



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
17. Kalenderwoche (20.4. bis 26.4.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Seit einigen Wochen wird eine niedrige ARE-Aktivität beobachtet. Das ARE-Geschehen wird durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt. Die RSV-Welle endete entsprechend der Definition des RKI nach 14 Wochen (2. KW 2026 bis 15. KW 2026).

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 17. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und blieb auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 17. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befand sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 17. KW 2026 in insgesamt 31 der 47 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (47 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 13 %) und Adenoviren (11 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in 2 % der Proben nachgewiesen. Influenza A- oder B-Viren und SARS-CoV-2 wurden in der 17. KW nicht nachgewiesen.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen in der Saison 2025/26 zu ähnlichen Anteilen durch RSV A und RSV B (RSV A: 54 %, RSV B: 46 % bei 0- bis 4-Jährigen) hervorgerufen wurden.

Im stationären Bereich lag die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 17. KW 2026 weiterhin auf einem niedrigen Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zu 6 % RSV-, 2 % Influenza- und unter 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 17. KW 2026 in acht der 24 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, hauptsächlich RSV (13 %).

In der 17. Meldewoche (MW) wurden im Vergleich zur Vorwoche an das RKI gemäß IfSG weniger Influenza-, COVID-19- und RSV-Fälle übermittelt.

Die RSV-Last im Abwasser ist in den letzten Wochen kontinuierlich gesunken. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser blieben niedrig, auch die SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen“: www.rki.de/are-faq-schutz.
- Informationen zu COVID-19, Influenza, RSV und akuten Atemwegserkrankungen allgemein finden sich unter: <http://www.rki.de/are>.
- Informationen zur Übersterblichkeit in Deutschland können hier abgerufen werden: https://robert-koch-institut.github.io/Bericht_zur_Uebersterblichkeit_in_Deutschland.
- Zeitraum der Grippewelle: 48. KW 2025 bis 10. KW 2026 (Dauer: 15 Wochen)
- Zeitraum der RSV-Welle: 2. KW 2026 bis 15. KW 2026 (Dauer: 14 Wochen)

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 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Mit rund 5.200 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.400; Abb. 1) lag die ARE-Inzidenz in der 17. KW weiterhin auf einem niedrigen Niveau und in einem für diese Zeit üblichen Wertebereich. Die Werte sind dabei in den meisten Altersgruppen gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,3 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 17. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

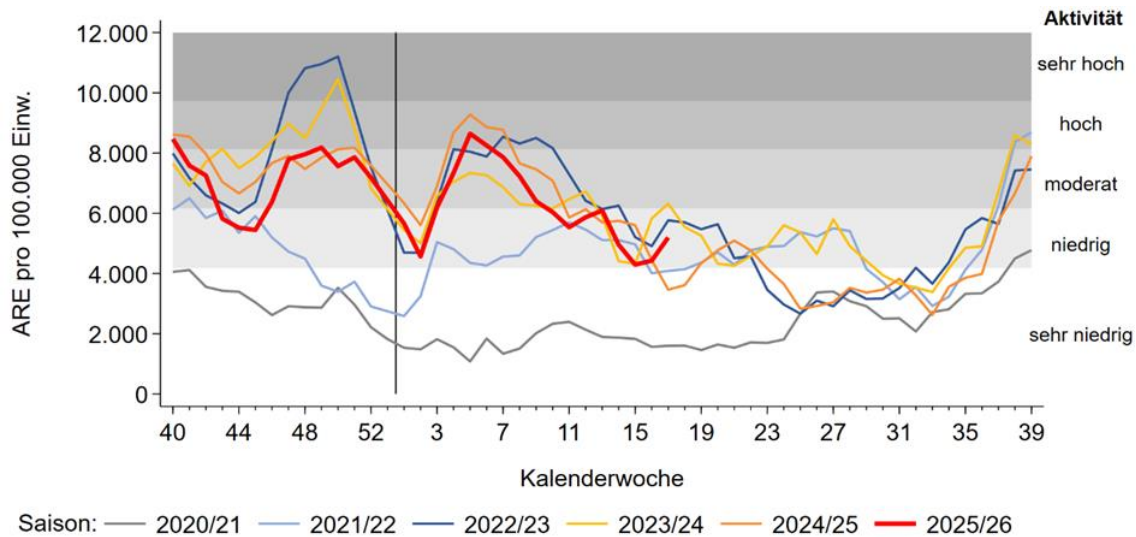


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 17. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.200 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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

Nach einem kurzzeitigen Anstieg zur 16. KW ist die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) in der 17. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche wieder gesunken. Die Werte lagen mit rund 900 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.100) weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 730.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 17. KW 2026.

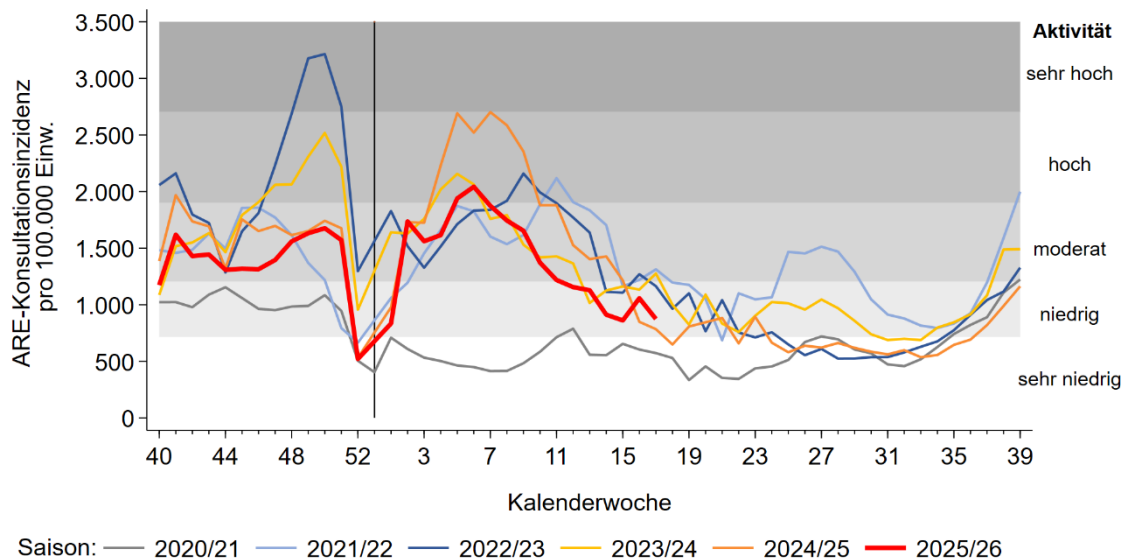


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 17. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 17. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in den meisten Altersgruppen gesunken (Abb. 3). Die Werte befinden sich in allen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau.

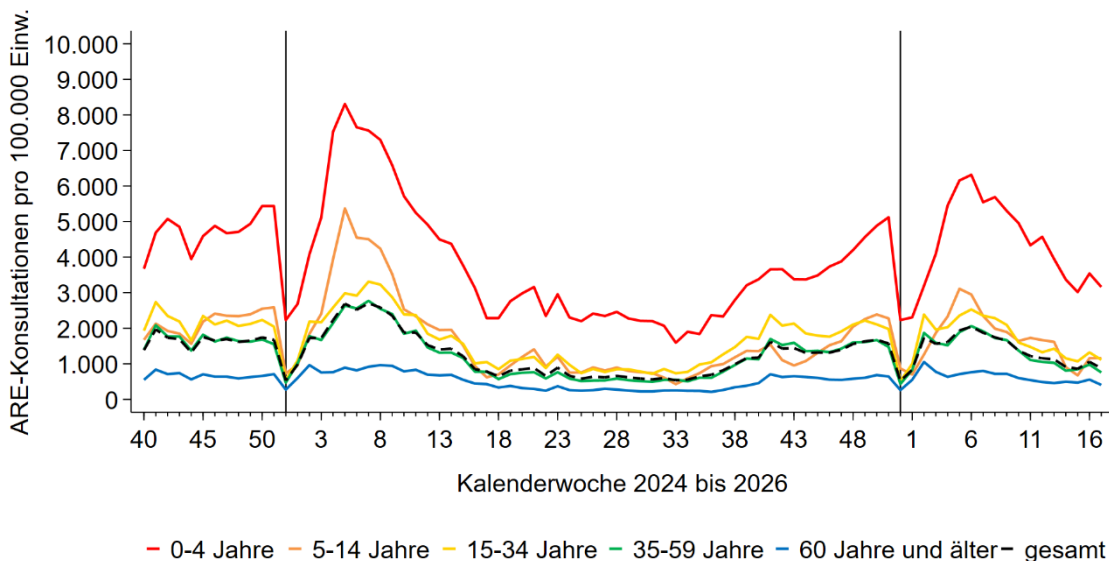


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 17. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 17. KW 2026 insgesamt 47 Sentinelproben von 22 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 31 (66 %) der 47 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR) 47 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 13 %) und Adenoviren (11 %). Zudem wurden humane saisonale Coronaviren (hCoV) in 4 % sowie Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und Influenza C-Viren in jeweils 2 % der Sentinelproben detektiert. SARS-CoV-2 und Influenzaviren (A und B) wurden in der 17. KW nicht nachgewiesen. Es gab sieben Doppelinfektionen, hauptsächlich bei Kindern bis 5 Jahre, vorwiegend mit Rhino- und Adenoviren.

Die Grippewelle in Deutschland endete nach Definition des RKI mit der 10. KW 2026, sie hielt 15 Wochen an (48. KW 2025 bis 10. KW 2026).

Die RSV-Positivenrate lag in der 17. KW 2026 bei 2 % (Vorwoche: 5 %). In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen gab es in der 17. KW 2026 keine RSV-Nachweise (0 %; 95 %-Konfidenzintervall [0; 15]; Vorwoche 15 %). Da das untere Konfidenzintervall der RSV-Positivenrate bei den 0- bis 4-Jährigen die zweite Woche in Folge unter 5 % lag, endete die RSV-Welle in Deutschland nach Definition des RKI¹ mit der 15. KW 2026. Sie hielt 14 Wochen an (2. KW 2026 bis 15. KW 2026).

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen in der Saison 2025/26 zu ähnlichen Anteilen durch RSV A und RSV B (RSV A: 54 %, RSV B: 46 % 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 17. KW 2026), Stand 28.4.2026.

| | 14. KW | 15. KW | 16. KW | 17. KW | Gesamt ab 40. KW 2025 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| Anzahl eingesandter Proben | 38 | 39 | 66 | 47 | 3.481 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis* | 21 | 24 | 36 | 31 | 2.455 |
| Positivenrate (PR) | 55 % | 62 % | 55 % | 66 % | 71 % |
| Influenzaviren | | | | | |
| A (nicht subtypisiert) | 0 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| A(H3N2) | 2 | 0 | 0 | 0 | 646 |
| A(H1N1)pdm09 | 1 | 0 | 1 | 0 | 257 |
| B | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| SARS-CoV-2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 279 |
| RSV | 3 | 6 | 3 | 1 | 242 |
| hMPV | 5 | 5 | 3 | 1 | 100 |
| PIV (1–4) | 3 | 3 | 8 | 6 | 188 |
| Rhinoviren | 5 | 7 | 14 | 22 | 633 |
| hCoV | 5 | 0 | 6 | 2 | 276 |
| Adenoviren | 0 | 7 | 5 | 5 | 155 |
| Influenza C-Viren | 1 | 1 | 0 | 1 | 51 |

* 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.

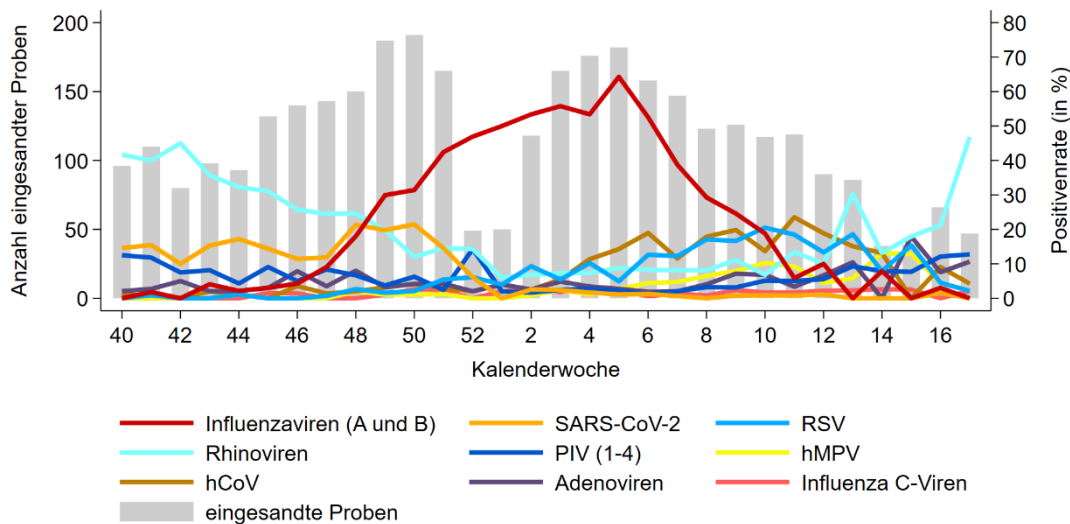


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 17. KW 2026.

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>.

¹ Definition der RSV-Welle in Deutschland aufgrund der Analysen der Daten aus den Jahren 2011 bis 2021, Influenza Other Respir Viruses (29.4.2022), abrufbar (in englischer Sprache) unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9343324/>

Wir bitten alle Sentinelpraxen, die sich in der Saison 2025/26 an der virologischen Surveillance des ARE-Praxis-Sentinelns beteiligen, die Beprobungsaktivität beizubehalten bzw. zu erhöhen und in den kommenden Wochen weiterhin Proben von Patientinnen und Patienten mit akuten Atemwegsinfektionen einzusenden. Nur bei ausreichender Probenzahl können robuste Aussagen zur vorherrschenden Zirkulation von Atemwegsviren getroffen werden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Charakterisierung der Influenzaviren

Daten zur Charakterisierung der Influenzaviren finden sich 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)

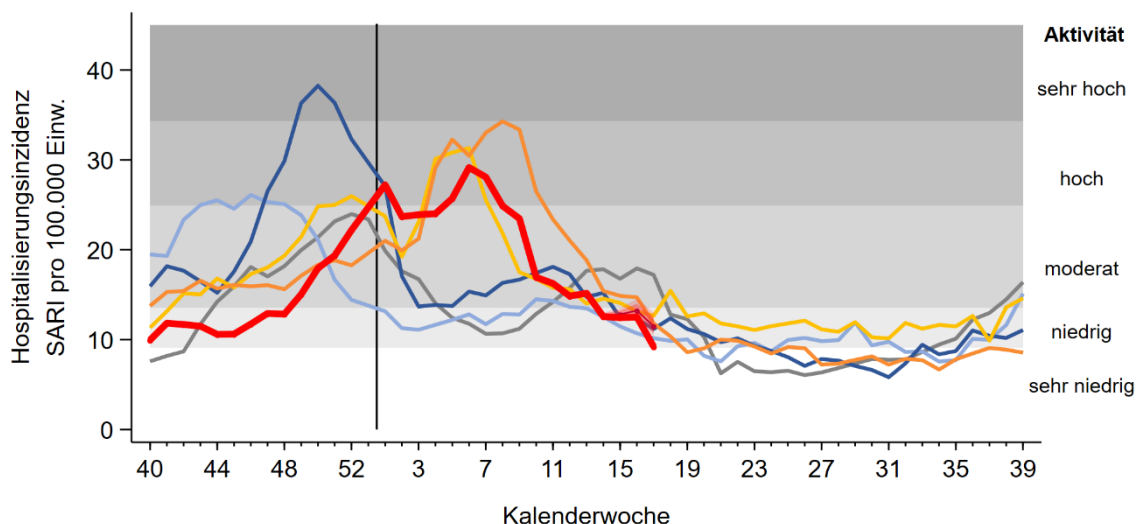
Aufgrund der aktuell geringen Anzahl der dem RKI vorliegenden SARS-CoV-2-Nachweise kann derzeit nicht zu den Anteilen der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland berichtet werden.

Sofern neue Daten verfügbar sind, können die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, weiterhin dem wöchentlich aktualisierten Dashboard entnommen werden (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 17. KW 2026 weiter zurück (Abb. 5). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 17. KW auf einem niedrigen Niveau.

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 17. KW 2026 einen weniger deutlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen, demzufolge die SARI-Inzidenz in der 17. KW ebenfalls weiterhin auf einem niedrigen Niveau einzuordnen ist (Abb. 5, rot hinterlegter Bereich).



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

Abb. 5: 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 17. 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 17. KW 2026 kam es in den meisten Altersgruppen zu einem Rückgang der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 6). Der in der Vorwoche beobachtete Anstieg in den Altersgruppen 5 bis 14 Jahre sowie 35 bis 59 Jahre setzte sich nicht fort. In der 17. KW 2026 lag die SARI-Inzidenz in den Altersgruppen 5 bis 14 Jahre sowie ab 80 Jahren auf einem niedrigen Niveau, in den übrigen Altersgruppen auf einem sehr niedrigen Niveau.

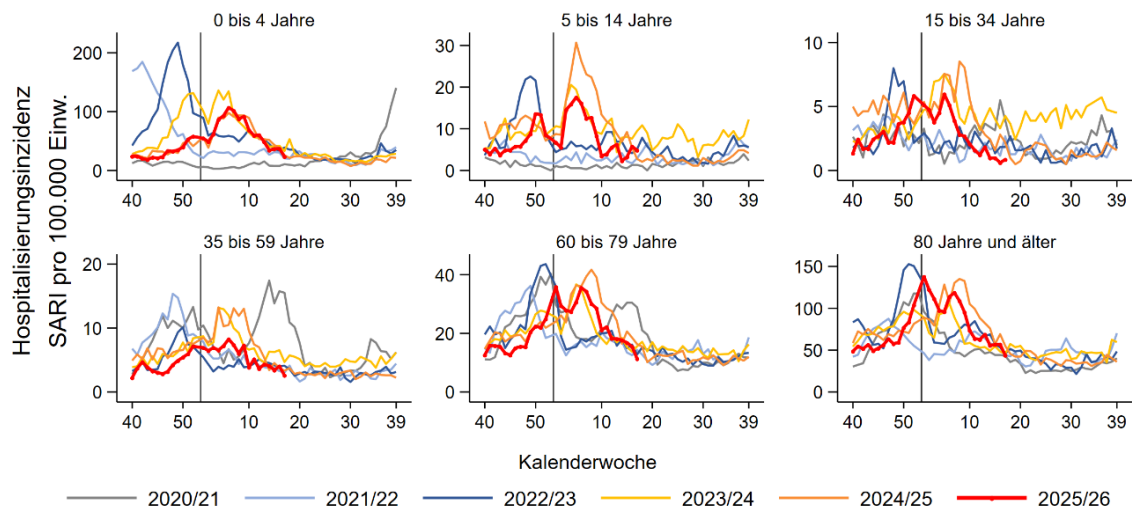


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 17. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten blieb in der 17. KW 2026 stabil und lag bei 6 % (Vorwoche: 7 %; Abb. 7). Der Anteil an Influenza- bzw. COVID-19-Diagnosen unter den SARI-Fällen blieb in der 17. KW weiter niedrig und lag erneut bei 2 % bzw. unter 1 %.

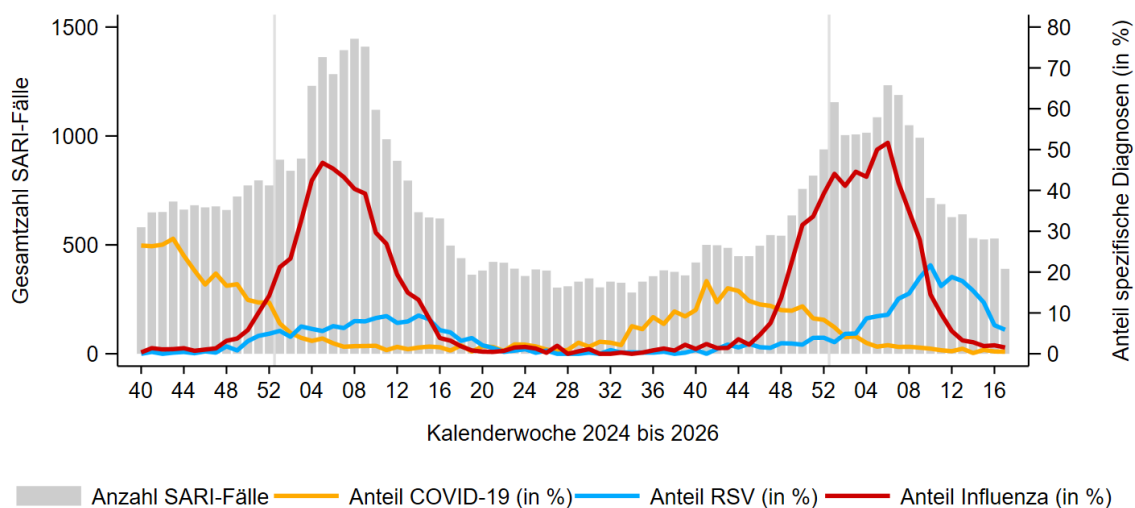


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 17. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

RSV-Erkrankungen traten in der 17. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten in den Altersgruppen unter 5 Jahren sowie ab 35 Jahren auf. Vereinzelt Influenza-Erkrankungen wurden bei SARI-Fällen unterschiedlicher Altersgruppen diagnostiziert. COVID-19-Diagnosen wurden nur sehr vereinzelt bei ab 80-jährigen vergeben (Abb. 8).

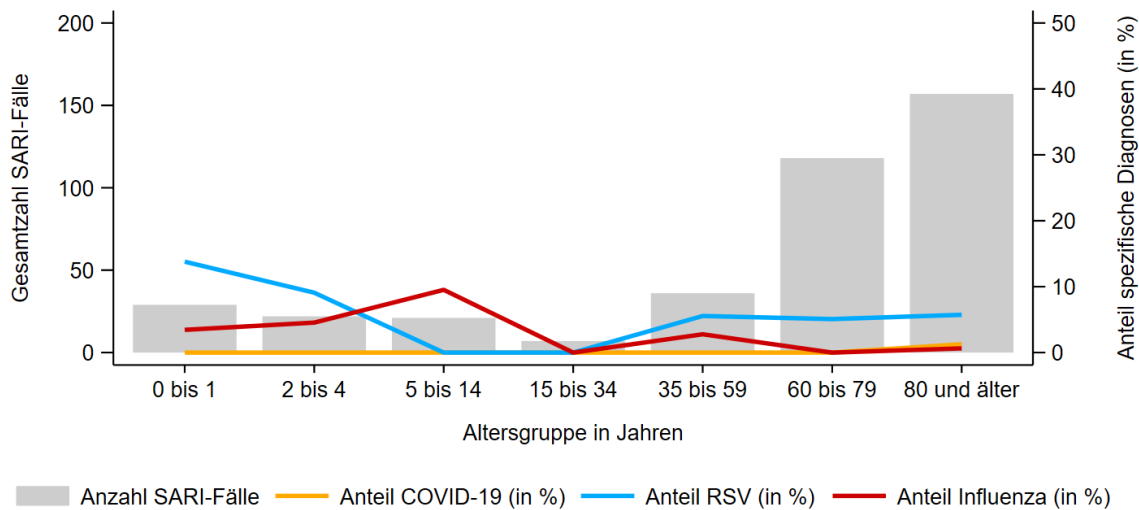


Abb. 8: Anzahl der in der 17. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Eine RSV-Erkrankung wurde in der 17. KW 2026 bei 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Es wurden keine Influenza- und COVID-19-Diagnosen in der 17. KW bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

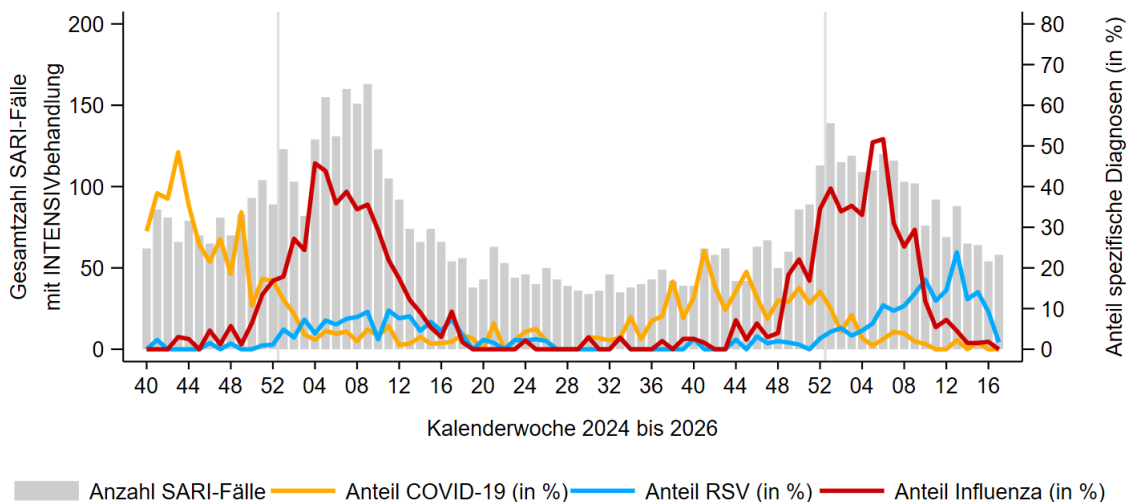


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 17. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 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 17. KW 2026 aus vier der zehn teilnehmenden Kliniken 24 Sentinelproben zugesandt. In acht (33 %) der 24 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 10). In der 17. KW 2026 wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) mit 13 % detektiert sowie

humane saisonale Coronaviren (hCoV) und humane Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 8 % nachgewiesen (Abb. 10). SARS-CoV-2 und PIV wurden in der 17. KW zu 4 % (je 1-mal) identifiziert. Influenzaviren, Adenoviren und Rhinoviren wurden in keiner der Proben gefunden. Es gab eine Doppelinfektion.

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 17. KW 2026), Stand 28.4.2026.

| | 14. KW | 15. KW | 16. KW | 17. KW | Gesamt ab 40. KW 2025 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| Anzahl eingesandter Proben | 22 | 27 | 36 | 24 | 1.198 |
| Probenanzahl mit Virusnachweis* | 13 | 13 | 16 | 8 | 594 |
| Positivenrate (PR) | 59 % | 48 % | 44 % | 33 % | 50 % |
| Influenzaviren | | | | | |
| A (nicht subtypisiert) | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| A(H3N2) | 1 | 0 | 0 | 0 | 127 |
| A(H1N1)pdm09 | 0 | 1 | 0 | 0 | 58 |
| B | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SARS-CoV-2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 62 |
| RSV | 2 | 1 | 2 | 3 | 87 |
| hMPV | 5 | 1 | 7 | 2 | 48 |
| PIV (1 – 4) | 1 | 3 | 2 | 1 | 51 |
| Rhinoviren | 4 | 6 | 5 | 0 | 151 |
| hCoV | 4 | 3 | 1 | 2 | 50 |
| Adenoviren | 0 | 2 | 0 | 0 | 28 |
| Influenza C-Viren | 0 | 0 | 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.

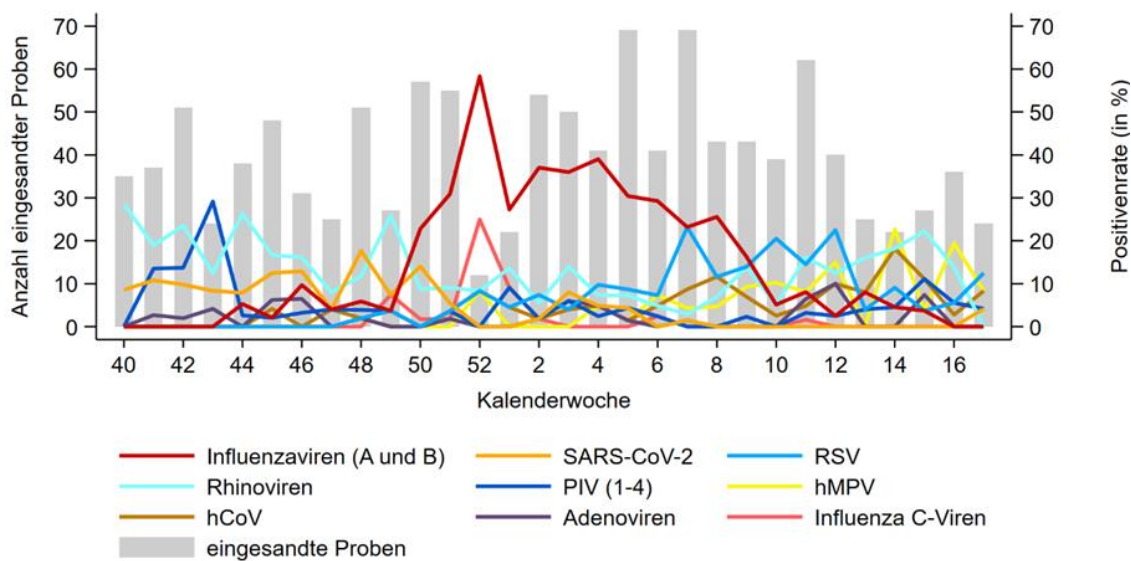


Abb. 10: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 17. KW 2026.

Von der 14. KW bis zur 17. KW 2026 wurde RSV vorwiegend bei den 0- bis 1-jährigen und 35- bis 79-jährigen detektiert. Rhinoviren wurden vor allem bei den 0- bis 4-jährigen und 15- bis 59-jährigen nachgewiesen. HMPV wurde am häufigsten bei den 0- bis 1-jährigen detektiert. HCoV wurde ebenfalls bei Kindern bis 14 Jahren und Erwachsenen ab 60 Jahren nachgewiesen. Influenzaviren (A und B) wurden vereinzelt bei den 0- bis 1-jährigen und ab 60-jährigen identifiziert.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 17. MW 2026 wurden bislang 221 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 221 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). In der 17. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 66 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 28.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 241.952 Fälle übermittelt. Davon entfallen 239.698 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 64.673 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.136 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-Falldefinitionskategorien C-E)

| | 12. MW | 13. MW | 14. MW | 15. MW | 16. MW | 17. MW | Gesamt ab 40. MW 2025 |
|----------------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------|
| Influenza A (nicht subtypisiert) | 1.379 | 844 | 551 | 447 | 295 | 169 | 228.779 |
| A(H1N1)pdm09 | 15 | 15 | 6 | 2 | 5 | 2 | 1.427 |
| A(H3N2) | 12 | 7 | 5 | 4 | 1 | 0 | 2.336 |
| nicht nach A / B differenziert | 363 | 17 | 14 | 6 | 10 | 5 | 4.681 |
| B | 43 | 67 | 58 | 59 | 56 | 45 | 2.475 |
| Gesamt | 1.812 | 950 | 634 | 518 | 367 | 221 | 239.698 |
| Hospitalisierte Fälle | 578 | 297 | 226 | 208 | 149 | 66 | 64.673 |

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

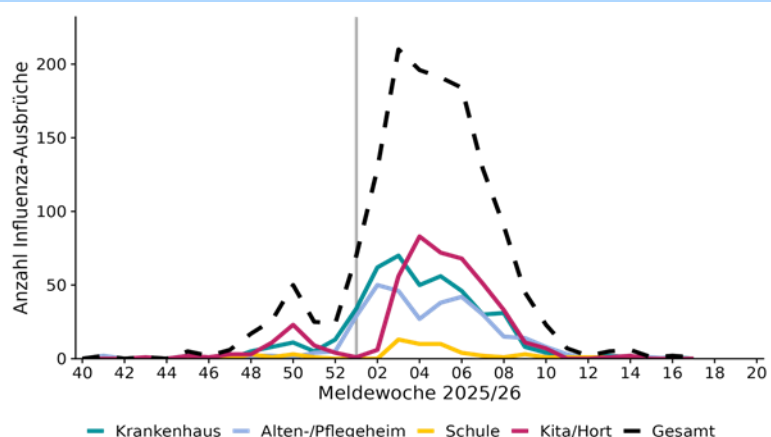
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.449 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 17. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

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

Influenza-Ausbrüche

| | |
|---|--------|
| Gesamtzahl Saison | 1.449 |
| Krankenhaus | 442 |
| Alten-/Pflegeheim | 322 |
| Schule | 56 |
| Kita/Hort | 448 |
| sonstige Settings* | 181 |
| Anzahl Ausbruchsfälle | 19.742 |
| 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 17. MW 2026 wurden bislang 159 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 158 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. In der 16. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 80 (51 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 28.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 116.170 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 114.591 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.273 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.570 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

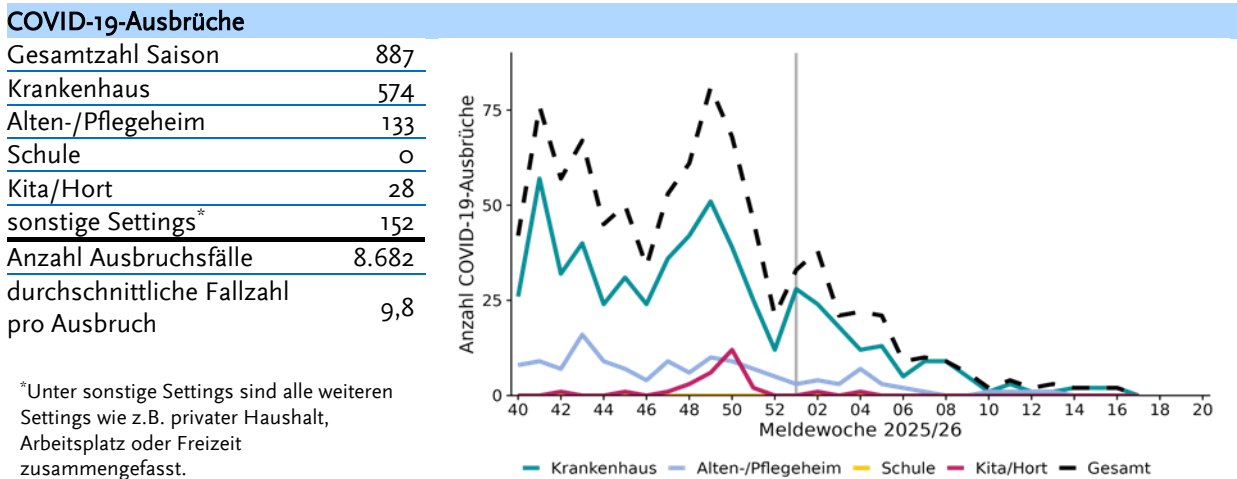
Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

| | 12. MW | 13. MW | 14. MW | 15. MW | 16. MW | 17. MW | Gesamt ab 40. MW 2025 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| SARS-CoV-2 | 540 | 314 | 271 | 254 | 212 | 158 | 114.591 |
| Hospitalisierte Fälle | 217 | 138 | 116 | 120 | 99 | 80 | 42.273 |

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 887 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 17. MW 2026 wurde bisher kein 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.



RSV-Infektionen

Für die 17. MW 2026 wurden bislang insgesamt 1.299 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.269 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). In der 16. KW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 397 (31 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 28.4.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 67.764 Fälle übermittelt. Davon entfallen 65.899 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 19.347 (29 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 356 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 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)

| | 12. MW | 13. MW | 14. MW | 15. MW | 16. MW | 17. MW | Gesamt ab 40. MW 2025 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| RSV | 4.779 | 3.583 | 2.450 | 2.185 | 1.824 | 1.269 | 65.899 |
| Hospitalisierte Fälle | 1.391 | 1.095 | 776 | 875 | 609 | 397 | 19.347 |

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

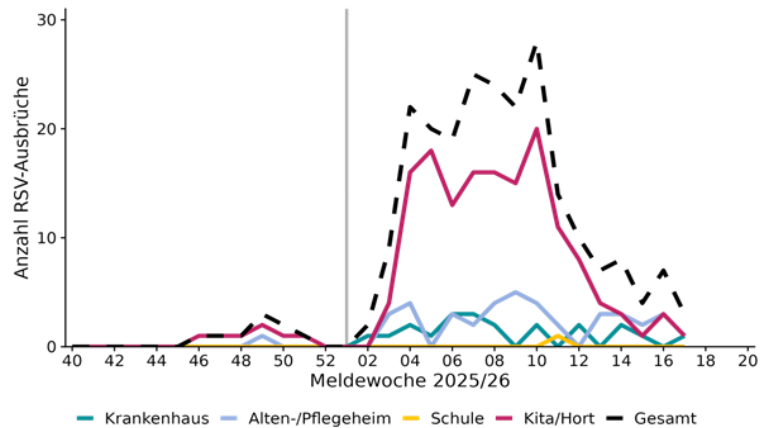
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 233 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 17. MW 2026 wurden bisher drei Ausbrüche übermittelt (Tab. 8).

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 | 233 |
| Krankenhaus | 21 |
| Alten-/Pflegeheim | 40 |
| Schule | 1 |
| Kita/Hort | 156 |
| sonstige Settings* | 15 |
| Anzahl Ausbruchsfälle | 2.348 |
| durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch | 10,1 |

*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 17. KW wurden Daten aus 70 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 11).

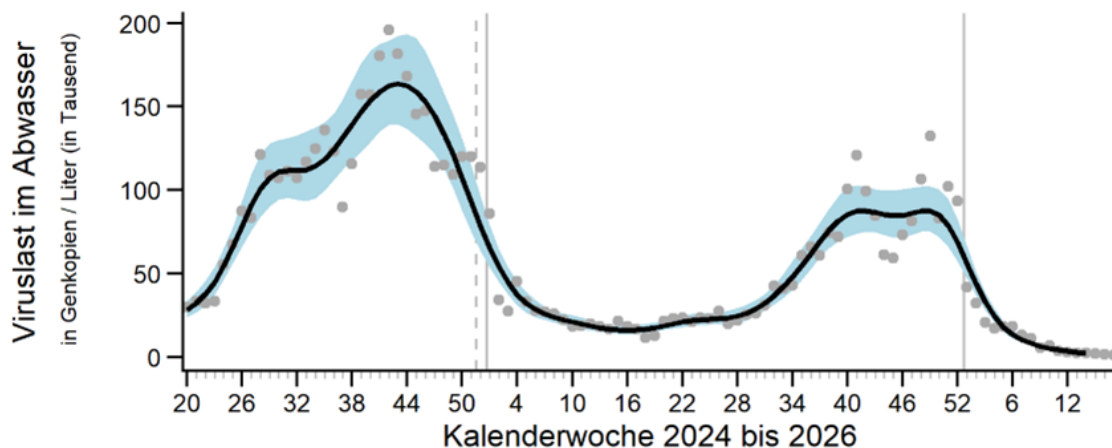


Abb. 11: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 28.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (22.4.2026, 17. 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 17. KW 2026 wurden Daten aus 69 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza-Viruslast im Abwasser sind seit etwa der 10. KW 2026 niedrig. (Abb. 12).

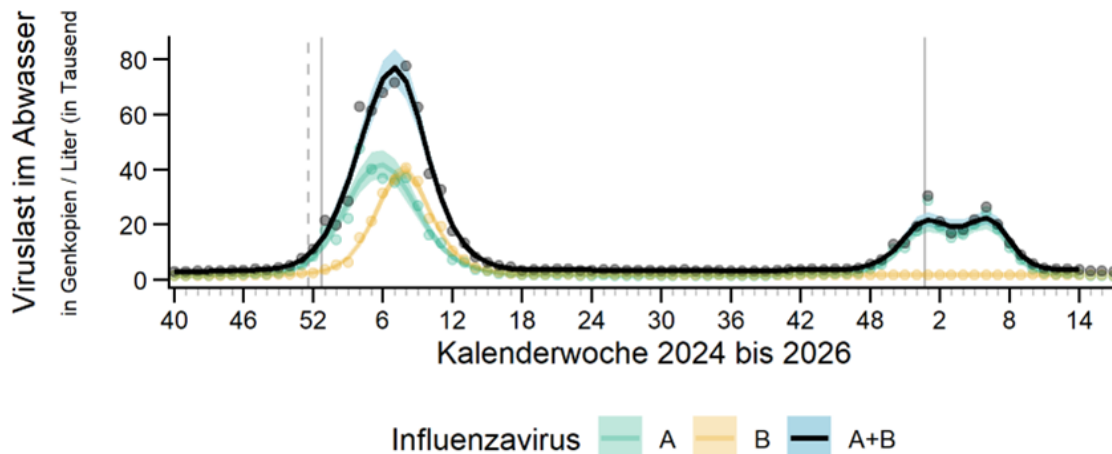


Abb. 12: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 28.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (22.4.2026, 17. 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 17. KW 2026 wurden Daten aus 43 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B in den letzten Wochen kontinuierlich gesunken (Abb. 13).

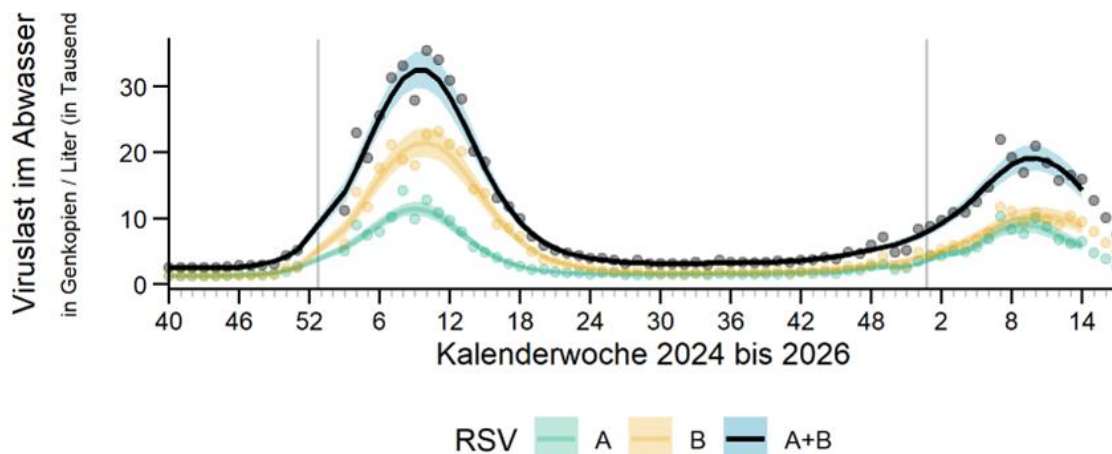


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 28.4.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Werte werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (22.4.2026, 17. 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. 6 und 7 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 17/2026 | DOI: 10.25646/14141