



ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
28. bis 31. Kalenderwoche (6.7. bis 2.8.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Berichterstattung erfolgt bis zur 39. KW monatlich, der nächste ARE-Monatsbericht erscheint am 2.9.2026 (KW 36).

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 und im ambulanten Bereich ist in den letzten acht Wochen relativ stabil geblieben und liegt auf einem sehr niedrigen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Inflenzaviren wurden von der 28. bis zur 31. KW 2026 in insgesamt 56 der 128 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (37 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainflenzaviren (PIV) und Adenoviren (jeweils mit 10 %) sowie weitere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels. Inflenzaviren wurden in einer Probe in der 30. KW 2026 nachgewiesen.

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den letzten acht Wochen tendenziell leicht gesunken und befindet sich in allen Altersgruppen auf einem sehr niedrigen Niveau. Von der 28. bis zur 31. KW 2026 wurden RSV-, Influenza- oder COVID-19-Diagnosen jeweils in weniger als 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten vergeben, unabhängig von der Altersgruppe.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Inflenzaviren wurden im Juli 2026 in 24 der 92 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (17 %) und PIV (5 %).

Von der 26. bis zur 31. Meldewoche (MW) wurde an das RKI gemäß IfSG wöchentlich unter 100 Fälle mit Influenza übermittelt. Auch die Zahl der übermittelten COVID-19- und RSV-Fälle blieb seit der 26. KW unter 100 pro Woche.

Die im Abwasser gemessene SARS-CoV-2-Viruslast ist weiterhin sehr niedrig. Die Influenza-Viruslast ist ebenfalls niedrig. Die RSV-Messungen sind im Sommer stark eingeschränkt, weshalb für RSV ab der 27. KW keine aggregierte Viruslast berechnet wird.

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. Dabei sind die Werte bei den Kindern bis 14 Jahre in den letzten zwei Wochen deutlich gesunken und bei den Erwachsenen leicht gestiegen. In der 31. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 3.000 ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau (Vorwoche: 3.300; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 2,5 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 31. KW unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

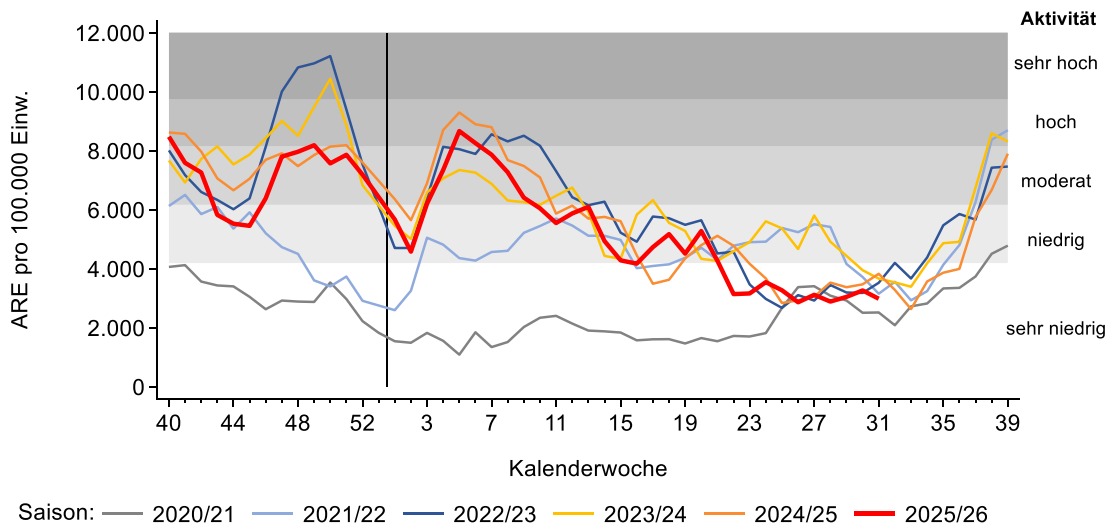


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 31. KW 2026). Daten von durchschnittlich etwa 13.000 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 31. KW 2026 lag die ARE-Konsultationsinzidenz bei rund 500 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw., das ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 440.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

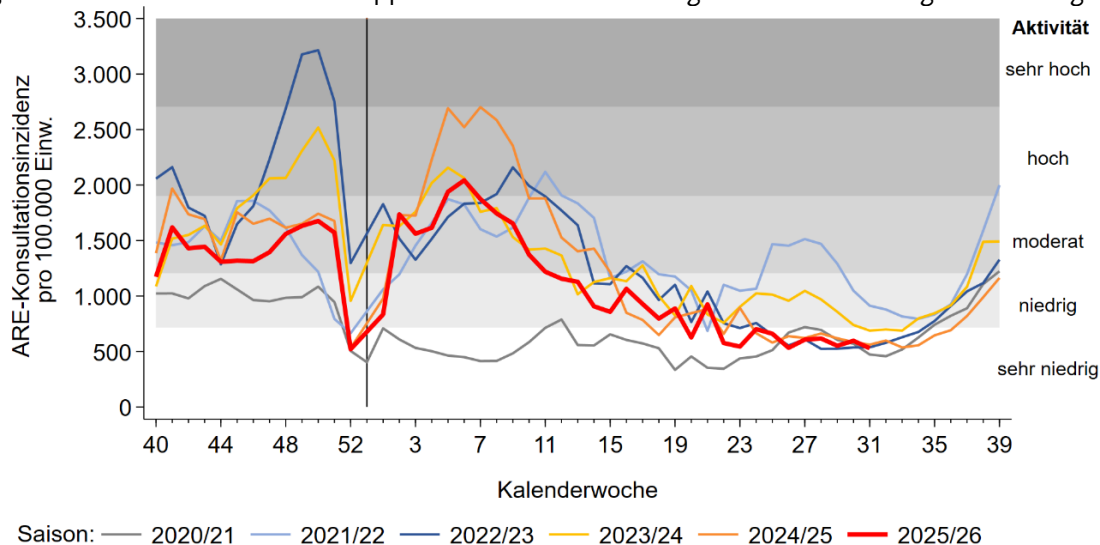


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 31. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der 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 28. bis zur 31. KW 2026 in den Altersgruppen entweder gesunken oder stabil geblieben (Abb. 3). Die Werte befinden sich in allen Altersgruppen in der 31. KW auf einem sehr niedrigen Niveau. Die anhaltenden Sommerferien in vielen Bundesländern können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität haben (Feriendichte in der 31. KW: bis zu 84 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte>).

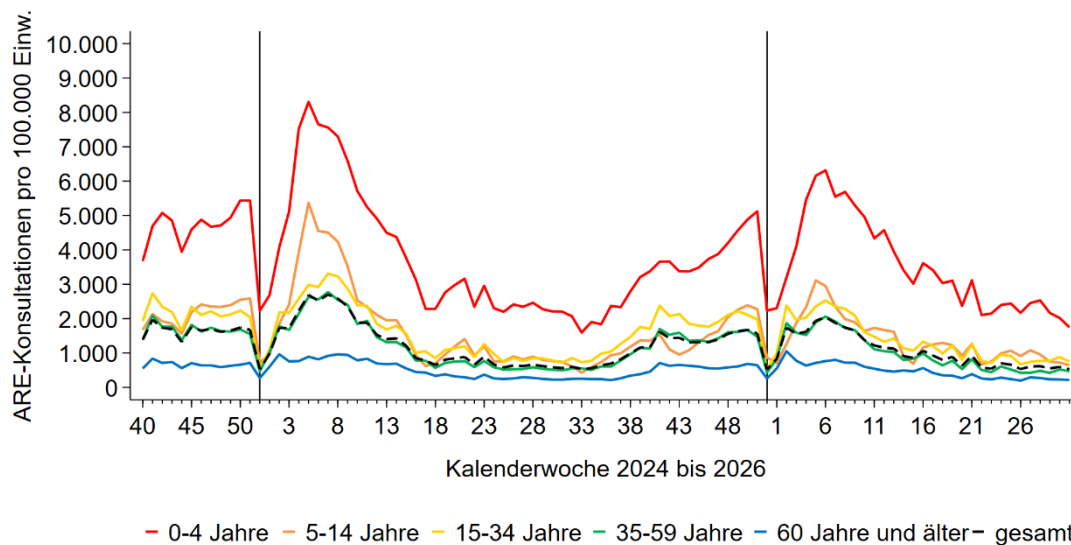


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 31. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel von der 28. bis zur 31. KW 2026 insgesamt 128 Sentinelproben von 31 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 59 (46 %) der 128 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR); 37 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV) und Adenoviren mit jeweils 10 %, humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und humanen Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 2 % und mit jeweils 1 % SARS-CoV-2, Influenzaviren (A und B) sowie Influenza C-Viren (Tab. 1 und Abb. 4). Respiratorischen Synzytialviren (RSV) wurden von der 28. bis zur 31. KW nicht nachgewiesen. Es gab fünf Mehrfachinfektionen, vorrangig bei Kindern bis zwei 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-Sentinels im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 31. KW 2026), Stand 4.8.2026.

		28. KW	29. KW	30. KW	31. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		36	34	34	24	4.094
Probenanzahl mit Virusnachweis*		21	7	17	14	2.813
	Positivenrate (PR)	58 %	21 %	50 %	58 %	69 %
Inflenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	7
	A(H ₃ N ₂)	0	0	1	0	648
	A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	0	0	259
	B	0	0	0	0	2
SARS-CoV-2		0	0	1	0	283
RSV		0	0	0	0	250
hMPV		1	0	1	0	130
PIV (1 – 4)		5	0	2	3	258
Rhinoviren		11	7	8	11	846
hCoV		1	0	1	0	298
Adenoviren		3	0	6	1	202
Influenza C-Viren		0	0	1	0	59

* 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.

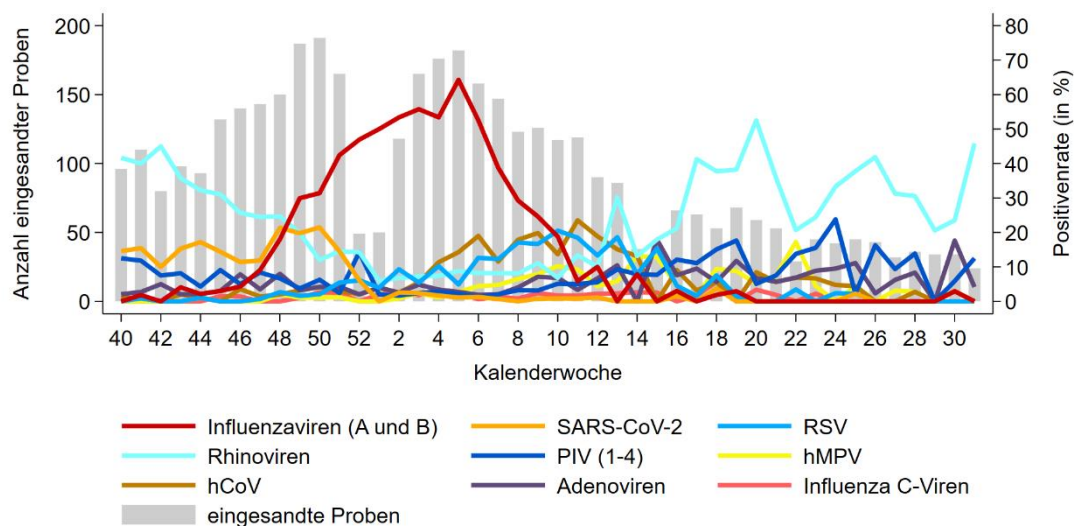


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 31. KW 2026.

Von der 28. bis 31. KW 2026 dominierten Rhinoviren in allen Altersgruppen. PIV wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen nachgewiesen. Adenoviren wurden bei den Kindern bis 14 Jahren detektiert (Abb. 5).

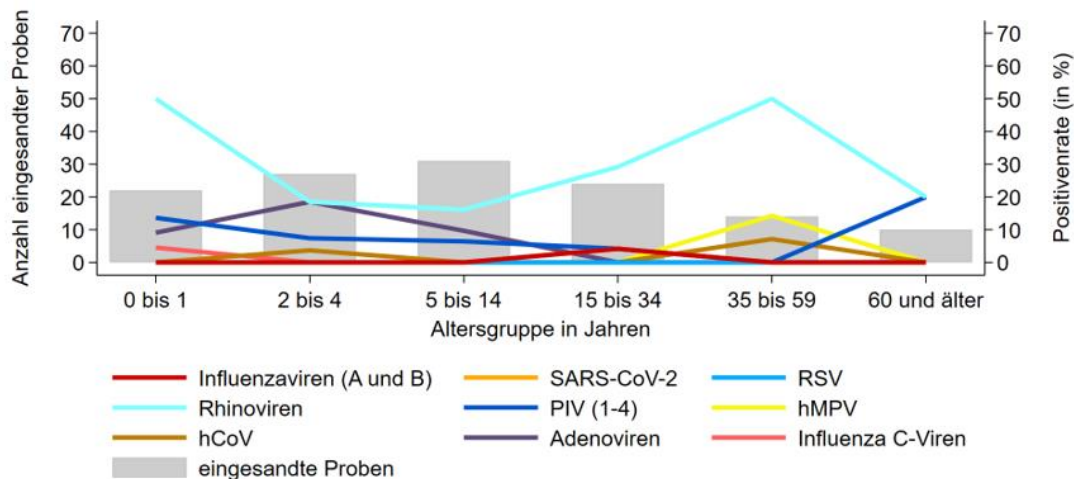


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 28. KW bis zur 31. 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) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 23. KW 2026 tendenziell sinkend und lag fast durchgehend auf einem für diese Jahreszeit üblichen, sehr niedrigen Niveau. Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 31. KW ebenfalls auf einem sehr niedrigen Niveau.

Das Ergebnis des Nowcasting-Modells bestätigt für die 31. KW 2026 die Einordnung der SARI-Inzidenz auf einem sehr niedrigen Niveau (Abb. 6, rot hinterlegter Bereich).

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

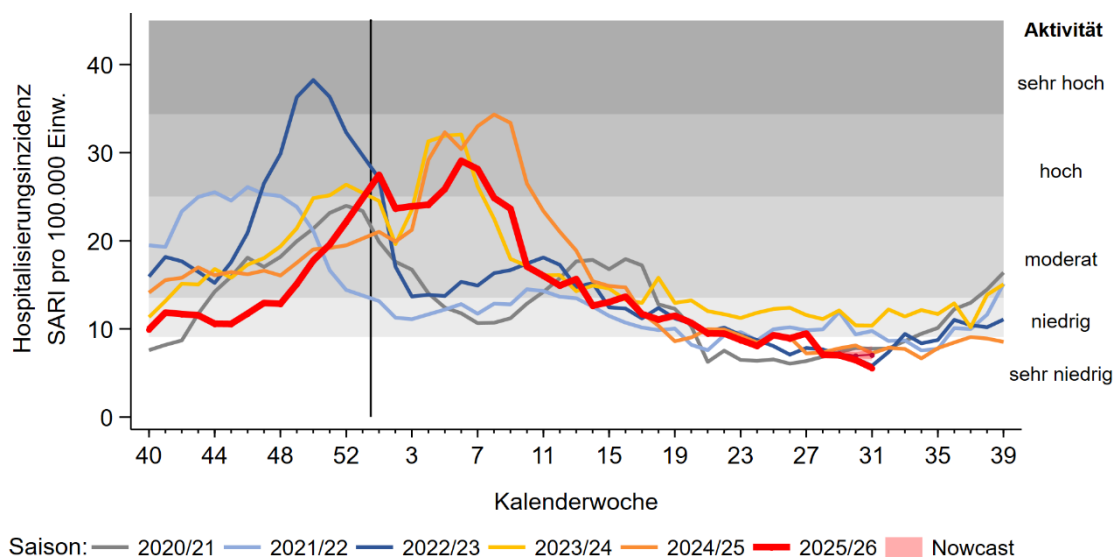


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 31. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. 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 28. bis zur 31. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen stabil oder zeigte einen weiteren Rückgang. Die SARI-Inzidenz lag im Zeitraum zwischen der 28. und 31. KW 2026 in allen Altersgruppen auf sehr niedrigem Niveau (Abb. 7).

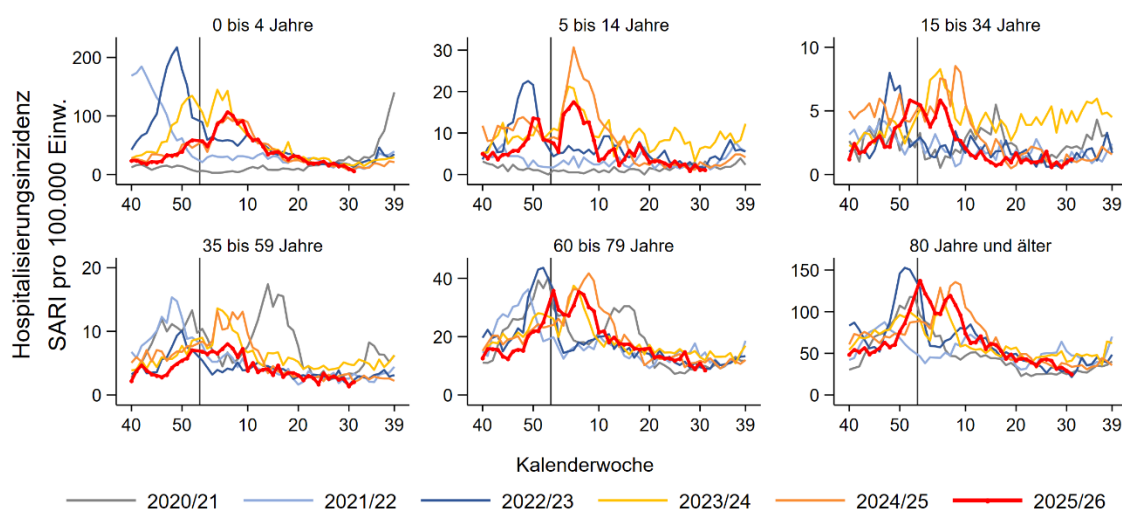


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 31. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Im Zeitraum von der 28. bis zur 31. KW 2026 traten RSV-, Influenza- und COVID-19-Diagnosen nur sporadisch auf und ihr Anteil an allen SARI-Fällen lag jeweils unter 1 % (Abb. 8).

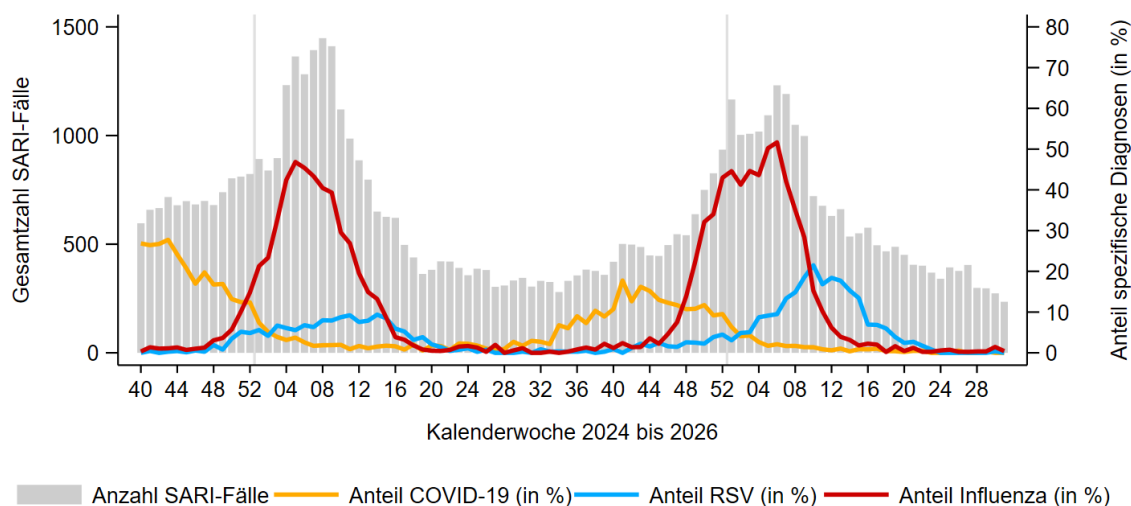


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 31. 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).

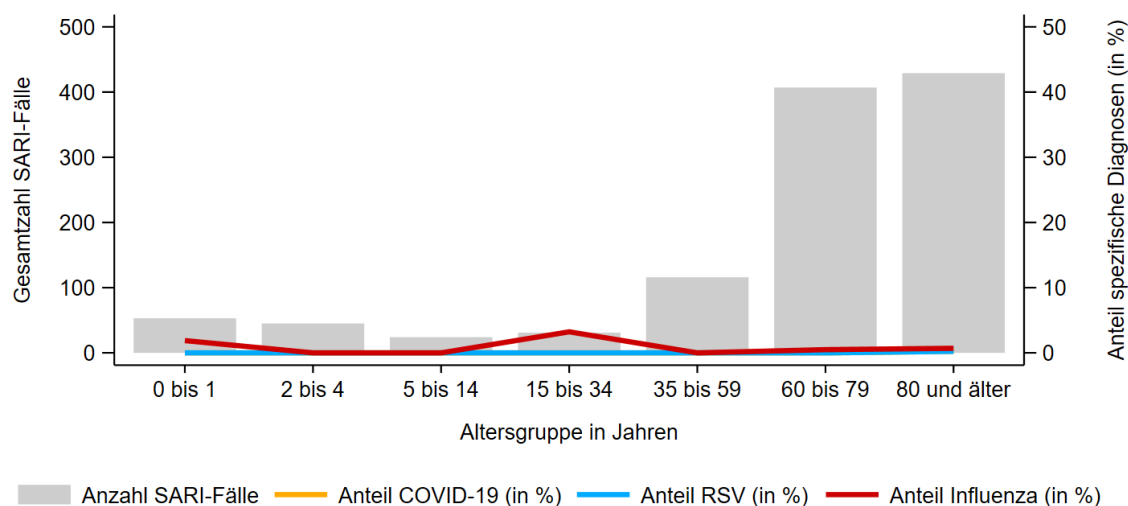


Abb. 9: Anzahl der in der 28. bis 31. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) 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 28. bis zur 31. KW 2026 wurden bei SARI-Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung Influenza- COVID-19- bzw. RSV-Diagnosen nicht vergeben (Abb. 10).

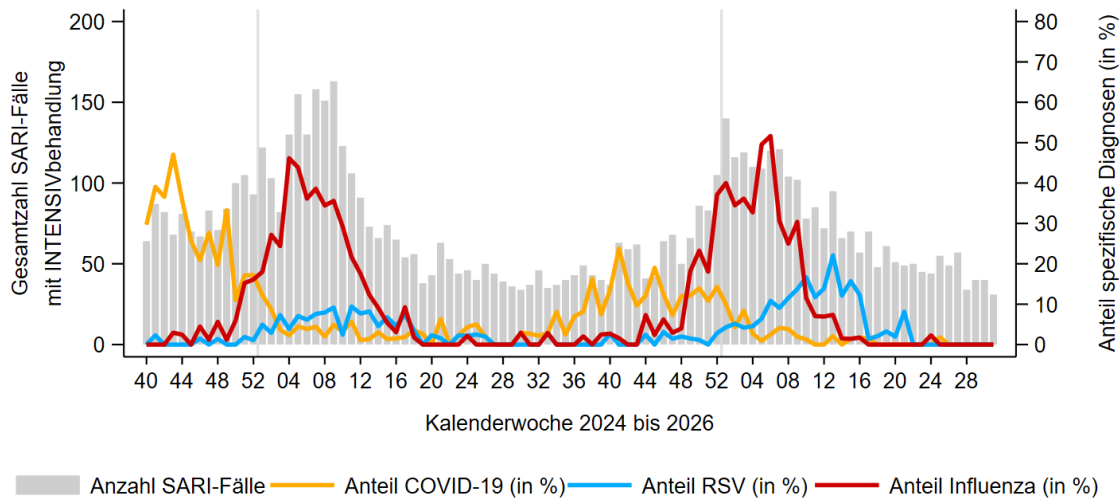


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 31. 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 Juli 2026 aus sieben der zehn teilnehmenden Kliniken 92 Sentinelproben zugesandt. In 24 (26 %) der 92 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). Im Juli 2026 wurden Rhinoviren (17 %), Parainfluenzaviren (PIV) (5 %), Adenoviren (2 %), sowie Influenzaviren (A und B) und humane Metapneumoviren (hMPV) (mit jeweils 1 %) nachgewiesen (Abb. 11). SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Coronaviren (hCoV) und Influenza C-Viren wurden nicht detektiert. Es gab im Juli 2026 eine Doppelinfektion mit Beteiligung von 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 zum 31.7.2026), Stand 4.8.2026.

	April	Mai	Juni	Juli	Gesamt ab Oktober 2025
Anzahl eingesandter Proben	150	136	110	92	1.581
Probenanzahl mit Virusnachweis*	69	57	40	24	735
Positivenrate (PR)	46 %	42 %	36 %	26 %	46 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	1	0	0	1	128
A(H1N1)pdm09	1	0	0	0	58
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	1	0	0	0	62
RSV	11	2	1	0	93
hMPV	19	8	4	1	66
PIV (1 – 4)	12	16	8	5	85
Rhinoviren	22	28	29	16	231
hCoV	12	1	1	0	54
Adenoviren	2	5	0	2	35
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.

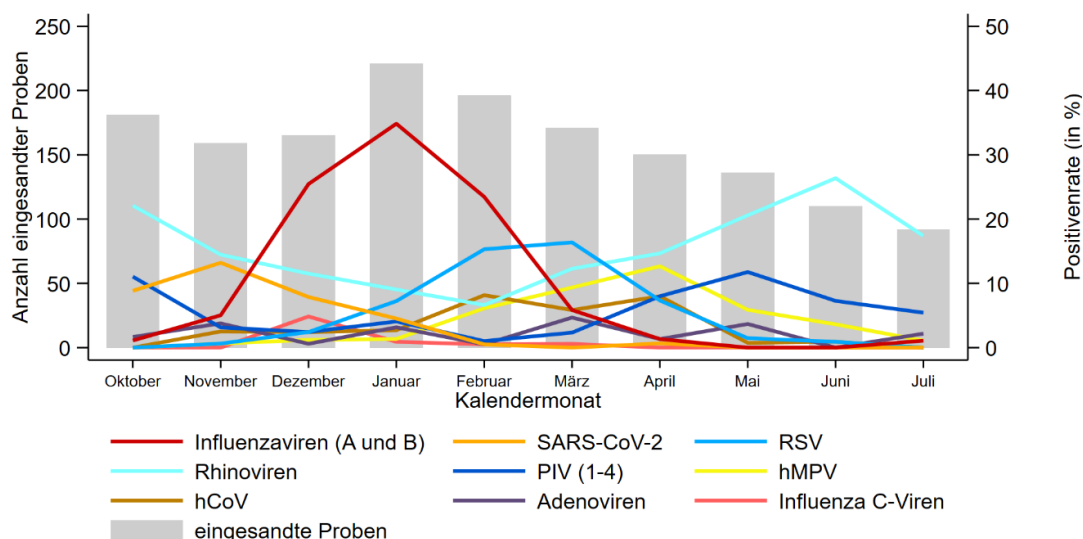


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2025 bis Juli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

Im Juli 2026 dominierten Rhinoviren in allen Altersgruppen. PIV wurde bei den 0- bis 1-jährigen sowie den 60- bis 79-jährigen häufig nachgewiesen.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 28. bis 31. MW 2026 wurden bislang 215 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfielen alle 215 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt niedrig. In den letzten drei Wochen war die Anzahl der übermittelten Fälle auf niedrigem Niveau leicht ansteigend (37, 61, 79 Fälle). Bei 66 (31 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 4.8.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 243.261 Fälle übermittelt. Davon entfielen 241.008 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 65.265 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.236 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)

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	32	22	26	28	49	66	229.680
A(H1N1)pdm09	0	0	1	0	1	0	1.459
A(H3N2)	0	0	0	0	2	0	2.354
nicht nach A / B differenziert	1	0	1	0	0	2	4.714
B	24	17	10	9	9	11	2.801
Gesamt	57	39	38	37	61	79	241.008
Hospitalisierte Fälle	25	13	16	16	15	19	65.265

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

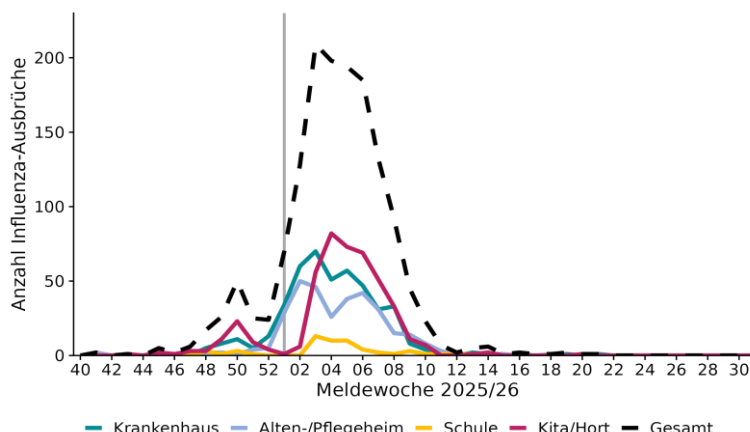
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.463 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 28. bis 31. MW 2026 wurden bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

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	1.463
Krankenhaus	448
Alten-/Pflegeheim	323
Schule	56
Kita/Hort	450
sonstige Settings*	186
Anzahl Ausbruchsfälle	19.951
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 28. bis 31. MW wurden bislang 265 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 263 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt niedrig. Bei 66 (25 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 4.8.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 117.351 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 115.766 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 42.765 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.621 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)

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	55	58	74	65	60	64	115.766
Hospitalisierte Fälle	15	15	20	18	10	18	42.765

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

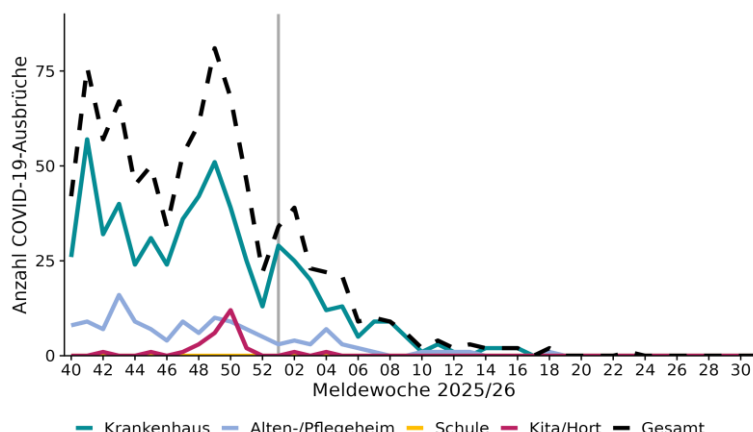
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 895 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 28. bis 31. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

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	895
Krankenhaus	578
Alten-/Pflegeheim	134
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	155
Anzahl Ausbruchsfälle	8.774
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 28. bis 31. MW 2026 wurden bislang insgesamt insgesamt 78 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen 72 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt niedrig. Bei 23 (32 %) der laborbestätigten Fälle von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 04.8.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 70.554 Fälle übermittelt. Davon entfallen 68.608 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 20.632 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 445 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)

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	38	31	35	14	16	7	68.608
Hospitalisierte Fälle	15	15	6	8	6	3	20.632

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

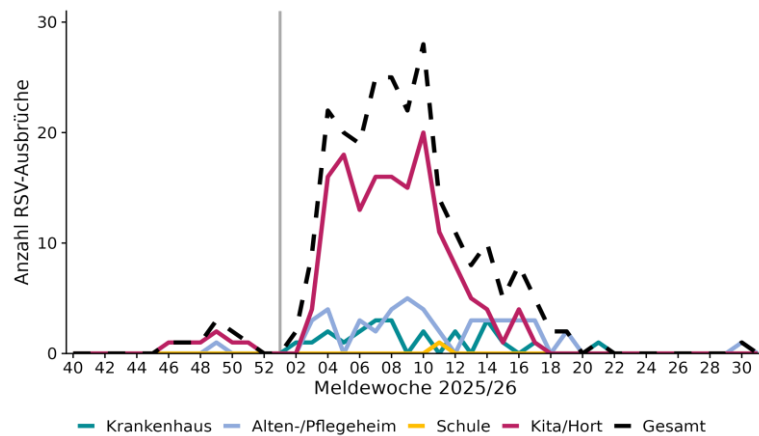
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 248 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 28. bis 31. MW 2026 wurden bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

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	248
Krankenhaus	23
Alten-/Pflegeheim	46
Schule	1
Kita/Hort	159
sonstige Settings*	19
Anzahl Ausbruchsfälle	2.481
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, Influenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 28. bis 31. KW 2026 wurden Daten aus insgesamt 70 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser ist weiterhin niedrig (Abb. 12).

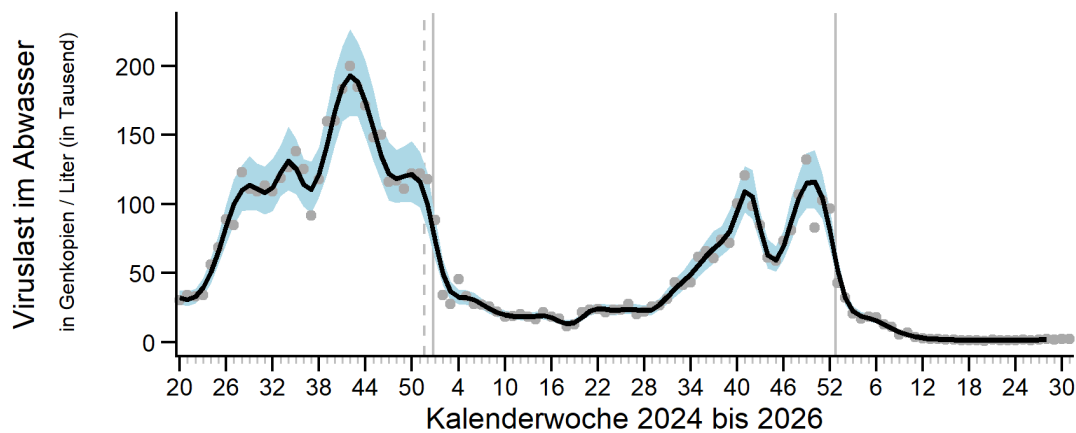


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 4.8.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (29.7.2026, 31. 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 28. bis 31. KW wurden Daten aus insgesamt 69 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte für die Influenza-Viruslast im Abwasser sind weiterhin niedrig (Abb. 13). Trotz der insgesamt niedrigen, aggregierten Viruslast wurde in den vergangenen Wochen jeweils in mindestens einer Kläranlage eine Influenza-Viruslast oberhalb der Bestimmungsgrenze detektiert.

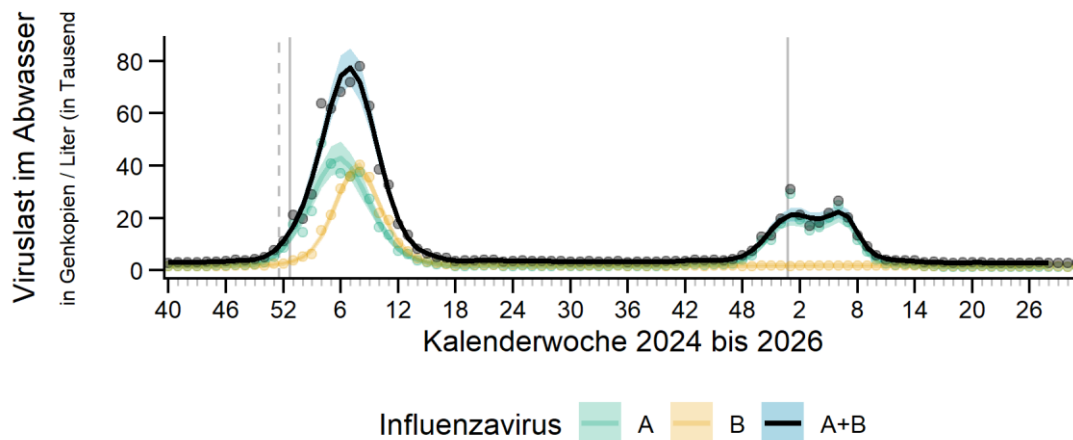


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 4.8.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (29.7.2026, 31. 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 28. bis 31. KW wurden in keiner Woche die Mindestanzahl an Daten von 20 Kläranlagen erreicht, da die RSV-Messungen im Sommer stark eingeschränkt sind. Deshalb wurde für RSV A und RSV B keine aggregierte Viruslast berechnet (Abb. 14).

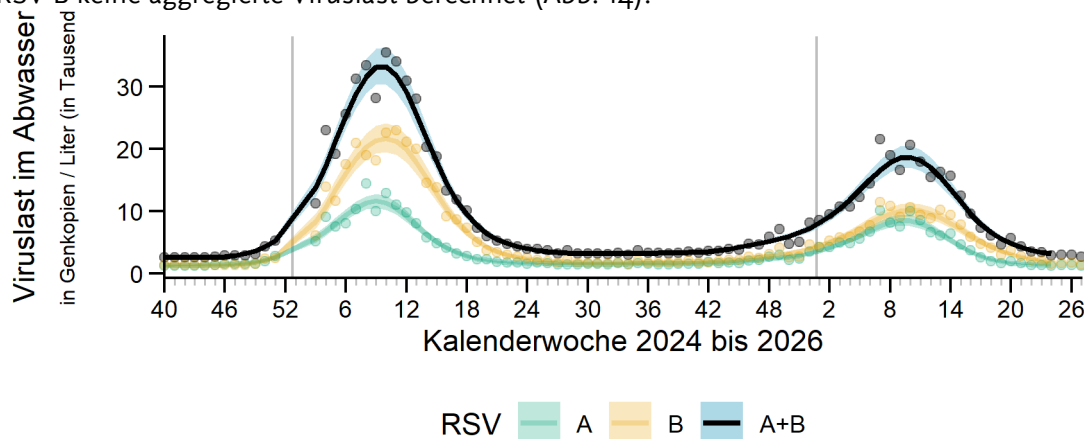


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 4.8.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die bisherigen Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme am Mittwoch, 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 28-31/2026 | DOI: 10.25646/14293