



ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
24. bis 27. Kalenderwoche (8.6. bis 5.7.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Berichterstattung erfolgt bis zur 39. KW monatlich, der nächste ARE-Monatsbericht erscheint am 5.8.2026 (KW 32).

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 sehr niedrige ARE-Aktivität beobachtet, auch die Zahl schwerer Atemwegserkrankungen war in den letzten Wochen sehr niedrig. Die ARE- und SARI-Aktivität befinden sich damit auf einem für diese Jahreszeit üblichen Niveau. Das ARE-Geschehen wird durch Erkältungsviren, vor allem Rhinoviren, bestimmt. Die Aktivität von SARS-CoV-2, RSV und Inflenzaviren ist derzeit in allen Systemen niedrig.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist seit der 22. KW 2026 relativ stabil geblieben und liegt seitdem auf einem sehr niedrigen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE von der 24. bis zur 27. KW 2026 gesunken und befand sich ebenfalls auf einem sehr niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Inflenzaviren wurden von der 24. bis zur 27. KW 2026 in insgesamt 86 der 151 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (36 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainflenzaviren (PIV; 11 %) sowie weitere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels. Inflenzaviren wurden im Berichtszeitraum nicht nachgewiesen.

Im stationären Bereich blieb die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) im Zeitraum von der 24. bis zur 27. KW 2026 stabil auf einem sehr niedrigen Niveau. Unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen wird mittels Nowcasting für die 27. KW eine SARI-Inzidenz auf niedrigem Niveau geschätzt. Weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten von der 24. bis zur 27. KW 2026 eine RSV-, Influenza- oder COVID-19-Diagnose.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Inflenzaviren wurden im Juni 2026 in 38 der 106 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (25 %) und PIV (8 %).

Von der 24. bis zur 27. Meldewoche (MW) wurde an das RKI gemäß IfSG eine niedrige Zahl an Influenza-, COVID-19- und RSV-Fällen übermittelt.

Die Influenza-Viruslast, die SARS-CoV-2- und die RSV-Last im Abwasser blieben 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>.
- 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 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 seit der 22. KW 2026 relativ stabil geblieben. In der 27. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 3.400 ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau (Vorwoche: 3.100; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 2,9 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 27. KW unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

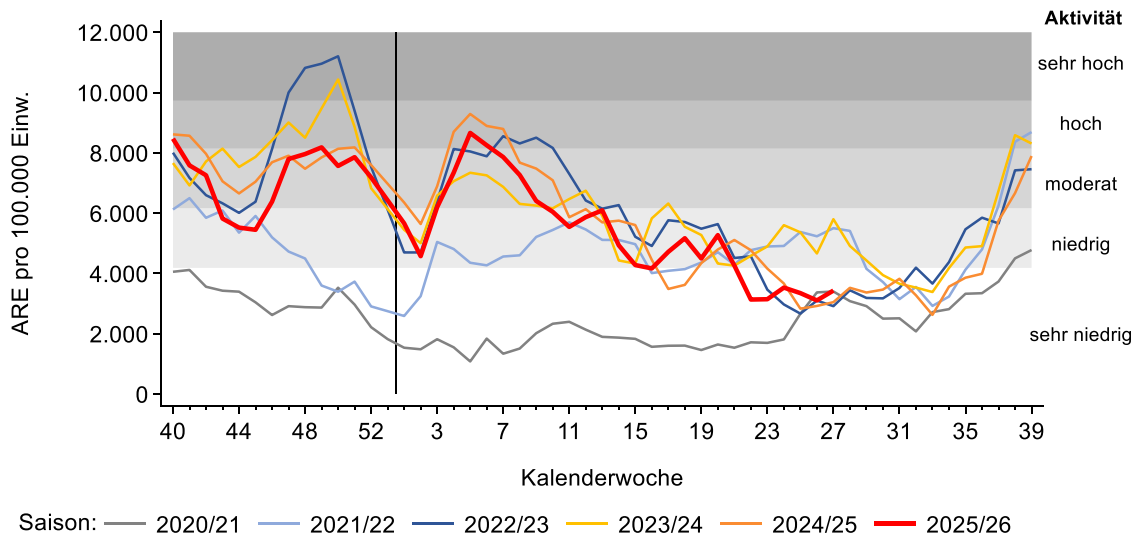


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 27. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.100 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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) lag wie im GrippeWeb-Sentinel seit der 22. KW 2026 auf einem sehr niedrigen Niveau (Abb. 2). In der 27. KW 2026 lag die ARE-Konsultationsinzidenz bei rund 600 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw., das ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 480.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

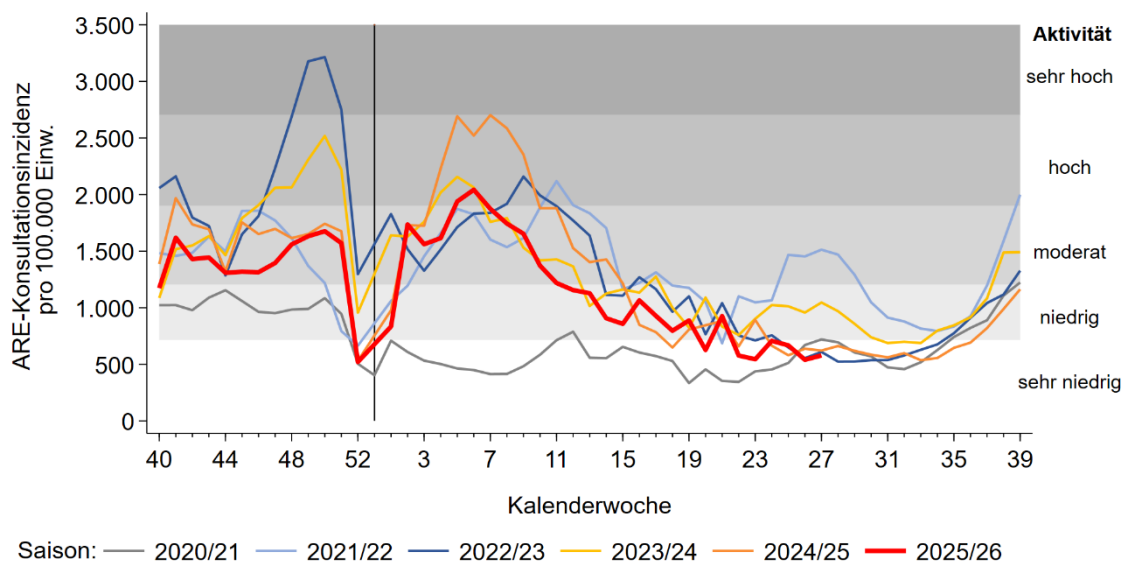


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 27. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 von der 24. bis zur 27. KW 2026 in den Altersgruppen entweder gesunken oder stabil geblieben (Abb. 3). Die Werte befinden sich in allen Altersgruppen auf einem niedrigen oder sehr niedrigen Niveau. Die beginnenden Sommerferien in mehreren Bundesländern können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität haben (Feriendichte in der 27. KW: 24 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte>).

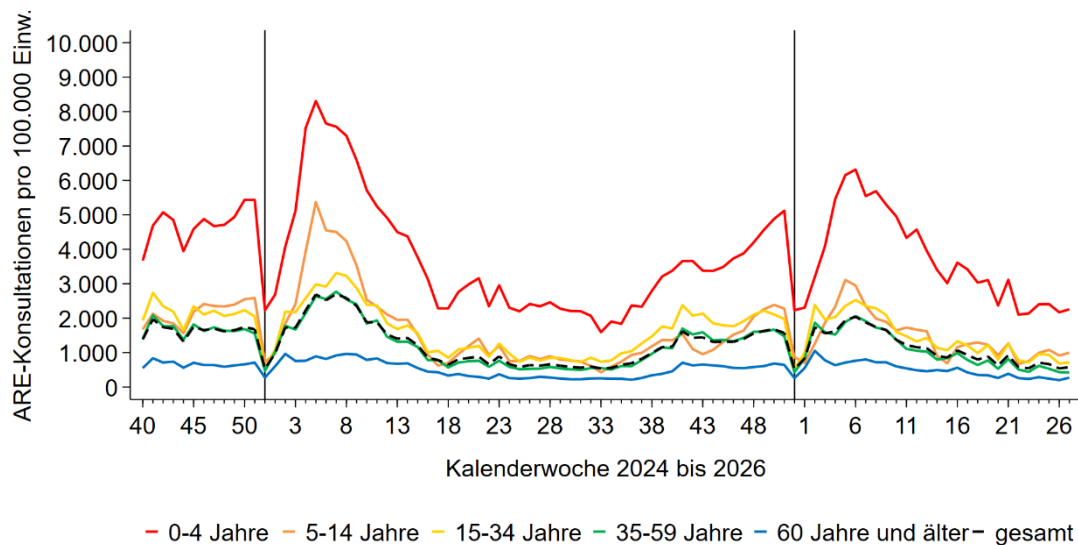


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 27. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel von der 24. bis zur 27. KW 2026 insgesamt 151 Sentinelproben von 31 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 86 (57 %) der 151 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR); 36 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 13 %), Adenoviren (7 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 3 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 2 %) und mit jeweils 1 % Respiratorischen Synzytialviren (RSV) sowie SARS-CoV-2 (Tab. 1 und Abb. 4). Influenzaviren (A und B) sowie Influenza C-Viren wurden von der 24. bis zur 27. KW nicht nachgewiesen. Es gab neun Mehrfachinfektionen, vorrangig bei Kindern bis vier Jahren und hauptsächlich mit Beteiligung von Adenoviren oder Rhinoviren.

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!

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 27. KW 2026), Stand 7.7.2026.

	24. KW	25. KW	26. KW	27. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	42	45	43	21	3.955
Probenanzahl mit Virusnachweis*	24	26	26	10	2.748
Positivenrate (PR)	57 %	58 %	60 %	48 %	69 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	7
A(H3N2)	0	0	0	0	647
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	259
B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2	0	1	0	0	282
RSV	1	1	0	0	250
hMPV	0	2	0	1	128
PIV (1 – 4)	10	1	7	2	247
Rhinoviren	14	17	18	6	805
hCoV	2	2	0	0	296
Adenoviren	4	5	1	1	191
Influenza C-Viren	0	0	0	0	58

* 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.

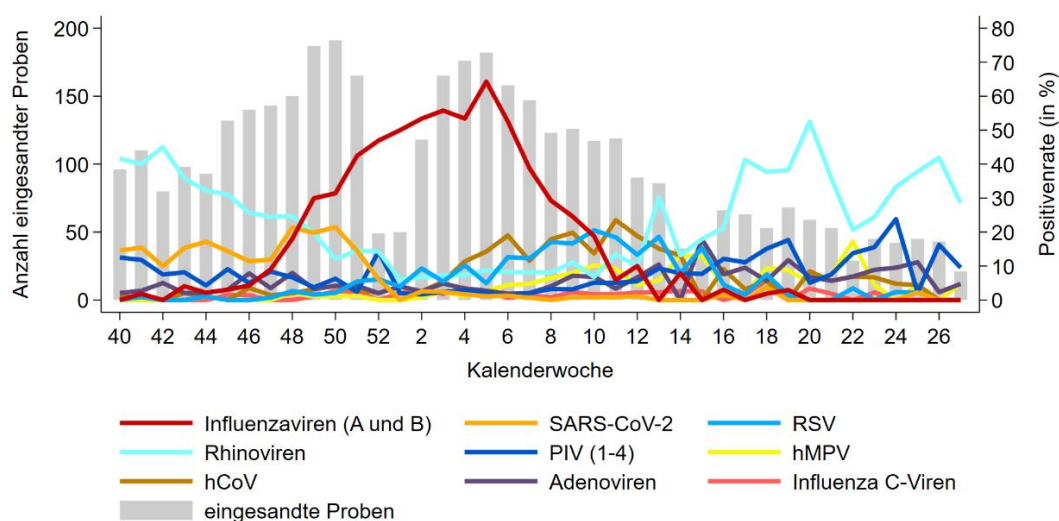


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 27. KW 2026.

Von der 24. bis 27. KW 2026 dominierten Rhinoviren in allen Altersgruppen. PIV wurde ebenfalls in allen Altersgruppen nachgewiesen. HMPV, hCoV und Adenoviren wurden am häufigsten bei den Säuglingen und Kleinkindern (0- bis 4-jährige) detektiert (Abb. 5).

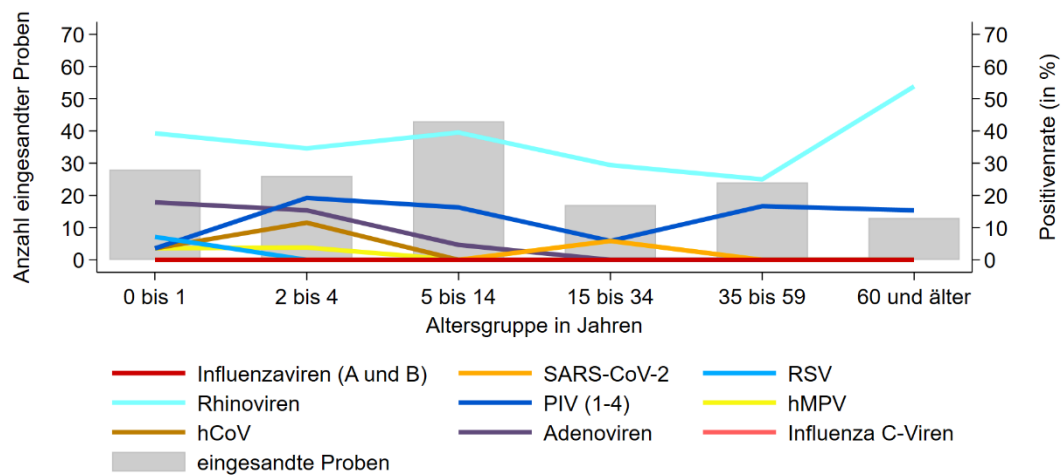


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 24. KW bis zur 27. 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>.

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 wird derzeit nicht zu den Anteilen der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland berichtet.

Sobald Sequenzdaten zur Verfügung stehen, können die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, wöchentlich aktualisiert dem Dashboard entnommen werden:

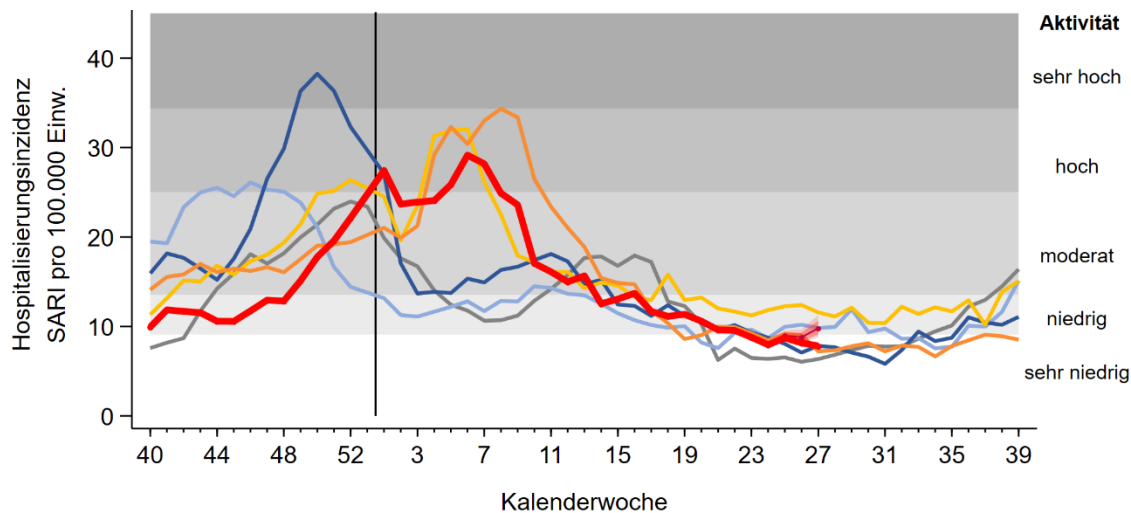
https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) liegt die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 23. KW 2026 durchgehend auf einem für diese Jahreszeit üblichen, sehr niedrigen Niveau. Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 27. KW ebenfalls auf einem sehr niedrigen Niveau.

Das Ergebnis des Nowcasting-Modells zeigt für die 27. KW 2026 einen leichten Anstieg der SARI-Fallzahlen, demzufolge die SARI-Inzidenz in der 27. KW auf einem niedrigen Niveau einzuordnen ist (Abb. 6, rot hinterlegter Bereich).

Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: [RKI - FAQ zu ARE](#).



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

Abb. 6: 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 27. 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.

Von der 24. bis zur 27. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen stabil oder zeigte einen weiteren Rückgang. In der Altersgruppe der 60- bis 79-jährigen zeigte sich in der 27. KW 2026 ein Anstieg. Die SARI-Inzidenz lag im Zeitraum zwischen der 24. und 27. KW 2026 in allen Altersgruppen auf einem niedrigen oder sehr niedrigen Niveau (Abb. 7).

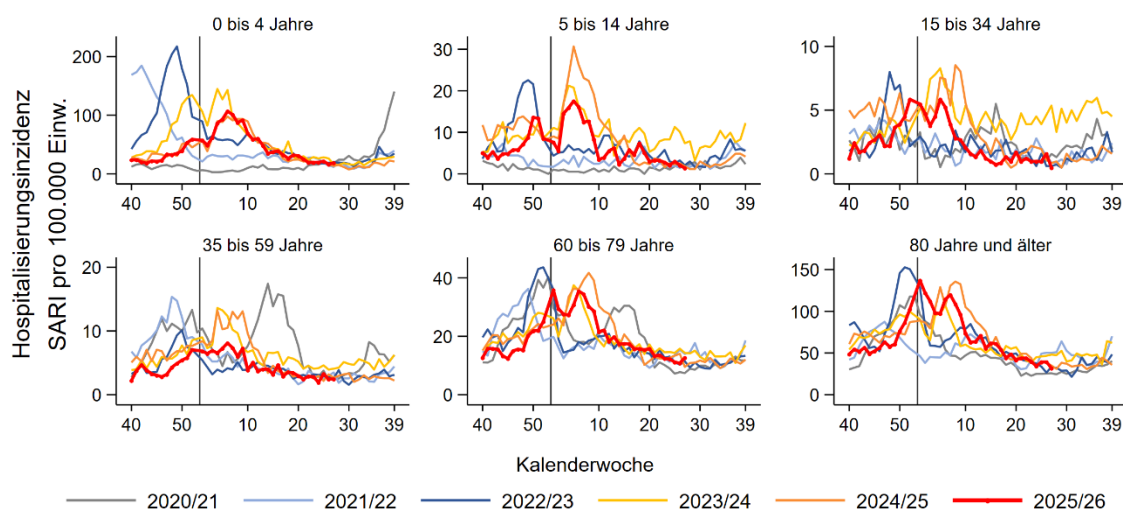


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 27. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Im Zeitraum von der 24. bis zur 27. KW 2026 lag der Anteil der RSV-, Influenza- und COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen jeweils unter 1 % (Abb. 8).

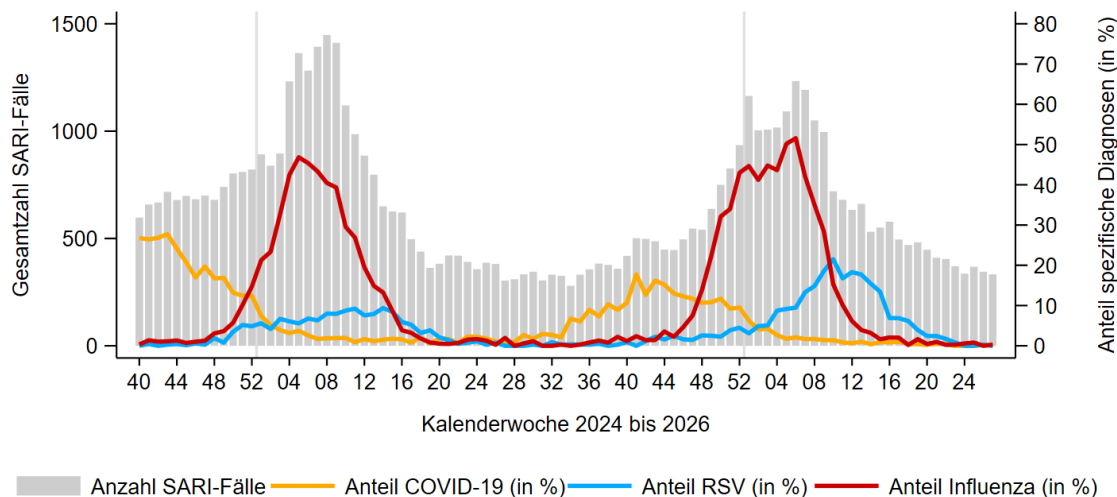


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 27. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

RSV-, Influenza- und COVID-19-Diagnosen wurden bei SARI-Patientinnen und -Patienten in den verschiedenen Altersgruppen nur sporadisch vergeben (Abb. 9).

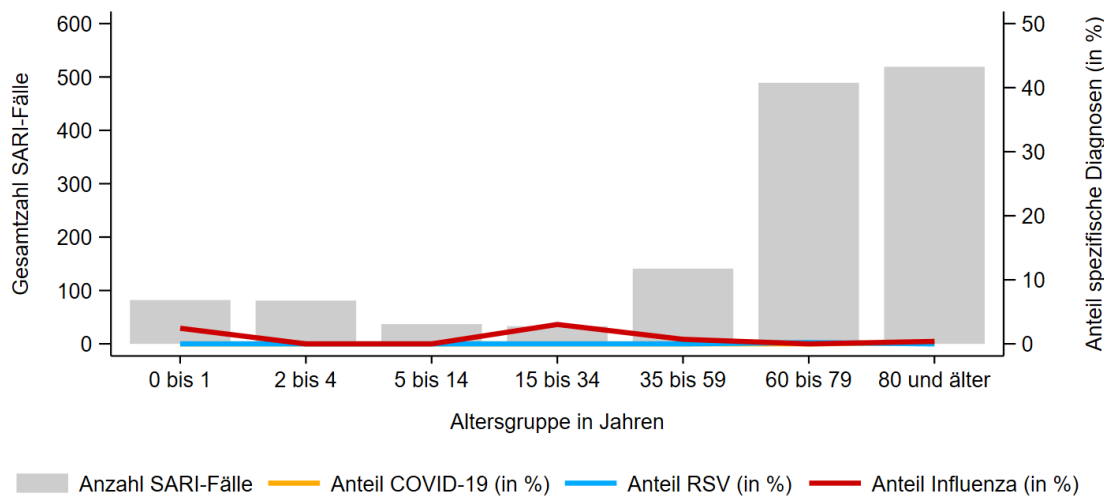


Abb. 9: Anzahl der in der 21. bis 27. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Von der 24. bis zur 27. KW 2026 wurden bei SARI-Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung nur sporadisch eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert (Abb. 10). COVID-19- bzw. RSV-Diagnosen wurden von der 24. bis zur 27. KW 2026 nicht vergeben.

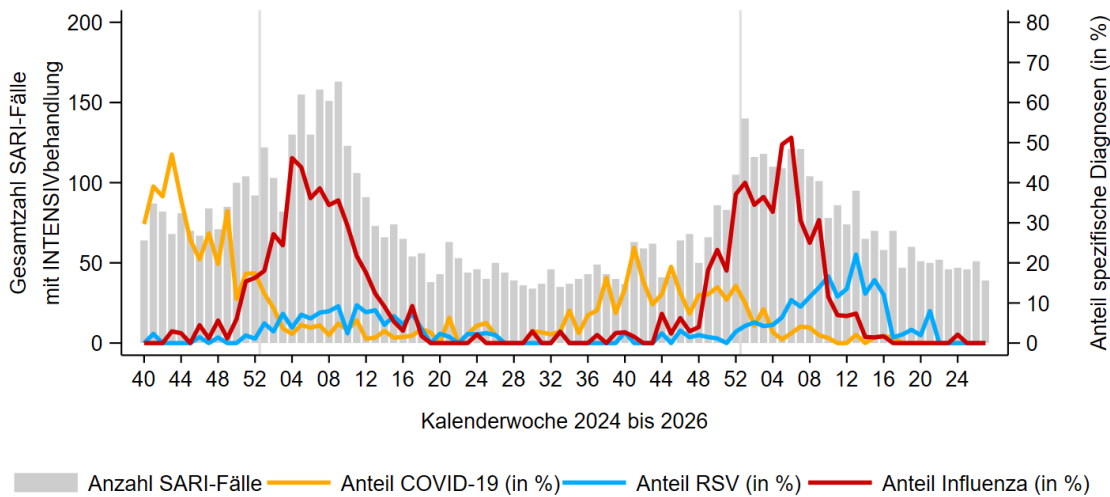


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 27. 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 im Juni 2026 aus sechs der zehn teilnehmenden Kliniken 106 Sentinelproben zugesandt. In 38 (36 %) der 106 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). Im Juni 2026 wurden Rhinoviren (25 %), Parainfluenzaviren (PIV) (8 %), humane Metapneumoviren (hMPV) (4 %), Respiratorische Synzytialviren (RSV; 1 %) sowie humane saisonale Coronaviren (hCoV; 1 %) nachgewiesen (Abb. 11). Influenzaviren (A und B), SARS-CoV-2, Adenoviren und Influenza C-Viren wurden nicht detektiert. Es gab im Juni 2026 drei Doppelinfectionen mit Beteiligung von Rhinoviren.

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 zum 30.6.2026), Stand 7.7.2026.

		März	April	Mai	Juni	Gesamt ab Oktober 2025
Anzahl eingesandter Proben		171	150	136	106	1.485
Probenanzahl mit Virusnachweis*		79	69	57	38	709
Positivenrate (PR)		46 %	46 %	42 %	36 %	48 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
	A(H3N2)	5	1	0	0	127
	A(H1N1)pdm09	5	1	0	0	58
	B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2		0	1	0	0	62
RSV		28	11	2	1	93
hMPV		16	19	8	4	65
PIV (1 – 4)		4	12	16	8	80
Rhinoviren		21	22	28	27	213
hCoV		10	12	1	1	54
Adenoviren		8	2	5	0	33
Influenza C-Viren		1	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.

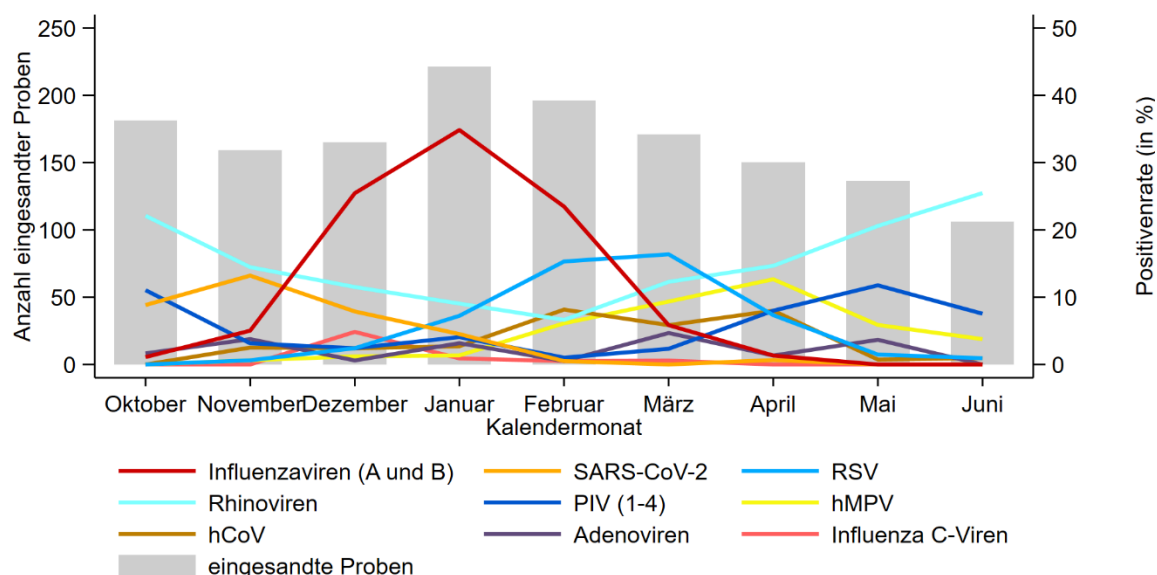


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2025 bis Juni 2026.

Im Juni 2026 dominierten Rhinoviren in fast allen Altersgruppen, insbesondere bei den 0- bis 14-jährigen. PIV wurde ebenfalls bei den 0- bis 14-jährigen häufig nachgewiesen.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 24. bis 27. MW 2026 wurden bislang 209 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 208 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt niedrig. Bei 75 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 7.7.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 243.020 Fälle übermittelt. Davon entfallen 240.767 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 65.162 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.229 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)

	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	73	34	39	33	32	21	229.498
A(H1N1)pdm09	3	1	1	1	0	0	1.457
A(H3N2)	2	0	0	0	0	0	2.352
nicht nach A / B differenziert	2	0	2	0	1	0	4.701
B	26	20	21	18	24	15	2.759
Gesamt	106	55	63	52	57	36	240.767
Hospitalisierte Fälle	29	18	23	19	25	8	65.162

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

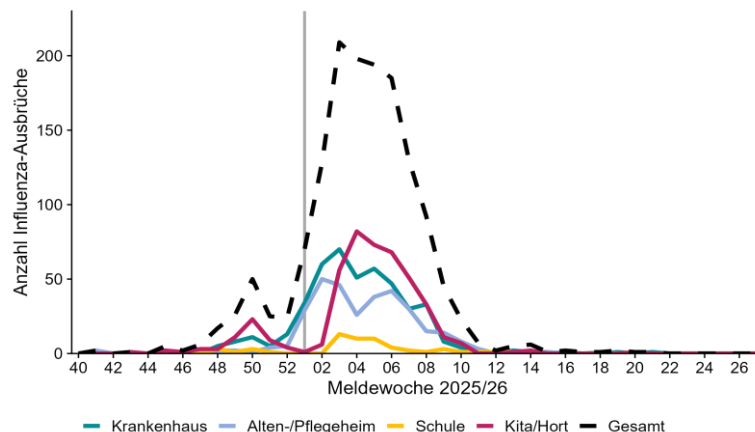
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.461 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 24. bis 27. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

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	1.461
Krankenhaus	447
Alten-/Pflegeheim	322
Schule	56
Kita/Hort	449
sonstige Settings*	187
Anzahl Ausbruchsfälle	19.931
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 24. bis 27. MW 2026 wurden bislang 246 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 245 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten Fälle niedrig. Bei 82 (33 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 7.7.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 117.051 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 115.469 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.664 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.616 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)

	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	82	65	69	66	55	55	115.469
Hospitalisierte Fälle	37	23	29	25	15	13	42.664

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

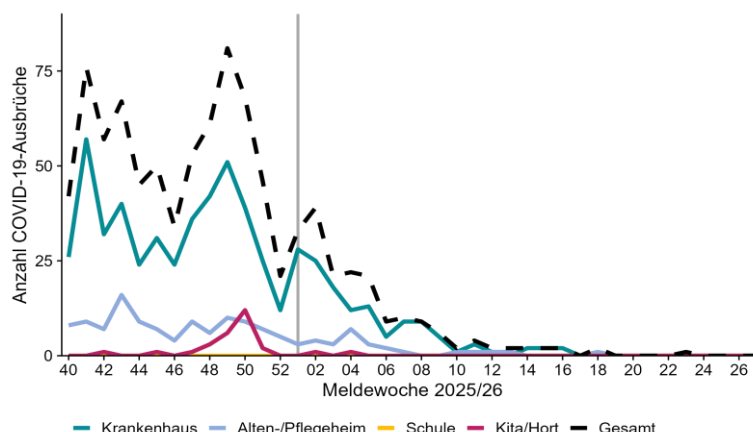
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 890 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 24. bis 27. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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	890
Krankenhaus	574
Alten-/Pflegeheim	134
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	154
Anzahl Ausbruchsfälle	8.738
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 24. bis 27. MW 2026 wurden bislang insgesamt 197 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 194 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt niedrig. Bei 62 (31 %) der laborbestätigten Fälle von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 7.7.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 70.464 Fälle übermittelt. Davon entfallen 68.524 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 20.587 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 441 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 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)

	22. MW	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	194	112	80	47	38	29	68.524
Hospitalisierte Fälle	77	49	26	12	13	11	20.587

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

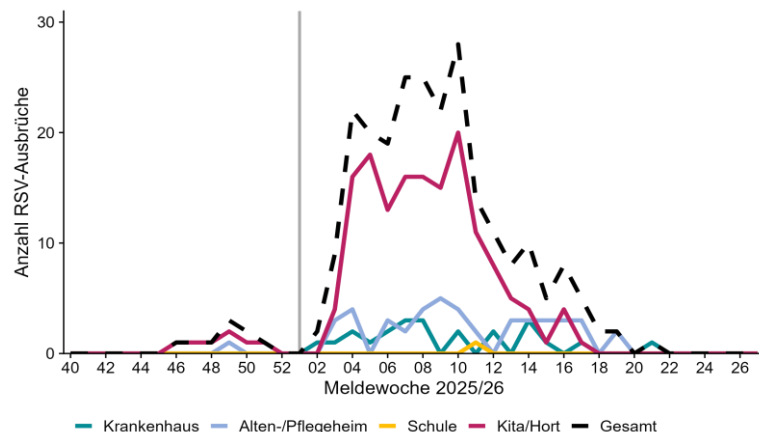
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 247 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 24. bis 27. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

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.

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	247
Krankenhaus	23
Alten-/Pflegeheim	45
Schule	1
Kita/Hort	159
sonstige Settings*	19
Anzahl Ausbruchsfälle	2.474
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,0

*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 24. bis 27. KW 2026 wurden Daten aus insgesamt 76 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 12).

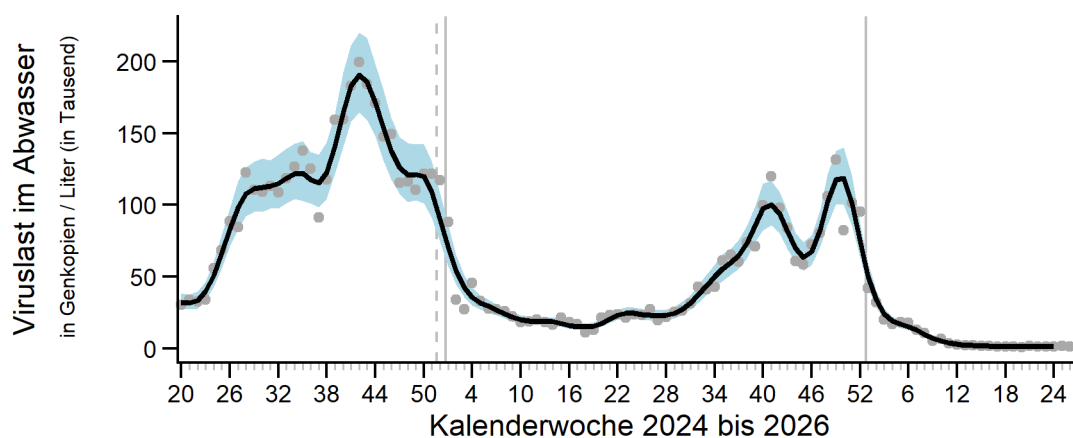


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 7.7.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (1.7.2026, 27. 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 24. bis 27. KW wurden Daten aus insgesamt 76 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza-Viruslast im Abwasser sind weiterhin niedrig (Abb. 13).

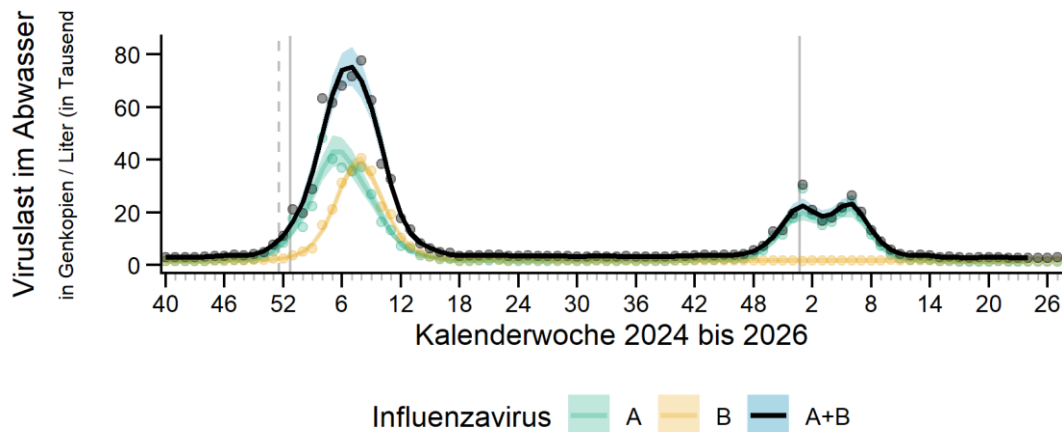


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 7.7.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (1.7.2026, 27. 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 24. bis 27. KW wurden Daten aus insgesamt 73 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B niedrig (Abb. 14).

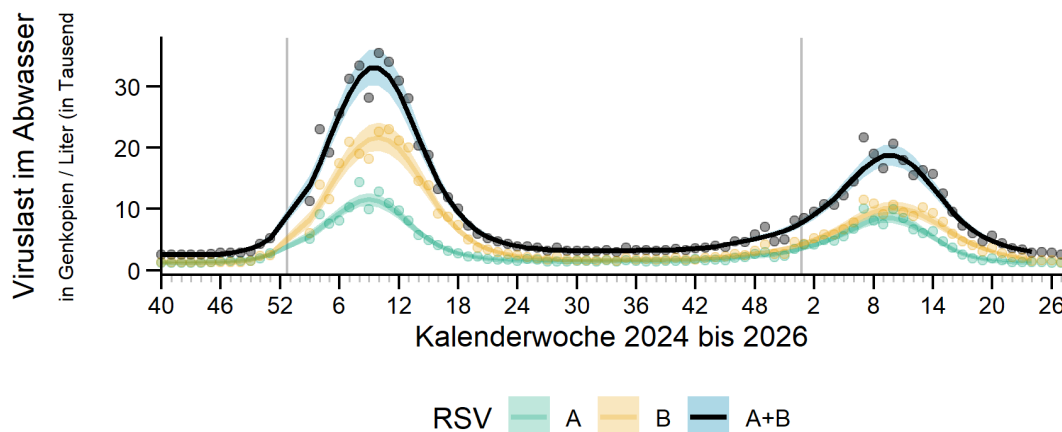


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 7.7.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (1.7.2026, 27. 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 24-27/2026 | DOI: 10.25646/14270