



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
12. Kalenderwoche (16.3. bis 22.3.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist in den meisten Systemen weiter rückläufig. Das ARE-Geschehen wird zunehmend durch Erkältungsviren wie humane saisonale Coronaviren bestimmt, es zirkulieren jedoch auch weiterhin Influenzaviren und RSV. Die Grippewelle endete nach Definition des RKI nach 15 Wochen (48. KW 2025 bis 10. KW 2026). Das Ende der RSV-Welle deutet sich ebenfalls an. 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.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 12. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag dadurch wieder auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 12. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gesunken und befand sich nun auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2026 in insgesamt 53 der 79 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend humane saisonale Coronaviren (hCoV; 20 %) und Respiratorische Synzytialviren (14 %), gefolgt von Rhinoviren und Influenza A-Viren mit jeweils 11 %.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 12. KW 2026 zurück und lag auf einem niedrigen Niveau. Unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen wird mittels Nowcasting für die 12. KW eine SARI-Inzidenz auf noch moderatem Niveau geschätzt. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 19 % RSV-, 4 % Influenza- und unter 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2026 in 15 der 25 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich RSV (20 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Adenoviren mit jeweils 12 %.

Die Zahlen der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-, COVID-19- und RSV-Fälle sind in der 12. Meldewoche (MW) weiter gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde zusammengefasst für die 9. und 10. KW 2026 mit einem Anteil von 60 % und die Linie XFG mit einem Anteil von 30 % unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die RSV-Last im Abwasser ist weiter erhöht und in den letzten Wochen relativ stabil geblieben. Die Influenza A-Viruslast im Abwasser geht weiter 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.

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

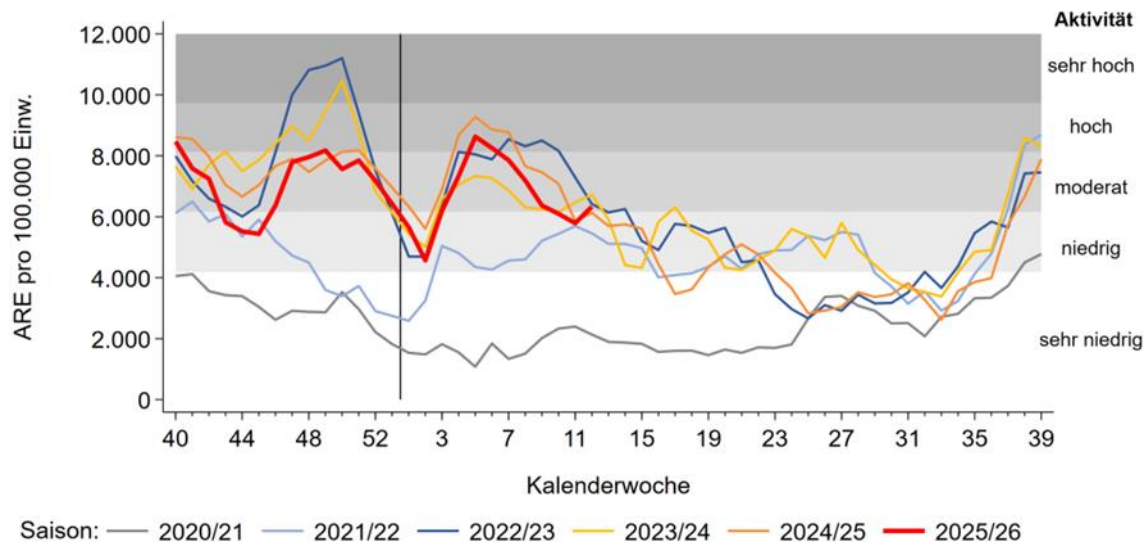
- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>.
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 12. KW leicht gestiegen und lag mit rund 6.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.800; Abb. 1) nun wieder auf einem moderaten Niveau, knapp oberhalb der Schwelle zu einem niedrigen Niveau und in einem für diese Zeit üblichen Wertebereich. Der Rückgang der Werte seit der 5. KW hat sich sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen nicht fortgesetzt. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,3 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 12. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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



Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 12. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gesunken und lag mit rund 1.100 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.200) auf einem niedrigen Niveau, knapp unter der Schwelle zu 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 960.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 12. KW 2026.

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>.

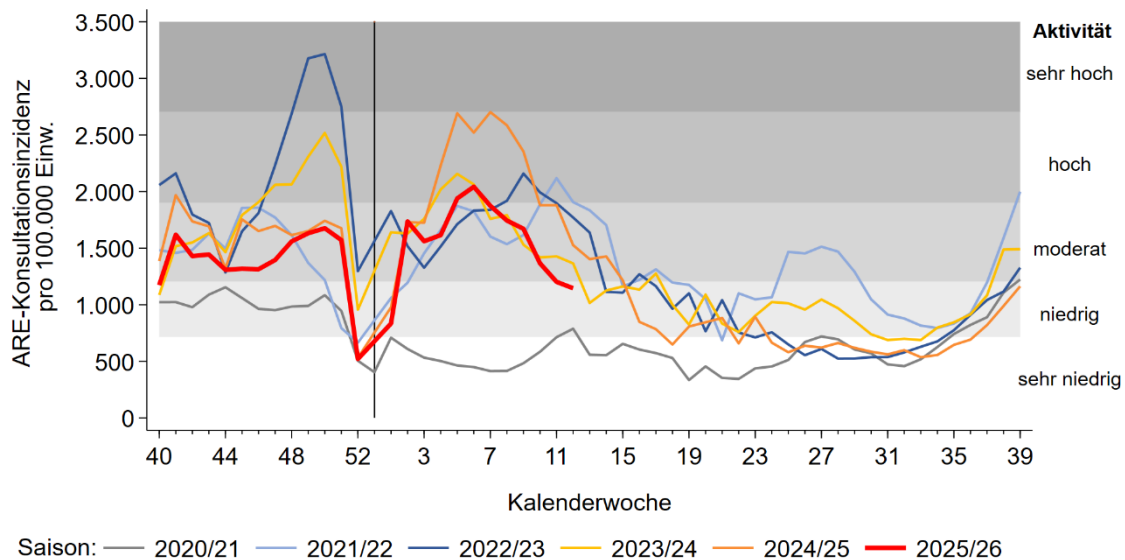


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 12. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 12. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen wieder gestiegen, in den weiteren Altersgruppen sind die Werte leicht gesunken oder stabil geblieben (Abb. 3).

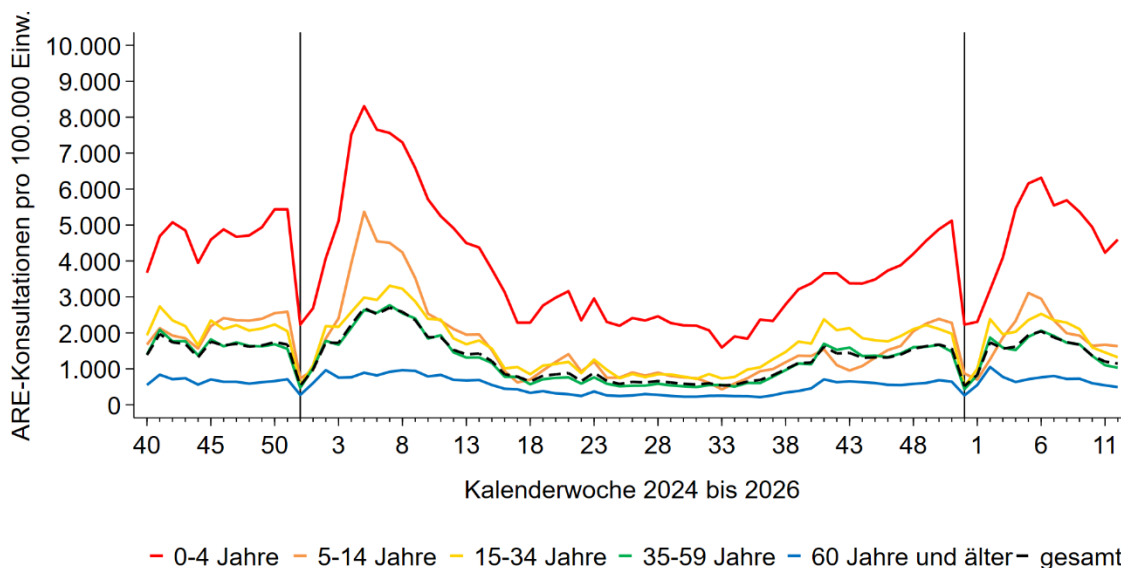


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 12. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 12. KW 2026 insgesamt 79 Sentinelproben von 31 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 53 (67 %) der 79 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend humane saisonale Coronaviren (hCoV; Positivrate (PR) 20 %), gefolgt von Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 14 %) sowie Rhinoviren (11 %) und Influenza A- und B-Viren (11 %; 95 %-Konfidenzintervall [5; 21]). Darüber hinaus wurden Adenoviren und Parainfluenzaviren (PIV) mit jeweils 6 % und humane Metapneumoviren (hMPV) mit 5 % sowie Influenza C-Viren (3 %) und SARS-CoV-2 (1 %) nachgewiesen. Es gab sieben Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von Rhinoviren, RSV oder Adenoviren.

Da das untere Konfidenzintervall der Influenzavirus-Positivenrate die zweite Woche in Folge unter 10 % lag, endete die Grippewelle in Deutschland nach Definition des RKI mit der 10. KW 2026. Sie hielt 15 Wochen an (48. KW 2025 bis 10. KW 2026).

Von den neun nachgewiesenen Influenzaviren in der 12. KW waren drei A(H3N2)- und sechs A(H1N1)pdm09-Viren. In der gesamten Saison 2025/26 wurden bisher mit 71 % überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren identifiziert, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (28 %). Seit der 47. KW wurden mehr A(H3N2)-Viren als A(H1N1)pdm09-Viren detektiert, wobei seit der 10. KW beide Subtypen ähnlich häufig nachgewiesen wurden (Abb. 5; links). Bisher wurden in der Saison nur sehr vereinzelt Influenza B-Viren nachgewiesen.

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 gesunken und lag in der 12. KW bei 14 % (Vorwoche: 18 %). In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 12. KW bei 10 % (95 %-Konfidenzintervall [1; 30]; Vorwoche 26 %) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken. Die RSV-Welle begann gemäß RKI-Definition in der 2. KW 2026, mit den gegenwärtigen Werten deutet sich ein Ende der RSV-Welle an.

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 12. KW 2026), Stand 24.3.2026.

	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	126	117	119	79	3.194
Probenanzahl mit Virusnachweis*	102	84	81	53	2.279
Positivenrate (PR)	81 %	72 %	68 %	67 %	71 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	6
A(H3N2)	18	12	4	3	644
A(H1N1)pdm09	13	10	3	6	255
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	1	1	1	1	278
RSV	21	24	22	11	212
hMPV	10	12	11	4	81
PIV (1 – 4)	4	6	6	5	160
Rhinoviren	14	8	16	9	559
hCoV	25	16	28	16	249
Adenoviren	9	8	4	5	128
Influenza C-Viren	3	2	2	2	46

* 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.

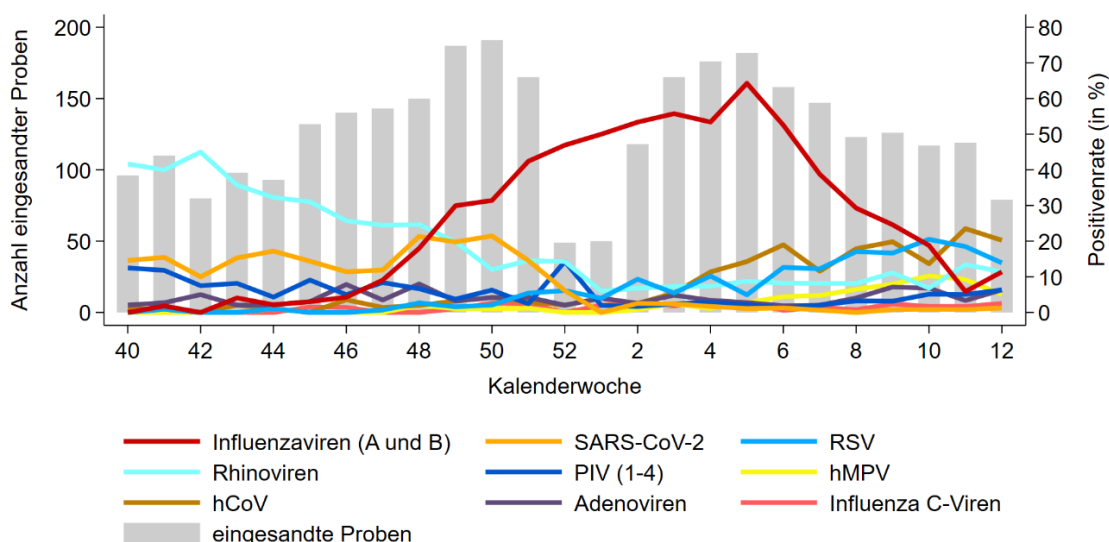


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 12. KW 2026.

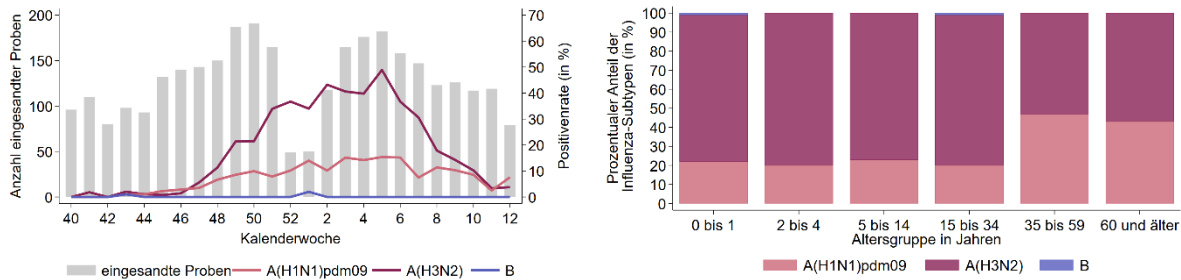


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivitätsrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 12. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung 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 12. KW 2026 detektiert wurden.

In der 12. KW 2026 wurde hCoV in allen Altersgruppen detektiert und wurde am häufigsten bei den 15- bis 34-Jährigen nachgewiesen (Abb. 6). RSV wurde ebenfalls in allen Altersgruppen identifiziert. Influenzaviren (A und B) wurden in den Altersgruppen der 5- bis 14-Jährigen und der ab 35-Jährigen nachgewiesen. Bei den 0- bis 1-Jährigen waren Rhino- und Adenoviren die am häufigsten nachgewiesenen Atemwegsviren.

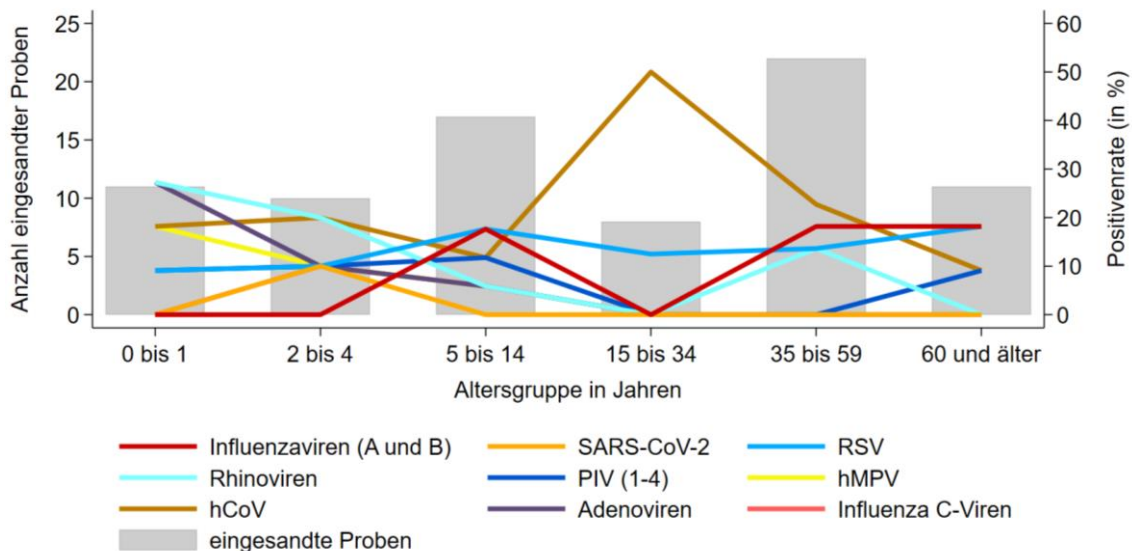


Abb. 6: Anteil (Positivitätsraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 12. KW 2026.

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 ($n = 566$), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ($n = 78$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 22$) wurden 666 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 482 zum Subtyp A(H3N2), 183 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 458 Viren Subklade K, drei Viren Subklade J.2, vier Viren Subklade J.2.2, vier Viren Subklade J.2.3 sowie 13 Viren Subklade J.2.4; Subtyp A(H1N1)pdm09: 183 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 318 Influenza A(H3N2)- und 199 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: 146 A(H3N2), 88 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 337 mit Next Generation Sequencing untersuchten Influenzaviren nicht detektiert. Gegen Wirkstoffe aus der Gruppe der Adamantane (Amantadin, Rimantadin) zeigen alle der 413 getesteten Influenza A-Viren eine hohe Resistenz, so dass diese Wirkstoffe weiterhin zur Therapie der Influenza nicht empfohlen werden.

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

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

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

Aufgrund der weiterhin geringen Anzahl an SARS-CoV-2-Nachweisen, werden wie in den Vorwochen für die Berechnung der Variantenanteile die Daten jeweils für zwei fortlaufende Wochen (im Sinne eines gleitenden Berichtszeitraums) zusammengefasst.

Für den Zeitraum der 9. – 10. KW 2026 stehen aktuell 43 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 24.3.2026).

Der Anteil der rekombinanten Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) hat sich im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum kaum verändert und lag bei 60 % (8. – 9. KW 2026: 63 %). Die Linie wurde somit weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Die rekombinante Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) wurde mit einem steigenden Anteil von 30 % nachgewiesen (8. – 9. KW 2026: 22 %). Der Anteil der SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) lag bei 5 % und hat sich im Vergleich zum Vorberichtszeitraum kaum verändert (8. – 9. KW 2026: 7 %).

WHO^{1,2} und ECDC³ stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein. 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 12. KW 2026 weiter zurück (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 12. KW 2026 auf einem niedrigen 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 12. KW 2026 einen weniger deutlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen, demzufolge die SARI-Inzidenz in der 12. KW weiterhin auf einem moderaten Niveau, knapp oberhalb der Schwelle zu einem niedrigen Niveau, einzuordnen ist (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-10-2026.pdf>

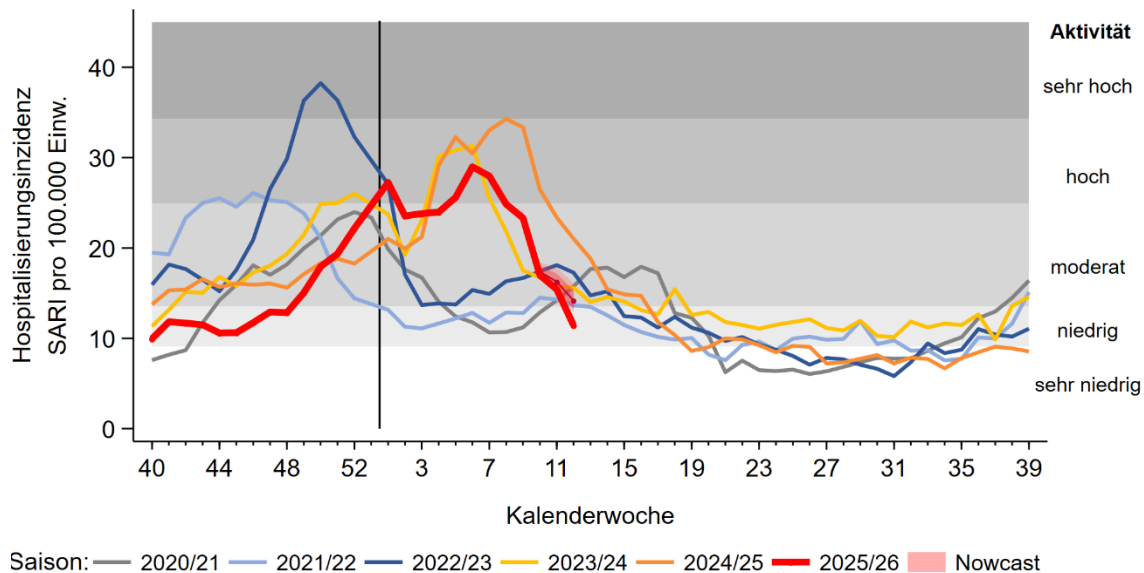


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 12. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 63 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 12. KW 2026 war in den meisten Altersgruppen ein Rückgang der SARI-Inzidenz zu beobachten, bei den 5- bis 14-jährigen zeigte sich hingegen ein Anstieg (Abb. 8). In der 12. KW 2026 lag die SARI-Inzidenz bei Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) auf einem moderaten Niveau, in allen anderen Altersgruppen lag sie auf einem niedrigen Niveau.

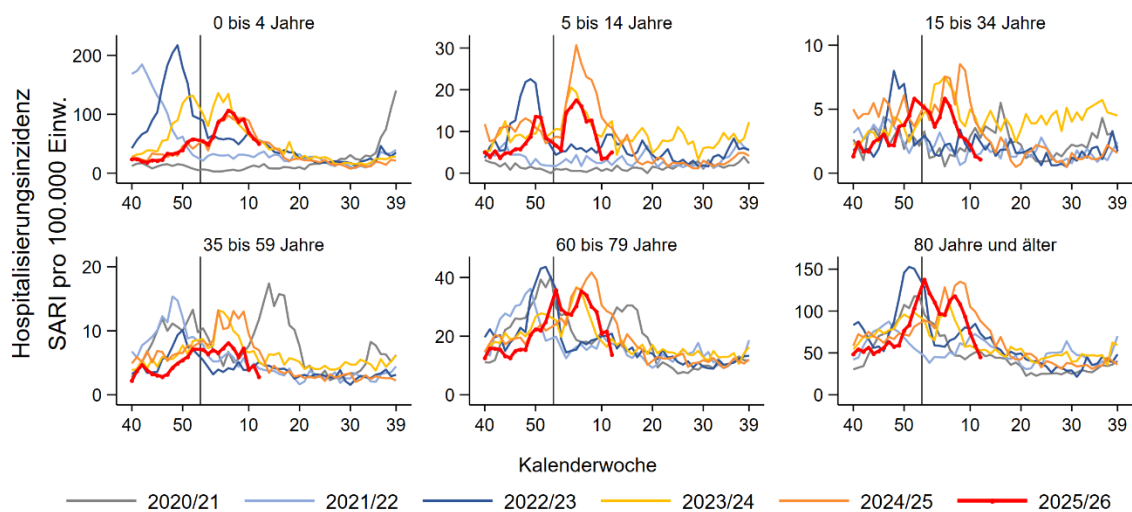


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 12. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil der RSV-Diagnosen unter den SARI-Fällen blieb in der 12. KW 2026 bei 19 % stabil (Vorwoche: 18 %; Abb. 9). Der Anteil an Influenza-Erkrankungen ging in der 12. KW weiter zurück und lag bei 4 % (Vorwoche: 8 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten blieb in der 12. KW weiter niedrig und lag unter 1 % (Vorwoche: 1 %).

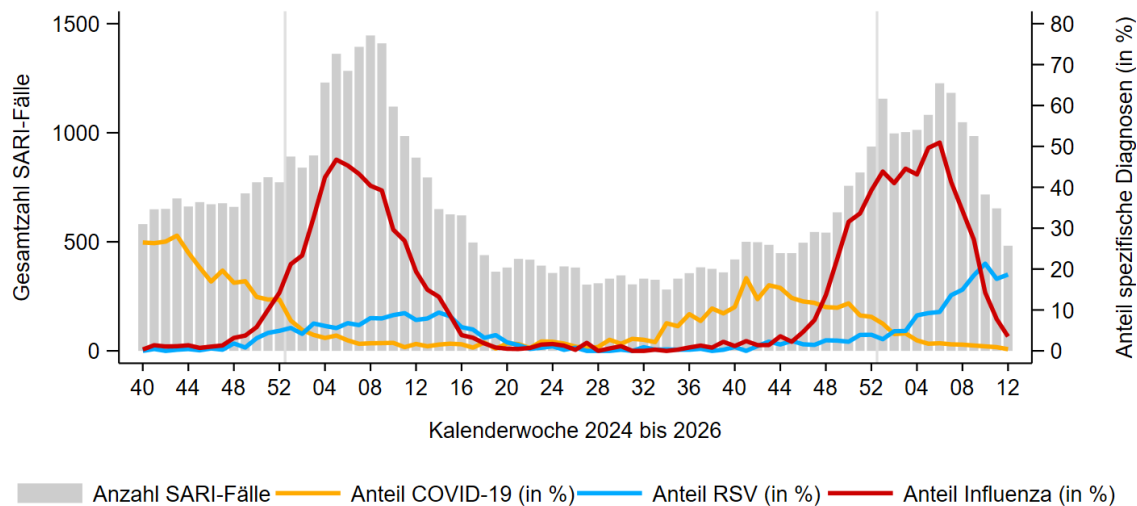


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 12. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

RSV-Erkrankungen wurden in den letzten Wochen vorwiegend bei SARI-Fällen unter 5 Jahren diagnostiziert, weniger häufig bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 35 Jahren. In der 12. KW 2026 erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall im Alter von 0 bis 4 Jahren eine RSV-Diagnose (0 bis 1 Jahr: 53 %; 2 bis 4 Jahre: 50 %) (Abb. 10). Vereinzelte Influenza-Erkrankungen wurden in der 12. KW bei SARI-Patientinnen und -Patienten in unterschiedlichen Altersgruppen diagnostiziert. COVID-19-Diagnosen wurden in der 12. KW nur sehr vereinzelt bei SARI-Fällen im Alter unter 2 Jahren sowie ab 80 Jahren vergeben.

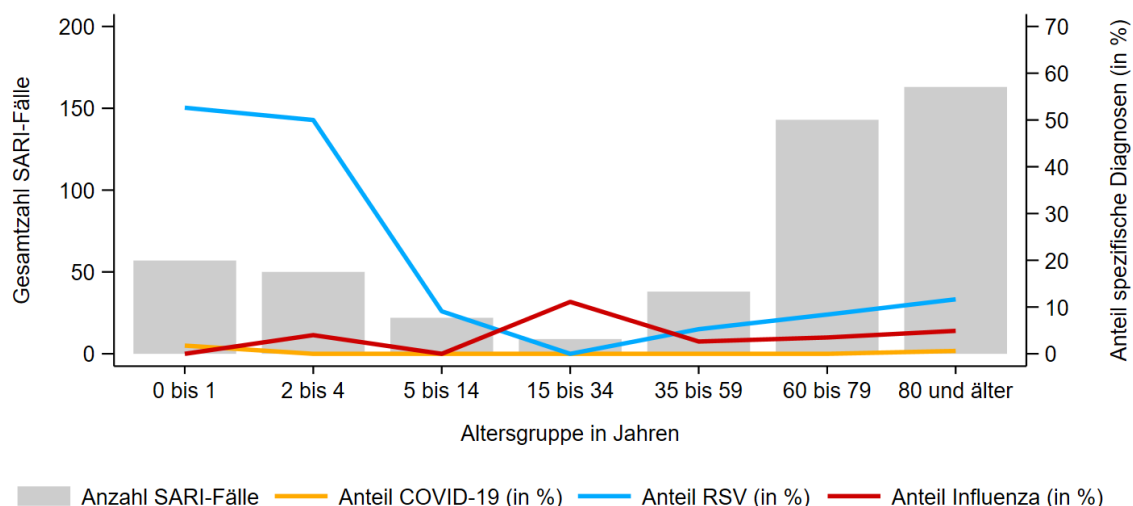


Abb. 10: Anzahl der in der 12. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 12 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine RSV-Erkrankung wurde in der 12. KW 2026 bei 14 % und eine Influenza-Erkrankung bei 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Es wurden keine COVID-19-Diagnosen in der 12. KW 2026 bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

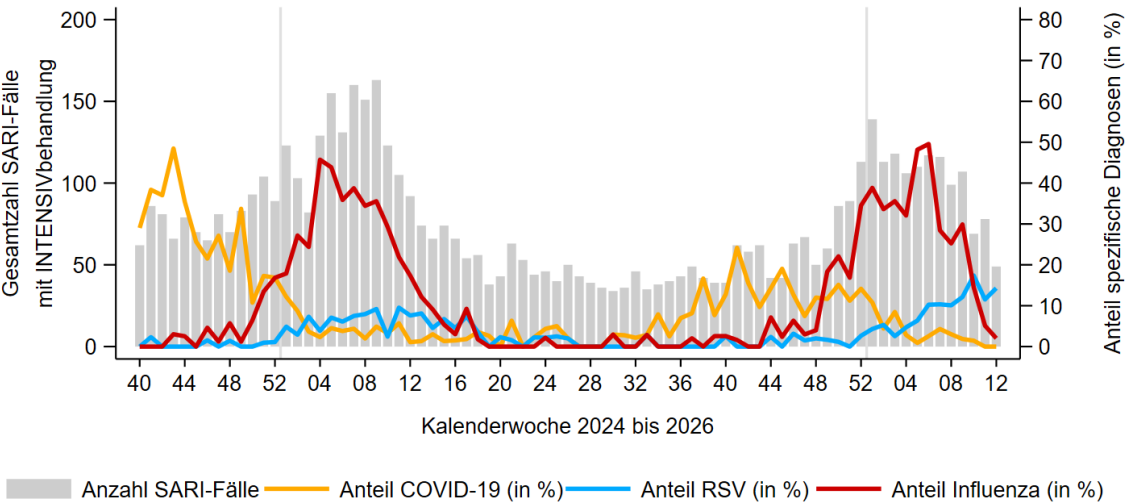


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 12. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinellkliniken.

Zu beachten ist, dass es sich um Auswertungen vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

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

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

Dem NRZ wurden in der 12. KW 2026 aus drei der zehn teilnehmenden Kliniken 25 Sentinelproben zugesandt. In 15 (60 %) der 25 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 12. KW 2026 wurden vorwiegend Respiratorische Synzytialviren (RSV; 20 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Adenoviren mit jeweils 12 % detektiert, zudem wurden humane Metapneumoviren (hMPV; 8 %) sowie Influenza A- und B-Viren, Parainfluenzaviren (PIV) und Rhinoviren mit jeweils 4 % nachgewiesen (Abb. 12). SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren wurden in der 12. KW nicht identifiziert. Es gab eine Doppelinfektion mit RSV und Adenoviren.

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 12. KW 2026), Stand 24.3.2026.

	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	43	39	62	25	1.049
Probenanzahl mit Virusnachweis*	23	16	27	15	525
Positivenrate (PR)	53 %	41 %	44 %	60 %	50 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	2	2	2	1	126
A(H1N1)pdm09	5	0	3	0	55
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	0	0	0	61
RSV	6	8	9	5	74
hMPV	4	4	5	2	29
PIV (1 – 4)	1	0	2	1	43
Rhinoviren	6	2	10	1	128
hCoV	3	1	3	3	37
Adenoviren	0	0	4	3	25
Influenza C-Viren	0	0	1	0	12

* 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.

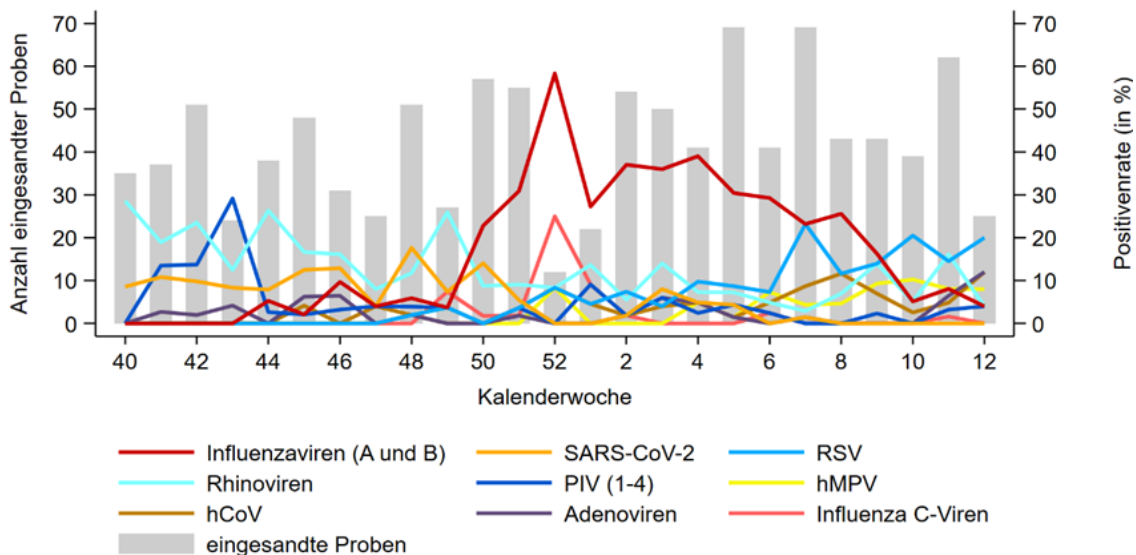


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivitäten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur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

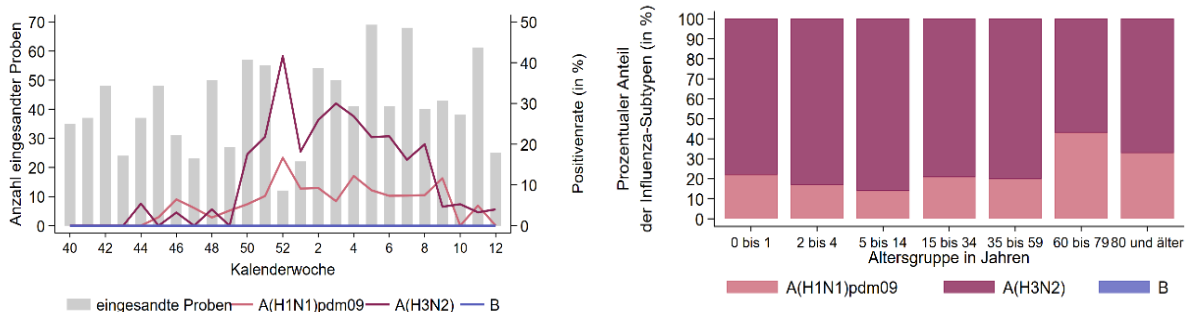


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivitäten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinel eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 12. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise 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 12. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 9. KW bis zur 12. KW 2026 zirkulierte RSV vorwiegend bei den 0- bis 4-Jährigen, wurde jedoch auch in den älteren Altersgruppen nachgewiesen. Rhinoviren wurden vor allem bei den 0- bis 14-Jährigen nachgewiesen. Influenzaviren (A und B) wurden in allen Altersgruppen identifiziert, am häufigsten bei den 15- bis 34-Jährigen. HMPV wurde am häufigsten bei den 35- bis 59-Jährigen detektiert (Abb. 14).

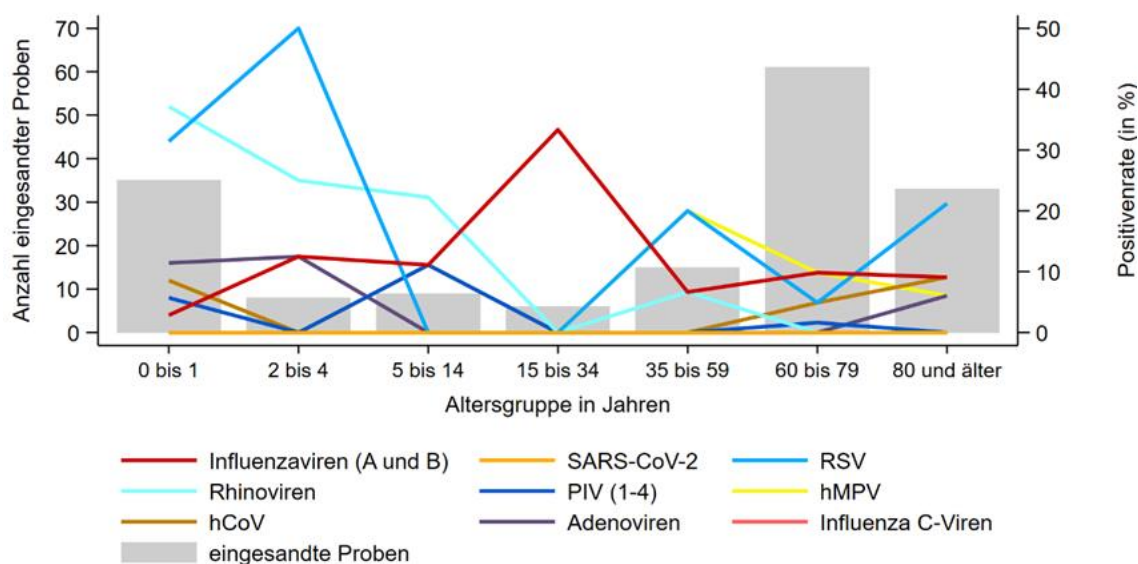


Abb. 14: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (9. KW bis 12. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 12. MW 2026 wurden bislang 1.778 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.766 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 11. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Bei 512 (29 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 24.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 239.052 Fälle übermittelt. Davon entfallen 236.853 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 63.249 (27 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.922 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)

		7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	22.200	14.778	11.689	5.388	2.667	1.339	226.332
	A(H1N1)pdm09	113	110	85	37	25	14	1.394
	A(H3N2)	201	113	96	68	22	11	2.317
	nicht nach A / B differenziert	397	285	188	99	57	361	4.622
	B	149	128	109	96	67	41	2.188
Gesamt		23.060	15.414	12.167	5.688	2.838	1.766	236.853
	Hospitalisierte Fälle	6.219	4.428	3.506	1.580	852	512	63.249

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

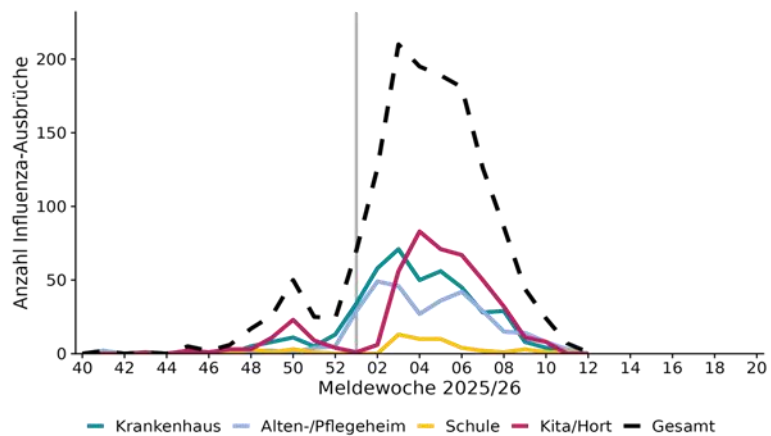
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.417 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen. In der 12. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 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	1.417
Krankenhaus	430
Alten-/Pflegeheim	315
Schule	54
Kita/Hort	442
sonstige Settings*	176
Anzahl Ausbruchsfälle	19.342
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,6

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



COVID-19

Für die 12. MW 2026 wurden bislang 524 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 524 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen (Tab. 5). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gesunken. Bei 195 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 24.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 114.893 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 113.339 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 41.601 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.507 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)

	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	1.804	1.422	1.099	742	561	524	113.339
Hospitalisierte Fälle	757	595	485	332	218	195	41.601

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

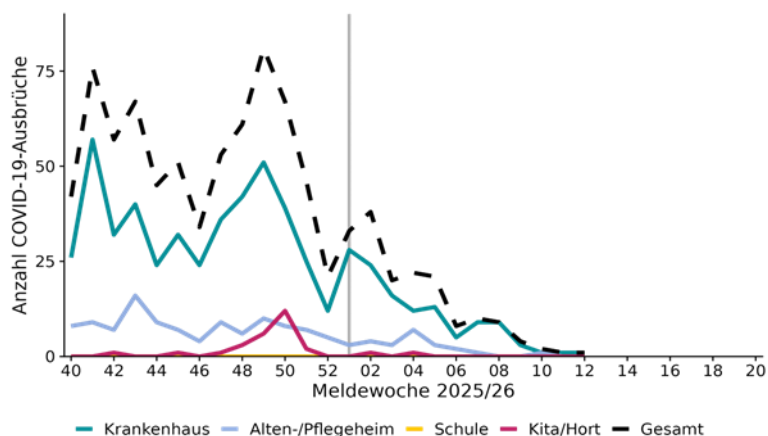
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 870 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 12. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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	870
Krankenhaus	562
Alten-/Pflegeheim	129
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	151
Anzahl Ausbruchsfälle	8.499
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,8

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



RSV-Infektionen

Für die 12. MW 2026 wurden bislang insgesamt 4.833 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 4.668 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 1.153 (25 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 12. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 24.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 56.066 Fälle übermittelt. Davon entfallen 54.447 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 14.982 (28 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 215 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 94 % 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)

	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	6.049	6.149	6.836	6.361	5.318	4.668	54.447
Hospitalisierte Fälle	1.617	1.727	1.815	1.646	1.271	1.153	14.982

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

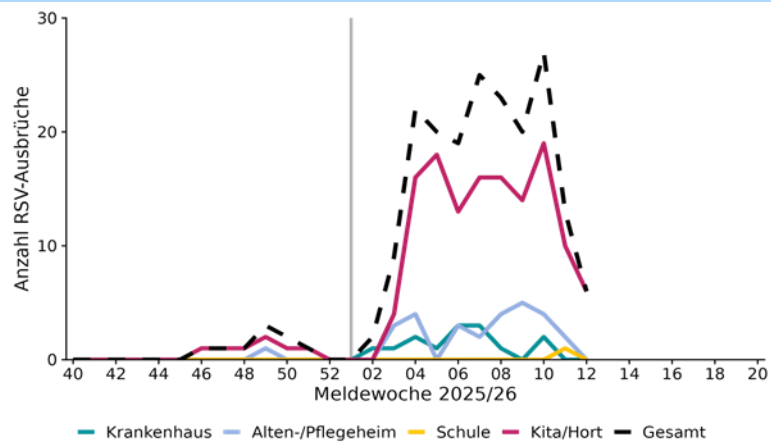
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 195 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 12. MW 2026 wurden bisher sechs Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

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	195
Krankenhaus	14
Alten-/Pflegeheim	28
Schule	1
Kita/Hort	139
sonstige Settings*	13
Anzahl Ausbruchsfälle	2.026
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,4

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 12. KW wurden Daten aus 62 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser war seit der 4. KW niedrig (Abb. 15).

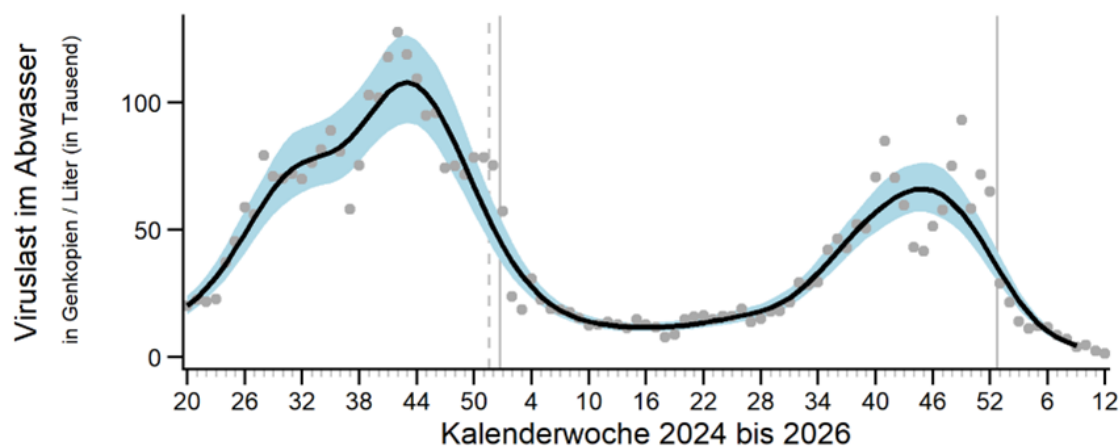


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 24.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (18.3.2026, 12. 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 12. KW 2026 wurden Daten aus 61 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza A-Viruslast im Abwasser waren seit dem Peak in der 6. KW 2026 rückläufig. Die Influenza B-Viruslast war seit Saisonbeginn 2025/26 (40. KW 2025) niedrig (Abb. 16).

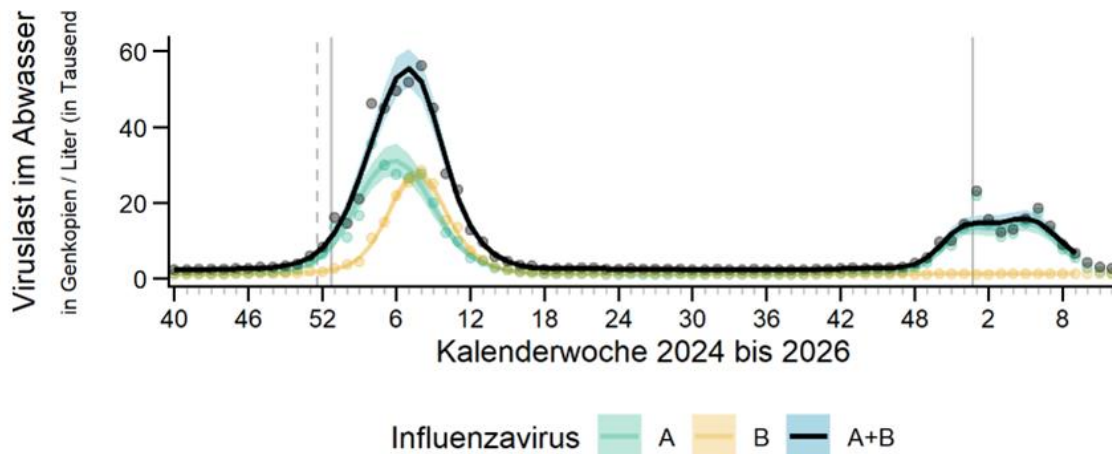


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 24.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (18.3.2026, 12. 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 12. KW 2026 wurden Daten aus 35 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser (A und B gesamt) sind weiter erhöht und in den letzten Wochen relativ stabil geblieben (Abb. 17).

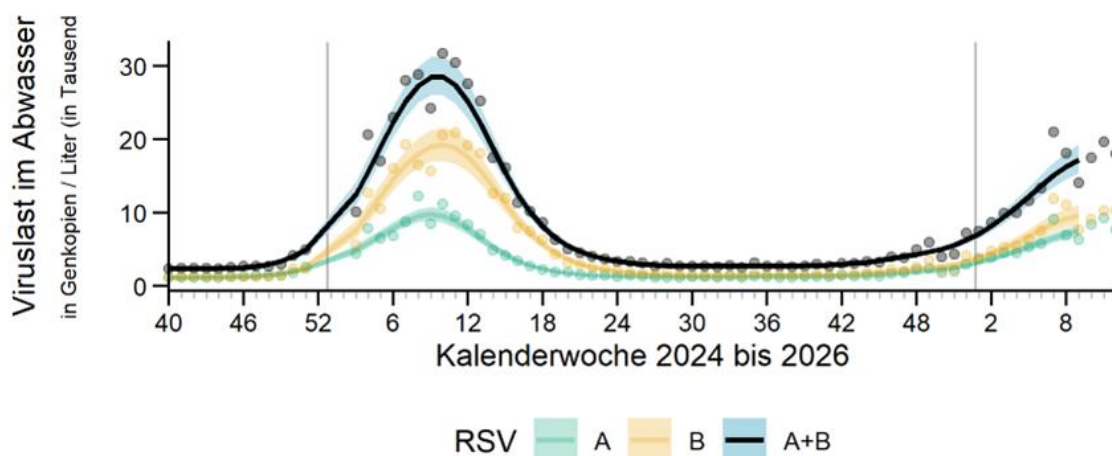


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 24.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (18.3.2026, 12. 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 12/2026 | DOI: 10.25646/14065