



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
13. Kalenderwoche (23.3. bis 29.3.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist in den meisten Systemen weiter rückläufig. Das ARE-Geschehen wird zunehmend durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt, es zirkulieren jedoch auch weiterhin RSV und Inflenzaviren. Die Grippewelle endete nach Definition des RKI nach 15 Wochen (48. KW 2025 bis 10. KW 2026). 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 13. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lag auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 13. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und befand sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Inflenzaviren wurden in der 13. KW 2026 insgesamt 51 der 71 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (27 %) und Respiratorische Synzytialviren (RSV; 21 %), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 15 %) und Adenoviren (13 %). Inflenzaviren (A und B) wurden für die 13. KW nicht detektiert.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 13. KW 2026 zurück und lag auf einem niedrigen Niveau. Unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen wird mittels Nowcasting für die 13. KW eine SARI-Inzidenz auf moderatem Niveau geschätzt. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zu 17 % RSV-, 3 % Influenza- und unter 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Inflenzaviren wurden in der 13. KW 2026 in vier der 13 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A-Viren.

Die Zahlen der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-, COVID-19- und RSV-Fälle sind in der 13. Meldewoche (MW) weiter gesunken.

Die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 wurde zusammengefasst für die 10. und 11. KW 2026 mit einem Anteil von 68 %, die Linie XFG mit einem Anteil von 21 % und die Linie BA.3.2 mit einem Anteil von 11 % 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 Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser sind für Influenza A und B auf einem niedrigen Niveau. 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 13. KW weiter gestiegen und lag mit rund 7.000 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.100; Abb. 1) auf einem moderaten Niveau und aktuell etwas höher als üblich zu dieser Zeit. Die Werte sind in der 13. KW sowohl bei den 0- bis 4-jährigen Kindern als auch bei den Erwachsenen zwischen 15 und 59 Jahren gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,8 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 13. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

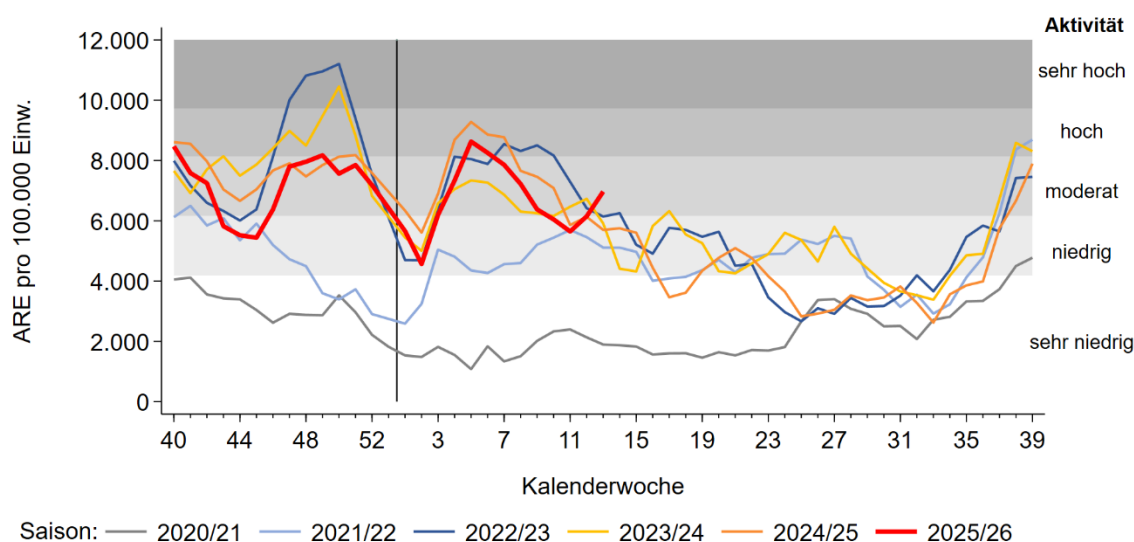


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 13. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.200 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 13. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche weiter stabil geblieben und lag mit rund 1.200 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 980.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 13. 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>.

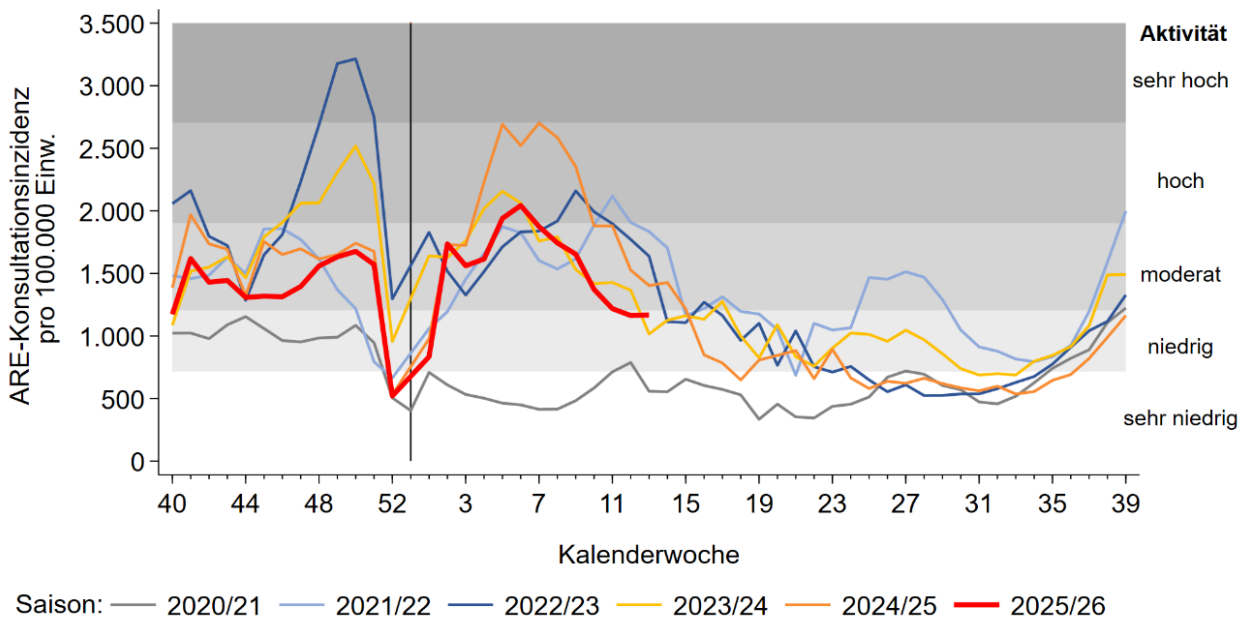


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 13. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 13. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen gesunken, in den weiteren Altersgruppen sind die Werte vorwiegend stabil geblieben (Abb. 3).

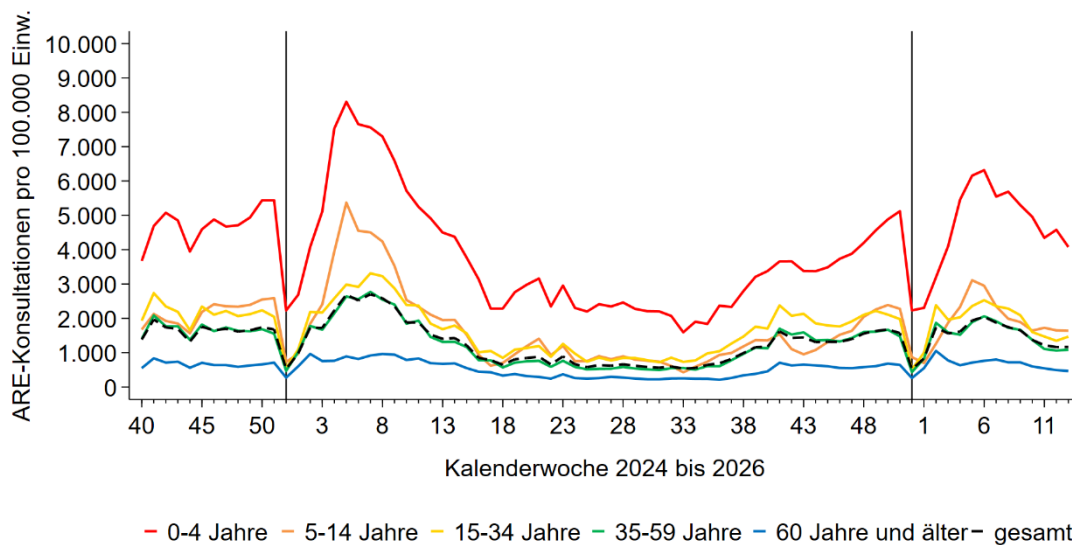


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 13. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 13. KW 2026 insgesamt 71 Sentinelproben von 26 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 51 (72 %) der 71 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR) 27 %) und Respiratorische Synzytialviren (RSV; 21 %), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 15 %) und Adenoviren (13 %). Darüber hinaus wurden Parainfluenzaviren (PIV; 8 %), humane Metapneumoviren (hMPV; 7 %) und Influenza C-Viren (2 %) detektiert. Influenza A- und B-Viren sowie SARS-CoV-2 wurden nicht nachgewiesen. Es gab 14 Mehrfachinfektionen, überwiegend mit Beteiligung von Rhinoviren, RSV oder Adenoviren.

Die Grippewelle in Deutschland ist nach Definition des RKI mit der 10. KW 2026 beendet. Sie hielt 15 Wochen an (48. KW 2025 bis 10. KW 2026).

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 von der 10. bis 12. KW 2026 beide Subtypen ähnlich häufig nachgewiesen wurden (Abb. 5; links). In der 13. KW wurden keine Influenzaviren (A und B) nachgewiesen. 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 gestiegen und lag in der 13. KW bei 21 % (Vorwoche: 13 %). In der Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 13. KW bei 38 % (95 %-Konfidenzintervall [21; 58]; Vorwoche 9 %) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen. Die RSV-Welle begann gemäß RKI-Definition in der 2. KW 2026.

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 13. KW 2026), Stand 31.3.2026.

	10. KW	11. KW	12. KW	13. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	117	119	90	71	3.276
Probenanzahl mit Virusnachweis*	84	81	56	51	2.333
Positivenrate (PR)	72 %	68 %	62 %	72 %	71 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	6
A(H3N2)	12	4	3	0	644
A(H1N1)pdm09	10	3	6	0	255
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	1	1	1	0	278
RSV	24	22	12	15	228
hMPV	12	11	4	5	86
PIV (1 – 4)	6	6	5	6	166
Rhinoviren	8	16	9	19	578
hCoV	16	28	17	11	261
Adenoviren	8	4	6	9	138
Influenza C-Viren	2	2	2	2	48

* 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.

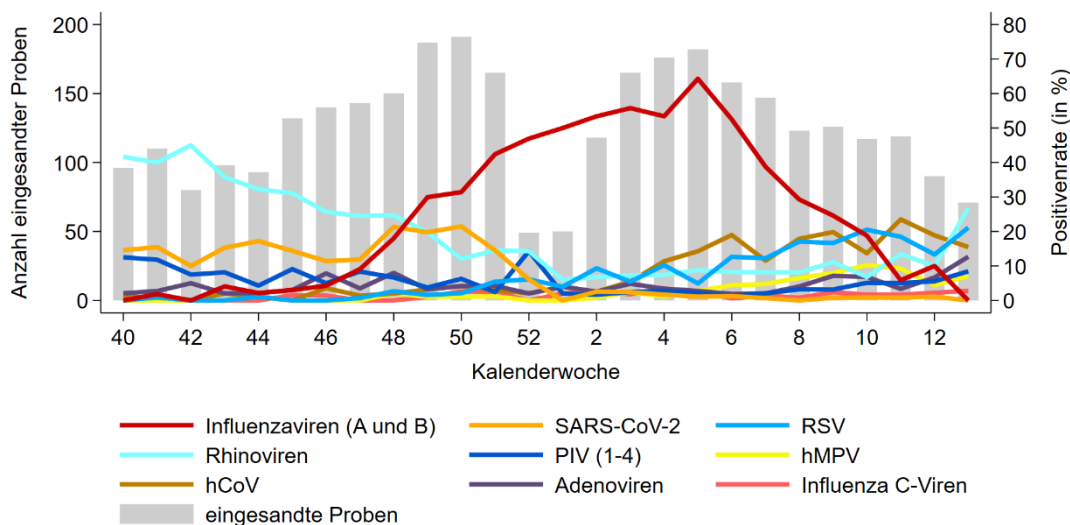


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 13. KW 2026.

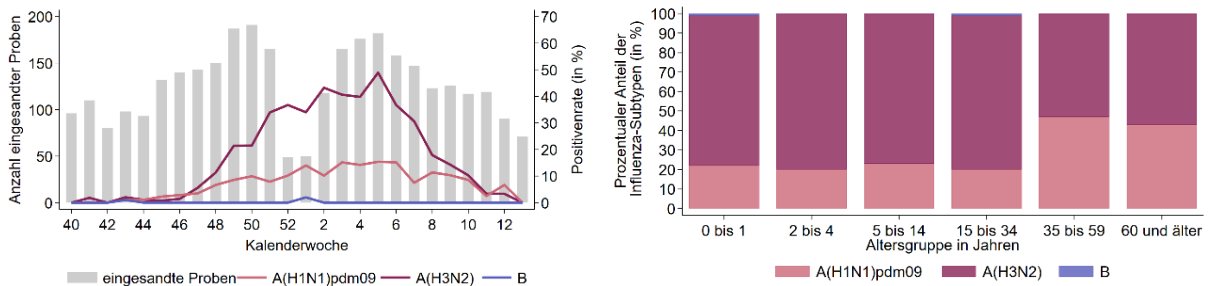


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 13. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der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

In der 13. KW 2026 wurden Rhinoviren in allen Altersgruppen detektiert und wurden am häufigsten bei den 5- bis 14-jährigen und den 35- bis 59-jährigen nachgewiesen (Abb. 6). RSV wurde überwiegend bei den 0- bis 4-jährigen identifiziert. Influenzaviren (A und B) wurden in keiner Altersgruppe nachgewiesen.

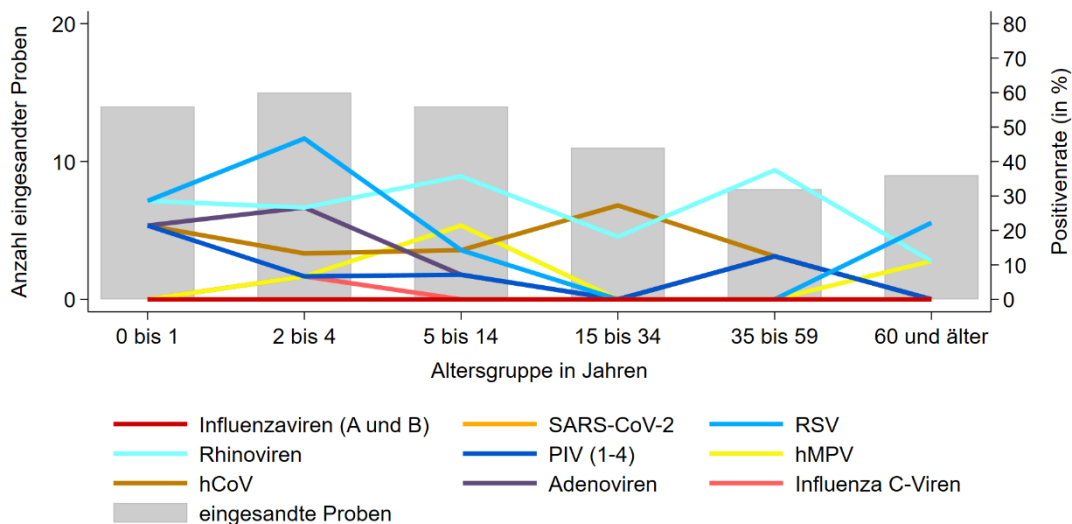


Abb. 6: Anteil (Positivitätsraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 13. KW 2026.

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 ($n = 566$), des SARI-Krankenhaus-Sentinels ($n = 78$) 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: 166 A(H3N2), 120 A(H1N1)pdm09 sowie zwei Viren der B/Victoria-Linie. Mutationen, die mit einer Resistenz gegenüber dem Polymerasehemmer Baloxavir marboxil assoziiert sind, wurden in den 414 mit Next Generation Sequencing untersuchten Influenzaviren nicht detektiert. Gegen Wirkstoffe aus der Gruppe der Adamantane (Amantadin, Rimantadin) zeigen alle der 497 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 10. – 11. KW 2026 stehen aktuell 19 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 31.3.2026).

Der Anteil der rekombinanten Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) hatte einen höheren Anteil als im vorherigen Berichtszeitraum und lag bei 68 % (9. – 10. KW 2026: 60 %). Die Linie wurde somit weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Die rekombinante Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) wurde mit einem geringeren Anteil von 21 % nachgewiesen (9. – 10. KW 2026: 30 %). Der Anteil der SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien) lag bei 11 % und ist damit höher als im Vorberichtszeitraum und (9. – 10. KW 2026: 5 %).

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 13. KW 2026 weiter zurück (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 13. KW 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 13. KW 2026 einen noch zu erwartenden leichten Anstieg der SARI-Fallzahlen, demzufolge die SARI-Inzidenz in der 13. KW auf einem moderaten 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>

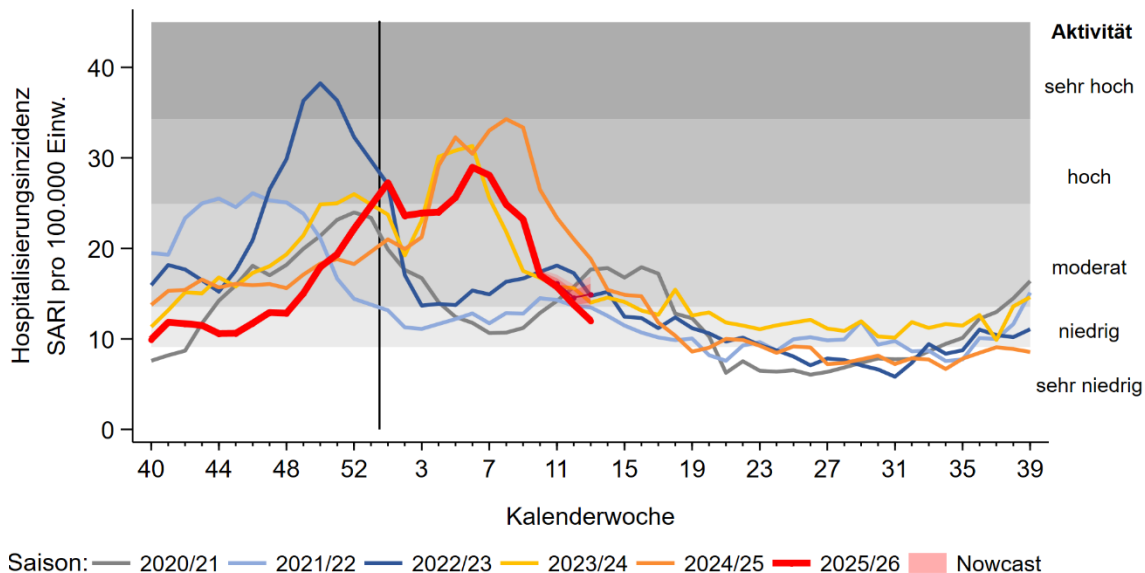


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 13. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 63 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 13. KW 2026 kam es bei den unter 5-Jährigen sowie den ab 60-Jährigen zu einem Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion, in allen anderen Altersgruppen blieb die SARI-Inzidenz hingegen stabil (Abb. 8). In der 13. KW lag die SARI-Inzidenz bei Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) sowie bei den ab 80-Jährigen auf einem moderaten Niveau, in allen anderen Altersgruppen lag sie auf einem niedrigen Niveau.

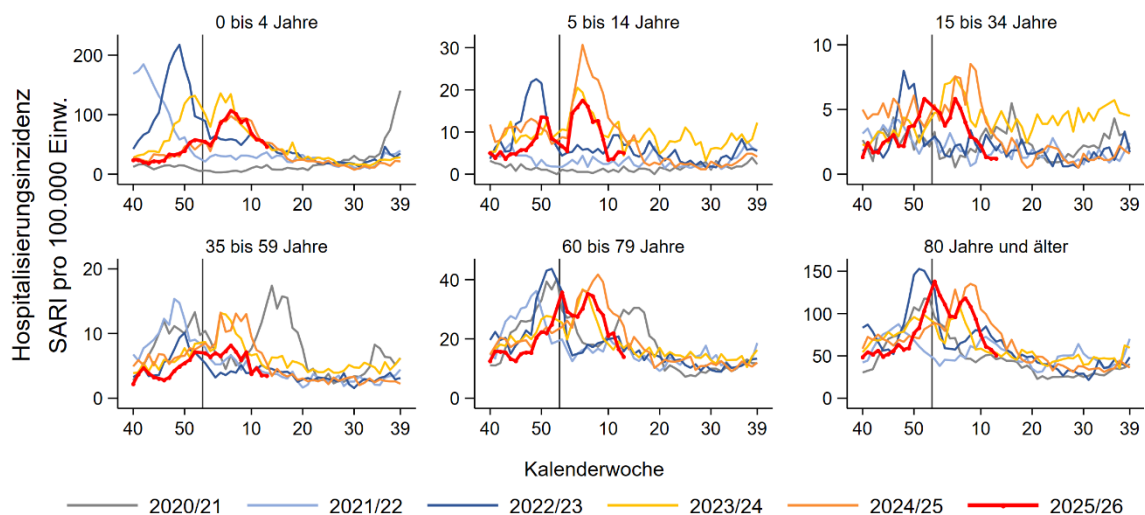


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 13. KW 2026). Daten aus 63 Sentinellkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten blieb seit der 11. KW 2026 relativ stabil und lag in der 13. KW 2026 bei 17 % (Vorwoche: 19 %; Abb. 9). Der Anteil an Influenza-Erkrankungen unter den SARI-Fällen ging seit der 7. KW kontinuierlich zurück, in der 13. KW lag er bei 3 % (Vorwoche: 4 %). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Fällen blieb in der 13. KW weiter niedrig und lag erneut bei unter 1 %.

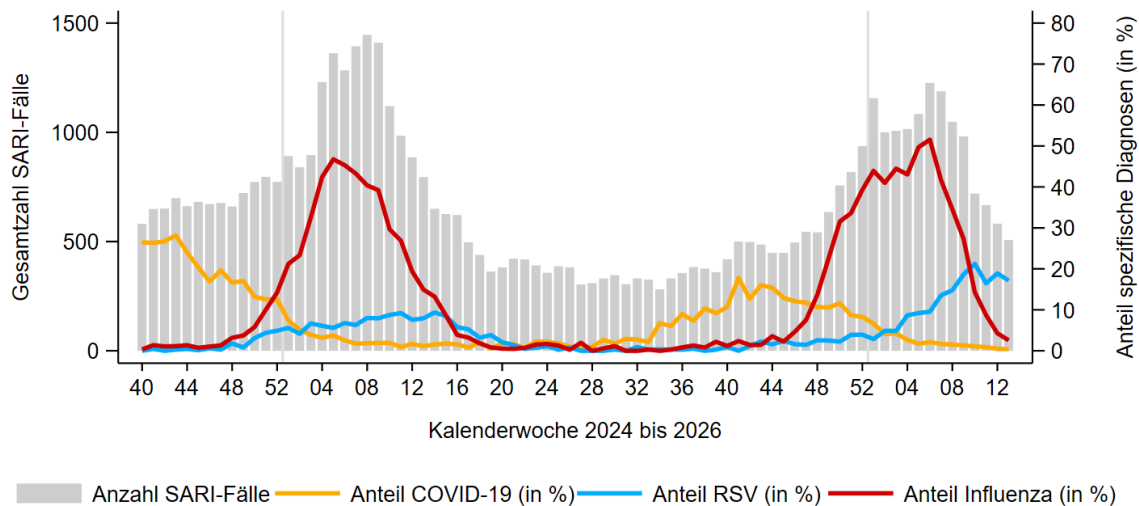


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 13. 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 (Abb. 10). In der 13. KW 2026 erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall im Alter von unter 2 Jahren eine RSV-Diagnose (51 %). Vereinzelte Influenza-Erkrankungen wurden in der 13. KW bei SARI-Patientinnen und -Patienten unterschiedlicher Altersgruppen diagnostiziert. COVID-19-Diagnosen wurden in der 13. KW nur sehr vereinzelt bei SARI-Fällen ab 80 Jahren vergeben.

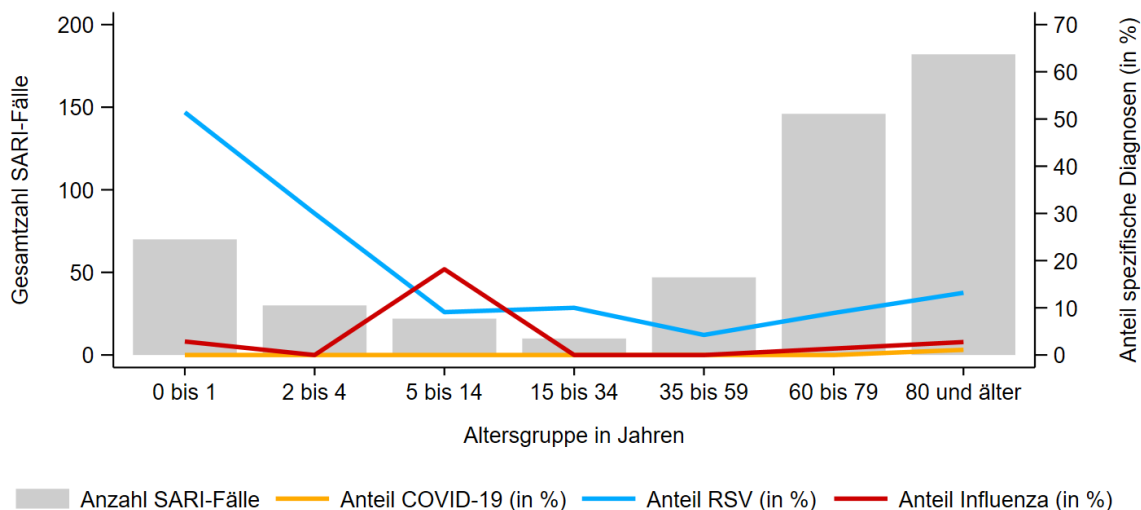


Abb. 10: Anzahl der in der 13. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine RSV-Erkrankung wurde in der 13. KW 2026 bei 26 % und eine Influenza-Erkrankung bei 3 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Es wurden keine COVID-19-Diagnosen in der 13. KW bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

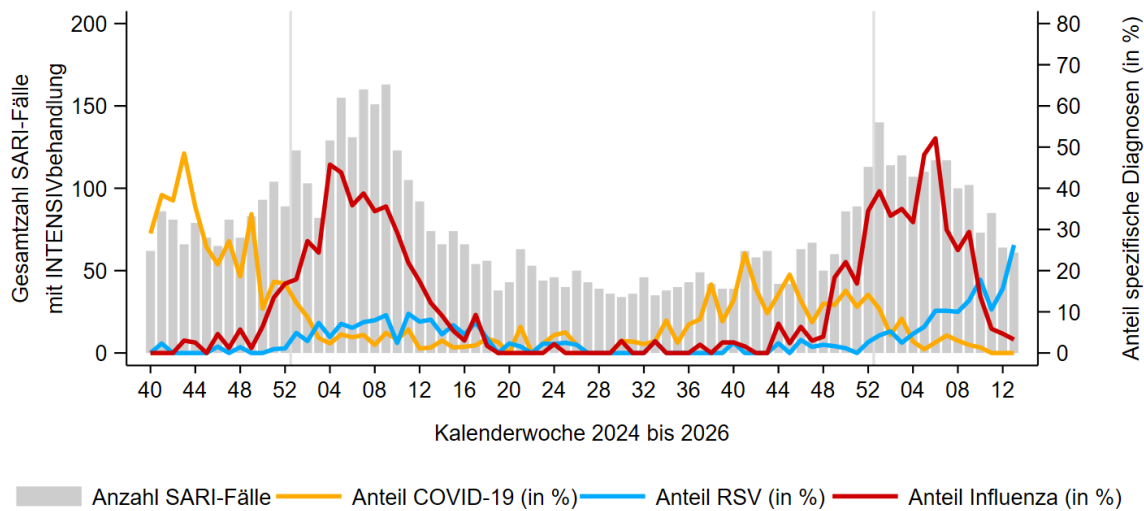


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 13. 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 13. KW 2026 aus drei der zehn teilnehmenden Kliniken 13 Sentinelproben zugesandt. In vier (31 %) der 13 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 13. KW 2026 wurden vorwiegend Influenza A- und B-Viren (15 %) detektiert, zudem wurden Parainfluenzaviren (PIV), Rhinoviren und humane saisonale Coronaviren (hCoV) mit jeweils 8 % nachgewiesen (Abb. 12). SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 13. KW nicht identifiziert. Es gab eine Doppelinfektion mit PIV 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 (bis zur 13. KW 2026), Stand 31.3.2026.

	10. KW	11. KW	12. KW	13. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	39	62	40	13	1.077
Probenanzahl mit Virusnachweis*	16	27	26	4	540
Positivenrate (PR)	41 %	44 %	65 %	31 %	50 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	2	2	1	0	126
A(H1N1)pdm09	0	3	0	2	57
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	0	0	0	61
RSV	8	9	9	0	78
hMPV	4	5	6	0	33
PIV (1 – 4)	0	2	1	1	44
Rhinoviren	2	10	5	1	133
hCoV	1	3	4	1	39
Adenoviren	0	4	4	0	26
Influenza C-Viren	0	1	0	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.

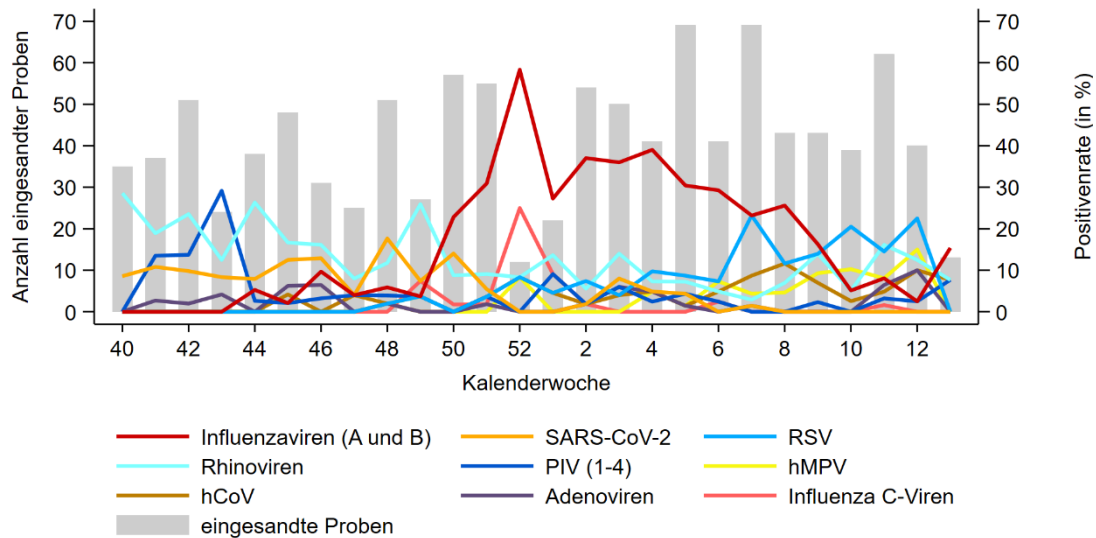


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 13. KW 2026.

In der gesamten Saison 2025/26 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (69 %) nachgewiesen, gefolgt von A(H1N1)pdm09-Viren (31 %). 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).

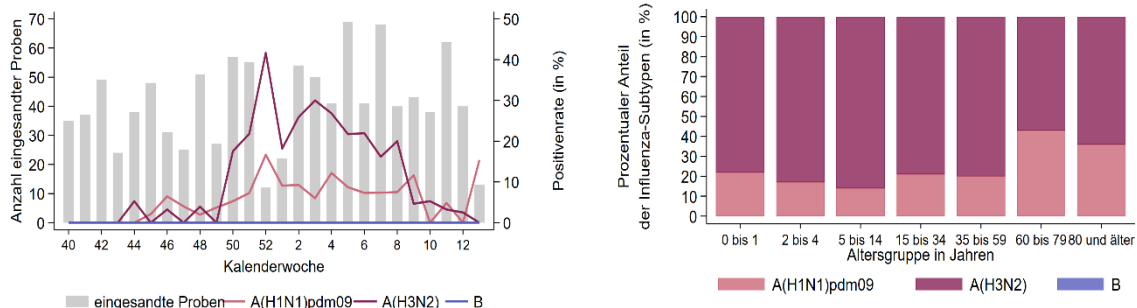


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinel eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 13. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise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

Von der 10. KW bis zur 13. 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 fast allen Altersgruppen identifiziert, am häufigsten bei den ab 80-jährigen. HMPV wurde am häufigsten bei den 0- bis 1-jährigen sowie 35- bis 59-jährigen detektiert (Abb. 14).

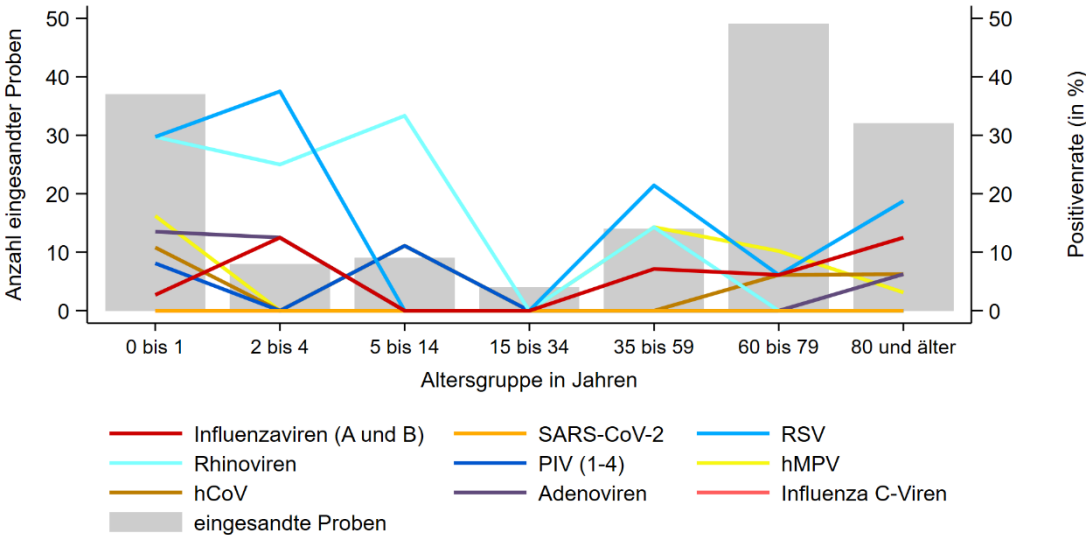


Abb. 14: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (10. KW bis 13. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 13. MW 2026 wurden bislang 898 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 897 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 13. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Bei 227 (25 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 31.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 240.072 Fälle übermittelt. Davon entfallen 237.829 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 63.701 (27 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.996 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)

		8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	14.786	11.695	5.389	2.675	1.368	793	227.197
	A(H1N1)pdm09	110	85	37	25	15	16	1.412
	A(H3N2)	113	96	68	22	12	7	2.325
	nicht nach A / B differenziert	285	188	99	57	363	15	4.639
	B	128	109	96	67	43	66	2.256
Gesamt		15.422	12.173	5.689	2.846	1.801	897	237.829
	Hospitalisierte Fälle	4.457	3.538	1.609	898	550	227	63.701

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

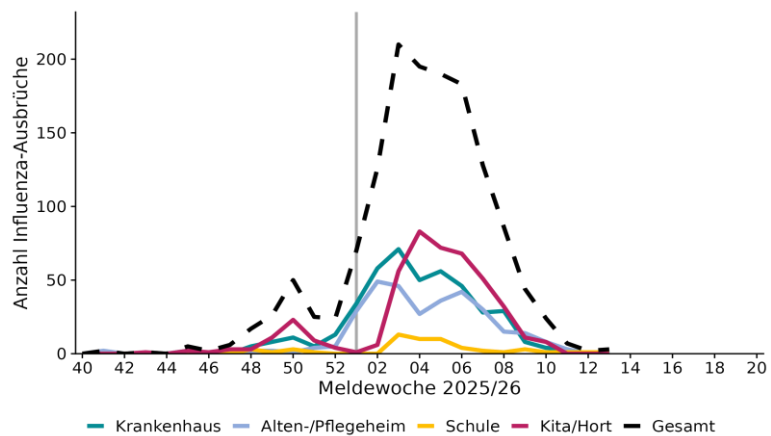
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.426 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen. In der 13. MW 2026 wurden bisher drei Ausbrüche übermittelt (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	1.426
Krankenhaus	433
Alten-/Pflegeheim	316
Schule	56
Kita/Hort	445
sonstige Settings*	176
Anzahl Ausbruchsfälle	19.458
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 13. MW 2026 wurden bislang 298 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 282 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 112 (40 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 31.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 115.208 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 113.636 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 41.778 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.522 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)

	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	1.421	1.100	741	563	537	282	113.636
Hospitalisierte Fälle	595	492	345	238	212	112	41.778

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

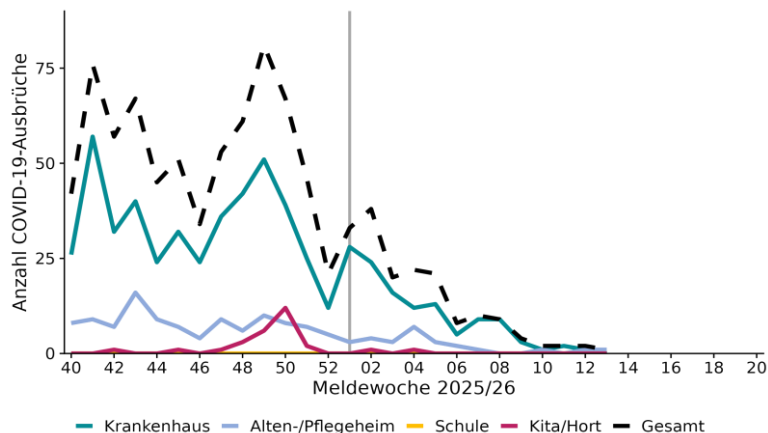
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 873 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 13. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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	873
Krankenhaus	563
Alten-/Pflegeheim	131
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	151
Anzahl Ausbruchsfälle	8.532
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 13. MW 2026 wurden bislang insgesamt 3.456 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 3.397 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 840 (25 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 13. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 31.3.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 59.627 Fälle übermittelt. Davon entfallen 57.946 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 16.174 (28 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 246 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)

	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	6.150	6.837	6.364	5.321	4.761	3.397	57.946
Hospitalisierte Fälle	1.750	1.845	1.680	1.378	1.291	840	16.174

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

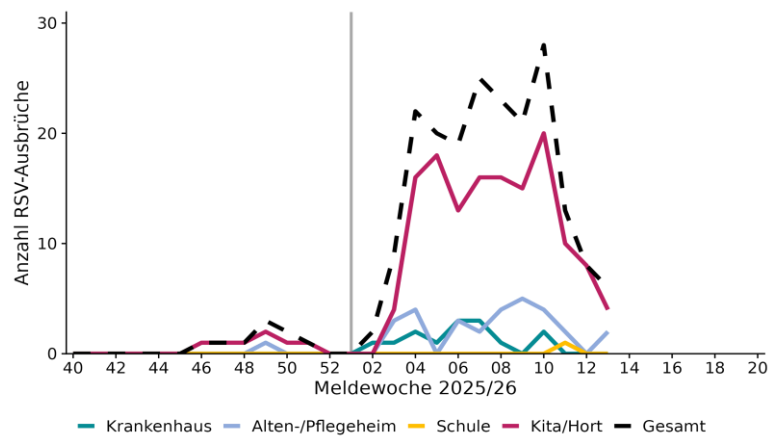
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 205 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 13. MW 2026 wurden bisher sechs Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

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	205
Krankenhaus	14
Alten-/Pflegeheim	30
Schule	1
Kita/Hort	147
sonstige Settings*	13
Anzahl Ausbruchsfälle	2.096
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,2

*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 13. KW wurden Daten aus 70 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser war seit der 4. KW niedrig (Abb. 15).

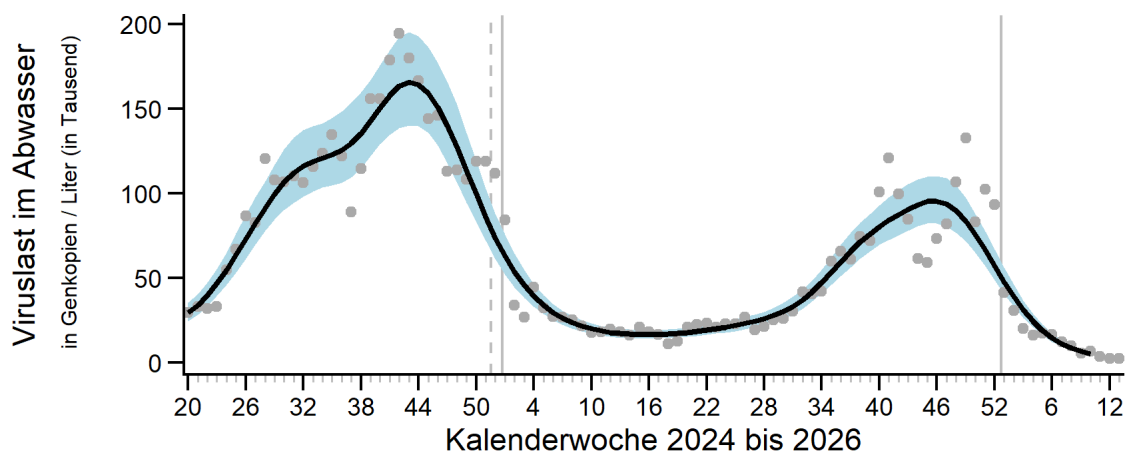


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 31.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.3.2026, 13. 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 einhergeht, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

Influenzaviren

Für die 13. KW 2026 wurden Daten aus 69 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza A-Viruslast im Abwasser waren seit dem Peak in der 6. KW 2026 rückläufig und seit der 10. KW 2026 niedrig. Die Influenza B-Viruslast war seit Saisonbeginn 2025/26 (40. KW 2025) niedrig (Abb. 16).

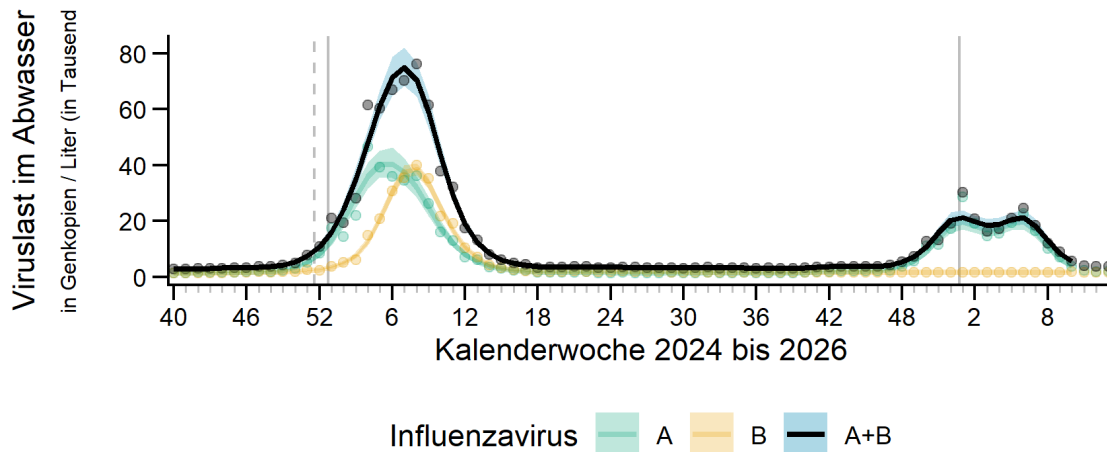


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 31.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.3.2026, 13. 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 13. KW 2026 wurden Daten aus 43 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser (A und B gesamt) sind weiter erhöht und zeigten in den letzten Wochen einen langsamen Abwärtstrend (Abb. 17).

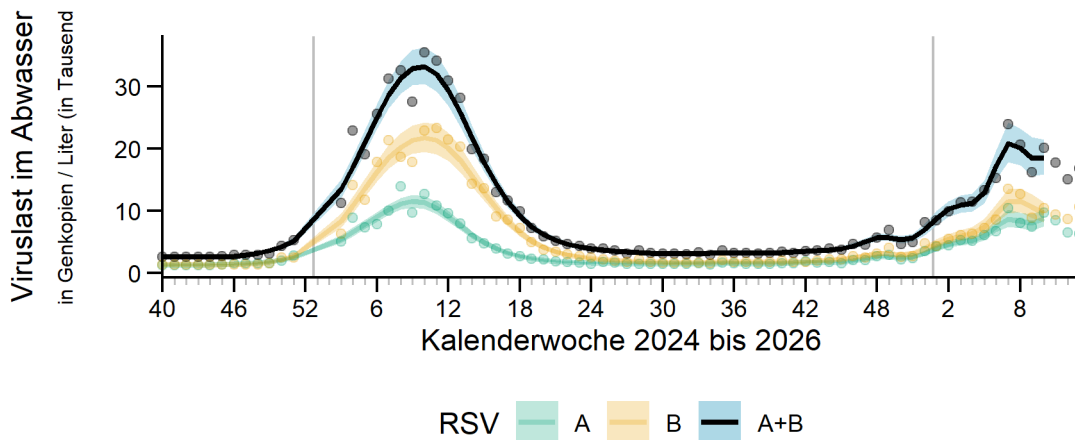


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 31.3.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (25.3.2026, 13. 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>.

Aktuelle Informationen zur Häufigkeit und zur Beurteilung der Gesamtsituation akuter Atemwegserkrankungen für die allgemeine Öffentlichkeit werden im Infektionsradar bereitgestellt: <https://infektionsradar.rki.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 13/2026 | DOI: 10.25646/14082