



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
9. Kalenderwoche (23.2. bis 1.3.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Grippewelle hält seit der 48. KW 2025 an, der Höhepunkt der Grippewelle ist jedoch überschritten. Die RSV-Welle hält ebenfalls an. Influenzaerkrankungen betreffen weiterhin alle Altersgruppen. Die Zahl der Arztbesuche sowie die Zahl der Hospitalisierungen aufgrund akuter Atemwegserkrankungen blieben in den letzten Wochen unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit. Seit Beginn der Grippewelle wurden häufiger Influenza A(H3N2)- als Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 9. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 9. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und befand sich ebenfalls auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 9. KW 2026 in insgesamt 89 der 110 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Influenza A-Viren (28 %), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 20 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 16 %). Von den 31 nachgewiesenen Influenzaviren waren 18 A(H3N2)- und 13 A(H1N1)pdm09-Viren (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)). Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen zu ähnlichen Anteilen durch RSV A und RSV B (RSV A: 49 %, RSV B: 51 % bei 0- bis 4-Jährigen) hervorgerufen werden.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 9. KW 2026 weiter zurück und lag auf einem moderaten Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 25 % Influenza-, 18 % RSV- und 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 9. KW 2026 in 15 der 34 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A-Viren (17 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten RSV-Fälle ist in der 9. Meldewoche (MW) leicht gestiegen. Dagegen sind die Zahlen der Influenza-Fälle und der COVID-19-Fälle weiter gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde in der 6. und 7. KW 2026 mit einem Anteil von 61 % und die Linie XFG mit einem Anteil von 31 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die Werte für die RSV-Last im Abwasser sind insgesamt gesunken. Die Influenza A-Viruslast im Abwasser geht seit drei Wochen zurück. Die SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- Alle Personen können, unabhängig vom Impfstatus, das Risiko einer akuten Atemwegsinfektion durch entsprechende Verhaltensweisen reduzieren, um sich (und Familienmitglieder, Freundeskreis und Kolleginnen und Kollegen) vor einer Erkrankung zu schützen: www.rki.de/are-faq-schutz
- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: <http://www.rki.de/are>
- Das RKI beobachtet seit Herbst 2025 die Übersterblichkeit (eine über das übliche Maß hinaus gehende Sterblichkeit) in Deutschland: https://robert-koch-institut.github.io/Bericht_zur_Uebersterblichkeit_in_Deutschland.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 12.2.2026): www.rki.de/Zoonotische-influenza.

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

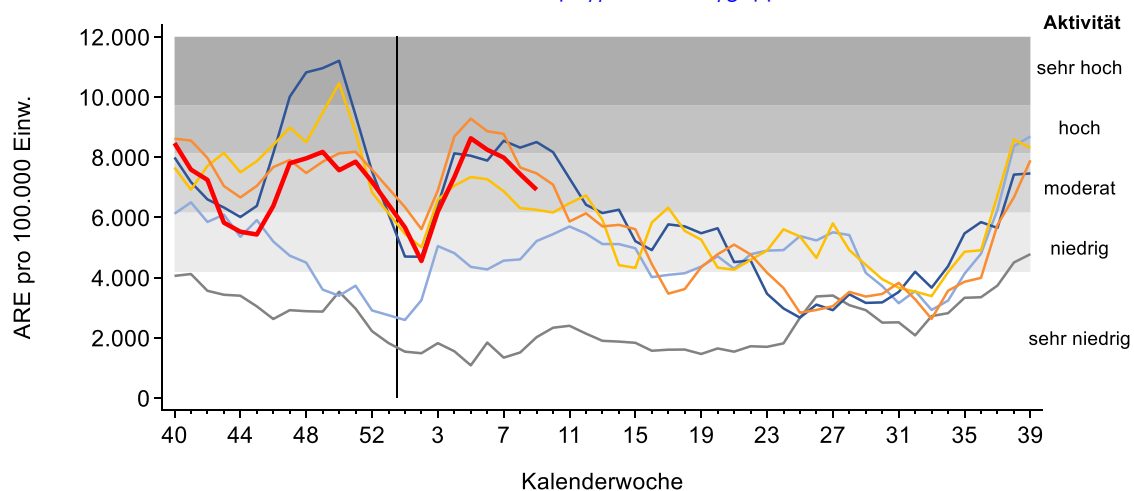
- Empfehlung der WHO für die Influenza-Impfstoffkomponenten für die Nordhalbkugel in der Saison 2026/27 sind auf [S. 15 dieses Berichtes](#) zu finden.
- Rapid communication (20.2.2026) zur vorläufigen Schätzung der Influenza-Impfeffektivität in Europa 9/2025 bis 1/2026: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.7.2600109>.
- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>.

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 9. KW weiter gesunken und lag mit rund 6.900 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.400; Abb. 1) auf einem üblichen moderaten Niveau. Die Werte sind seit der 5. KW in allen Altersgruppen gesunken, wobei sich der Rückgang bei den Kindern in der 9. KW vorerst nicht fortgesetzt hat. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,8 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 9. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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 9. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.100 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 9. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag mit rund 1.600 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.700) auf einem moderaten Niveau (Abb. 2). Die ARE-Konsultationsinzidenz blieb deutlich unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit. Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,4 Millionen Arztbesuchen wegen akuten 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>.

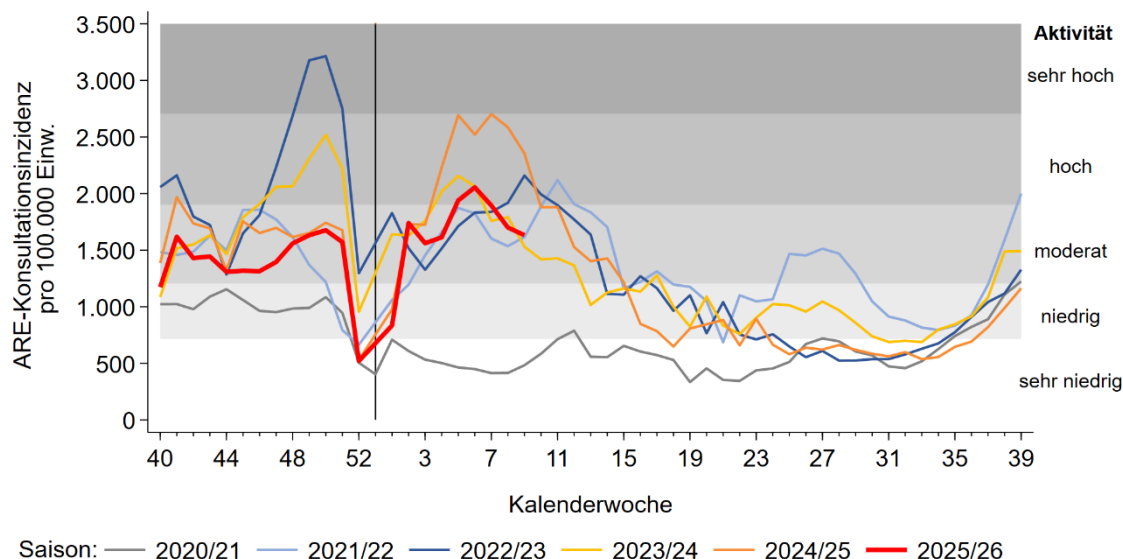


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 9. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 9. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in den Altersgruppen der 0- bis 34-jährigen leicht gesunken, in den anderen Altersgruppen ist sie stabil geblieben (Abb. 3).

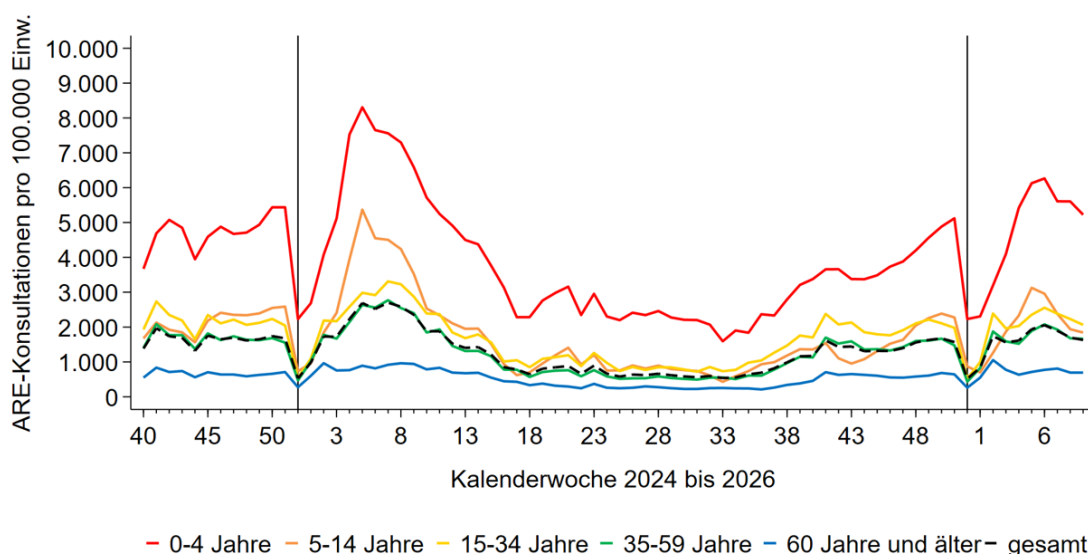


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 9. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 9. KW 2026 insgesamt 110 Sentinelproben von 47 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 89 (81 %) der 110 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Influenza A- und B-Viren (Positivenrate (PR): 28 %; 95 %-Konfidenzintervall [20; 38]), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 20 %) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 16 %). Darüber hinaus wurden Rhinoviren (9 %), humane Metapneumoviren (hMPV; 7 %), Adenoviren (6 %), Parainfluenzaviren (PIV; 4 %), Influenza C-Viren (3 %) sowie SARS-CoV-2 (1 %) nachgewiesen. Es gab 14 Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von hCoV, Influenza A-Viren und RSV mit weiteren Erregern.

In den letzten Wochen war die Influenza-Positivenrate rückläufig, in der 9. KW 2026 ist sie zunächst nicht weiter gesunken. Von den 31 nachgewiesenen Influenzaviren waren 18 A(H3N2)- und 13 A(H1N1)pdm09-Viren. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher überwiegend Influenza

A(H3N2)-Viren gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren identifiziert (72 % 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. Der Höhepunkt der Grippewelle ist überschritten, sie hält aber weiter an.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden in den meisten Altersgruppen bislang häufiger Influenza A(H3N2)- als A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen, wobei in den Altersgruppen ab 35 Jahre ein größerer Anteil von A(H1N1)pdm09-Viren detektiert wurde als in den jüngeren Altersgruppen (Abb. 5; rechts).

Die RSV-Positivenrate ist im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben und lag in der 9. KW bei 16 % (Vorwoche: 17 %). In der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 9. KW bei 21 % (95 %-Konfidenzintervall [9; 36]; Vorwoche 38 %) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die RSV-Welle begann gemäß RKI-Definition in der 2. KW 2026.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen in Saison 2025/26 zu ähnlichen Anteilen durch RSV A und RSV B (RSV A: 49 %, RSV B: 51 % bei 0- bis 4-jährigen) hervorgerufen wurden.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 9. KW 2026), Stand 3.3.2026.

		6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		157	147	122	110	2.861
Probenanzahl mit Virusnachweis*		132	106	90	89	2.046
	Positivenrate (PR)	84 %	72 %	74 %	81 %	72 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	1	1	0	0	6
	A(H3N2)	58	45	21	18	624
	A(H1N1)pdm09	24	11	14	13	236
	B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2		2	1	0	1	275
RSV		20	18	21	18	152
hMPV		7	7	8	8	52
PIV (1 – 4)		2	3	4	4	143
Rhinoviren		13	12	10	10	522
hCoV		30	17	22	22	186
Adenoviren		2	3	5	7	108
Influenza C-Viren		1	2	1	3	40

* 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.

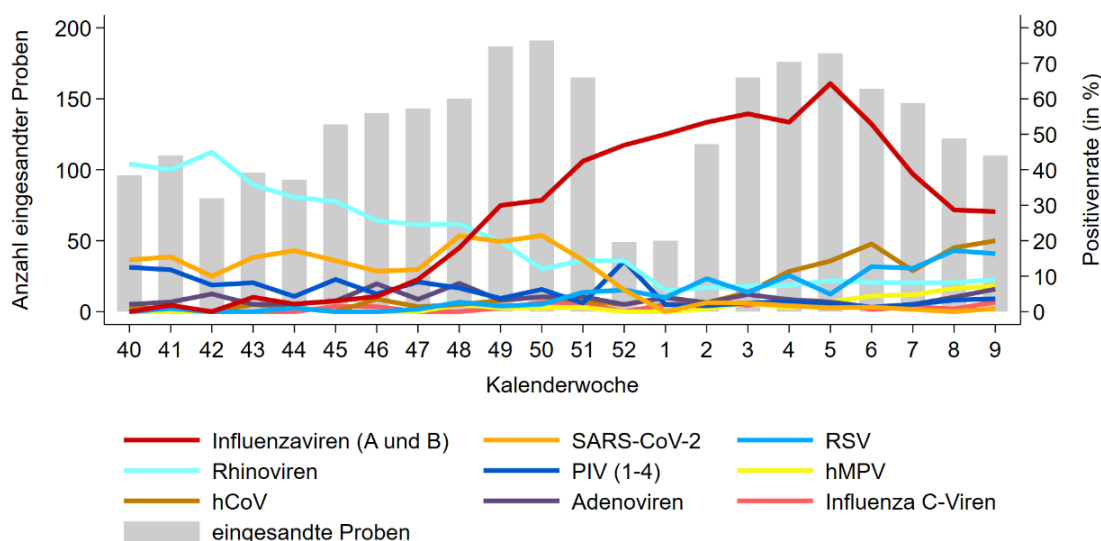


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 9. KW 2026.

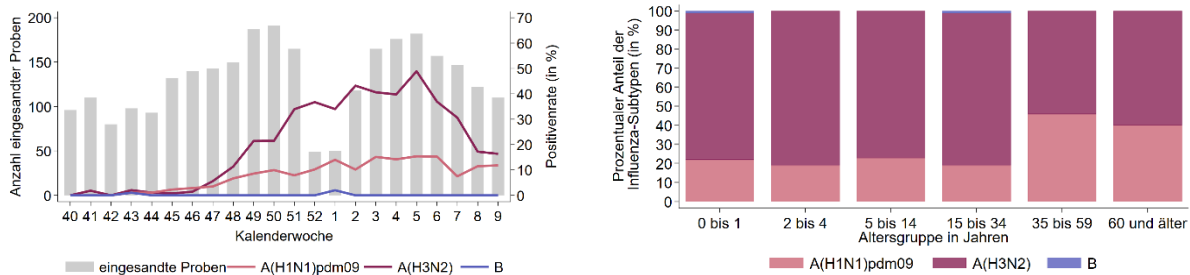


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivensrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 9. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns von der 40. KW 2025 bis zur 9. KW 2026 detektiert wurden.

In der 9. KW 2026 wurden weiterhin in allen Altersgruppen Influenzaviren (A und B) nachgewiesen, insbesondere bei den 5- bis 14-Jährigen (56 %) und bei den ab 15-Jährigen (zwischen 22 % und 36 %) (Abb. 6). RSV wurde ebenfalls in allen Altersgruppen detektiert, hauptsächlich bei den ab 60-Jährigen und den Kleinkindern (2 bis 4 Jahre). HCoV wurde in allen Altersgruppen nachgewiesen.

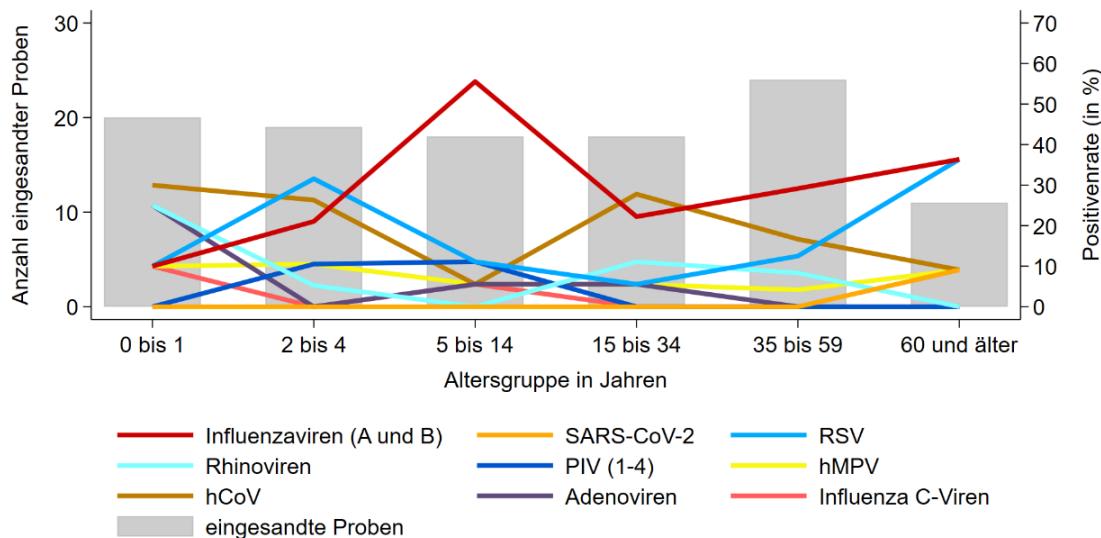


Abb. 6: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 9. KW 2026.

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-Sentinelns ($n = 432$), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ($n = 62$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 18$) wurden 512 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 373 zum Subtyp A(H3N2), 138 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 350 Viren Subklade K, drei Viren Subklade J.2, vier Viren Subklade J.2.2, vier Viren Subklade J.2.3 sowie zwölf Viren Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 138 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 306 Influenza A(H3N2)- und 178 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 $\log_2$ -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: [Europäische Impfeffektivitätsschätzungen der Saison 2025/26](#)).

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)

Das derzeit niedrige SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen spiegelt sich auch in einer geringen Anzahl verfügbarer Proben wider. Aus diesem Grund werden bis auf Weiteres für die Berechnung der Variantenanteile die Daten jeweils für zwei fortlaufende Wochen, im Sinne eines gleitenden Berichtszeitraums, zusammengefasst berichtet.

Für den Zeitraum der 6. – 7. KW 2026 stehen aktuell 80 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 3.3.2026).

Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde im Berichtszeitraum mit einem leicht steigenden Anteil von 61 % (5. – 6. KW 2026: 53 %) weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Der Anteil der rekombinanten Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) lag wie im entsprechenden Vorberichtszeitraum (5. – 6. KW 2026) bei 31 %. Der Anteil der SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) sank wieder und lag nun bei 7 % (5. – 6. KW 2026: 12 %). Die beobachteten Anteile der zirkulierenden Varianten zeigen zusammengefasst keine großen Änderungen zu den Vorwochen.

WHO¹ ² und ECDC³ ⁴ stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein und es werden keine signifikanten Auswirkungen auf die Wirksamkeit der derzeit zugelassenen COVID-19-Impfstoffe gegen schwere Erkrankungen erwartet. Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind im Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code-basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ging die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 9. KW 2026 weiter zurück (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 9. KW 2026 auf einem moderaten Niveau. Die SARI-Inzidenz lag seit der 4. KW 2026 unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit.

Seit der 3. KW 2026 wird zudem das Ergebnis eines Nowcasting-Modells berichtet, bei dem noch ausstehende Änderungen in den Inzidenzdaten berücksichtigt werden. Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: [RKI - FAQ zu ARE](#). Das Ergebnis des Nowcasting-Modells zeigt für die 9. KW 2026 einen weniger deutlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen, bestätigt aber die Einordnung der SARI-Inzidenz in der 9. KW auf einem moderaten Niveau (Abb. 7, rot hinterlegter Bereich).

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

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

³ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-51-2025.pdf>

⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-6-2026.pdf>

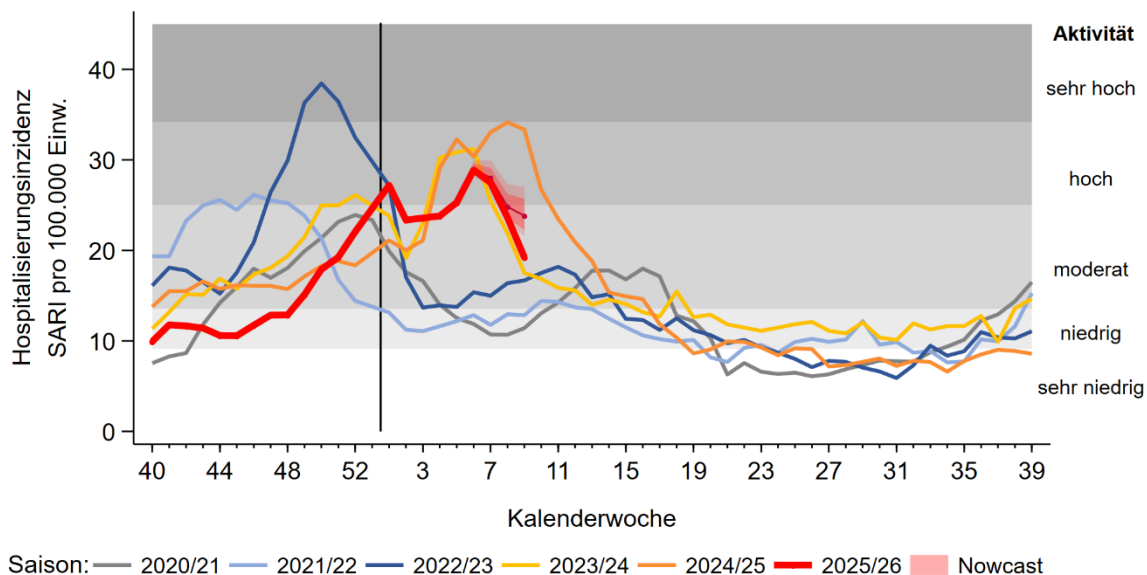


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 9. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 64 Sentinellkliniken. 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 9. KW 2026 kam es in allen Altersgruppen zu einem leichten bis starken Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 8). Die SARI-Inzidenz lag in der 9. KW in fast allen Altersgruppen auf einem moderaten Niveau, nur bei den 15- bis 34-Jährigen lag sie auf einem niedrigen Niveau.

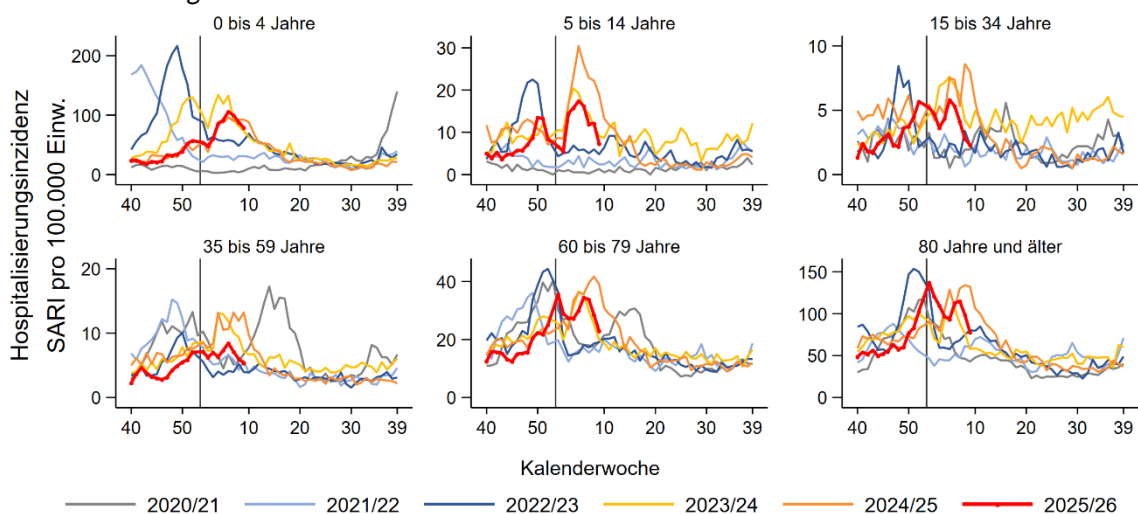


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 9. KW 2026). Daten aus 64 Sentinellkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten ging in der 9. KW 2026 weiter zurück und lag bei 25 % (Vorwoche: 33 %, Abb. 9). In den letzten Wochen wurden zunehmend RSV-Diagnosen vergeben, in der 9. KW lag der Anteil bei 18 % der SARI-Fälle (Vorwoche: 15 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten blieb in der 9. KW weiter niedrig und lag bei 1 % (Vorwoche: 1 %).

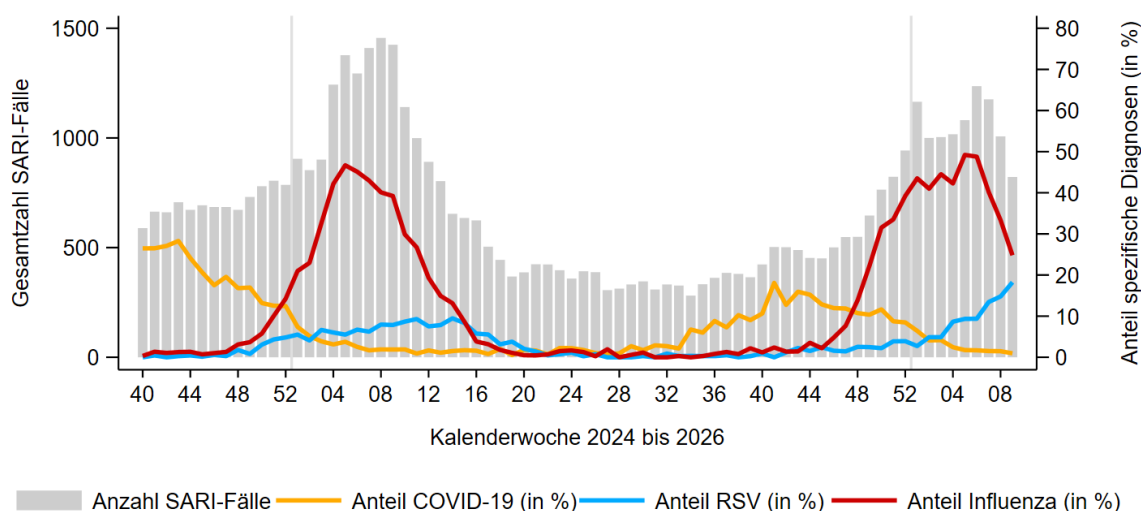


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose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

Influenza-Erkrankungen wurden in der 9. KW 2026 bei SARI-Fällen aller Altersgruppen diagnostiziert (Abb. 10). Besonders betroffen waren weiterhin die Kinder im Schulalter (5 bis 14 Jahre), von denen zwei von drei SARI-Fällen in der 9. KW eine Influenza-Diagnose erhielten (66 %). RSV-Erkrankungen wurden in den letzten Wochen besonders häufig bei Kindern unter 5 Jahren diagnostiziert, weniger häufig bei Patientinnen und Patienten ab 60 Jahren. In der 9. KW erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall im Alter von 0 bis 4 Jahren eine RSV-Diagnose (0 bis 1 Jahr: 61 %; 2 bis 4 Jahre: 41 %). COVID-19-Diagnosen wurden in der 9. KW vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten verschiedener Altersgruppen vergeben.

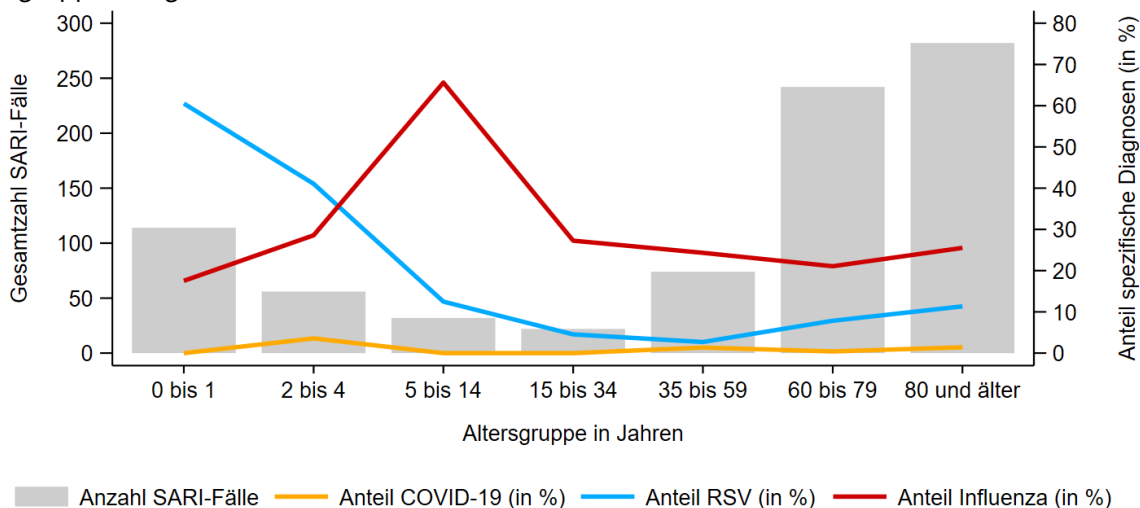


Abb. 10: Anzahl der in der 9. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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 in der 9. KW 2026 bei 30 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. RSV-Diagnosen sind in der 9. KW bei 18 % und COVID-19-Diagnosen bei 1 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle vergeben worden.

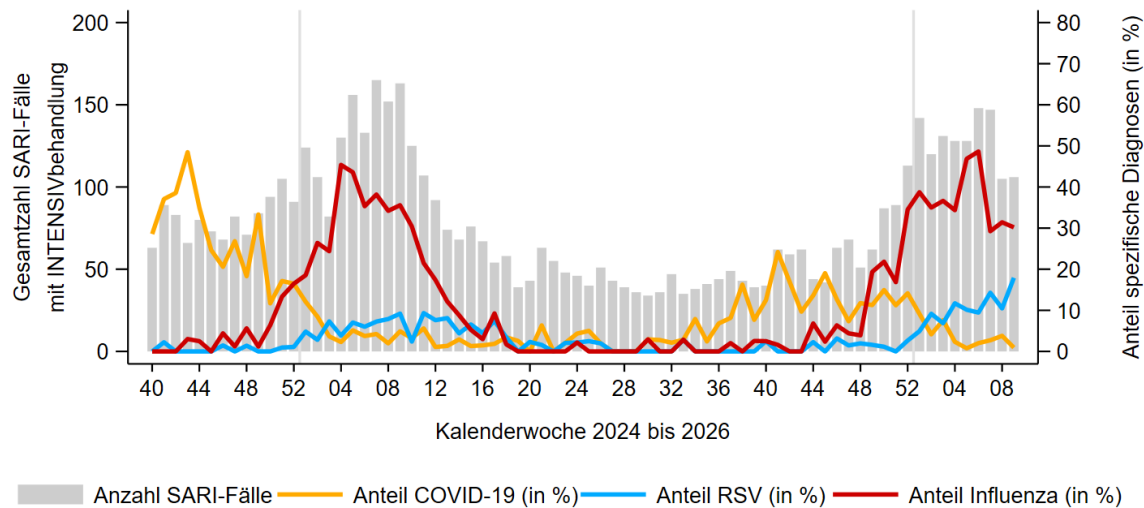


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 9. 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 zehn Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ wurden in der 9. KW 2026 aus fünf der zehn teilnehmenden Kliniken 34 Sentinelproben zugesandt. In 15 (44 %) der 34 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 9. KW 2026 wurden vorwiegend Influenza A- und B-Viren (17 %) detektiert, zudem wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 9 %, Rhinoviren und humane saisonale Coronaviren (hCoV) mit jeweils 6 % sowie Parainfluenzaviren (PIV; 3 %) detektiert (Abb. 12). SARS-CoV-2, Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 9. KW nicht nachgewiesen. Es gab zwei Doppelinfektionen mit RSV und hMPV sowie mit Rhinoviren und hCoV.

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 3.3.2026.

	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	41	69	43	34	914
Probenanzahl mit Virusnachweis*	20	41	22	15	459
Positivenrate (PR)	49 %	59 %	51 %	44 %	50 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	9	11	8	2	121
A(H1N1)pdm09	3	5	3	4	51
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	1	0	0	61
RSV	3	16	5	3	49
hMPV	3	3	2	3	17
PIV (1 – 4)	1	0	0	1	40
Rhinoviren	2	2	3	2	111
hCoV	2	6	5	2	29
Adenoviren	0	1	0	0	18
Influenza C-Viren	1	0	0	0	11

* 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.

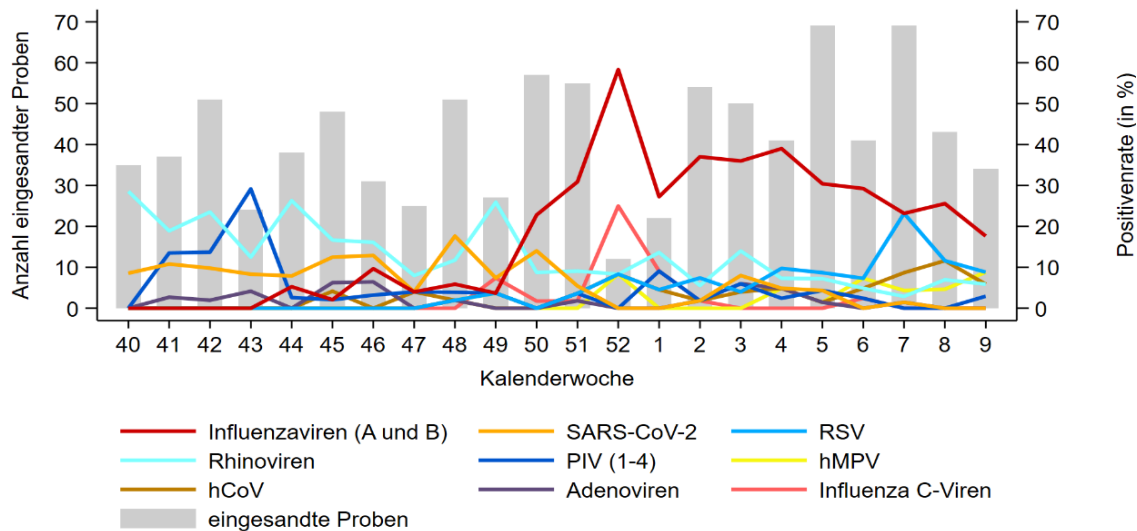


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 9. 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 (30 %). Influenza B-Viren wurden in der Saison 2025/26 noch nicht detektiert (Tab. 1, Abb. 13). Ähnlich wie im ambulanten Bereich wurde in der gesamten Saison 2025/26 bislang in den meisten Altersgruppen häufiger Influenza A(H3N2)- als A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen, wobei in den Altersgruppen ab 60 Jahre ein größerer Anteil von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren detektiert wurde als in den jüngeren Altersgruppen (Abb. 13; rechts).

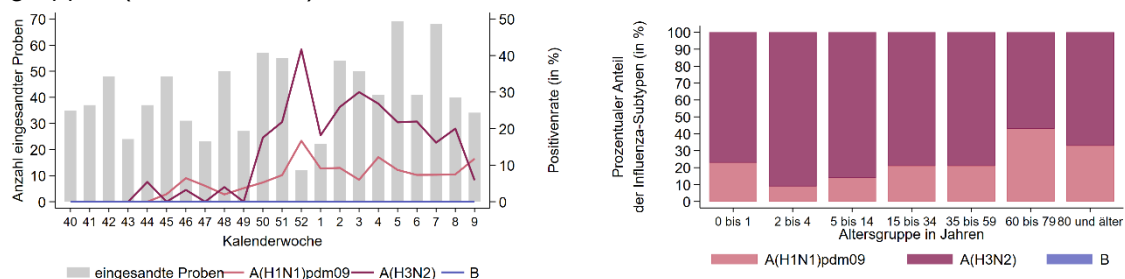


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 9. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des SARI-Sentinals von der 40. KW 2025 bis zur 9. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 6. KW bis zur 9. KW 2026 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert, am häufigsten bei den 5- bis 34-Jährigen sowie den ab 80-jährigen. RSV zirkulierte vorwiegend bei den 0- bis 4-Jährigen, wurde jedoch auch in den älteren Altersgruppen nachgewiesen. Rhinoviren und hCoV wurden vor allem bei den 0- bis 14-Jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde vereinzelt in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen detektiert (Abb. 14).

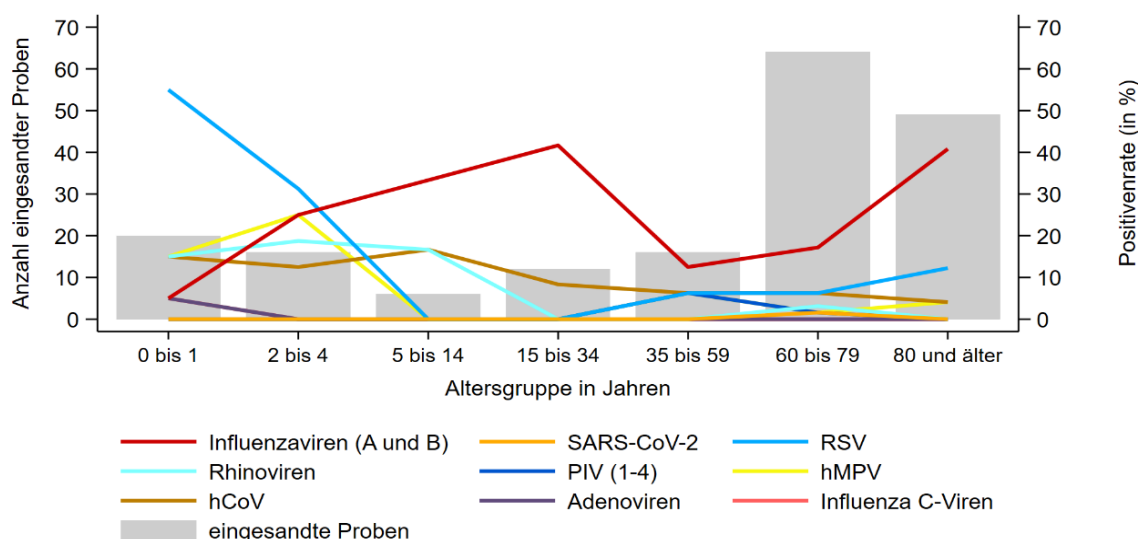


Abb. 14: Anteil (Positivitätsraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (6. KW 2026 bis 9. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 9. MW 2026 wurden bislang 10.899 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 10.863 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 9. MW im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Bei 2.678 (25 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 3.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 227.165 Fälle übermittelt. Davon entfallen 225.031 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 58.717 (26 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.497 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

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

	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	20.661	24.437	23.810	22.149	14.713	10.486	215.545
A(H1N1)pdm09	135	127	139	109	108	73	1.297
A(H3N2)	178	250	231	195	107	69	2.171
nicht nach A / B differenziert	339	373	421	396	285	139	4.049
B	117	123	131	149	127	96	1.969
Gesamt	21.430	25.310	24.732	22.998	15.340	10.863	225.031
Hospitalisierte Fälle	5.200	6.201	6.255	6.030	4.155	2.678	58.717

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

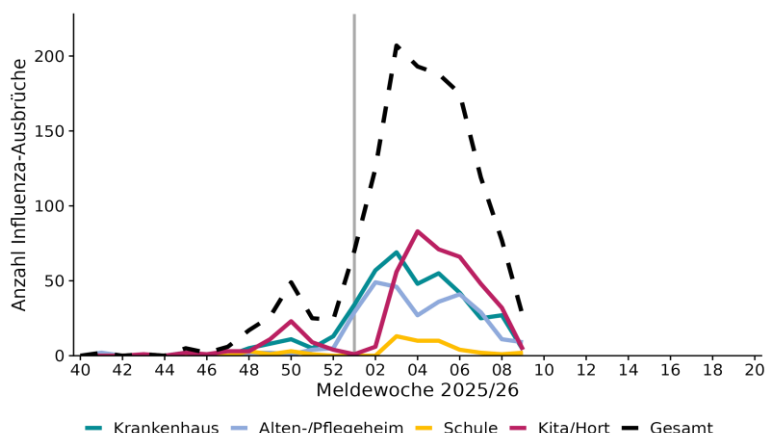
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.337 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen. In der 9. MW 2026 wurden bisher 26 Ausbrüche übermittelt (Tab. 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	1.337
Krankenhaus	405
Alten-/Pflegeheim	294
Schule	51
Kita/Hort	424
sonstige Settings*	163
Anzahl Ausbruchsfälle	18.418
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,8

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



COVID-19

Für die 9. MW 2026 wurden bislang 979 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 975 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Bei 356 (37 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 3.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 112.863 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 111.337 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 40.614 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.414 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 Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	2.757	2.622	2.259	1.800	1.416	975	111.337
Hospitalisierte Fälle	1.195	1.002	938	739	558	356	40.614

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

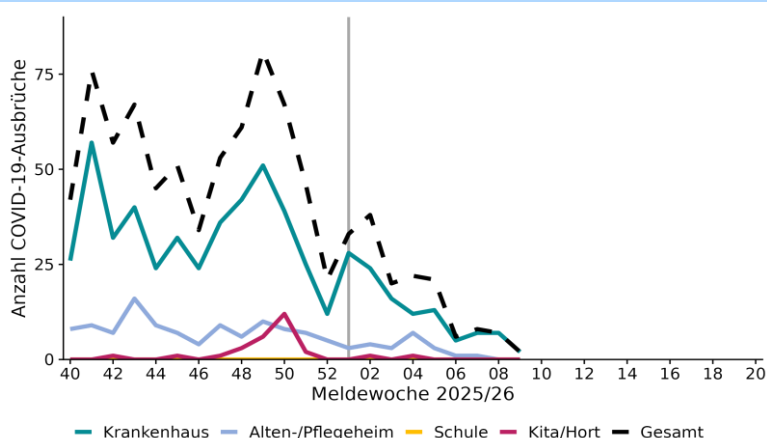
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 858 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 9. MW 2026 wurden bisher zwei Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 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	858
Krankenhaus	554
Alten-/Pflegeheim	127
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	149
Anzahl Ausbruchsfälle	8.360
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,7

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



RSV-Infektionen

Für die 9. MW 2026 wurden bislang insgesamt 6.524 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 6.380 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Bei 1.307 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 9. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 3.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 38.595 Fälle übermittelt. Davon entfallen 37.610 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 10.080 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 121 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 93 % 60 Jahre oder älter.

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

	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	2.736	3.818	4.474	6.046	6.132	6.380	37.610
Hospitalisierte Fälle	756	1.027	1.177	1.547	1.546	1.307	10.080

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

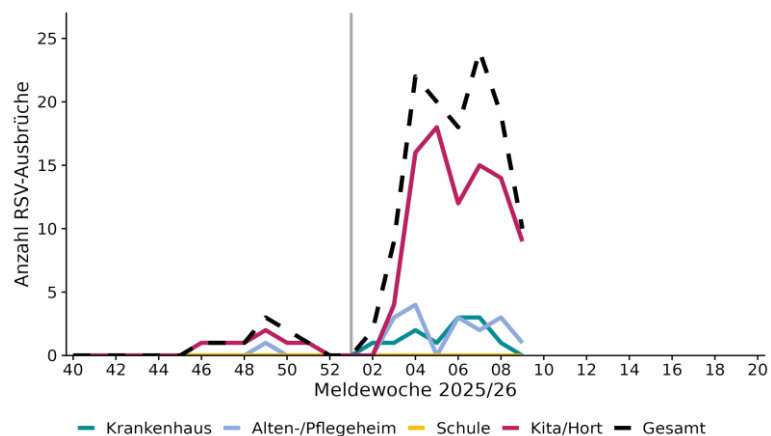
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 133 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 9. MW 2026 wurden bisher zehn Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

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

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	133
Krankenhaus	12
Alten-/Pflegeheim	17
Schule	0
Kita/Hort	95
sonstige Settings*	9
Anzahl Ausbruchsfälle	1.331
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,0

*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 9. KW wurden Daten aus 66 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser war seit der 4. KW niedrig (Abb. 15).

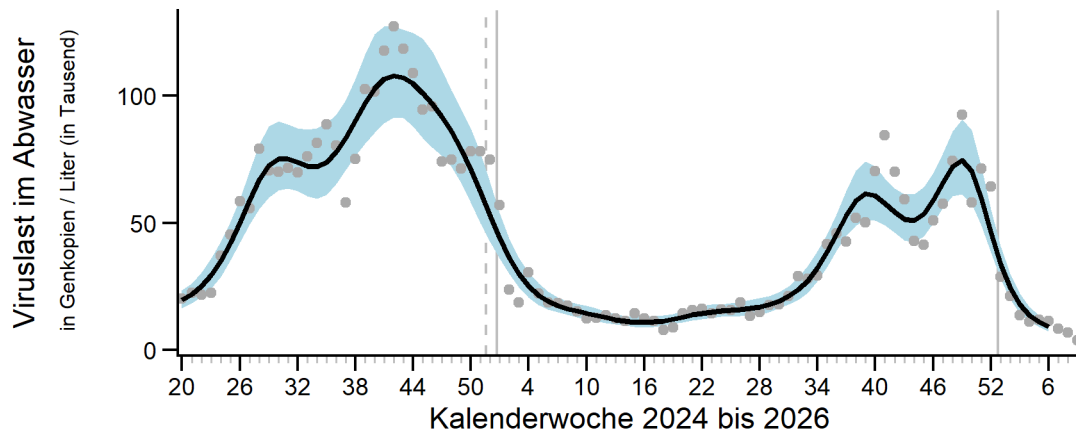


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.2.2026, 9. 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 9. KW 2026 wurden Daten aus 65 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza A-Viruslast im Abwasser sind seit der 7. KW 2026 rückläufig. Die Influenza B-Viruslast war seit Saisonbeginn 2025/26 (40. KW 2025) niedrig (Abb. 16).

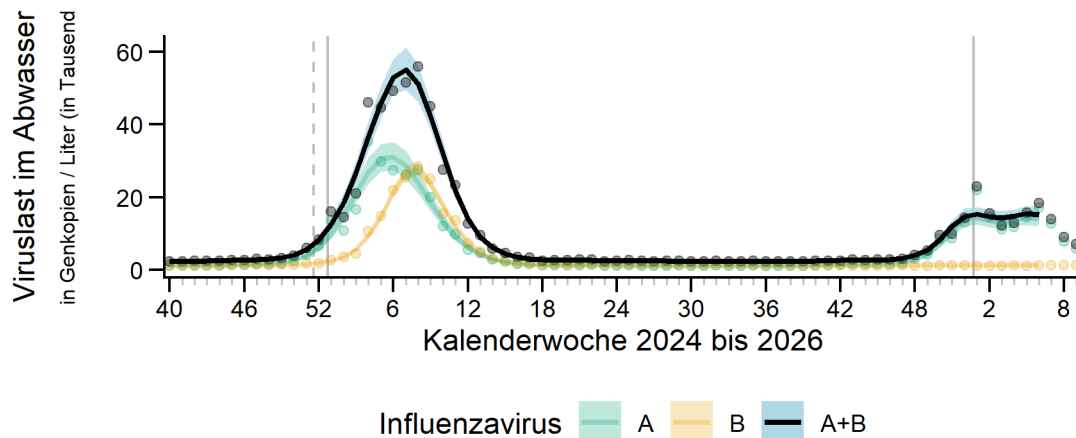


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.2.2026, 9. 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 9. KW 2026 wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser (A und B gesamt) sind seit der 8. KW gesunken. Der Rückgang zeigte sich insbesondere bei RSV B (Abb. 17).

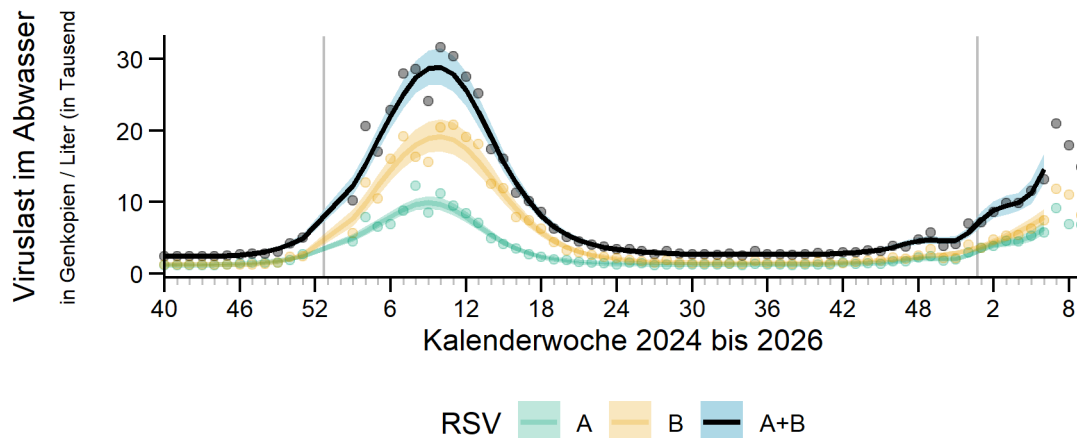


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.2.2026, 9. 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/#/.

Zusätzliche Informationen zu Influenza (international)

Empfehlung für die Influenza-Impfstoffkomponenten für die Nordhalbkugel in der Saison 2026/27

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 27.2.2026 die Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs in der nördlichen Hemisphäre für die Saison 2026/27 veröffentlicht.

Gegenüber der Empfehlung für die Saison 2025/26 für die Nordhalbkugel wurden die Komponenten im Impfstoff gegen Influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) und B/Victoria aktualisiert, gegenüber der Empfehlung für 2026 für die Südhalbkugel wurden die Komponenten gegen Influenza A(H3N2) und B/Victoria aktualisiert, die Komponente gegen Influenza A(H1N1)pdm09 wurde beibehalten.

Weitere Informationen und der ausführliche Bericht zur Empfehlung sind abrufbar (in englischer Sprache) unter: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-2027-northern-hemisphere-influenza-season>. Eine hilfreiche Zusammenfassung findet sich in den Antworten auf häufig gestellte Fragen (in englischer Sprache) unter: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/vcm-northern-hemisphere-recommendation-2026-2027/b.-27-feb-2026-frequently-asked-questions.pdf>

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 9/2026 | DOI: 10.25646/13921