



ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
36. bis 39. Kalenderwoche (31.8. bis 27.9.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Dies ist der letzte ARE-Monatsbericht der Saison 2025/26. Ab dem 7.10.2026 (KW 41) erfolgt die ausführliche Berichterstattung wieder wöchentlich.

Die ARE-Aktivität ist auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich weiter angestiegen. Dies ist eine für diese Jahreszeit übliche Beobachtung. Das ARE-Geschehen wird weiterhin durch Erkältungsviren, vor allem Rhinoviren und Parainfluenzaviren, bestimmt. Die Aktivität von SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV ist derzeit in allen Systemen niedrig, wobei sich jedoch in einigen Systemen in den letzten Wochen erste Signale für einen leichten Anstieg der SARS-CoV-2- und Influenza-Aktivität zeigten.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist seit der 33. KW 2026 gestiegen und befand sich in der 39. KW auf einem moderaten Niveau. Auch im ambulanten Bereich ist die Zahl der ARE-Arztbesuche weiter gestiegen und lag ebenfalls auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 36. bis zur 39. KW 2026 in insgesamt 137 der 234 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Es zirkulierten vorwiegend Rhinoviren (38 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 13 %) sowie weitere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels. Influenzaviren A-Viren und SARS-CoV-2 wurden im Berichtszeitraum sporadisch nachgewiesen.

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den letzten vier Wochen (36. KW bis 39. KW) leicht gestiegen und befindet sich in der 39. KW 2026 noch auf einem sehr niedrigen Niveau. Von der 36. bis zur 39. KW 2026 wurden Influenza- und COVID-19-Diagnosen durchgehend bei jeweils höchstens 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten sowie sporadisch RSV-Diagnosen vergeben.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden im September 2026 in 18 der 56 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, ausschließlich Rhinoviren (30 %) und PIV (4 %).

Von der 36. bis zur 39. Meldewoche (MW) war die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirus-, RSV- und SARS-CoV-2-Infektion weiter niedrig bei leicht steigenden Influenza- und COVID-19-Fallzahlen.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde im Zeitraum 34. bis 37. KW 2026 mit 14 Nachweisen am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien detektiert.

Die im Abwasser gemessene SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig mit weiter leicht steigendem Trend. Die Influenza-Viruslast ist ebenfalls 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
- COVID-19, Influenza, RSV und akuten Atemwegserkrankungen allgemein: <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>
- WHO-Empfehlungen zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs für die Südhalbkugel 2027 wurden am 25.9.2026 veröffentlicht: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2027-southern-hemisphere-influenza-season>

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist seit der 33. KW wie auch in den Vorjahren insgesamt und in allen Altersgruppen gestiegen. In der 39. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 8.000 ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau und innerhalb des für diese Jahreszeit üblichen Wertebereichs (Vorwoche: 6.600; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,6 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 39. KW unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter:

<https://www.rki.de/grippeweb>.

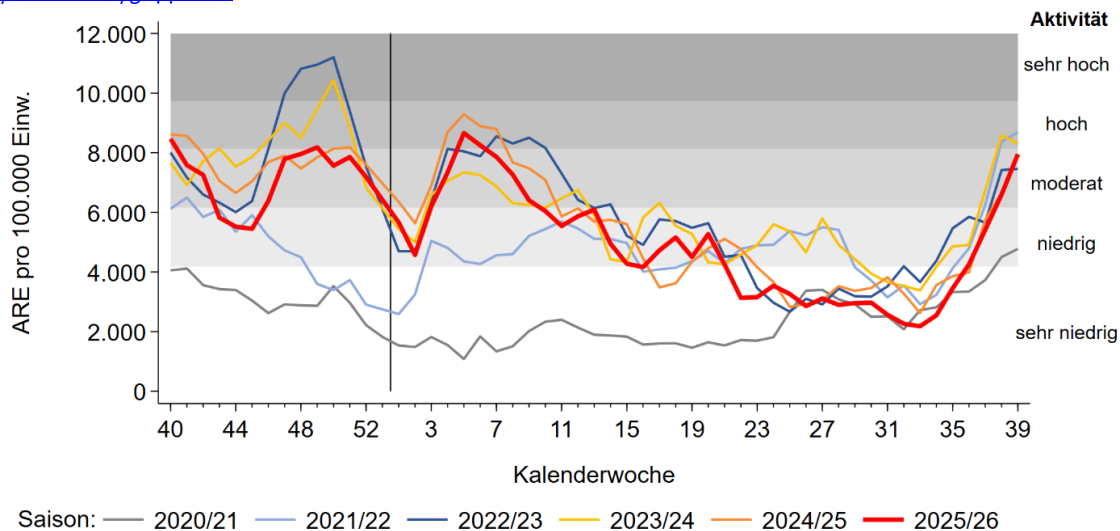


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26. Daten von durchschnittlich etwa 13.000 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. 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) ist wie im GrippeWeb-Sentinel seit dem Tiefstwert in der 32. KW z.T. deutlich gestiegen und lag in der 39. KW knapp über der Schwelle zu einem moderaten Niveau (Abb. 2). In der 39. KW 2026 lag die ARE-Konsultationsinzidenz bei rund 1.200 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw., das ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa einer Million Arztbesuche wegen akuten Atemwegserkrankungen.

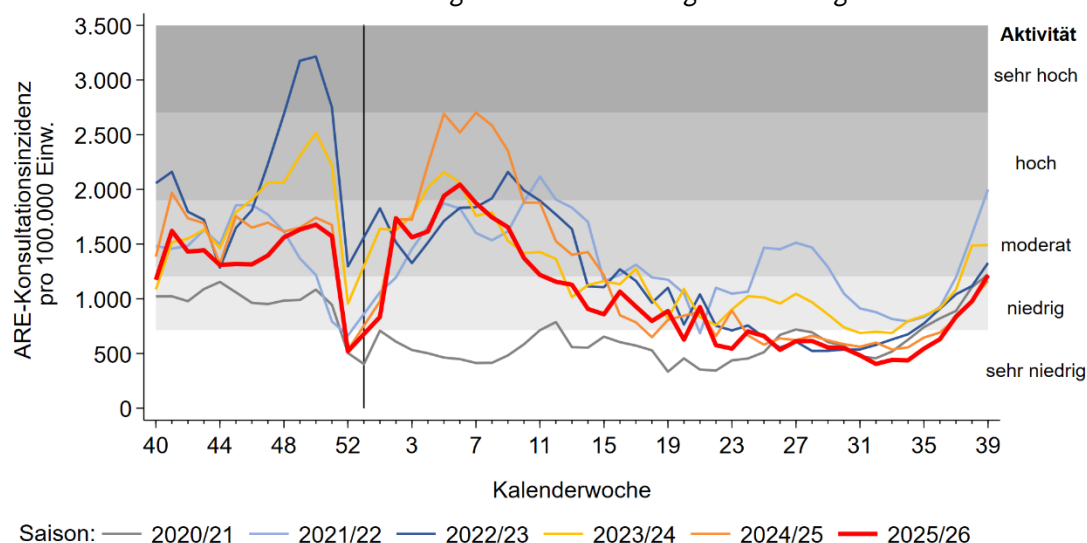


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26. In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden 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 36. bis zur 39. KW 2026 in allen Altersgruppen gestiegen (Abb. 3). Die Werte befanden sich in der 39. KW in den Altersgruppen von 15 bis 59 Jahren auf einem moderaten Niveau, in den anderen drei Altersgruppen noch im niedrigen Bereich.

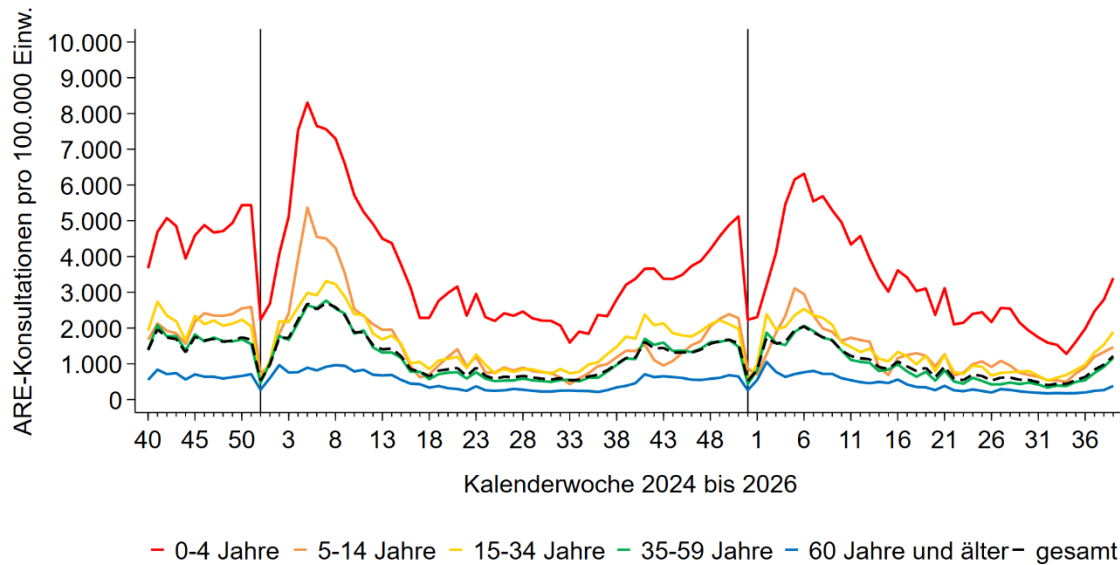


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 39. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden aus dem ARE-Praxis-Sentinel von der 36. bis zur 39. KW 2026 insgesamt 234 Sentinelproben von 46 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 137 (59 %) der 234 eingesandten Proben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten im Berichtszeitraum überwiegend Rhinoviren (Positivenrate (PR); 38 %), mit größerem Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 13 %). Zudem wurden Adenoviren (3 %), SARS-CoV-2 und humane saisonalen Coronaviren (hCoV) mit jeweils 2 %, Influenzaviren (A und B) mit 1 % und in je einer Probe humane Metapneumoviren bzw. Influenza C-Viren nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden von der 36. bis zur 39. KW nicht detektiert. Es gab sechs Doppelinfektionen, vorrangig bei Kindern bis 5 Jahren und hauptsächlich mit Beteiligung von Rhinoviren.

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 39. KW 2026), Stand 29.9.2026.

	36. KW	37. KW	38. KW	39. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	43	69	68	54	4.462
Probenanzahl mit Virusnachweis*	23	42	44	28	3.009
Positivenrate (PR)	53 %	61 %	65 %	52 %	67 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	7
A(H ₃ N ₂)	1	0	0	1	652
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	0	0	1	260
B	0	0	0	0	3
SARS-CoV-2	4	0	1	0	291
RSV	0	0	0	0	250
hMPV	0	0	1	0	131
PIV (1 – 4)	1	10	10	10	299
Rhinoviren	16	31	29	14	974
hCoV	1	0	2	2	306
Adenoviren	2	2	3	0	217
Influenza C-Viren	1	0	0	0	60

* 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.

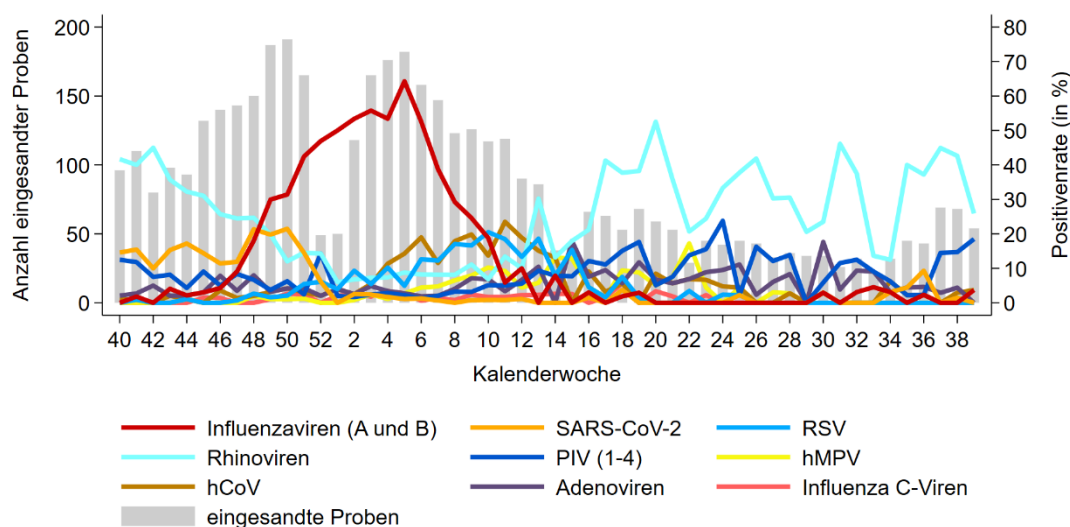


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 39. KW 2026.

Von der 36. bis 39. KW 2026 dominierten Rhinoviren in allen Altersgruppen. PIV wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen nachgewiesen (Abb. 5).

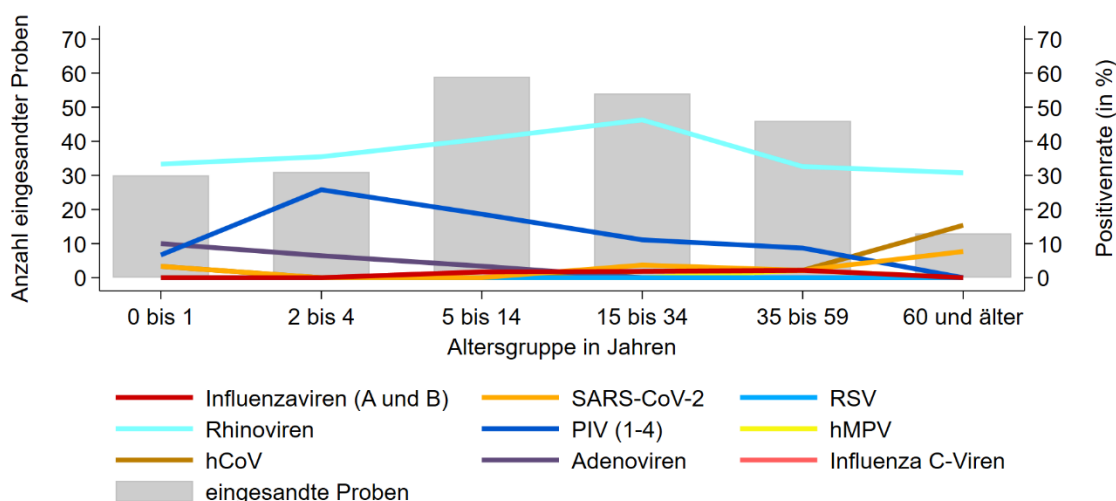


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 36. KW bis zur 39. 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)

Für die monatliche Berichterstattung sind die SARS-CoV-2-Variantenanteile von der 34. bis zur 37. KW 2026 zusammengefasst. Für diesen Zeitraum stehen aktuell 25 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zu Verfügung (Stand 29.9.2026).

Nachdem NB.1.8.1 zuletzt die vorherrschende SARS-CoV-2-Variante in Deutschland war, wurde im Berichtszeitraum nun erneut die rekombinanten Linie XFG (inklusive ihrer Sublinien) mit 14 Nachweisen am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien detektiert. Die Varianten JN.1, NB.1.8.1 sowie die erst kürzlich von WHO als VUM eingestufte rekombinante Linie PQ.16.1.1 wurden jeweils einmal im Berichtszeitraum nachgewiesen.

WHO^{1,2} und ECDC³ stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein.

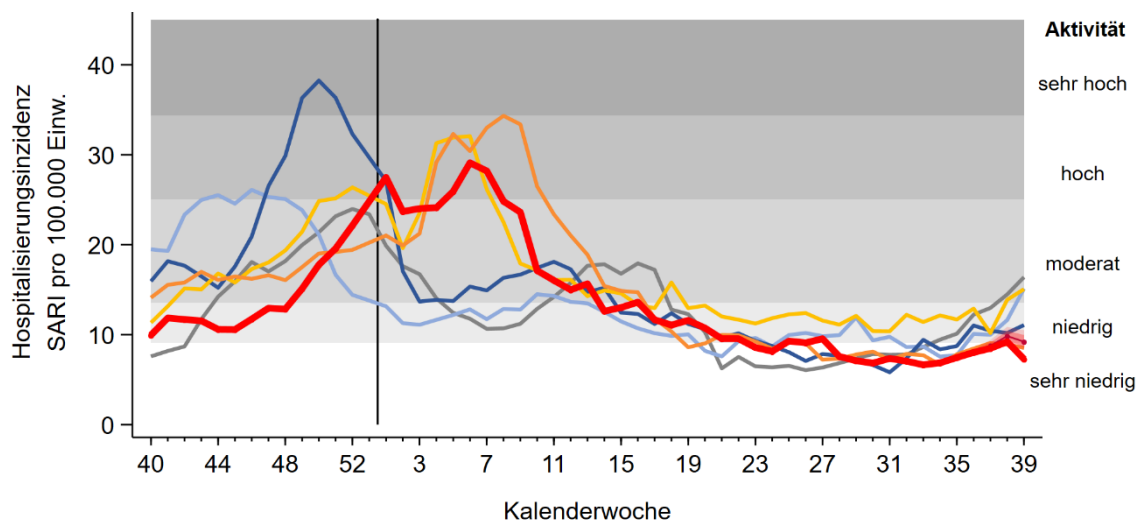
Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume. Sobald neue Daten vorliegen, werden die Informationen zu den zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, im Dashboard unter https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC aktualisiert.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) war die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 28. KW 2026 zunächst rückläufig. Ab der 35. KW 2026 war ein leichter Anstieg zu beobachten. Insgesamt lag die SARI-Inzidenz von der 36. bis zur 39. KW 2026 auf einem sehr niedrigen Niveau bzw. niedrigen Niveau. Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 39. KW ebenfalls auf einem sehr niedrigen Niveau.

Das Ergebnis des Nowcasting-Modells bestätigt für die 39. 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](#).



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 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 den letzten Wochen zeigte die SARI-Inzidenz in den Altersgruppen der Klein- und Schulkinder (0 bis 4 Jahre, 5 bis 14 Jahre) meisten Altersgruppen einen ansteigenden Trend (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz blieb im Zeitraum zwischen der 36. und 39. KW 2026 in fast allen Altersgruppen auf sehr niedrigem Niveau, mit Ausnahme der 0- bis 4-Jährigen sowie der 5- bis 14-Jährigen, bei denen die SARI-Inzidenz nach dem Anstieg auf einem niedrigen Niveau bzw. einem moderaten Niveau lag.

¹ <https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-xfg>

² https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/21072026_pq1611_ire.pdf?sfvrsn=5d73fob_4

³ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-26-2026.pdf>

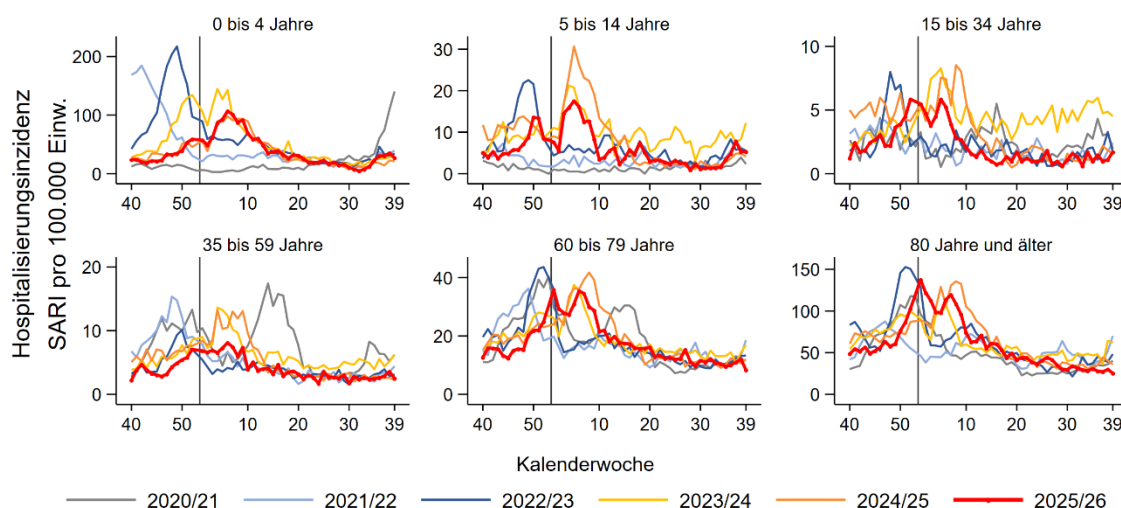


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26. Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die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

Im Zeitraum von der 36. bis zur 39. KW 2026 traten Influenza- und COVID-19-Diagnosen nur vereinzelt auf und ihr Anteil an allen SARI-Fällen lag jeweils maximal bei 1 % (Abb. 8). RSV-Diagnosen sind in dem Berichtszeitraum nur sporadisch vergeben worden.

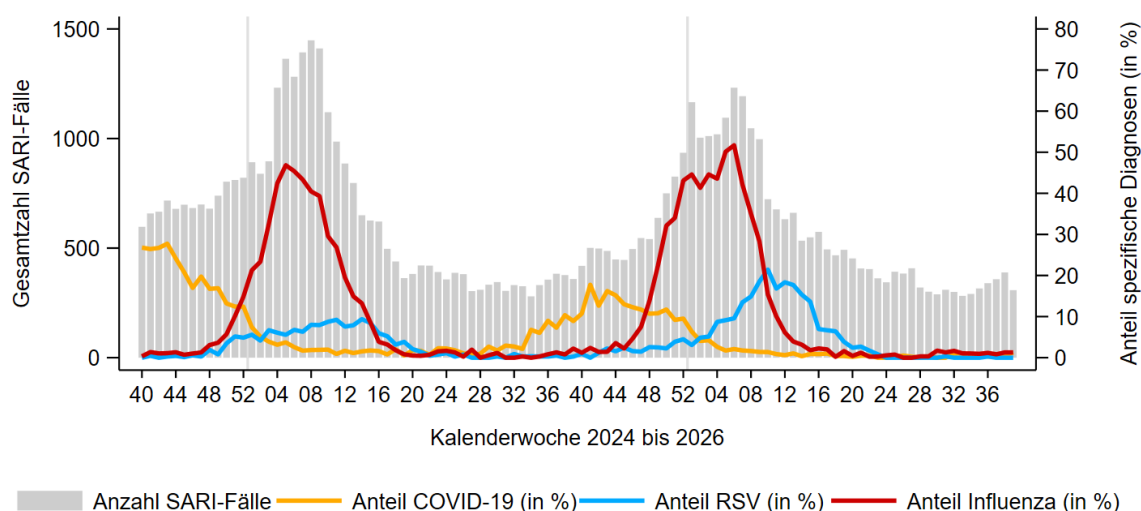


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 39. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Die senkrechten Striche markieren einen Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden von der 36. bis zur 39. KW 2026 vereinzelt und hauptsächlich bei den 15- bis 79-jährigen, diagnostiziert (Abb. 9). Vereinzelte COVID-19-Diagnosen wurden im Berichtszeitraum nur bei älteren SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren vergeben. Ein RSV-Fall wurde in der 36. KW 2026 bei einem 2- bis 4-jährigen diagnostiziert.

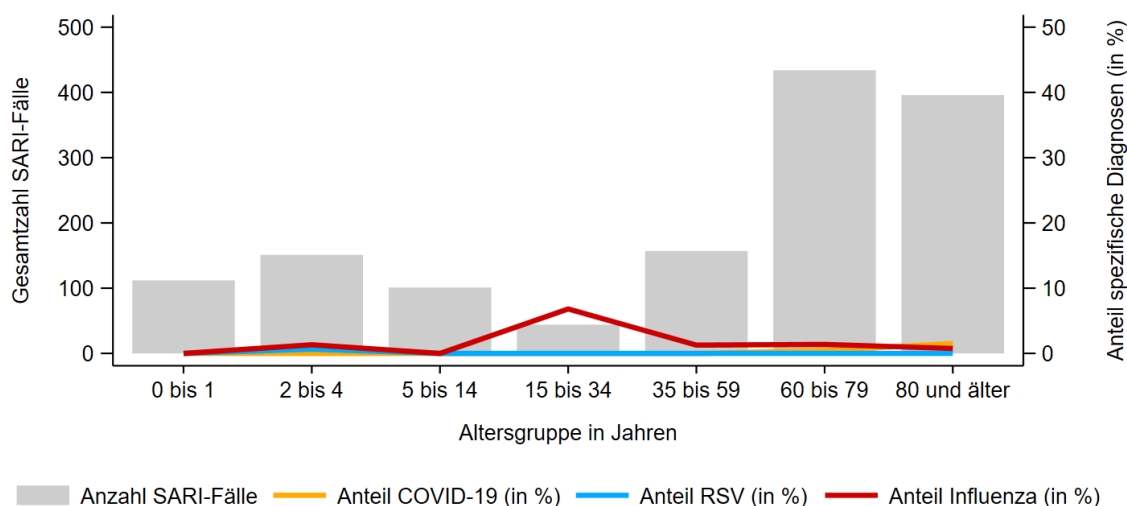


Abb. 9: Anzahl der in der 36. bis 39. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) 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 36. bis zur 39. KW 2026 wurden bei SARI-Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung sporadisch COVID-19 diagnostiziert (Abb. 10). Influenza- bzw. RSV-Diagnosen wurden nicht vergeben.

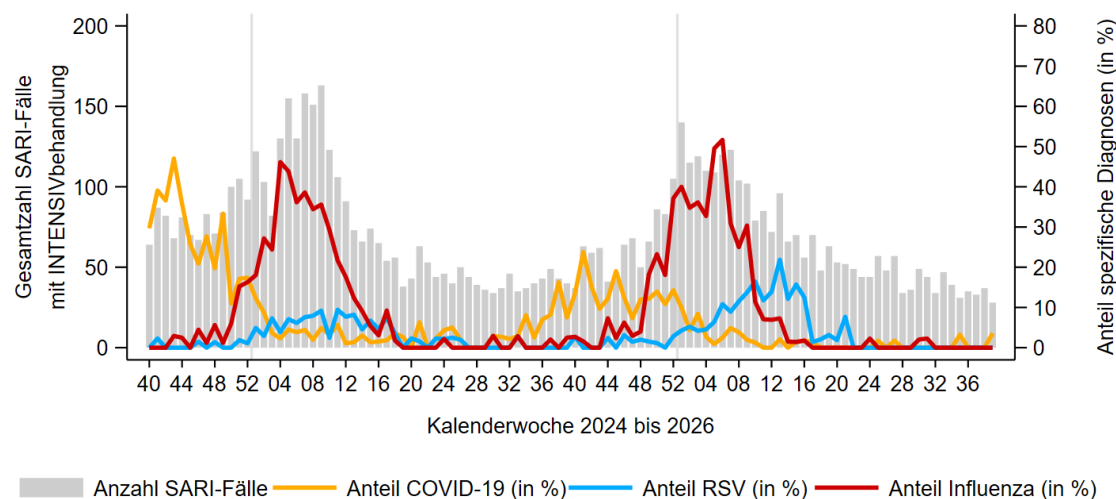


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 39. 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 September 2026 aus sechs der zehn teilnehmenden Kliniken 56 Sentinelproben zugesandt. In 18 (32 %) der 56 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). Im September 2026 wurden Rhinoviren (30 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 4 %) nachgewiesen (Abb. 11). Influenza A- und B-Viren, SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), humane Coronaviren (hCoV), Adenoviren und Influenza C-Viren

wurden nicht detektiert. Es gab im September 2026 eine Doppelinfektion mit Beteiligung von Rhinoviren und PIV.

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 29.9.2026), Stand 29.9.2026.

	Juni	Juli	August	September	Gesamt ab Oktober 2025
Anzahl eingesandter Proben	110	99	80	56	1.724
Probenanzahl mit Virusnachweis*	40	26	13	18	768
Positivenrate (PR)	36 %	26 %	16 %	32 %	45 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	2
A(H3N2)	0	1	2	0	130
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	58
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	0	0	0	0	62
RSV	1	0	0	0	93
hMPV	4	1	0	0	66
PIV (1 – 4)	8	5	5	2	92
Rhinoviren	29	18	7	17	257
hCoV	1	0	0	0	54
Adenoviren	0	2	2	0	37
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.

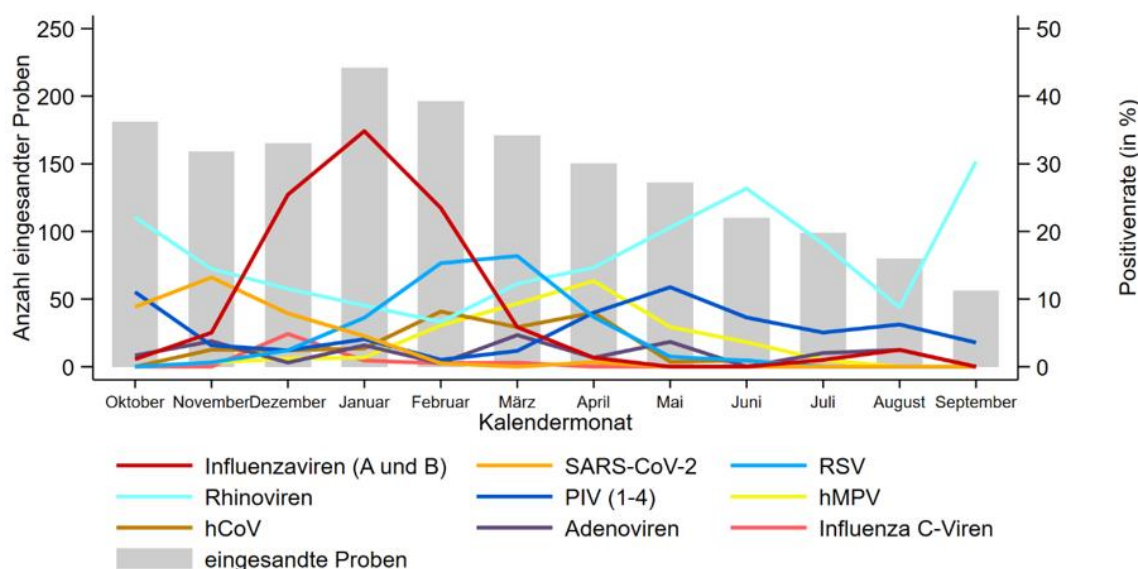


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2025 bis September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

Im September 2026 dominierten Rhinoviren in fast allen Altersgruppen. PIV wurde bei den 0- bis 14-jährigen sowie den 5- bis 14-jährigen nachgewiesen.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 36. bis 39. MW 2026 wurden bislang 904 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 904 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Im Berichtszeitraum ist die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt weiter leicht gestiegen bei weiterhin niedrigen Fallzahlen. Bei 199 (22 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 29.9.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 244.737 Fälle übermittelt. Davon entfallen 242.484 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 65.638 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 2.254 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)

		34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	151	158	164	196	208	230	230.955
	A(H1N1)pdm09	2	2	0	1	3	5	1.476
	A(H3N2)	2	4	1	6	2	1	2.381
	nicht nach A / B differenziert	7	4	2	1	3	1	4.738
	B	18	10	21	20	10	29	2.934
Gesamt		180	178	188	224	226	266	242.484
	Hospitalisierte Fälle	55	44	37	62	36	64	65.638

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

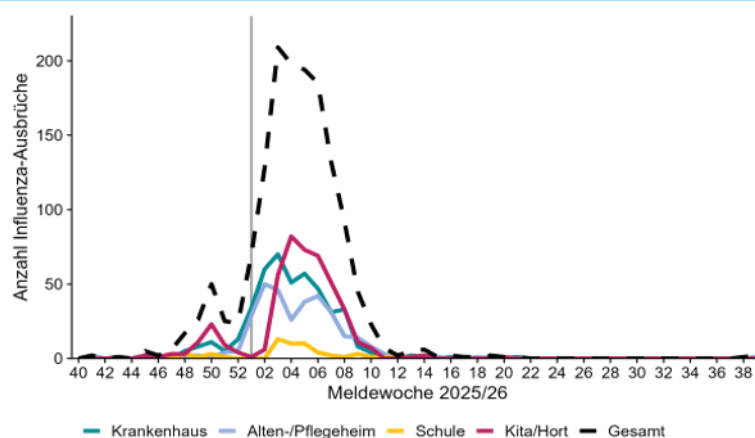
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 1.466 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 36. bis 39. MW 2026 wurden bisher drei Ausbrüche übermittelt (Tab. 4).

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	1.466
Krankenhaus	449
Alten-/Pflegeheim	324
Schule	56
Kita/Hort	450
sonstige Settings*	187
Anzahl Ausbruchsfälle	19.983
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 36. bis 39. MW 2026 wurden bislang 1.141 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.132 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Im Berichtszeitraum ist die Zahl der übermittelten Fälle weiter leicht gestiegen, bleibt jedoch weiter niedrig. Die Fallzahlen liegen deutlich unter den Werten, die im Vorjahr im Vergleichszeitraum übermittelt wurden. Bei 307 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 29.9.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 119.000 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 117.405 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 43.205 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.629 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)

	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	134	137	178	274	299	381	117.405
Hospitalisierte Fälle	32	37	48	89	78	92	43.205

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

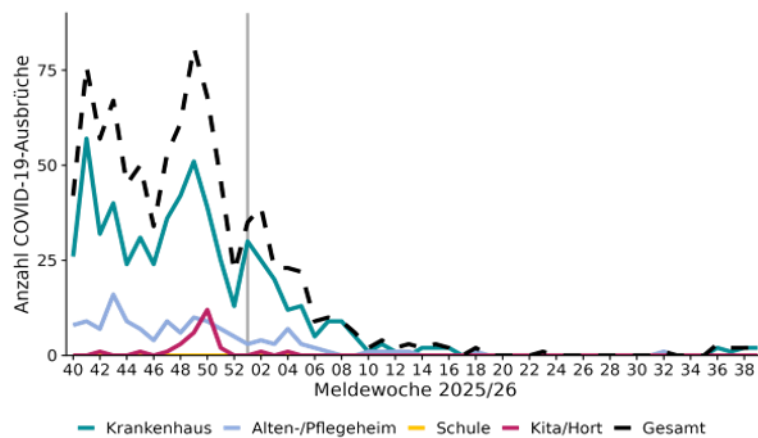
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 909 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 36. bis 39. MW 2026 wurden bisher neun Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

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	909
Krankenhaus	586
Alten-/Pflegeheim	135
Schule	0
Kita/Hort	28
sonstige Settings*	160
Anzahl Ausbruchsfälle	8.893
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 36. bis 39. MW 2026 wurden bislang insgesamt 70 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 70 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Im Berichtszeitraum war die Zahl der übermittelten RSV-Fälle insgesamt niedrig. Bei 16 (23 %) der laborbestätigten Fälle von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 29.9.2026).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 70.680 Fälle übermittelt. Davon entfallen 68.727 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 20.673 (30 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 447 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)

	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	8	8	10	23	20	17	68.727
Hospitalisierte Fälle	4	2	3	2	6	5	20.673

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

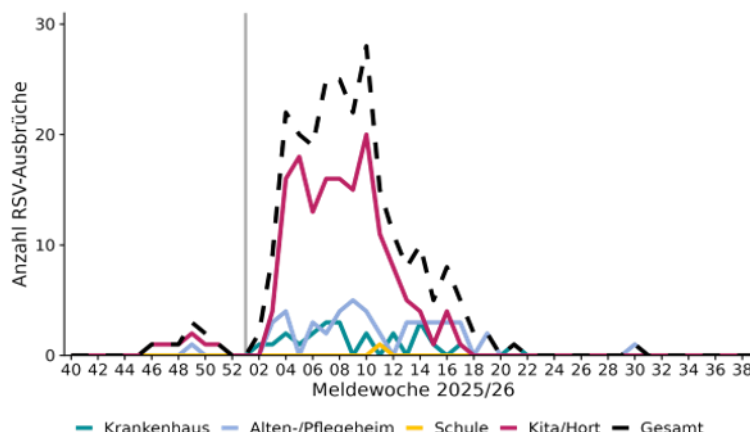
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 249 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 36. bis 39. MW 2026 wurden bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

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	249
Krankenhaus	23
Alten-/Pflegeheim	46
Schule	1
Kita/Hort	159
sonstige Settings*	20
Anzahl Ausbruchsfälle	2.491
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 36. bis 39. KW 2026 wurden 246 Abwasserproben aus 63 Kläranlagen auf SARS-CoV-2 ausgewertet. Für SARS-CoV-2 wurden in 210 (85 %) der 246 Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser steigt seit mehreren Wochen an, ist aber weiterhin niedrig und liegt deutlich unter den Werten, die im Vorjahr zu dieser Zeit ermittelt wurden (Abb. 12).

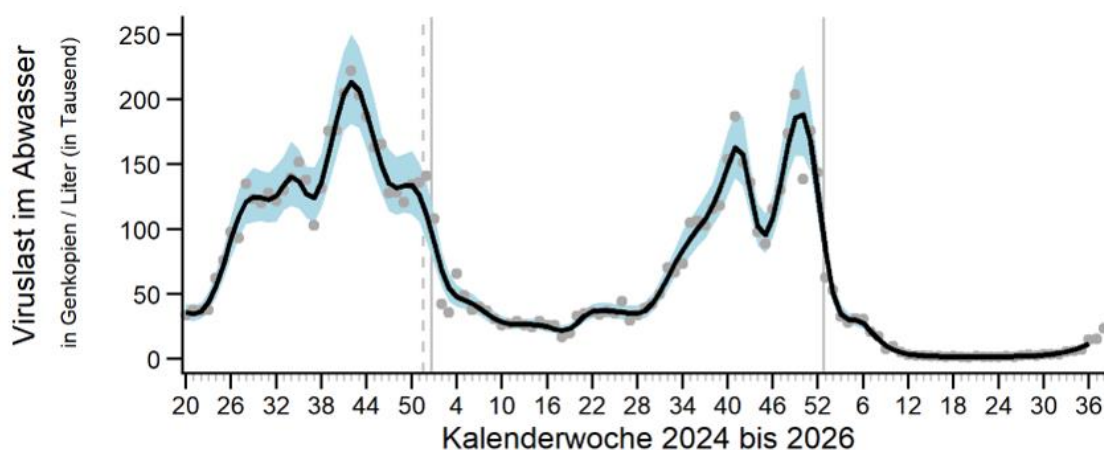


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 29.9.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (23.9.2026, 39. 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 36. bis 39. KW 2026 wurden Abwasserproben aus 60 Kläranlagen auf Influenza A und aus 57 Kläranlagen auf Influenza B ausgewertet. Für Influenza A-Viren wurden in 30 (13 %) der 225 vorliegenden Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für Influenza B-Viren wurden in zwei (1 %) der 213 vorliegenden Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Die Influenza-Viruslast im Abwasser ist insgesamt weiterhin niedrig (Abb. 13).

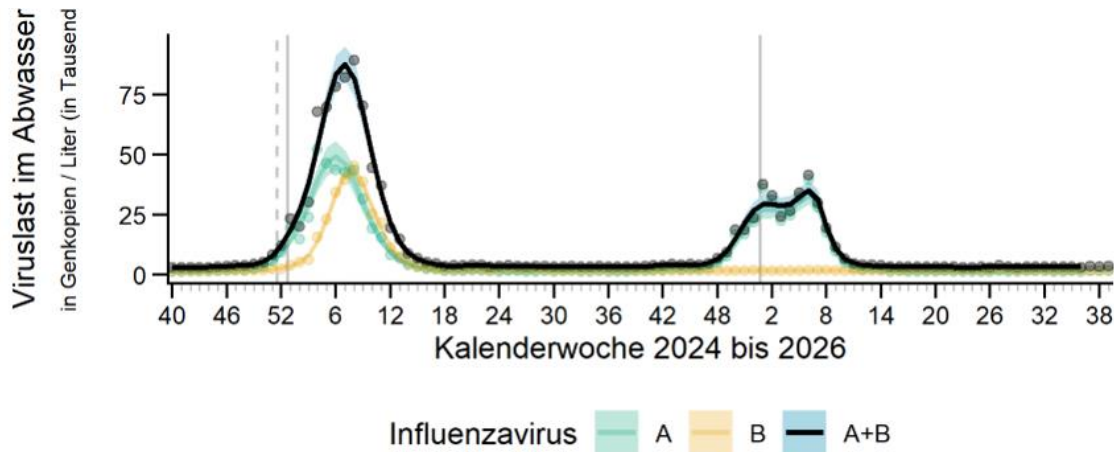


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 29.9.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (23.9.2026, 39. 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 36. bis 39. KW 2026 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 (ohne Abbildung).

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 36-39/2026 | DOI: 10.25646/14416