



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
20. Kalenderwoche (11.5. bis 17.5.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Mit diesem ARE-Wochenbericht endet die ausführliche wöchentliche Berichterstattung in der Saison 2025/26. In der Sommersaison erfolgt die ausführliche Berichterstattung monatlich. Der erste ARE-Monatsbericht 2026 erscheint am 10.6.2026.

Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert. Eine zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage wird weiterhin wöchentlich (mittwochs) unter www.rki.de/are-bericht veröffentlicht. Auch das [ARE-Dashboard](#) wird wöchentlich aktualisiert.

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

Die Grippewelle der Saison 2025/26 begann etwas früher als in den Vorsaisons in der 48. KW 2025 und war geprägt von der vorwiegenden Zirkulation von Influenza A(H₃N₂)-Viren der Subklade K. Es zirkulierten jedoch fortlaufend auch A(H₁N₁)pdm09-Viren. Insgesamt war die Grippewelle weniger stark ausgeprägt als in der Saison 2024/25. Die RSV-Welle begann ähnlich wie in der Vorsaison erst nach dem Jahreswechsel in der 2. KW 2026, RSV A und RSV B zirkulierten zu ähnlichen Anteilen.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 20. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lag auf einem niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 20. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befand sich nun auf einem sehr niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 20. KW 2026 in insgesamt 40 der 54 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (50 %) sowie weitere Atemwegsviren des Erregerpanels. RSV, Influenzaviren oder SARS-CoV-2 wurden nicht nachgewiesen.

Im stationären Bereich blieb die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) unter Berücksichtigung erwarteter weiterer SARI-Diagnosen in der 20. KW 2026 stabil und lag auf einem niedrigen Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zu 3 % RSV-Diagnosen, weniger als 1 % erhielten Influenza- oder COVID-19-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 20. KW 2026 Rhinoviren und RSV nachgewiesen.

In der 20. Meldewoche (MW) wurden im Vergleich zur Vorwoche an das RKI gemäß IfSG weniger RSV-Fälle sowie eine niedrige Zahl an Influenza- und COVID-19-Fällen übermittelt.

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

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>.
- Übersterblichkeit 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 und RSV): <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 20. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Mit rund 5.700 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.800; Abb. 1) lag die ARE-Inzidenz in der 20. KW weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Die Werte sind in den Altersgruppen der Erwachsenen gestiegen und bei den Kindern gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,8 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 20. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die ARE-Aktivität in der Bevölkerung unterlag bereits zu Saisonbeginn 2025/26 (d.h. ab Oktober 2025) einigen Schwankungen, lag aber bis zum Jahreswechsel meist auf einem moderaten Niveau. Wie in den Vorjahren nahm die ARE-Inzidenz um den Jahreswechsel deutlich ab und stieg ab der 2. KW 2026 wieder sehr rasch an. In der 5. KW 2026 erreichte die ARE-Inzidenz mit rund 8.600 ARE pro 100.000 Einw. den höchsten Wert auf hohem Niveau, das entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,2 Millionen akuten Atemwegserkrankungen allein in dieser Woche in Deutschland. In den darauffolgenden Wochen ging die ARE-Inzidenz zurück und lag seit Mitte März auf einem niedrigen Niveau.

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

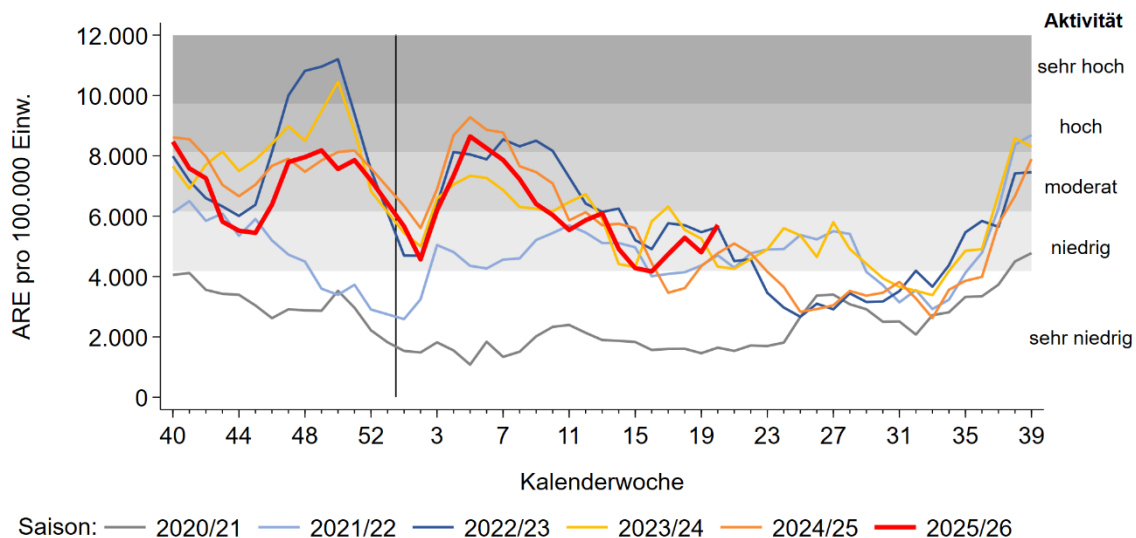


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 20. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.200 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 20. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag mit rund 600 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 900) auf einem sehr niedrigen Niveau (Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 480.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 20. KW 2026.

Zum Saisonbeginn 2025/26 im Herbst 2025 lag die ARE-Konsultationsinzidenz im ambulanten Bereich auf einem moderaten Niveau. Nach dem Jahreswechsel stieg die ARE-Konsultationsinzidenz während der Grippe- und RSV-Welle bis zur 6. KW 2026 auf etwa 2.000 ARE-Arztbesuche pro 100.000 Einw. an, das entspricht einer Gesamtzahl von etwa 1,7 Millionen Arztbesuche wegen einer ARE allein in dieser Woche in Deutschland. Die ARE-Konsultationsinzidenz lag zum Höhepunkt der ARE-Aktivität im Februar 2026 lediglich zwei Wochen auf einem hohen Niveau und damit deutlich kürzer als in der Vorsaison (orange Linie, Saison 2024/25) im Vergleichszeitraum (Abb. 2). Seit der 12. KW 2026 lag die ARE-Konsultationsinzidenz auf einem niedrigen Niveau.

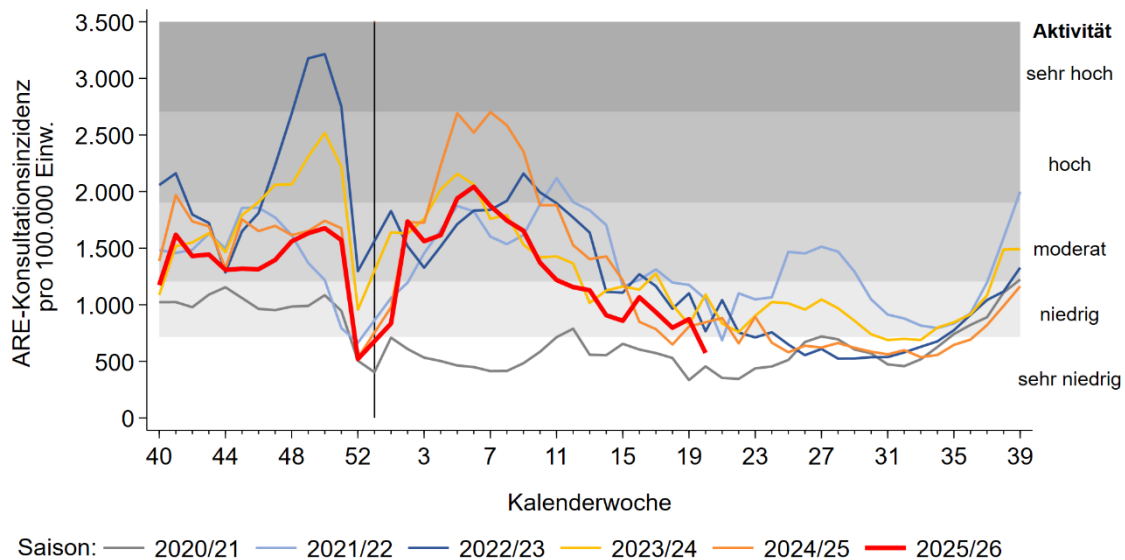


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 20. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 20. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3). Die Werte befinden sich in allen Altersgruppen auf einem sehr niedrigen Niveau.

Aufgrund des Feier- bzw. Brückentags (Christi Himmelfahrt am 14.5.) kam es in der 20. KW vermutlich zu einem geänderten Konsultationsverhalten und kürzeren Praxisöffnungszeiten.

Die ARE-Konsultationen stiegen in der Saison 2025/26 nach dem Jahreswechsel vor allem in den Altersgruppen der Kinder sehr schnell und deutlich an, blieben jedoch insgesamt unter den Werten der Vorsaison 2024/25.

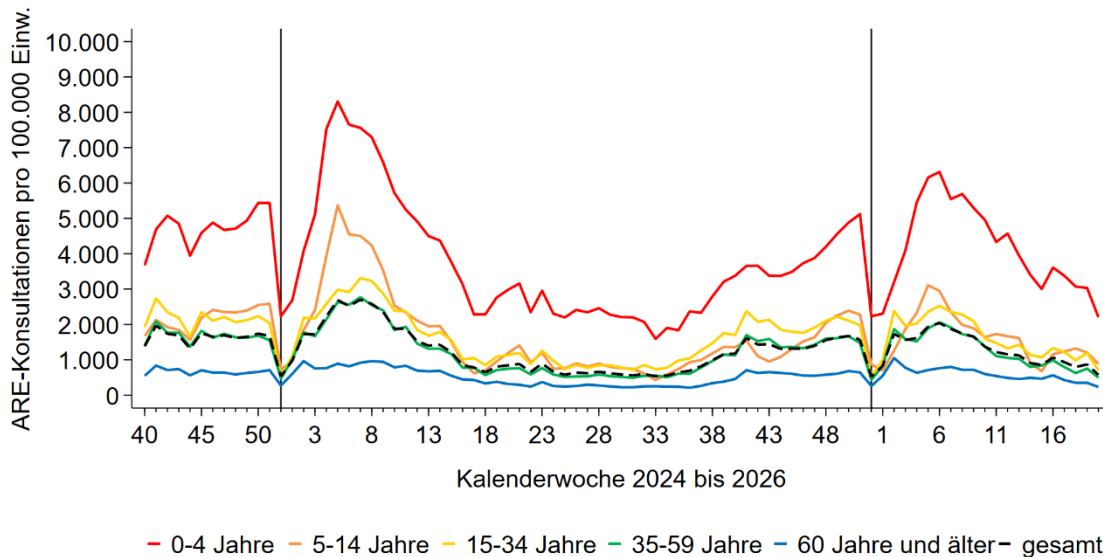


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 20. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel in der 20. KW 2026 insgesamt 54 Sentinelproben von 18 Arztpraxen aus sechs der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 40 (74 %) der 54 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR); 50 %), mit großem Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 9 %), Adenoviren (7 %), Parainfluenzaviren (PIV; 6 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 6 %) und Influenza C-Viren (4 %) (Abb. 4). Respiratorische Synzytialviren (RSV), Influenzaviren (A und B) sowie SARS-CoV-2 wurden in der 20. KW nicht nachgewiesen. Es gab vier Doppelinfektionen, vorrangig bei Kindern und alle mit Beteiligung von Rhinoviren.

In den letzten vier Wochen (17. – 20. KW) wurden in allen Altersgruppen hauptsächlich Rhinoviren nachgewiesen (Abb. 5).

Zu Beginn der Saison (Oktober 2025) zirkulierten vorwiegend Rhinoviren, mit Abstand gefolgt von SARS-CoV-2. Ab der 47. KW 2025 stieg die Zahl der Influenzavirusnachweise kontinuierlich an. Die Grippewelle 2025/26 startete etwas früher als üblich und hielt 15 Wochen an (48. KW 2025 bis 10. KW 2026). Seit der 40. KW 2025 wurden unter den Influenzavirusnachweisen (A und B) der eingesandten Sentinelproben überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren (71 %) detektiert, weniger häufig A(H1N1)pdm09-Viren (28 %). Influenza B-Viren wurden in der gesamten Saison nur sehr vereinzelt identifiziert. In der gesamten Saison 2025/26 wurden in den meisten Altersgruppen 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. 6, rechts). Seit der 13. KW 2026 wurden Influenza A-Viren nur noch sporadisch nachgewiesen (Tab. 1; Abb. 6). Außerhalb der Grippewelle waren in der Saison 2025/26 Rhinoviren die dominant zirkulierenden Atemwegsviren.

Die RSV-Welle 2025/26 begann sechs Wochen nach dem Start der Grippewelle und 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: 52 % bei 0- bis 4-jährigen) hervorgerufen wurden.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 20. KW 2026), Stand 19.5.2026.

	17. KW	18. KW	19. KW	20. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	63	53	68	54	3.672
Probenanzahl mit Virusnachweis*	37	39	47	40	2.587
Positivenrate (PR)	59 %	74 %	69 %	74 %	70 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	7
A(H3N2)	0	0	1	0	647
A(H1N1)pdm09	0	1	1	0	259
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	0	2	0	0	281
RSV	1	4	1	0	247
hMPV	1	5	6	3	114
PIV (1 – 4)	7	8	12	3	212
Rhinoviren	26	20	26	27	710
hCoV	2	3	0	5	284
Adenoviren	6	3	8	4	171
Influenza C-Viren	1	3	0	2	56

* 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.

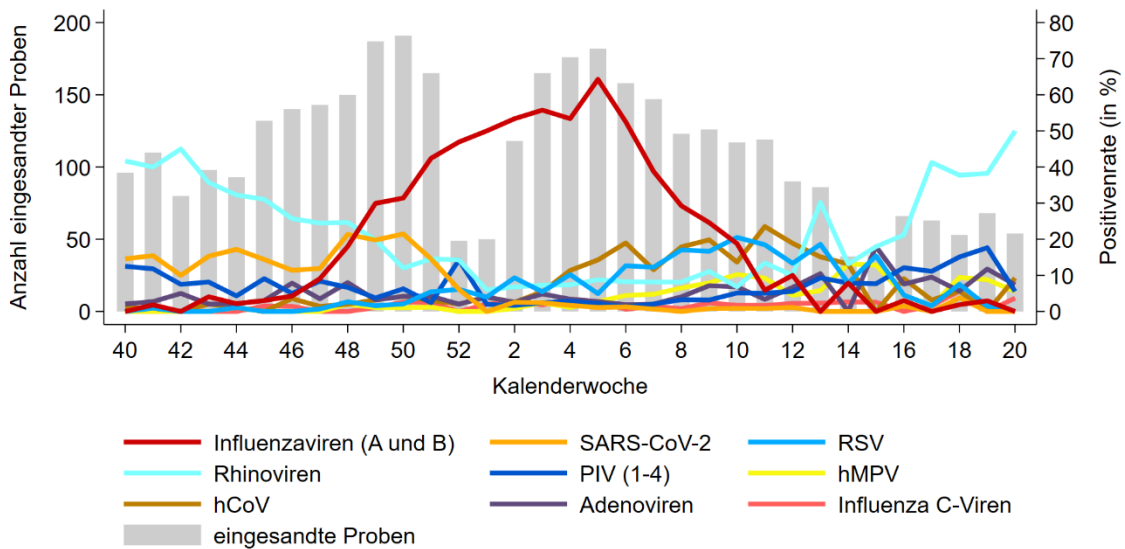


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 20. KW 2026.

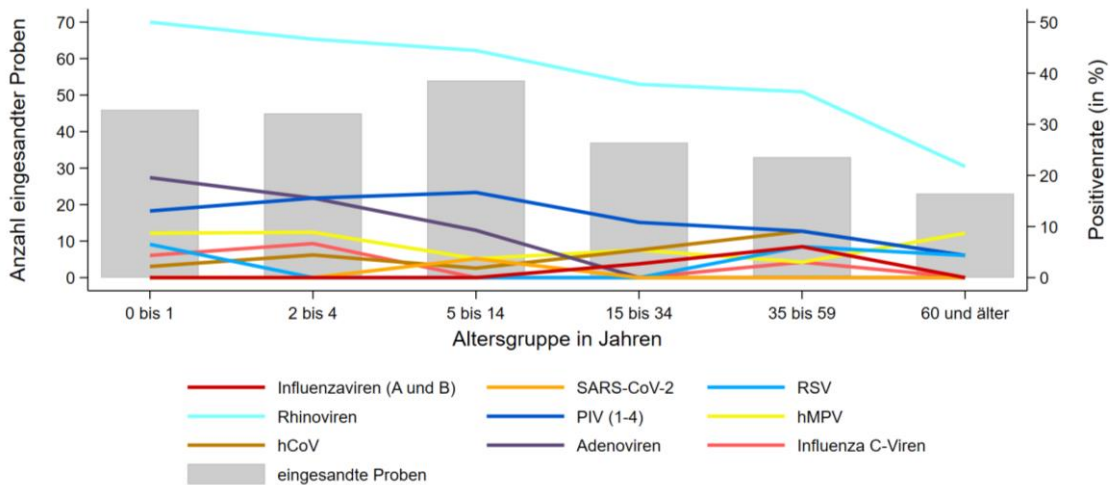


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 17. KW bis zur 20. KW 2026.

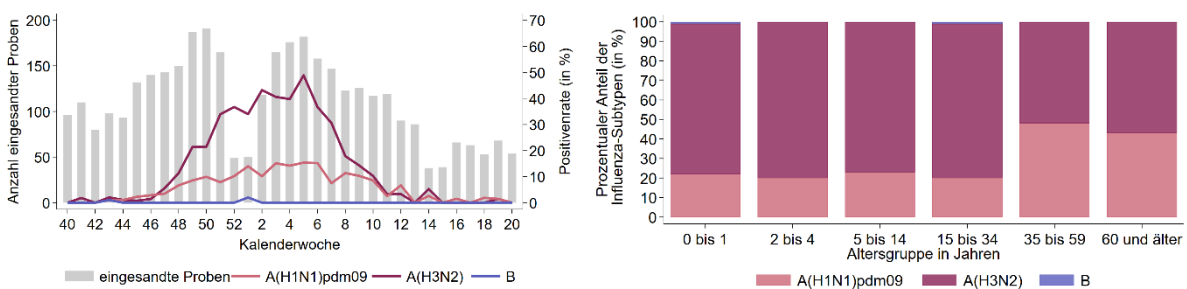


Abb. 6: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 20. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der 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 20. KW 2026 detektiert wurden.

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-Sentinels 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

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinels (n = 670), des SARI-Krankenhaus-Sentinels (n = 95) sowie aus Proben von anderen Einsendungen (n = 24) wurden 789 Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten 558 zum Subtyp A(H₃N₂), 229 zum Subtyp A(H₁N₁)pdm09 und zwei 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 534 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: 229 Viren Klade 5a.2a.1/Subklade D.3.1; B/Victoria-Linie: ein Virus Klade V1A.3a.2/Subklade C.5.6 und ein Virus Klade V1A.3a.2/Subklade C.3.1.

Es wurden bisher 320 Influenza A(H₃N₂)- und 203 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: 179 A(H₃N₂), 181 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 622 mit Next Generation Sequencing untersuchten Influenzaviren nicht detektiert. Gegen Wirkstoffe aus der Gruppe der Adamantane (Amantadin, Rimantadin) zeigen alle der 729 getesteten Influenza A-Viren eine hohe Resistenz, so dass diese Wirkstoffe weiterhin nicht zur Therapie der Influenza empfohlen werden.

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.

Charakterisierung von RSV

In der Saison 2025/26 wurden bislang 227 RSV aus Proben des ARE-Praxis-Sentinels (n = 173) sowie des SARI-Krankenhaus-Sentinels (n = 54) sequenziert und auf Basis der Vollgenomsequenzen mit Nextclade genetisch analysiert. Davon gehören 112 Viren zur RSV-Gruppe A, die sich vorrangig in den Lineages A.D.3.11 (20 %) und A.D.3.12 (19 %) einordnen. RSV-Gruppe B-Viren (n = 115) gehören vorrangig den Lineages B.D.E.1 (62 %) und B.D.E.1.2 (17 %) an.

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).

In der vergangenen ARE-Saison bestimmten drei SARS-CoV-2-Linien das Geschehen unter den als Variant under Monitoring (VUM) oder Variant of Interest (VOI) eingestuft Viruslinien. Nach dem

erstmaligen Nachweis der rekombinanten SARS-CoV-2-Linie XFG, einschließlich ihrer Sublinien, in Deutschland im April 2025 stieg ihr Anteil ab der 21. KW 2025 kontinuierlich an und erreichte im August 2025 ihren Höchstwert. Die SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 wurde erstmals in der 18. KW 2025 und zunächst nur vereinzelt nachgewiesen. Ab der 43. KW 2025 wurde BA.3.2 (einschließlich Sublinien) kontinuierlich detektiert. Zu Beginn der ARE-Saison im Oktober 2025 wurde die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG, wie in den vorhergehenden Wochen, am häufigsten unter den als VUM oder VOI eingestuft Linien nachgewiesen. Parallel zum einsetzenden Rückgang der XFG-Nachweise, erfolgte ab der 47. KW 2025 ein deutlicher Anstieg der BA.3.2-Nachweise. In der 50. KW 2025 war BA.3.2 dann unter den detektierten Varianten dominant.

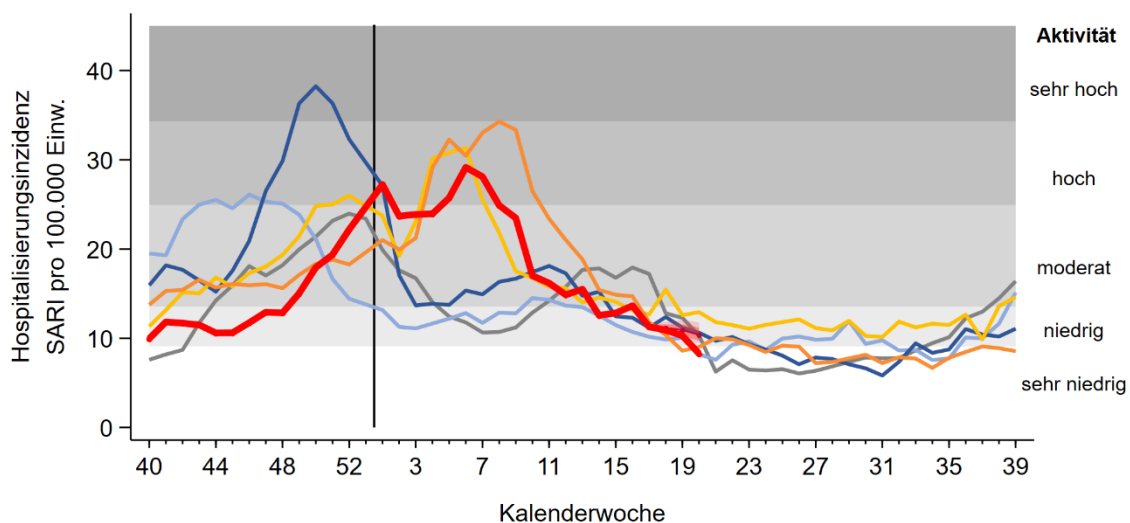
Die Linie NB.1.8.1 einschließlich ihrer Sublinien wurde erstmals im März 2025 in Deutschland nachgewiesen. Seit Beginn der ARE-Saison 2025/26 wird NB.1.8.1, nach zeitweise geringerer Verbreitung, wieder vermehrt detektiert und ist seit der 3. KW 2026 die dominierende Linie unter den als VUM eingestuften SARS-CoV-2-Varianten.

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 20. KW 2026 weiter leicht zurück (Abb. 7). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 20. KW auf einem sehr 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 20. KW 2026 stabile SARI-Fallzahlen; dadurch wird die SARI-Inzidenz auf einem niedrigen Niveau geschätzt (Abb. 7, rot hinterlegter Bereich).

Anders als bei den ARE-Inzidenzen auf Bevölkerungsebene (GrippeWeb) und im ambulanten Bereich (ARE-Praxis-Sentinel) startete die Saison 2025/26 im stationären Bereich auf einem niedrigen Niveau und lag zunächst unter den Werten der beiden Vorsaisons zu diesem Zeitpunkt. Nach dem Beginn der Grippewelle stieg die SARI-Hospitalisierungsinzidenz kontinuierlich an und erreichte zum Jahreswechsel kurzzeitig ein hohes Niveau. Nach einem kurzfristigen Rückgang stiegen die SARI-Fallzahlen erneut an. In der 6. KW 2026 wurde mit 29 SARI-Hospitalisierungen pro 100.000 Einwohner der Höhepunkt der Saison 2025/26 erreicht, das entspricht einer Gesamtzahl von etwa 25.000 Hospitalisierungen wegen schwerer akuter Atemwegserkrankungen allein in dieser Woche in Deutschland. Die SARI-Hospitalisierungsinzidenz blieb jedoch unter den Höchstwerten der beiden Vorsaisons während der Grippewelle. Seit der 14. KW 2026 lag die SARI-Hospitalisierungsinzidenz fast durchgehend wieder auf einem niedrigen Niveau.



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

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 20. 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 20. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen stabil oder zeigte einen weiteren Rückgang (Abb. 8). In der 20. KW lag die SARI-Inzidenz bei den 5- bis 79-jährigen auf einem sehr niedrigen Niveau, in den übrigen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau.

In der Saison 2025/26 wiesen wie in den Vorsaisons Kinder im Alter von 0 bis 4 Jahren sowie Erwachsene ab 80 Jahren die höchsten SARI-Inzidenzen auf. Anders als in der Vorsaison wurden in keiner Altersgruppe ungewöhnlich hohe SARI-Fallzahlen beobachtet. Für die Altersgruppe der 35- bis 59-jährigen wurde dabei eine deutlich geringere SARI-Inzidenz als in den Vorsaisons beobachtet.

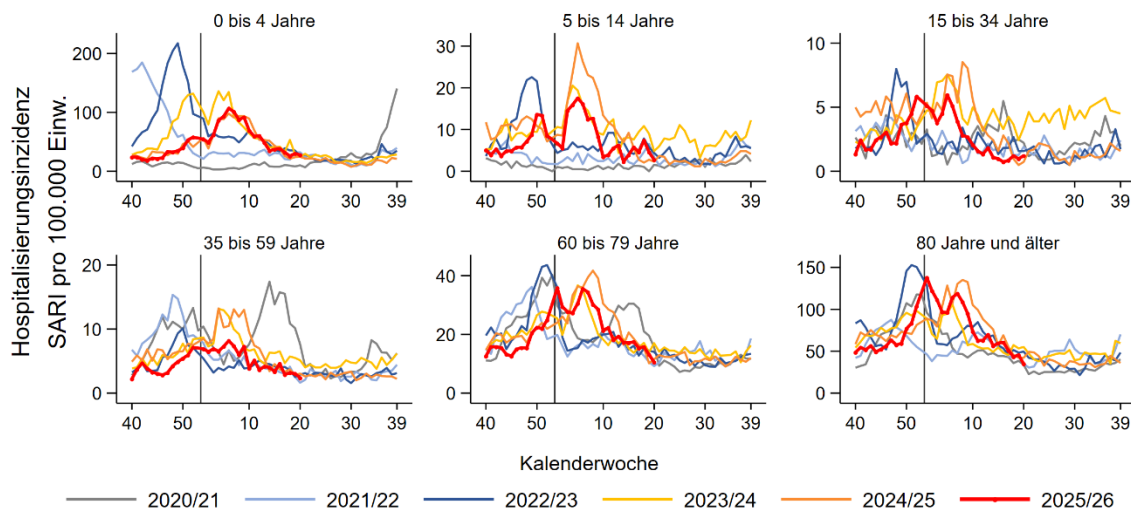


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 19. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an RSV-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten sank in der 20. KW 2026 und lag bei 3 % (Vorwoche: 4 %; Abb. 9). Der Anteil an Influenza- und COVID-19-Diagnosen bei den SARI-Fällen war in der 20. KW weiter niedrig und lag unter 1 %.

Im Spätsommer 2025 sowie im darauffolgenden Herbst zu Beginn der Saison 2025/26 wurden unter den SARI-Fällen häufig COVID-19-Erkrankungen diagnostiziert. SARI-Fälle erhielten bereits ab der 49. KW 2025 überwiegend Influenza-Diagnosen und ab dem Jahreswechsel nur noch selten COVID-19-Diagnosen. RSV-Diagnosen wurden insgesamt etwas häufiger bei SARI-Fällen vergeben als in der Vorsaison.

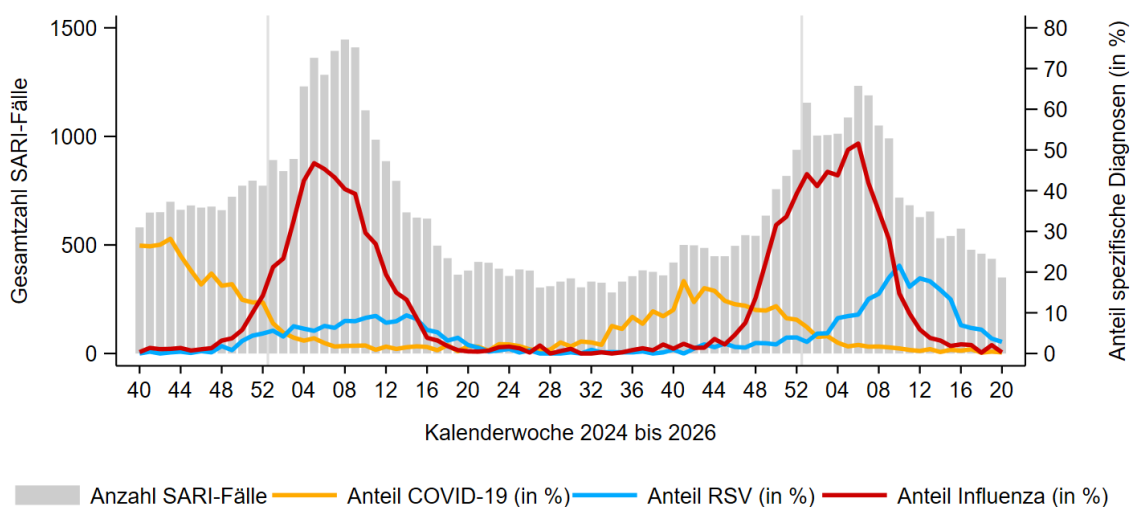


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 20. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

RSV-Erkrankungen wurden in der 20. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten unter 2 Jahren sowie selten in der Altersgruppe ab 60 Jahren diagnostiziert (Abb. 10). Vereinzelt Influenza- bzw. COVID-19-Erkrankungen wurden in der 20. KW bei SARI-Fällen im Alter von unter 5 Jahren diagnostiziert.

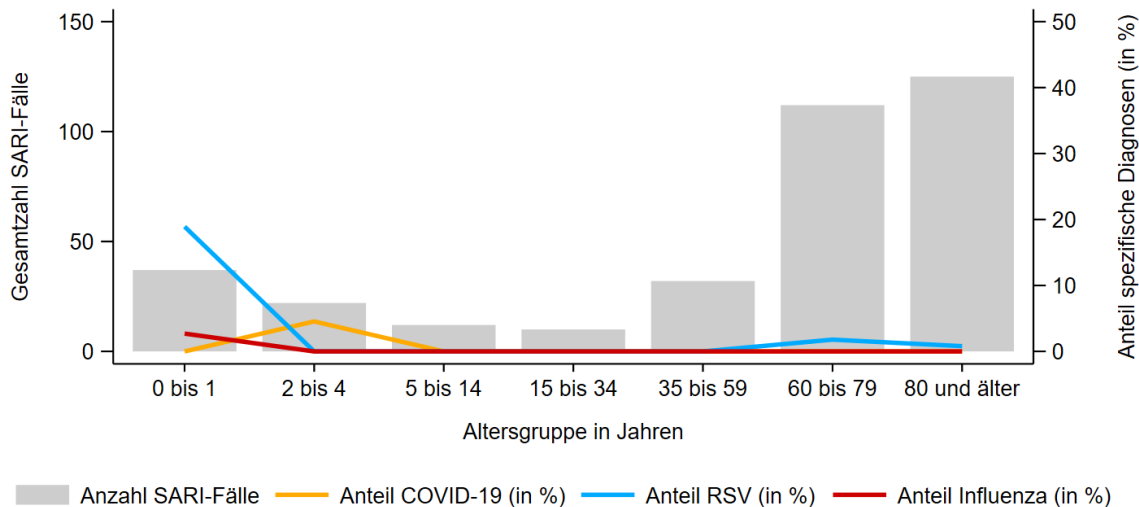


Abb. 10: Anzahl der in der 20. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. 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 20. KW 2026 bei 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. In der 20. KW 2026 wurden keine Influenza- oder COVID-19-Diagnosen bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

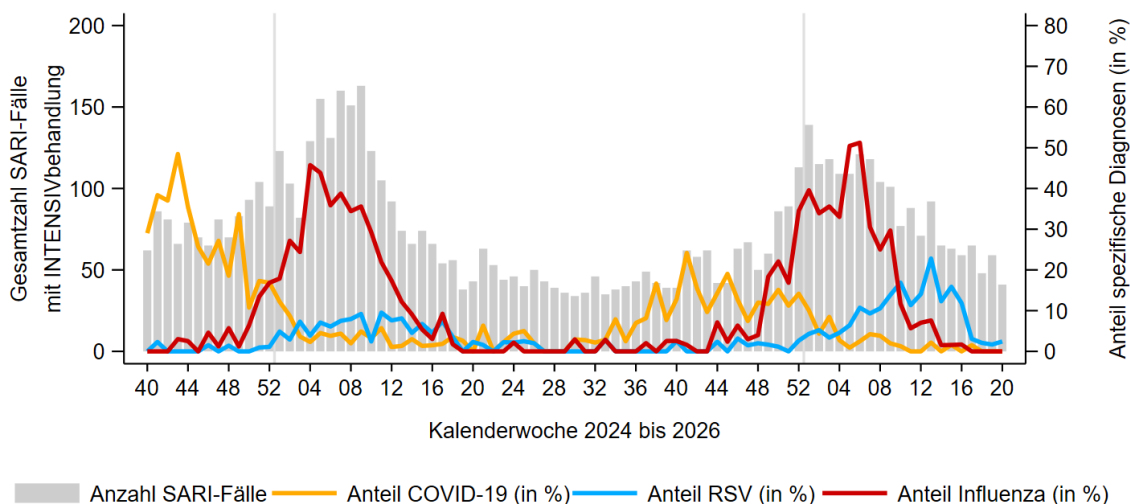


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 20. 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 20. KW 2026 aus drei der zehn teilnehmenden Kliniken acht Sentinelproben zugesandt. In zwei (25 %) der acht Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 12). In der 20. KW 2026 wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV) und Rhinoviren in jeweils einer Probe nachgewiesen (Abb. 12). Influenzaviren (A und B), SARS-CoV-2 oder weitere Viren des untersuchten Erregerpanels wurden in der 20. KW nicht detektiert. Es gab keine Mehrfachinfektionen.

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 20. KW 2026), Stand 19.5.2026.

	17. KW	18. KW	19. KW	20. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	36	34	32	8	1.285
Probenanzahl mit Virusnachweis*	12	17	11	2	629
Positivenrate (PR)	33 %	50 %	34 %	25 %	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	1	0	0	0	62
RSV	4	2	0	1	91
hMPV	3	4	2	0	55
PIV (1 – 4)	2	4	1	0	57
Rhinoviren	0	8	6	1	167
hCoV	3	1	1	0	53
Adenoviren	0	1	2	0	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.

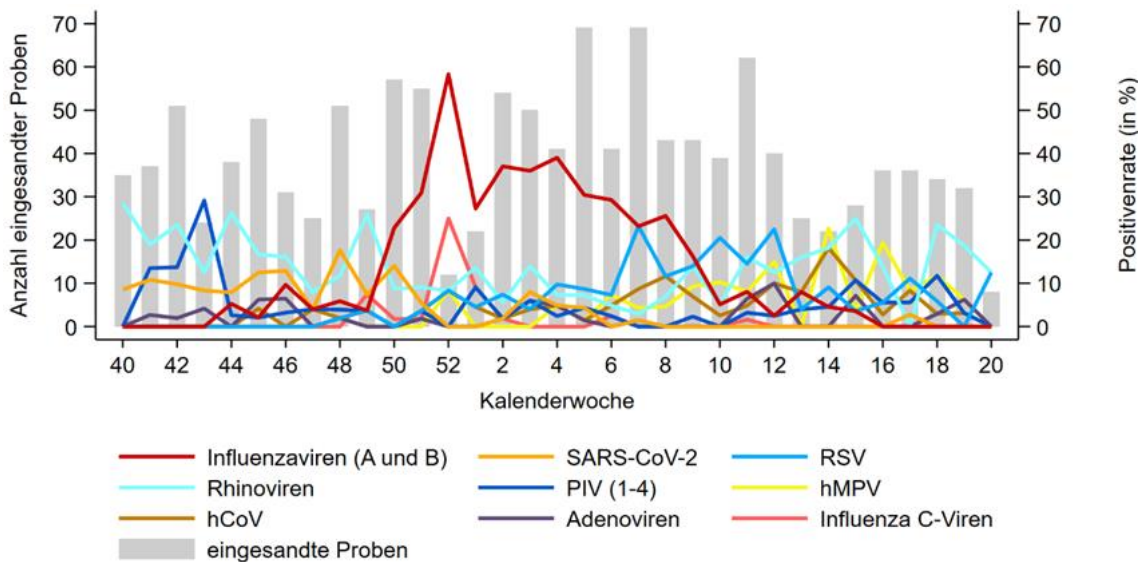


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 20. KW 2026.

Zu Saisonbeginn im Oktober 2025 wurden vermehrt SARS-CoV-2 nachgewiesen, gefolgt von einem Rückgang der Nachweise im Januar 2026. Rhinoviren wurden über den gesamten Zeitraum identifiziert. Influenzaviren (A und B) wurden hauptsächlich im Zeitraum von Dezember 2025 bis März

2026 nachgewiesen. Ab April 2026 wurden sie deutlich seltener detektiert. Im Februar und März 2026 wurde zudem gehäuft RSV nachgewiesen.

Seit Saisonbeginn in der 40. KW 2025 wurden unter Influenzavirusnachweisen (A und B) der Sentinelproben aus dem stationären Bereich hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren (69 %) detektiert, weniger häufig Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (31 %). Der Anteil der Influenza A(H3N2)- und A(H1N1)pdm09-Viren an allen Influenzavirusnachweisen war damit ähnlich wie im ambulanten Bereich (71 % Influenza A(H3N2)-Viren seit der 40. KW, 28 % Influenza A(H1N1)pdm09-Viren seit der 40. KW). Influenza B-Viren wurden nicht detektiert (Tab. 2, Abb. 13). In den meisten Altersgruppen überwogen Nachweise von Influenza A(H3N2)-Viren, während in der Altersgruppe der 60- bis 79-jährigen Influenza A(H1N1)pdm09-Viren fast so häufig wie A(H3N2)-Viren detektiert wurden (Tab. 2, Abb. 13, rechts).

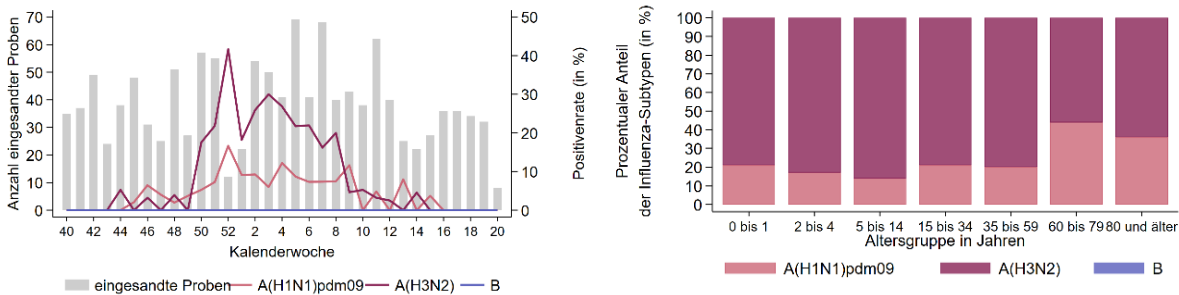


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivensrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des SARI-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 20. KW 2026. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des SARI-Sentinelns von der 40. KW 2025 bis zur 20. KW 2026 detektiert wurden.

Von der 17. KW bis zur 20. KW 2026 wurde RSV vorwiegend bei den 0- bis 1-jährigen und den ab 60-jährigen detektiert. Rhinoviren wurden in fast allen Altersgruppen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurden vereinzelt bei den ab 80-jährigen identifiziert.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 20. MW wurden bislang 95 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 95 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die übermittelte Fallzahl ist in der 20. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 19 (20 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 19.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 242.481 Fälle übermittelt. Davon entfallen 240.228 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 64.924 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.192 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)

	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	20. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	447	295	180	137	104	61	229.159
A(H1N1)pdm09	2	5	3	1	3	0	1.432
A(H3N2)	4	1	0	0	4	0	2.340
nicht nach A / B differenziert	7	10	5	0	3	4	4.689
B	60	56	45	40	61	30	2.608
Gesamt	520	367	233	178	175	95	240.228
Hospitalisierte Fälle	213	157	86	52	51	19	64.924

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

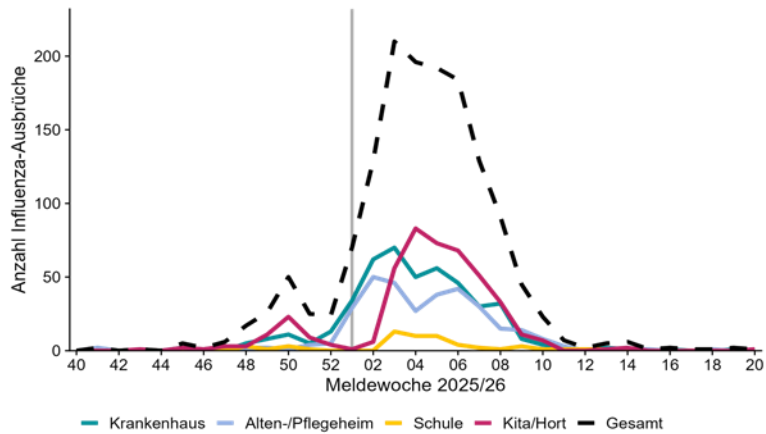
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.455 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen. In der 20. MW 2026 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 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	1.455
Krankenhaus	444
Alten-/Pflegeheim	323
Schule	56
Kita/Hort	450
sonstige Settings*	182
Anzahl Ausbruchsfälle	19.871
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 20. MW wurden bislang 95 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 95 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. In der 20. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 30 (32 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 19.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 116.551 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 114.970 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.456 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.587 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-Falldefinitionskategorien C-E)

	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	20. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	254	212	160	148	138	95	114.970
Hospitalisierte Fälle	124	100	88	73	57	30	42.456

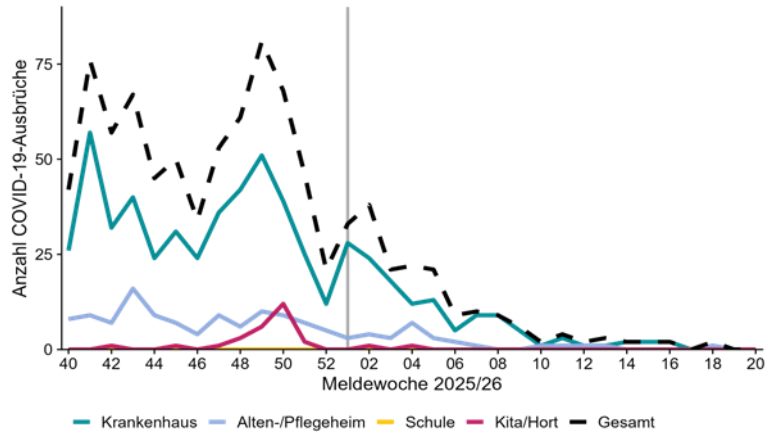
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 889 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Krankenhaus. In der 20. 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	134
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	152
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 20. MW wurden bislang insgesamt 347 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 347 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). In der 20. MW wurden im Vergleich zur Vorwoche weniger Fälle übermittelt. Bei 120 (35 %) der laborbestätigten Fälle von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 19.5.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 69.610 Fälle übermittelt. Davon entfallen 67.696 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 20.148 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 401 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

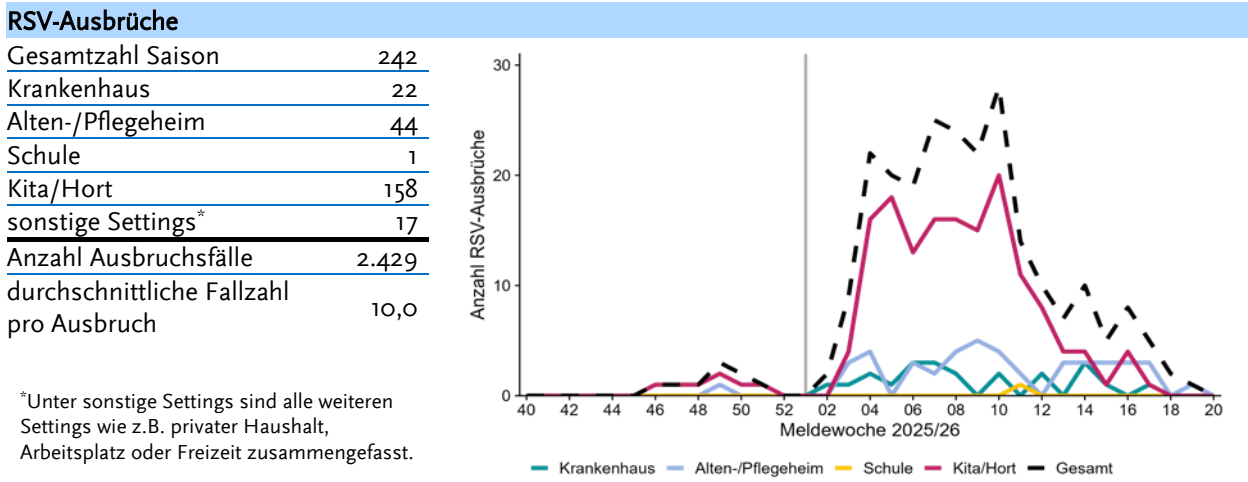
Tab. 7: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	20. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	2.185	1.824	1.303	759	632	347	67.696
Hospitalisierte Fälle	895	644	470	251	231	120	20.148

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 242 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort. In der 20. MW 2026 wurde bisher kein 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.



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 20. KW wurden Daten aus 45 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 14).

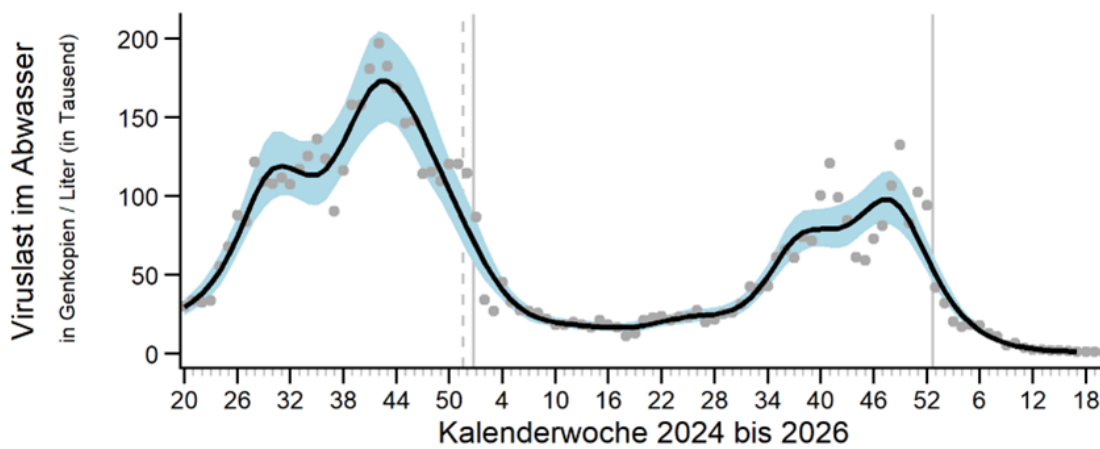


Abb. 14: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 19.5.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (13.5.2026, 20. 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 20. KW 2026 wurden Daten aus 44 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza-Viruslast im Abwasser sind seit etwa der 10. KW 2026 niedrig (Abb. 15).

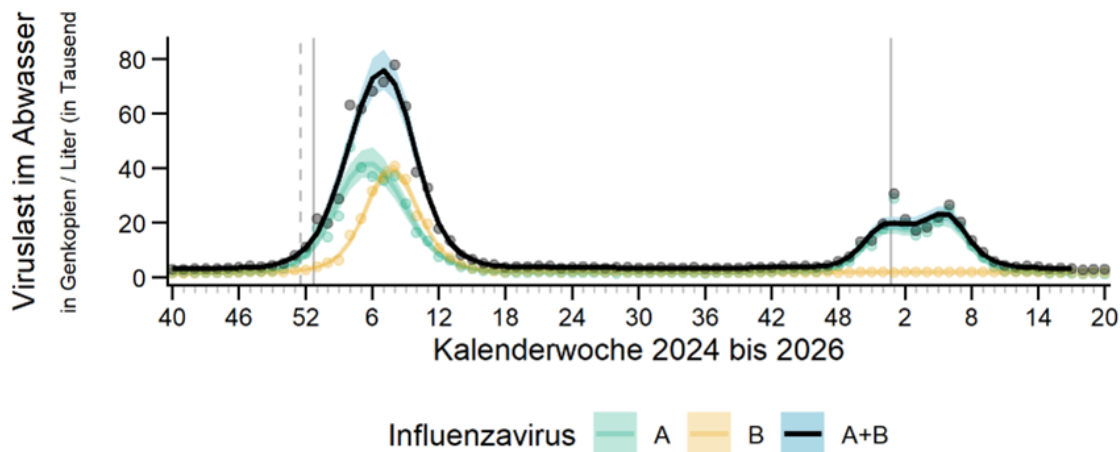


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 19.5.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (13.5.2026, 20. 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 20. KW 2026 wurden Daten aus 39 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B seit etwa der 10. KW 2026 gesunken (Abb. 16).

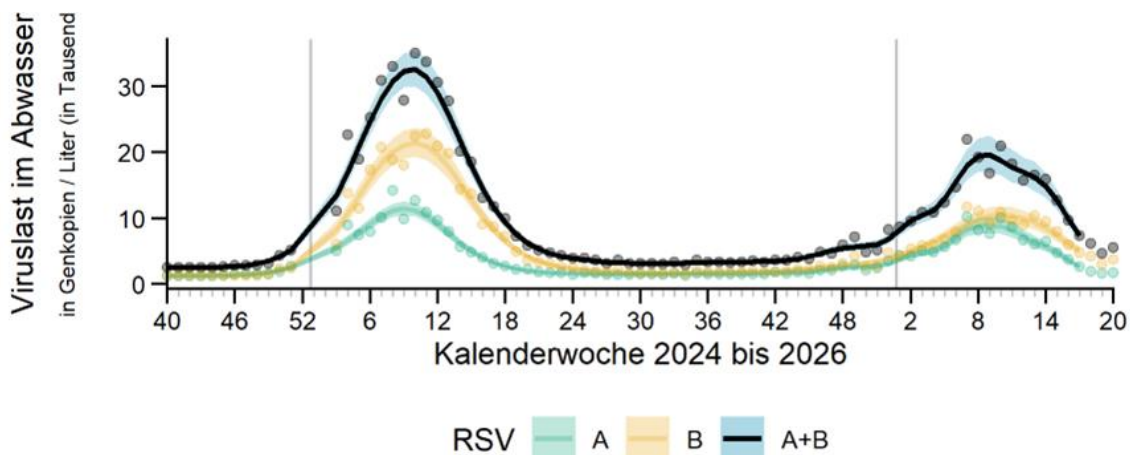


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95%-Konfidenzintervallen (Stand 19.5.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (13.5.2026, 20. 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 20/2026 | DOI: 10.25646/14237