jedem dritten SARI-Fall eine Influenza-Diagnose vergeben. RSV-Erkrankungen wurden in den letzten Wochen besonders häufig bei Kindern unter 5 Jahren diagnostiziert. In der 5. KW lag dieser Wert bei 31 % (0 bis 1 Jahr) bzw. 32 % (2 bis 4 Jahre). COVID-19-Diagnosen wurden in der 5. KW 2026 vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten verschiedener Altersgruppen vergeben.

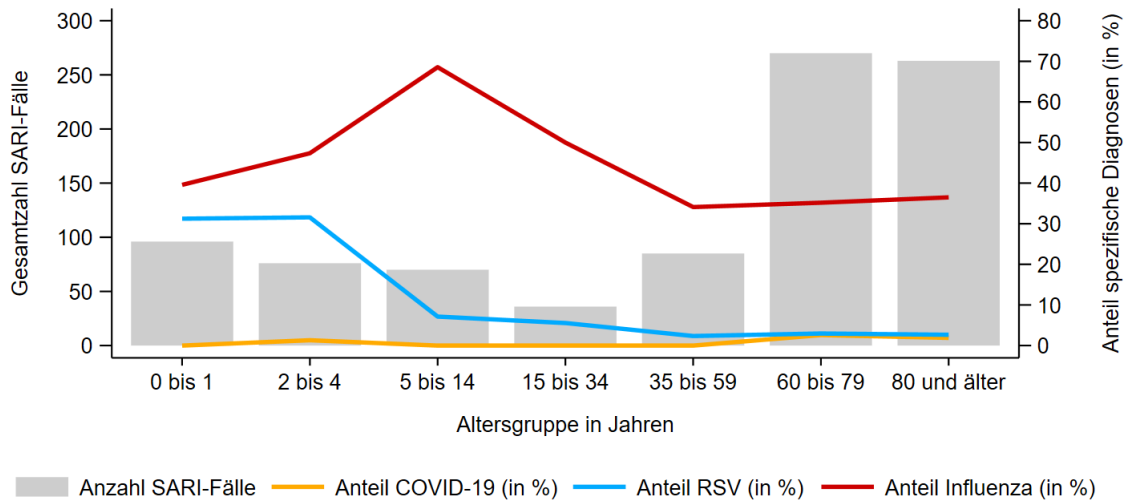


Abb. 10: Anzahl der in der 5. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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 30 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. RSV-Diagnosen sind in der 5. KW 2026 bei 7 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben worden. COVID-19-Erkrankungen mit intensivmedizinischer Behandlung wurden nicht beobachtet.

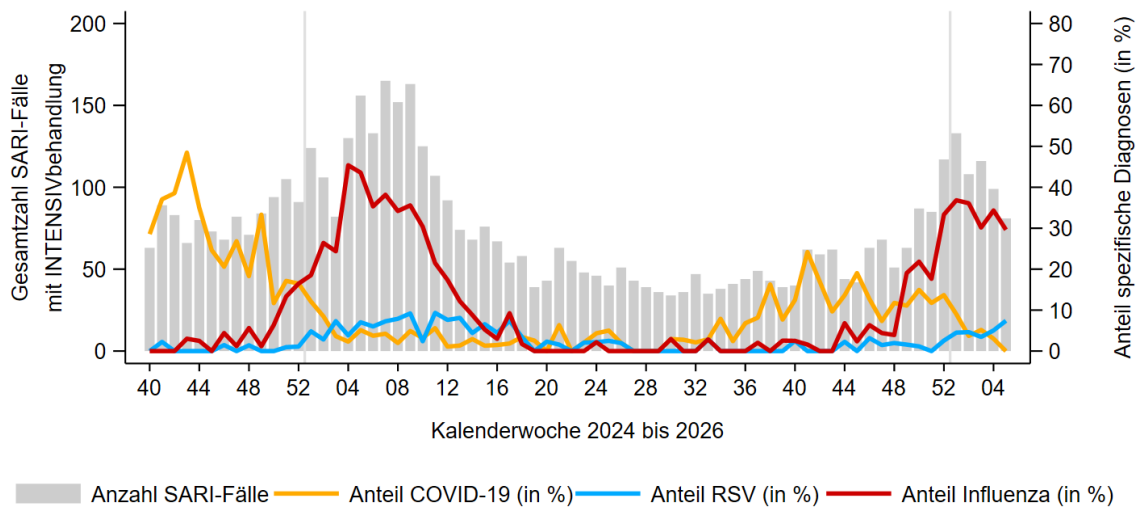


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 5. 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 5. KW 2026 aus vier der elf teilnehmenden Kliniken 45 Sentinelproben zugesandt. In 27 (60 %) der 45 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 5. KW 2026 wurden vorwiegend Influenza A- und B-Viren (40 %) detektiert, zudem wurden Rhinoviren und SARS-CoV-2 (je 7 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV; 4 %) sowie humane Metapneumoviren (hMPV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) (je 2 %) detektiert (Abb. 12). Parainfluenzaviren (PIV), Adenoviren sowie Influenza C-Viren wurden in der 5. KW nicht nachgewiesen. Es gab eine Doppelinfektion mit Influenza A(H3N2)-Viren und SARS-CoV-2.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 5. KW 2026), Stand 3.2.2026.

	2. KW	3. KW	4. KW	5. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	55	49	41	45	703
Probenanzahl mit Virusnachweis*	30	33	27	27	349
Positivenrate (PR)	55 %	67 %	66 %	60 %	50 %
Influenzaviren A (nicht subtypisiert)	1	0	0	0	2
A(H3N2)	15	14	11	13	89
A(H1N1)pdm09	5	3	5	5	35
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	1	4	2	3	60
RSV	4	2	4	2	18
hMPV	0	0	2	1	6
PIV (1 – 4)	1	3	1	0	35
Rhinoviren	3	7	3	3	100
hCoV	1	2	2	1	14
Adenoviren	1	3	2	0	16
Influenza C-Viren	1	0	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.

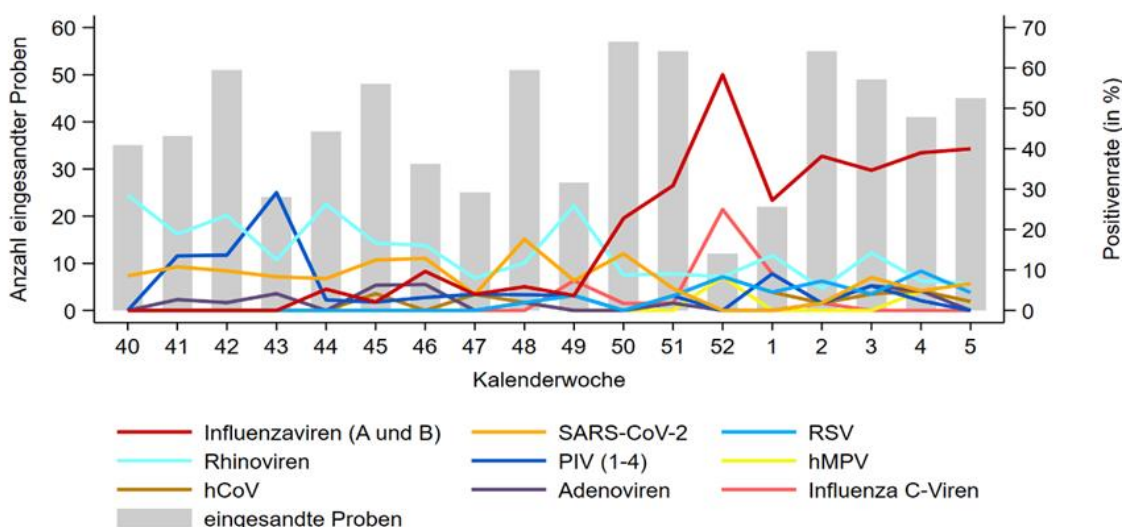


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 5. KW 2026.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (72 %) 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).

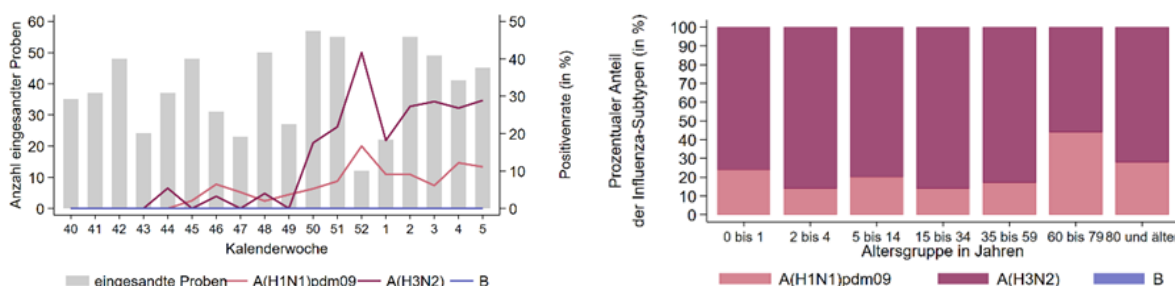


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivensrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinel eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 5. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des SARI-Sentinel von der 40. KW 2025 bis zur 5. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 2. KW bis zur 5. KW 2026 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. Rhinoviren wurden bei den 0- bis 4-jährigen sowie den ab 60-jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde in den Altersgruppen der 0- bis 1-jährigen sowie der ab 35-jährigen detektiert. RSV wurde vereinzelt bei den 0- bis 4-jährigen sowie den ab 60-jährigen nachgewiesen (Abb. 14).

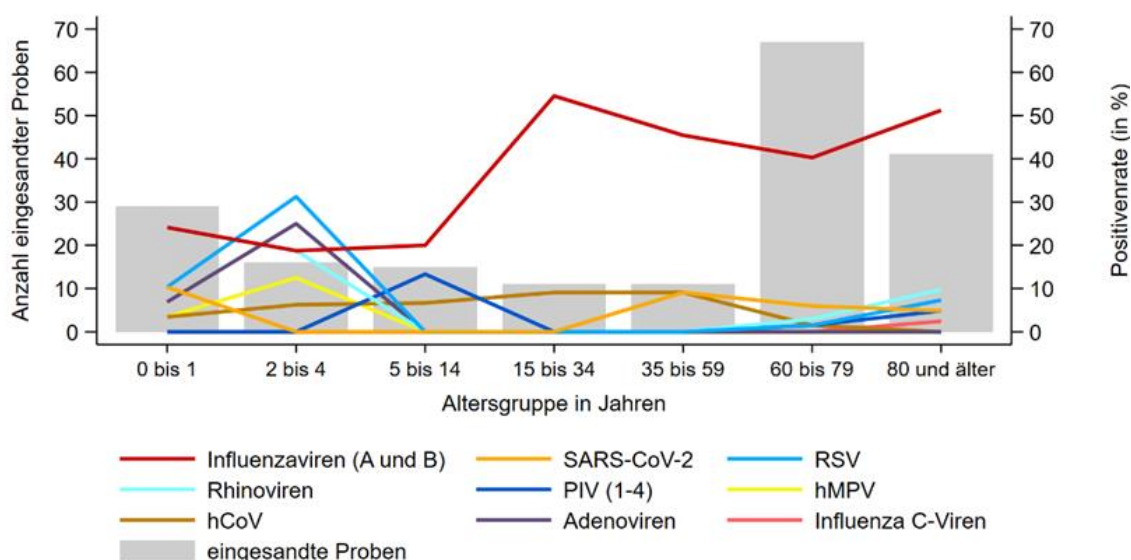


Abb. 14: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (2. KW 2026 bis 5. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 5. MW 2026 wurden bislang 24.755 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 24.513 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind nach einer stabilen Phase zwischen der 2. MW bis 4. MW in der 5. MW wieder gestiegen. Bei 5.171 (21 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 3.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 151.162 Fälle übermittelt. Davon entfallen 149.955 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 37.725 (25 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 717 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

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

	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	8.157	14.371	20.479	20.094	20.558	23.721	143.349
A(H1N1)pdm09	54	42	86	137	134	118	856
A(H3N2)	102	99	174	210	173	211	1.518
nicht nach A / B differenziert	189	436	413	365	336	342	2.772
B	57	97	143	155	118	121	1.460
Gesamt	8.559	15.045	21.295	20.961	21.319	24.513	149.955
Hospitalisierte Fälle	2.235	5.264	6.685	5.613	4.825	5.171	37.725

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

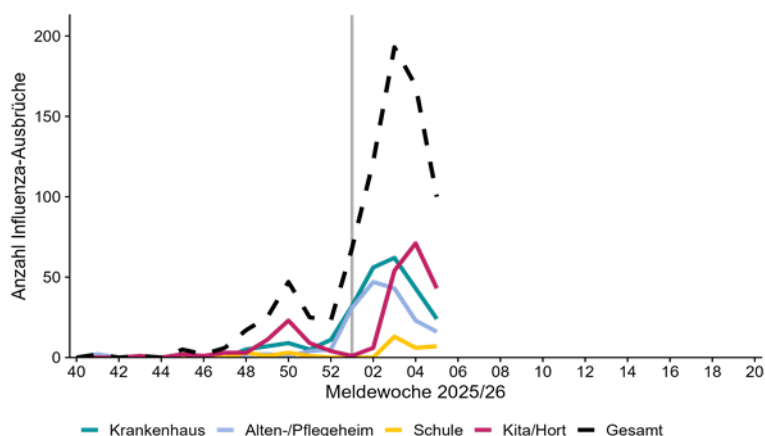
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 805 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 5. MW 2026 wurden bisher 100 Ausbrüche übermittelt (Tab. 4).

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenza-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	805
Krankenhaus	256
Alten-/Pflegeheim	177
Schule	35
Kita/Hort	232
sonstige Settings*	105
Anzahl Ausbruchsfälle	10.583
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,1

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



COVID-19

Für die 5. MW 2026 wurden bislang 2.639 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.574 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gesunken. Bei 875 (34 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 3.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 106.043 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 104.662 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 37.679 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.154 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

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

	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	3.785	4.500	5.075	3.512	2.749	2.574	104.662
Hospitalisierte Fälle	1.462	2.136	2.189	1.439	1.141	875	37.679

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

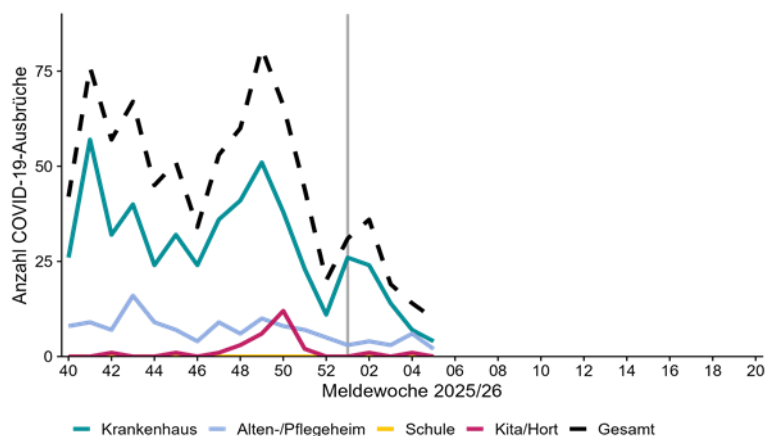
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 806 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 5. MW 2026 wurden bisher zehn Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

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

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	806
Krankenhaus	510
Alten-/Pflegeheim	123
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	145
Anzahl Ausbruchsfälle	7.775
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 5. MW 2026 wurden bislang insgesamt 3.869 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 3.761 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter stark gestiegen. Bei 782 (21 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 5. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 03.2.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 14.864 Fälle übermittelt. Davon entfallen 14.513 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 4.107 (28 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 44 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 89 % 60 Jahre oder älter.

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

	52. MW	1. MW	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	569	963	1.666	1.760	2.729	3.761	14.513
Hospitalisierte Fälle	175	414	583	522	670	782	4.107

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

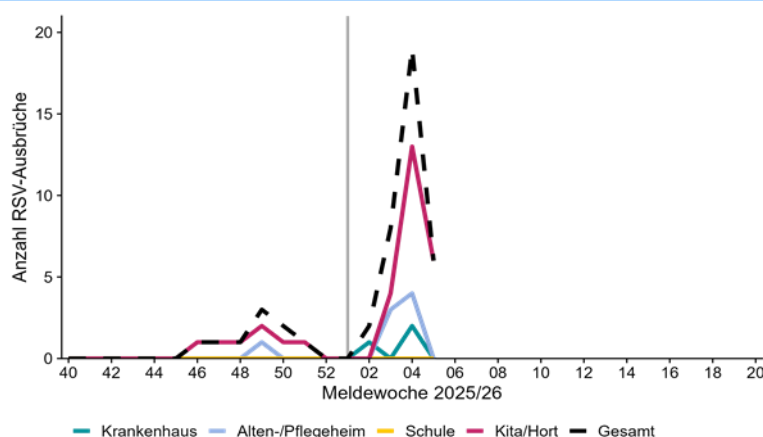
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 44 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 5. MW 2026 wurden bisher sechs Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

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

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	44
Krankenhaus	3
Alten-/Pflegeheim	8
Schule	0
Kita/Hort	30
sonstige Settings*	3
Anzahl Ausbruchsfälle	482
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	11,0

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 5. KW wurden Daten aus 69 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Last im Abwasser befinden sich nach einem deutlichen Rückgang in den letzten Wochen nun in einem niedrigen Bereich (Abb. 15).

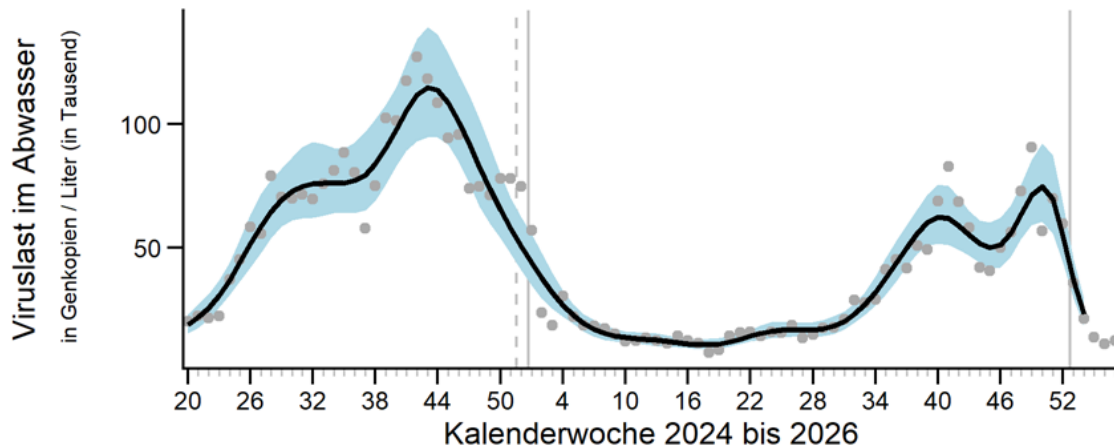


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervall dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.1.2026, 5. 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.

Inflenzaviren

Für die 5. KW 2026 wurden Daten aus 68 Kläranlagen ausgewertet. Bei den Werten für die Influenza A-Viruslast im Abwasser deutete sich nach dem Jahreswechsel ein Rückgang an, der sich zuletzt nicht fortgesetzt hat. Die Influenza B-Viruslast lag in der 5. KW 2026 weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 16).

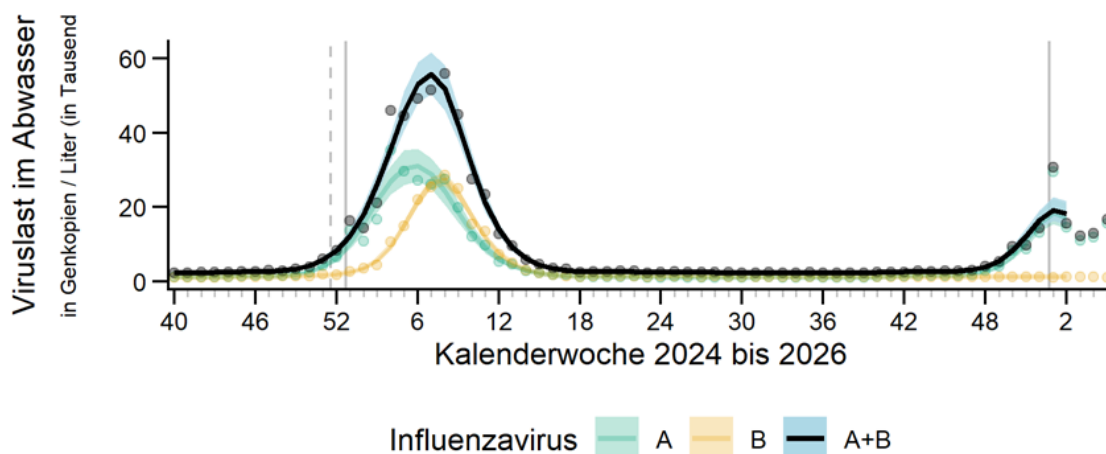


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.1.2026, 5. 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 5. KW 2026 wurden Daten aus 41 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser zeigen für RSV A und RSV B seit einigen Wochen einen steigenden Trend (Abb. 17).

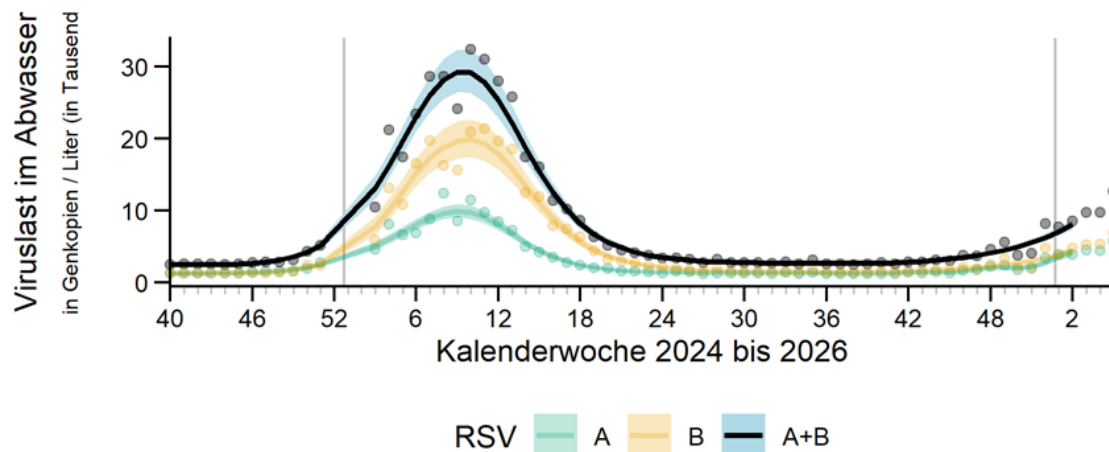


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.2.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.1.2026, 5. 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 Erregernachweise sind über SurvStat@RKI individuell abfragbar: <https://survstat.rki.de/>.

Angaben der Abwassersurveillance (AMELAG) zur Viruslast von SARS-CoV-2, Influenza A -und B-Viren sowie RSV werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt: https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance_AMELAG bzw. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10782701>.

Informationen zum Impfgeschehen in Deutschland, auch mit Angaben zu den Influenza-, COVID-19-, und RSV-Impfquoten, werden auf dem Dashboard „VacMap“ zur Verfügung gestellt: <https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/StartdashboardNavigation>.

Weitere Erläuterungen

ARE/SARI-Aktivitätsbereiche: Seit der Saison 2025/26 wird die ARE- und SARI-Aktivität in den syndromischen Sentinel-Systemen (GrippeWeb, ARE-Praxis-Sentinel, SARI-Krankenhaus-Sentinel) in Aktivitätsbereiche eingeteilt und berichtet. Details sind nachzulesen in den [RKI - FAQ zu ARE](#).

Autoren und Redaktionsteam:

Tolksdorf K, Krupka S, Prahm K, Preuß U, GrippeWeb-Team, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Wedde M, Duwe S, Gvaladze T, Wunderlich J, Staat D, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Kröger S, Erdwiens A, AMELAG-Team, Hilbig A, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 5/2026 | DOI: 10.25646/13693