



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
19. Kalenderwoche (4.5. bis 10.5.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Seit einigen Wochen wird eine niedrige ARE-Aktivität beobachtet. Das ARE-Geschehen wird durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 19. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 19. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und befand sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 19. KW 2026 in insgesamt 44 der 62 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (37 %), Parainfluenzaviren (PIV; 16 %) und Adenoviren (13 %). Zudem wurden humane Metapneumoviren (hMPV) in 10 %, Influenza A-Viren in 3 % und Respiratorische Synzytialviren (RSV) in 2 % detektiert.

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 19. KW 2026 weiter leicht zurück und lag auf einem niedrigen Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zu 3 % RSV-, 2 % Influenza- und unter 1 % COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 19. KW 2026 hauptsächlich Rhinoviren nachgewiesen.

In der 19. Meldewoche (MW) wurden im Vergleich zur Vorwoche an das RKI gemäß IfSG weniger COVID-19- und RSV-Fälle übermittelt. Die übermittelte Influenza-Fallzahl ist im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

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.

Die Grippewelle in Deutschland begann in der 48. KW 2025 und endete mit der 10. KW 2026 (Dauer 15 Wochen).

Die RSV-Welle in Deutschland begann in der 2. KW 2026 und endete mit der 15. KW 2026 (Dauer 14 Woche).

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.

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 19. KW 2026 nach einem kurzzeitigen Anstieg nach den Osterferien wieder gesunken. Mit rund 4.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.400; Abb. 1) lag die ARE-Inzidenz in der 19. KW weiterhin auf einem niedrigen Niveau und in einem für diese Zeit üblichen Wertebereich. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,0 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 19. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

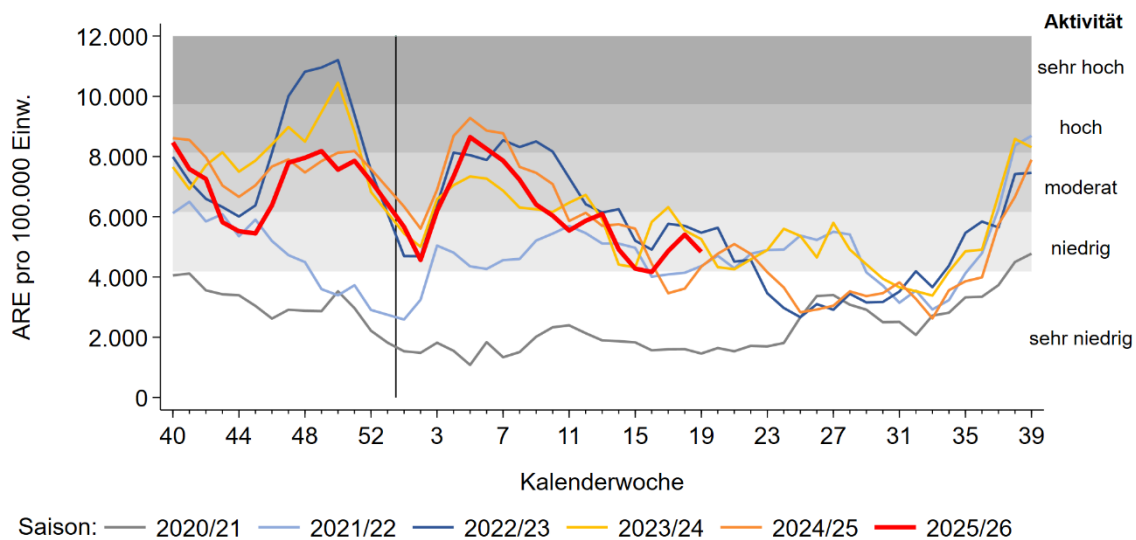


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 19. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.200 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 19. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag mit rund 900 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 800) weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 720.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 19. KW 2026.

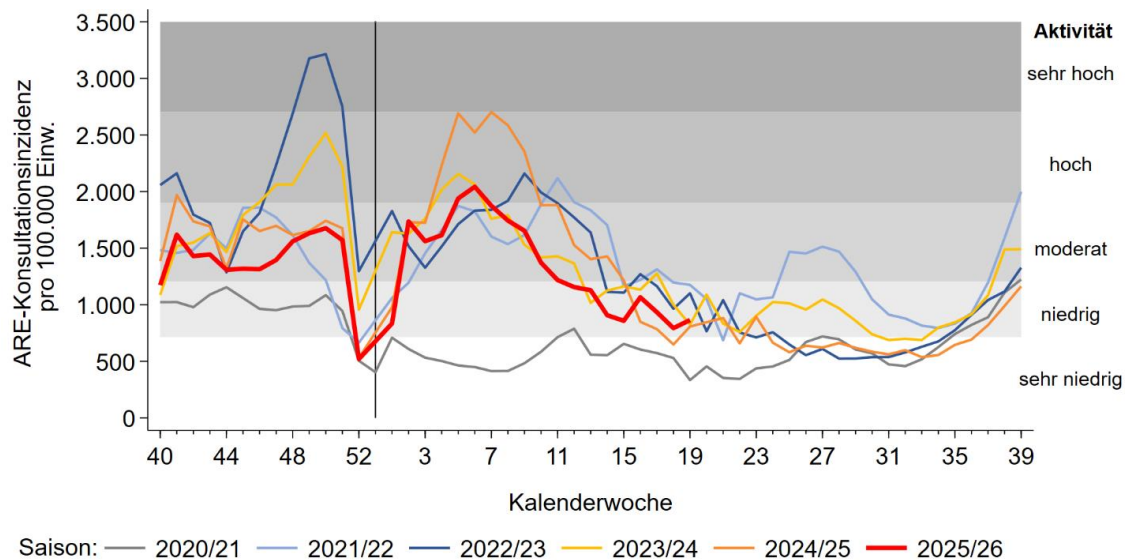


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 19. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 19. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in den Altersgruppen der Kinder gesunken (0 bis 14 Jahre) und in den Altersgruppen der Erwachsenen (ab 15 Jahre) gestiegen (Abb. 3). Die Werte befinden sich in allen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau.

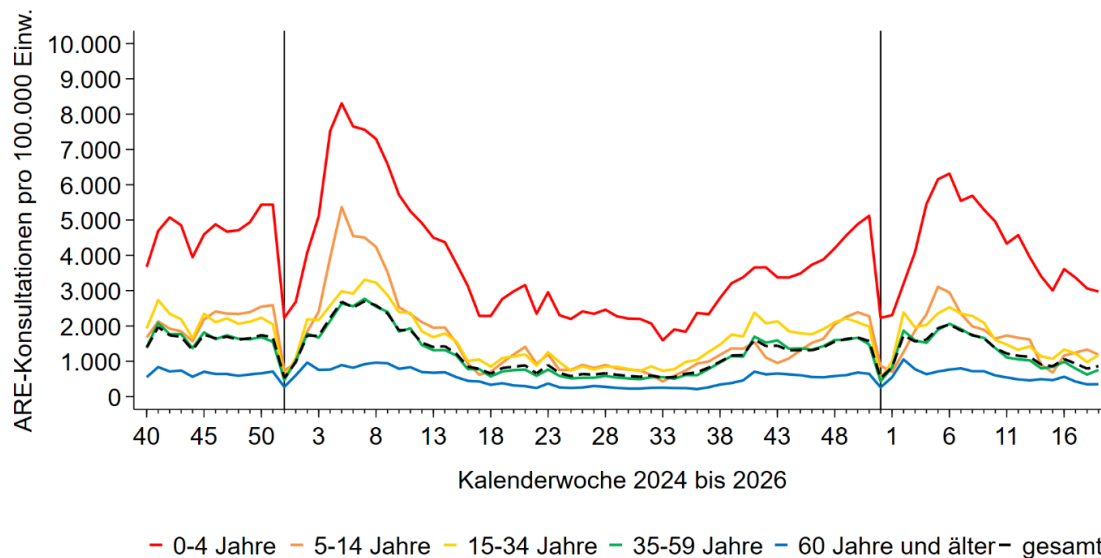


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 19. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 19. KW 2026 insgesamt 62 Sentinelproben von 27 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 44 (70 %) der 62 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR); 37 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 16 %) und Adenoviren (13 %). Zudem wurden humane Metapneumoviren (hMPV) mit 10 %, Influenzaviren (A und B) mit 3 % und Respiratorische Synzytialviren (RSV) mit 2 % detektiert. SARS-CoV-2, humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Influenza C-Viren wurden in der 19. KW nicht nachgewiesen. Es gab sechs Doppelinfektionen bei Kindern bis elf Jahre, vorwiegend mit Rhino- bzw. Adenoviren.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 19. KW 2026), Stand 12.5.2026.

		16. KW	17. KW	18. KW	19. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		66	63	53	62	3.612
Probenanzahl mit Virusnachweis*		36	37	39	44	2.544
	Positivenrate (PR)	55 %	59 %	74 %	71 %	70 %
Inflenzaviren	A (nicht subtypisiert)	1	0	0	0	7
	A(H3N2)	0	0	0	1	647
	A(H1N1)pdm09	1	0	1	1	259
	B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2		1	0	2	0	281
RSV		3	1	4	1	247
hMPV		3	1	5	6	111
PIV (1 – 4)		8	7	8	10	207
Rhinoviren		14	26	20	23	680
hCoV		6	2	3	0	279
Adenoviren		5	6	3	8	167
Influenza C-Viren		0	1	3	0	54

* 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.

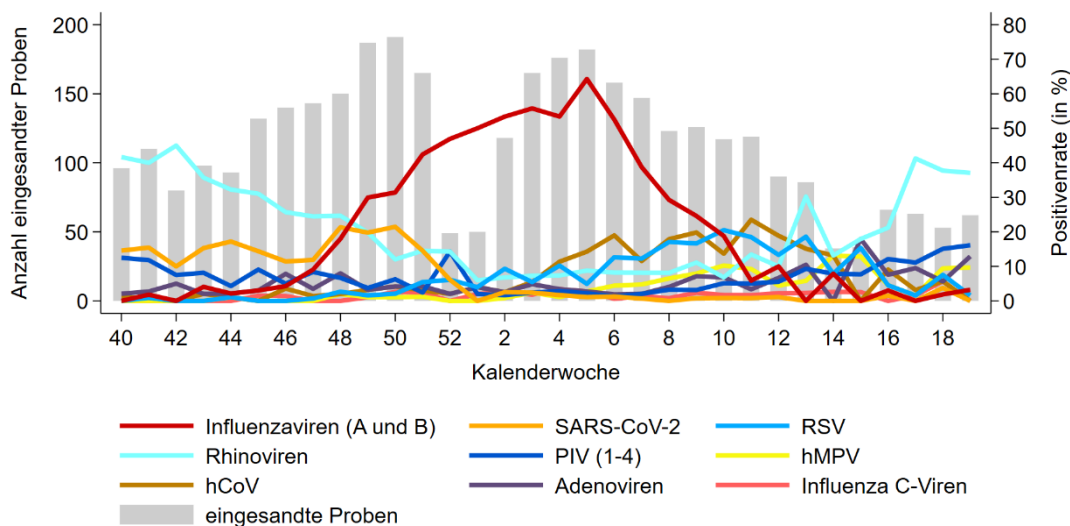


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 19. KW 2026.

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>.

Wir bitten alle Sentinelpraxen, die sich in der Saison 2025/26 an der virologischen Surveillance des ARE-Praxis-Sentinel 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 Inflenzaviren

Daten zur Charakterisierung der Inflenzaviren 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 Inflenzaviren 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 19. KW 2026 weiter leicht zurück (Abb. 5). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 19. 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](#). Während die vorläufigen Daten für die 19. KW 2026 einen leichten Rückgang der SARI-Fallzahlen zeigen, weist das Nowcasting-Modell auf einen noch zu erwartenden leichten Anstieg der SARI-Fallzahlen auf weiterhin niedrigem Niveau hin (Abb. 5, rot hinterlegter Bereich).

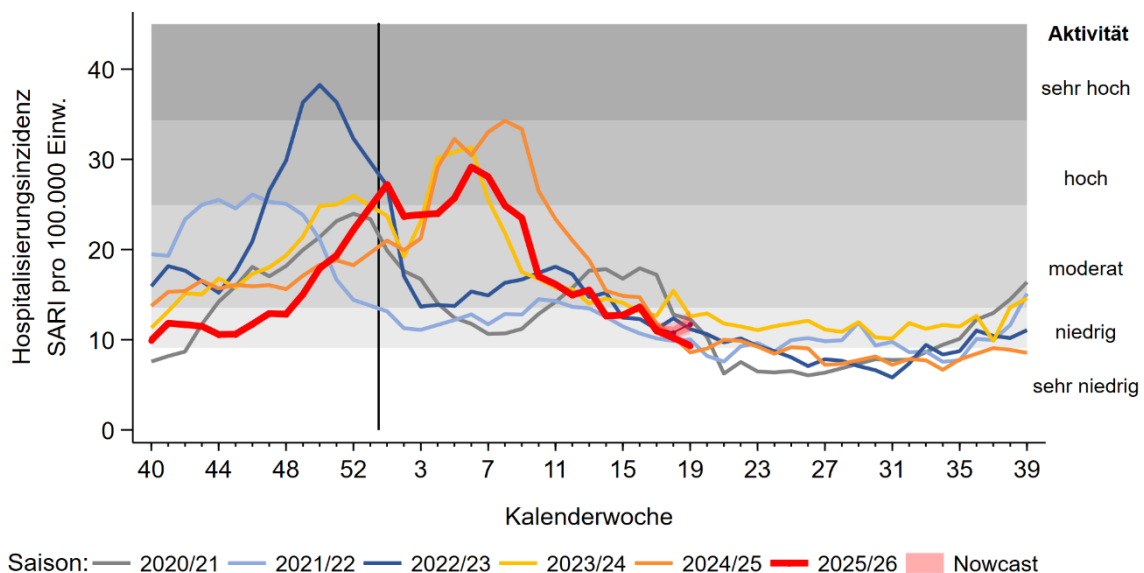


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 19. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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 19. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen stabil oder zeigte einen weiteren Rückgang. Bei den ab 80-Jährigen kam es in der 19. KW zu einem leichten Anstieg der Hospitalisierungen wegen einer schweren akuten Atemwegsinfektion (Abb. 6). In der 19. KW lag die SARI-Inzidenz bei den 15- bis 59-Jährigen auf einem sehr niedrigen Niveau, in den übrigen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau.

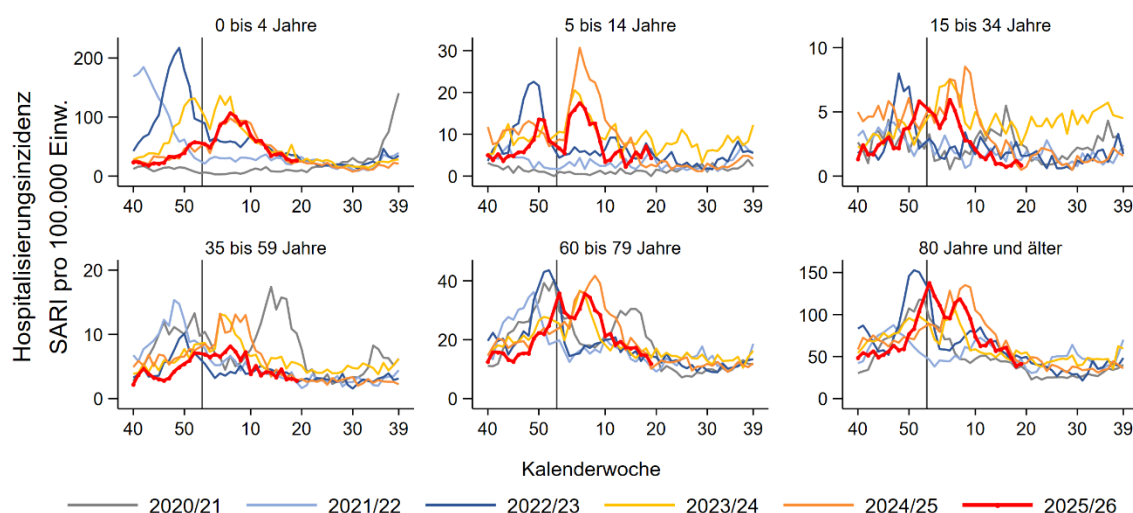


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 19. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten sank in der 19. KW 2026 und lag bei 3 % (Vorwoche: 6 %; Abb. 7). Eine Influenza-Diagnose wurde bei 2 % der SARI-Fälle in der 19. KW vergeben. Der Anteil an COVID-19-Diagnosen bei den SARI-Fällen blieb in der 19. KW weiter niedrig und lag erneut bei unter 1 %.

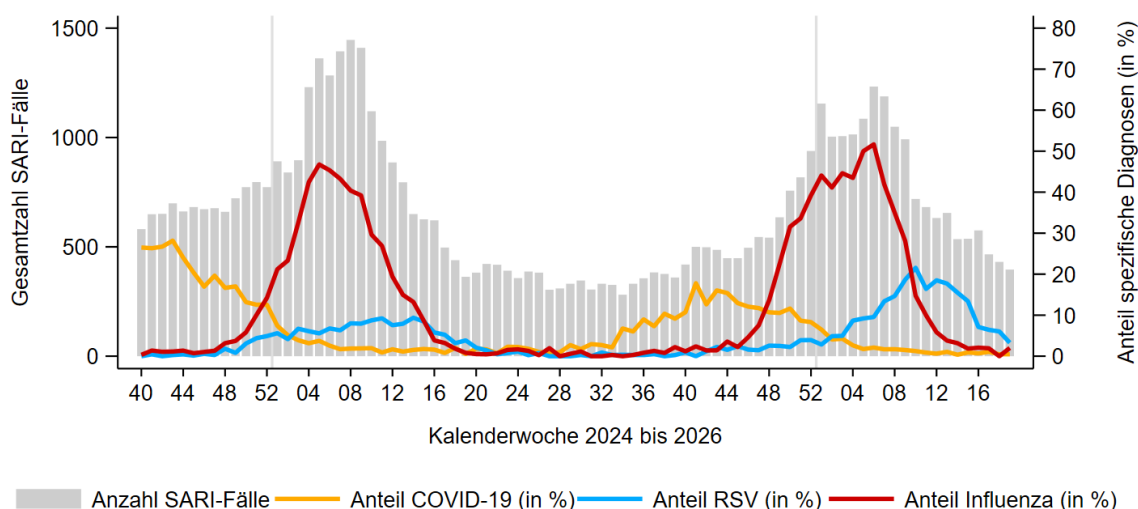


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose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

RSV-Erkrankungen wurden in der 19. KW 2026 vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten der Altersgruppen unter 5 Jahren sowie ab 35 Jahren diagnostiziert (Abb. 8). Vereinzelt Influenza- bzw. COVID-19-Erkrankungen wurden in der 19. KW bei SARI-Fällen unterschiedlicher Altersgruppen diagnostiziert.

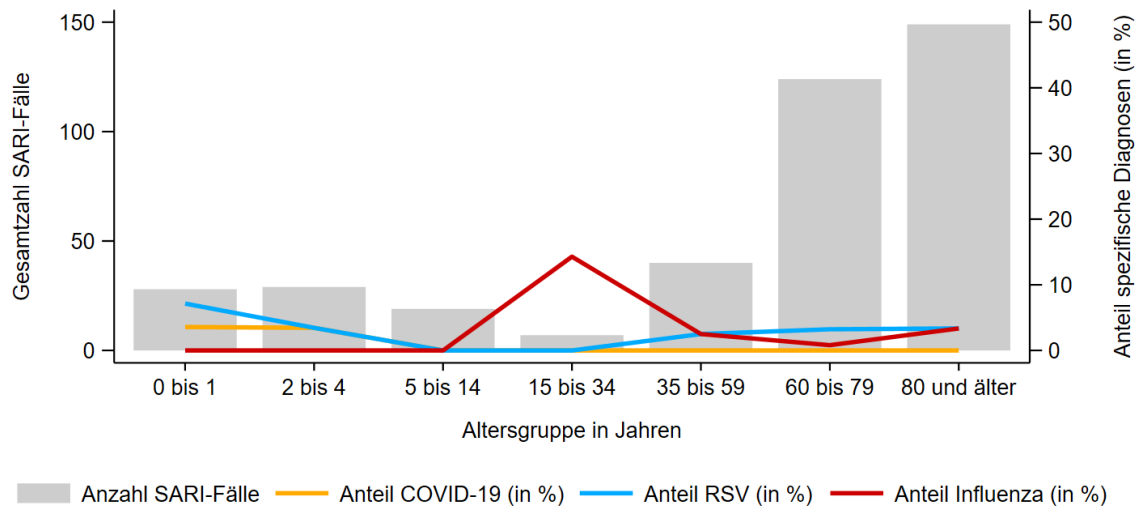


Abb. 8: Anzahl der in der 19. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer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

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. In der 19. KW 2026 wurden keine RSV-, Influenza- oder COVID-19-Diagnosen bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

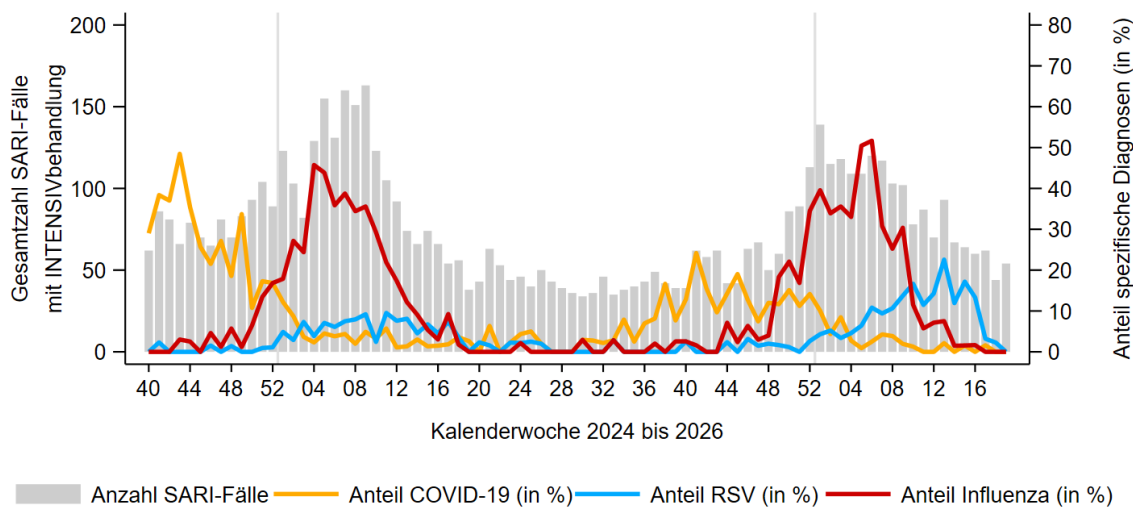


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 19. 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 19. KW 2026 aus sechs der zehn teilnehmenden Kliniken 18 Sentinelproben zugesandt. In sieben (39 %) der 18 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 10). In der 19. KW 2026 wurden Rhinoviren (22 %), Adenoviren (11 %) sowie Parainfluenzaviren (PIV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) in jeweils einer Probe nachgewiesen (Abb. 10). Influenzaviren (A und B), SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und Influenza C-Viren wurden in der 19. KW nicht detektiert. Es gab eine Mehrfachinfektion mit Rhinoviren 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 19. KW 2026), Stand 12.5.2026.

	16. KW	17. KW	18. KW	19. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	36	36	34	18	1.263
Probenanzahl mit Virusnachweis*	16	12	17	7	623
Positivenrate (PR)	44 %	33 %	50 %	39 %	49 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	0	0	0	0	127
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	58
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	1	0	0	62
RSV	2	4	2	0	90
hMPV	7	3	4	0	53
PIV (1 – 4)	2	2	4	1	57
Rhinoviren	5	0	8	4	164
hCoV	1	3	1	1	53
Adenoviren	0	0	1	2	31
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.

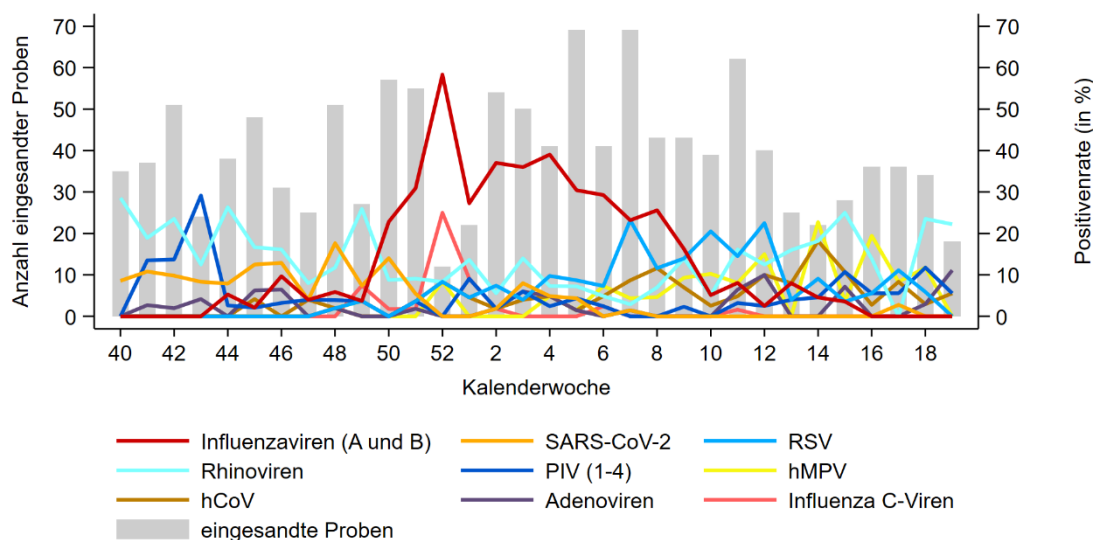


Abb. 10: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 19. KW 2026.

Von der 16. KW bis zur 19. KW 2026 wurde RSV vorwiegend bei den 0- bis 1-jährigen und den ab 35-jährigen detektiert. Rhinoviren wurden in fast allen Altersgruppen nachgewiesen, insbesondere bei den 2- bis 4-jährigen. HMPV wurde am häufigsten bei den 5- bis 14-jährigen detektiert. SARS-CoV-2 wurden vereinzelt bei den ab 80-jährigen identifiziert.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 19. MW 2026 wurden bislang 170 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 170 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die übermittelte Fallzahl ist in der 19. MW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Bei 49 (29 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 12.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 242.366 Fälle übermittelt. Davon entfallen 240.113 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 64.887 (27 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.176 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)

	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	552	447	295	180	137	101	229.081
A(H1N1)pdm09	6	2	5	3	1	3	1.432
A(H3N2)	5	4	1	0	0	4	2.340
nicht nach A / B differenziert	14	7	10	5	0	3	4.685
B	58	60	56	45	39	59	2.575
Gesamt	635	520	367	233	177	170	240.113
Hospitalisierte Fälle	230	213	157	85	50	49	64.887

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

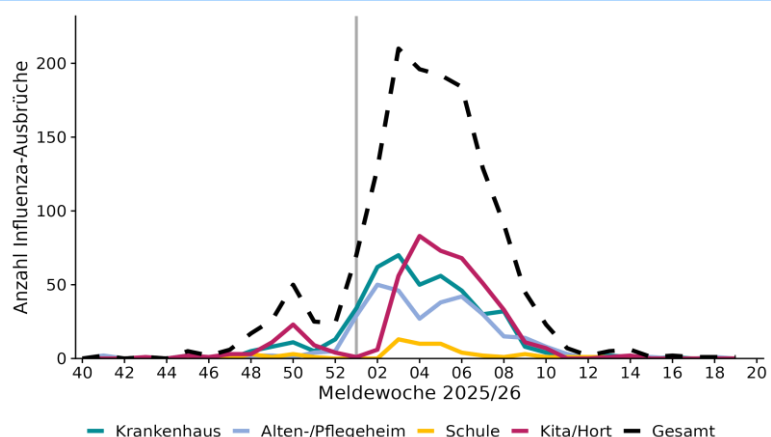
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.453 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 19. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

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	1.453
Krankenhaus	443
Alten-/Pflegeheim	323
Schule	56
Kita/Hort	449
sonstige Settings*	182
Anzahl Ausbruchs-fälle	19.852
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,7

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



COVID-19

Für die 19. MW 2026 wurden bislang 134 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 133 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. In der 19. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 53 (40 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 12.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 116.450 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 114.869 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.417 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5). In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.584 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)

	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	271	254	212	160	148	133	114.869
Hospitalisierte Fälle	118	123	100	87	72	53	42.417

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

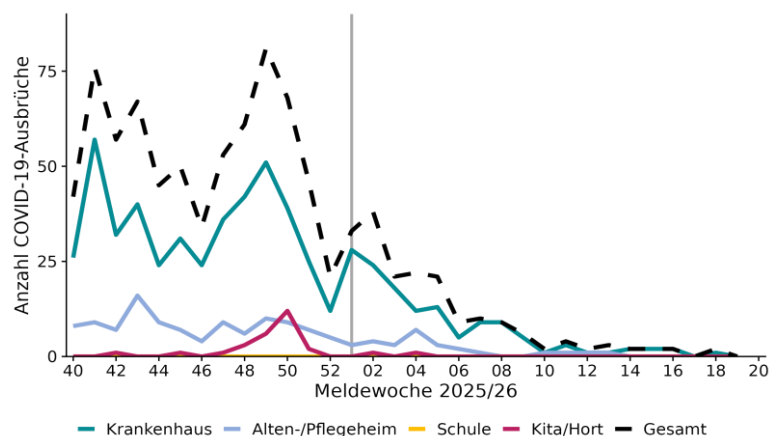
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 889 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 19. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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.

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	889
Krankenhaus	575
Alten-/Pflegeheim	133
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	153
Anzahl Ausbruchs-fälle	8.715
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 19. MW 2026 wurden bislang insgesamt 618 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 603 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). In der 19. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 208 (34 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 19. MW 2026 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 12.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 69.232 Fälle übermittelt. Davon entfallen 67.319 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 19.965 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 393 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)

	14. MW	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	2.457	2.185	1.824	1.304	758	603	67.319
Hospitalisierte Fälle	792	891	639	462	242	208	19.965

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

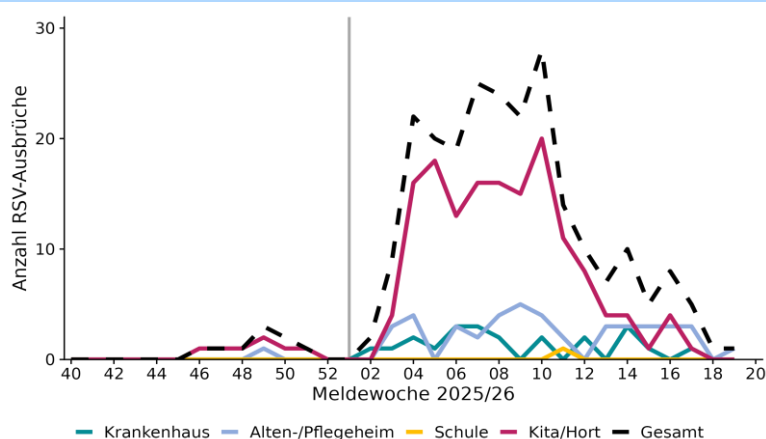
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 241 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 19. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

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	241
Krankenhaus	22
Alten-/Pflegeheim	44
Schule	1
Kita/Hort	158
sonstige Settings*	16
Anzahl Ausbruchsfälle	2.424
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, Inflenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 19. KW wurden Daten aus 49 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 11).

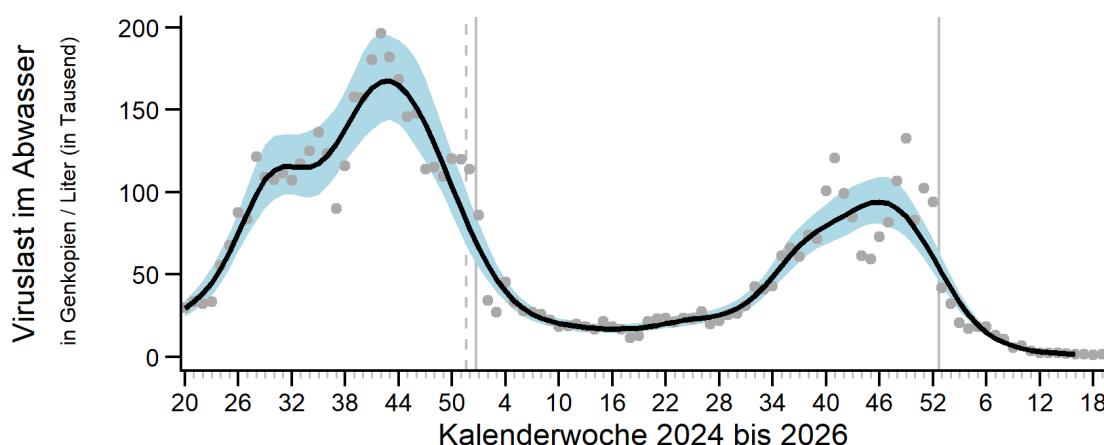


Abb. 11: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 12.5.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (6.5.2026, 19. 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 19. KW 2026 wurden Daten aus 48 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza-Viruslast im Abwasser sind seit etwa der 10. KW 2026 niedrig. (Abb. 12).

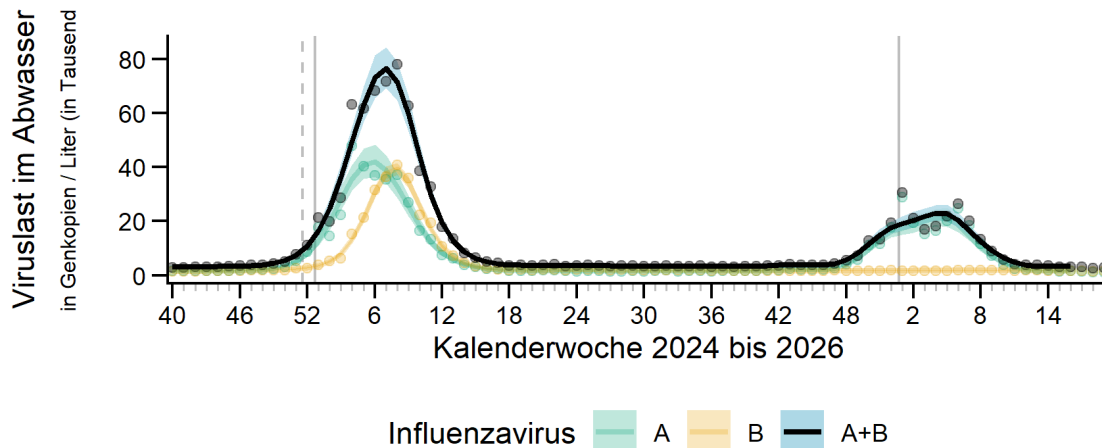


Abb. 12: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 12.5.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (6.5.2026, 19. 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 19. KW 2026 wurden Daten aus 42 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B in den letzten Wochen kontinuierlich gesunken (Abb. 13).

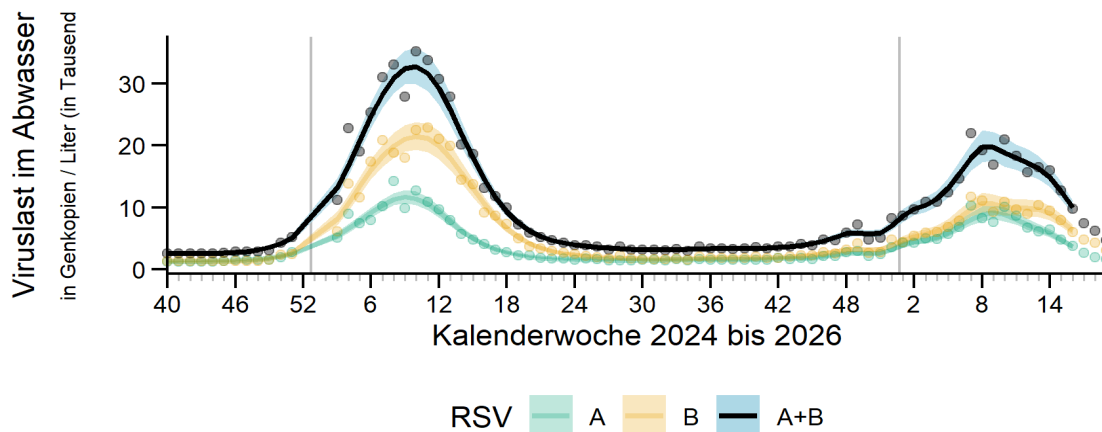


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 12.5.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (6.5.2026, 19. 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. 5 und 6 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 19/2026 | DOI: 10.25646/14229