

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
40. Kalenderwoche (28.9. bis 4.10.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Mit dem Wochenbericht der 40. Kalenderwoche (KW) 2026 beginnt die neue Saison 2026/27.

Die ARE-Aktivität liegt auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich auf einem moderaten Niveau, im stationären Bereich auf einem niedrigen Niveau. Das ARE-Geschehen wird momentan hauptsächlich durch Rhino-/Enteroviren und Parainfluenzaviren bestimmt.

Die Aktivität von SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV ist derzeit in allen Systemen noch niedrig. Jedoch zeigte sich in den letzten Wochen bereits in verschiedenen Systemen ein allmählicher Anstieg der SARS-CoV-2- und Influenza-Aktivität.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 40. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befindet sich weiterhin auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 40. KW im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gestiegen und liegt ebenfalls auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 40. KW 2026 in insgesamt 43 der 65 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (40 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 15 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 8 %). Neben weiteren Viren des Erregerpanels wurden auch Influenza A- und B-Viren sowie SARS-CoV-2 nachgewiesen (jeweils 3 %).

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen (Nowcasting) in der 40. KW 2026 leicht gestiegen und lag auf einem niedrigen Niveau. Es erhielten 2 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza- und weniger als 1 % eine COVID-19-Diagnose.

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion und COVID-19-Fälle ist in der 40. Meldewoche (MW) 2026 im Vergleich zur 39. MW weiter angestiegen. Die Zahl der RSV-Infektionen blieb in der 40. MW weiter niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Variante XFG wurde in der 38. KW 2026 weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien detektiert.

Die im Abwasser gemessene SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig, zeigt jedoch seit einigen Wochen einen ansteigenden Trend. Die Influenzavirus- und RSV-Last ist niedrig.

Weitere Informationen zur Saison 2026/27 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen“: www.rki.de/are-faq-schutz
- FAQ und Faktenblätter zum Thema Impfen (z.B. gegen Grippe, COVID-19, RSV): www.rki.de/impfungen-a-z
- Ausführlicher Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26 (ARE-Saisonbericht): [https://edoc.rki.de/Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26](https://edoc.rki.de/Bericht%20zu%20akuten%20respiratorischen%20Erkrankungen%20in%20der%20Saison%202025/26)
- Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse aus dem ARE-Saisonbericht im Epidemiologischen Bulletin: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/13995/EB-40-2026_10-25646-14517.pdf

Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

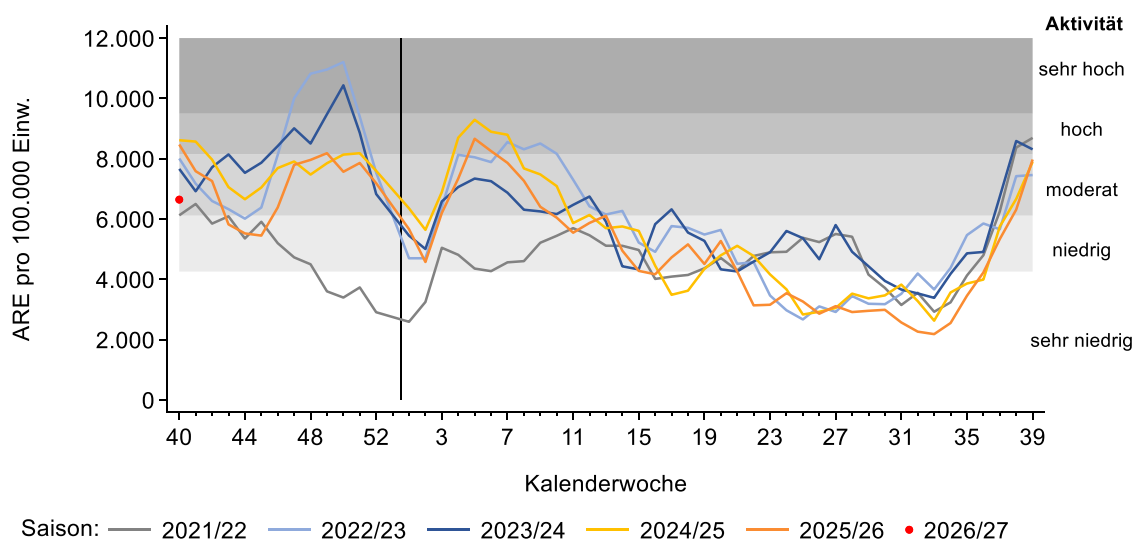
- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

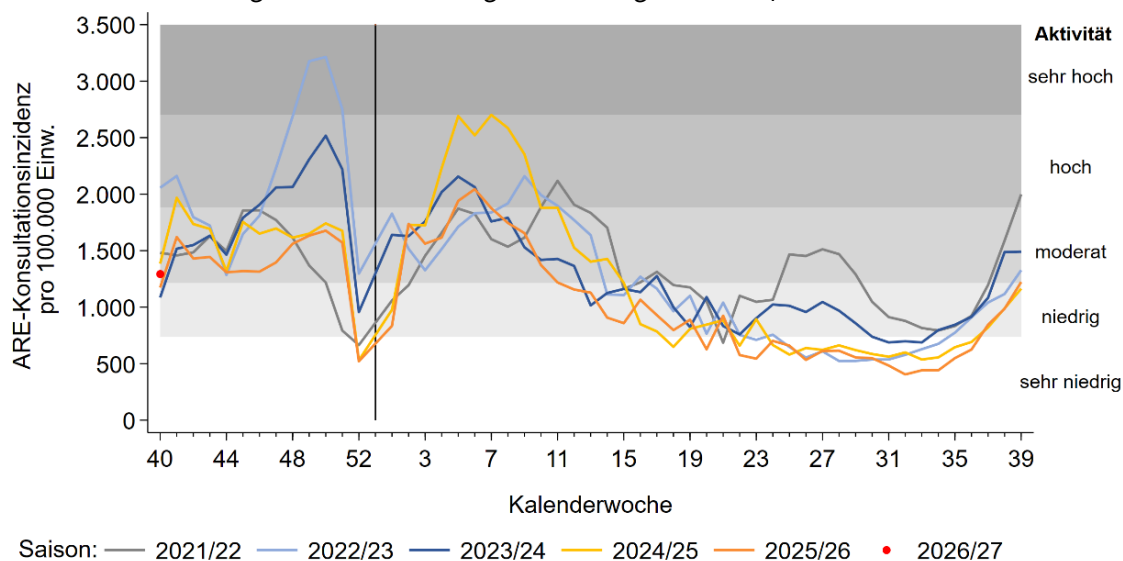
Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken. In der 40. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 6.600 ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem moderaten Niveau und innerhalb des für diese Jahreszeit üblichen Wertebereichs (Vorwoche: 8.000; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,6 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 40. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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



Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 40. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag mit rund 1.300 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.200; Abb. 2) und in einem für die Jahreszeit üblichen Bereich. Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,1 Mio. Arztbesuchen wegen akuten Atemwegserkrankungen in der 40. KW.



Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 40. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in den Altersgruppen bis 34 Jahren stabil geblieben und bei den ab 35-Jährigen gestiegen (Abb. 3).

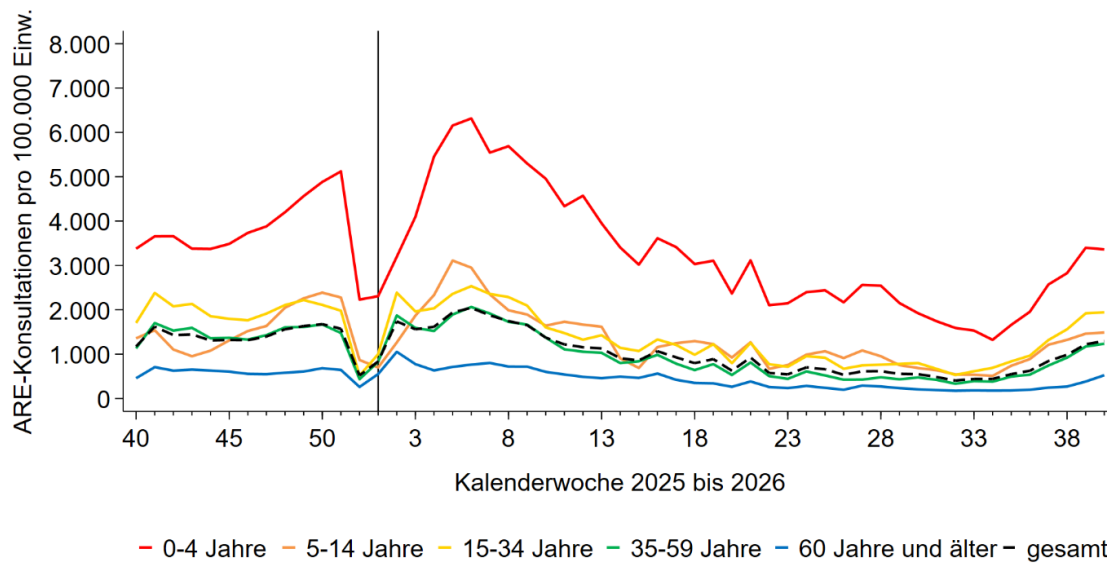


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2025 bis zur 40. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 40. KW 2026 insgesamt 65 Sentinelproben von 26 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 43 (66 %) der 65 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 40. KW 2026 zirkulierten hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (Positivenrate (PR); 40 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 15 %) und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 8 %). Zudem wurden Adenoviren, Influenza A- und B-Viren und SARS-CoV-2 mit jeweils 3 % und humane Metapneumoviren (hMPV; 2 %) nachgewiesen. Respiratorische Synzytialviren (RSV) und Influenza C-Viren wurden in der 40. KW 2026 nicht nachgewiesen.

Es gab fünf Doppelinfektionen, überwiegend bei Erwachsenen und mit Beteiligung von Rhino-/Enteroviren.

Zur Saison 2026/27 wird im NRZ das Panel der betrachteten Viren um humane Enteroviren ergänzt und in Kombination mit den humanen Rhinoviren dargestellt (Tab. 1 und Abb. 4).

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2025/26 und 2026/27 (ab 40. KW 2026), Stand 6.10.2026.

	36. KW	37. KW	38. KW	39. KW	Gesamt 2025/26	40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben	43	69	68	73	4.481	65
Probenanzahl mit Virusnachweis*	27	45	48	45	3.132	43
Positivenrate (PR)	63 %	65 %	71 %	62 %	70 %	66 %
Influenzaviren						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	7	0
A(H3N2)	1	0	0	1	652	0
A(H1N1)pdm09	0	0	0	1	260	1
B	0	0	0	0	3	1
SARS-CoV-2	4	0	1	0	291	2
RSV	0	0	0	0	250	0
hMPV	0	0	1	0	131	1
PIV (1 – 4)	1	10	10	13	302	10
Rhino-/Enteroviren**	-	-	-	-	-	26
Rhinoviren	16	31	29	19	979	-
hCoV	1	0	2	4	308	5
Adenoviren	2	2	3	0	217	2
Influenza C-Viren	1	0	0	0	60	0

* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Adeno- und hMPV) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Zur Saison 2026/27 wird das Panel der betrachteten Viren um humane Enteroviren ergänzt und in Kombination mit den humanen Rhinoviren dargestellt.

Rhino-/Enteroviren wurden in fast allen Altersgruppen detektiert. PIV wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen nachgewiesen (Tab. 1, Abb. 4). Vereinzelt wurden Influenzaviren (A und B) und SARS-CoV-2 in den Altersgruppen der 15- bis 59-jährigen detektiert.

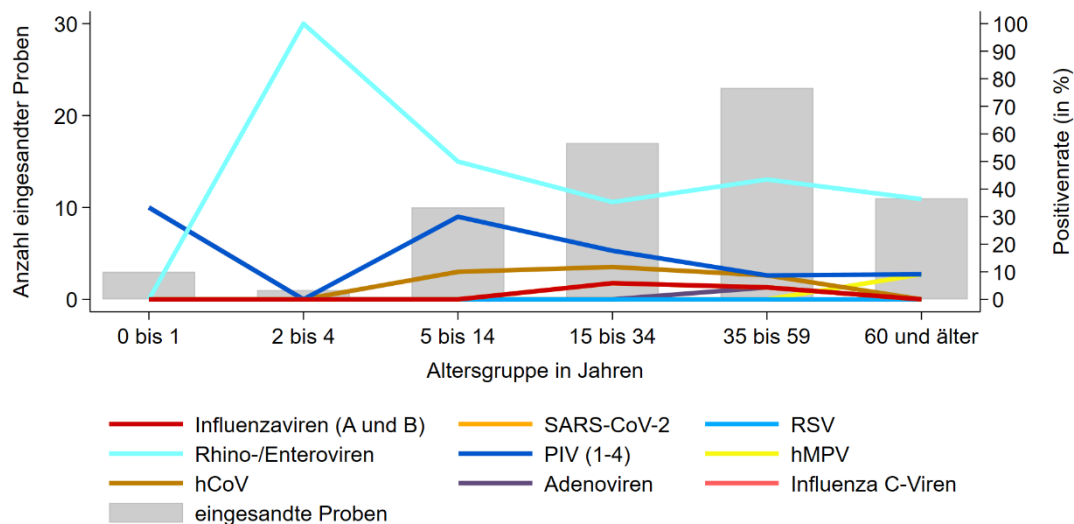


Abb. 4: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 40. KW 2026.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind 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 38. KW 2026 stehen aktuell 13 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 6.10.2026).

Die Variante XFG (inklusive ihrer Sublinien) wurde in der 38. KW 2026 mit acht Nachweisen weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien detektiert. Die Varianten PQ.16.1.1 und JN.1 (jeweils inklusive ihrer Sublinien) wurden jeweils einmal nachgewiesen.

Die rekombinanten Varianten XFG und PQ.16.1.1 sind derzeit von der WHO als VUM eingestuft, die Variante JN.1 als VOI. WHO^{1,2,3} und ECDC⁴ stufen in ihren Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko 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) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 40. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 5). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 40. KW auf einem sehr niedrigen Niveau und somit unterhalb der Werte der Vorsaisons zu dieser Zeit.

Das Ergebnis des Nowcasting-Modells weist für die 40. KW 2026 auf einen noch zu erwartenden leichten Anstieg der SARI-Fallzahlen und die Einordnung der SARI-Inzidenz auf ein niedriges Niveau hin (Abb. 5, dunkelroter Punkt). Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: [RKI - FAQ zu ARE](#).

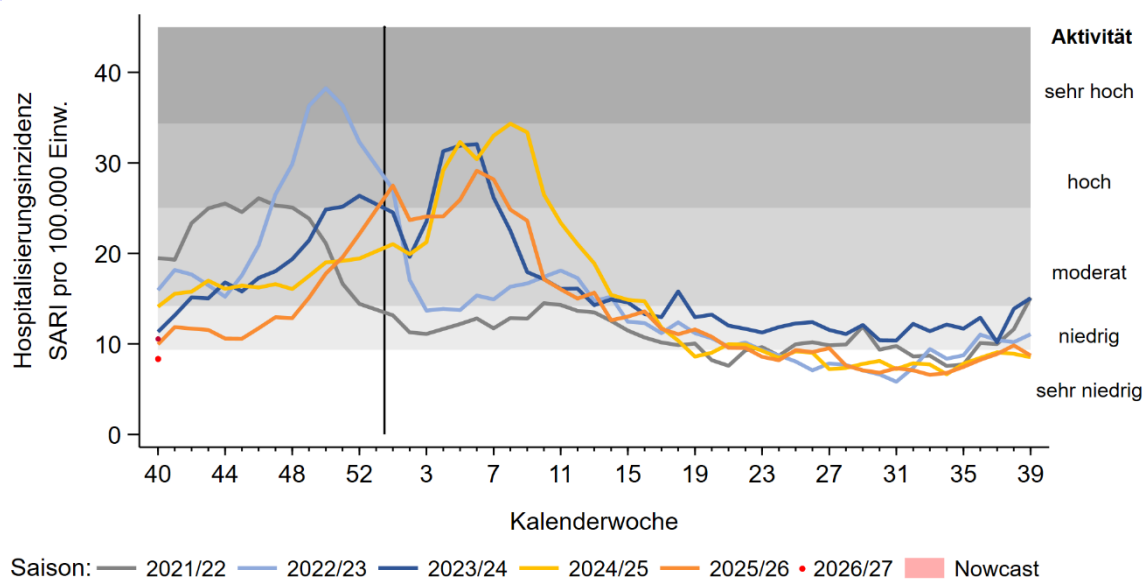


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 40. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

In der 40. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen stabil oder zeigte einen weiteren Rückgang, nur bei den ab 80-Jährigen kam es in der 40. KW zu einem Anstieg der Hospitalisierungen wegen einer SARI (Abb. 6). In der 40. KW lag die SARI-Inzidenz bei den 15- bis 79-Jährigen auf einem sehr niedrigen Niveau, in den übrigen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau.

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

³ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_in1_ure.pdf

⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-40-2026.pdf>

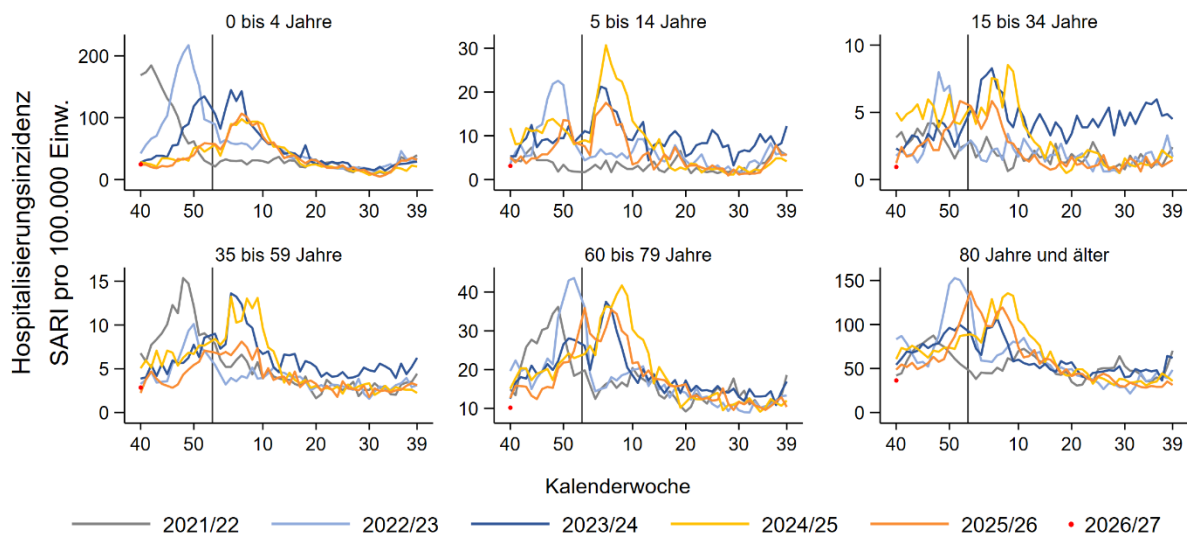


Abb. 6 Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 40. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In der 40. KW 2026 wurden wie in den Vorwochen vereinzelt Influenza- und COVID-19-Diagnosen vergeben. Der Anteil an Influenza-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten lag bei 2 % und der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter 1 % (Abb. 7). RSV-Diagnosen sind in der 40. KW nicht vergeben worden.

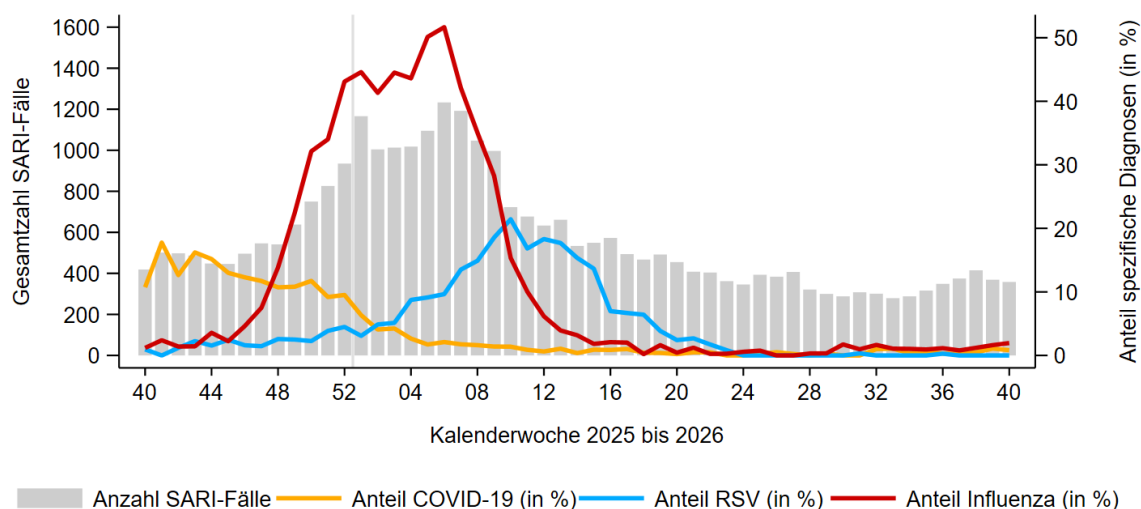


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2025 bis zur 40. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden in der 40. KW 2026 vereinzelt bei Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) sowie bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren diagnostiziert (Abb. 8). Einzelne COVID-19-Diagnosen sind in der 40. KW ausschließlich bei älteren SARI-Fällen ab 60 Jahren vergeben worden. RSV-Erkrankungen wurden in der 40. KW nicht diagnostiziert.

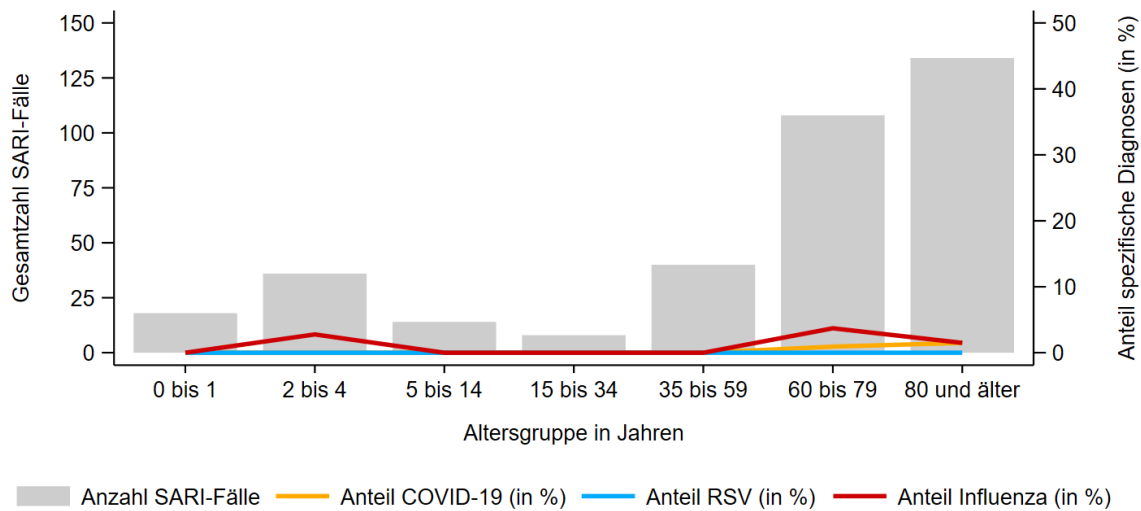


Abb. 8: Anzahl der in der 40. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. In der 40. KW 2026 wurden keine Influenza-, COVID-19- oder RSV-Diagnosen bei SARI-Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung vergeben.

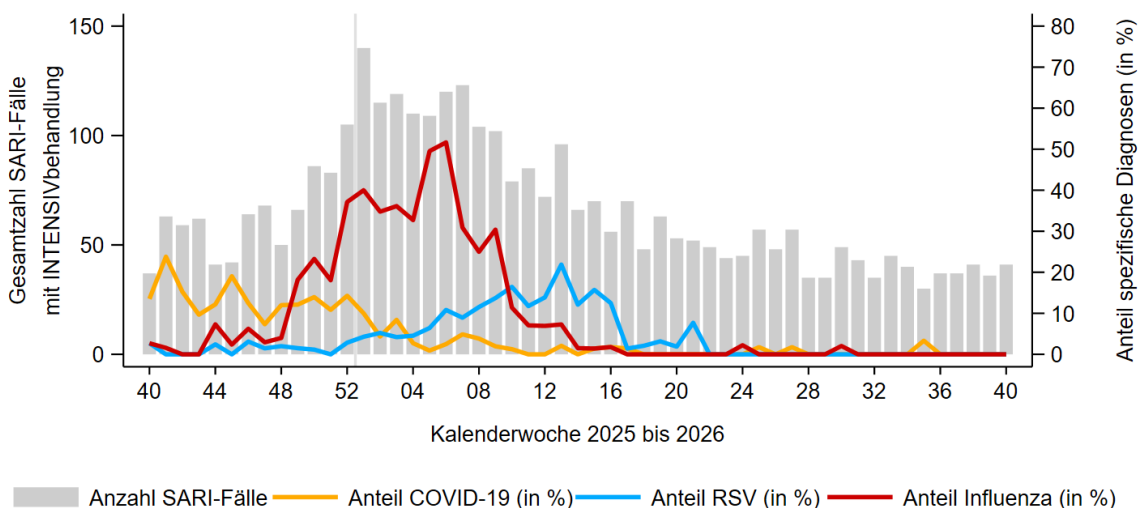


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2025 bis zur 40. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den 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.

Da aktuell nur wenige Proben eingehen, erfolgt die Berichterstattung bis auf Weiteres monatlich. Die jüngste Auswertung wurde im ARE-Monatsbericht der 36. – 39. KW 2026 veröffentlicht und ist abrufbar unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/13990>.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 40. MW 2026 wurden bislang 432 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 432 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2; Stand 6.10.2026). Im Vergleich zur Vorwoche ist die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt weiter gestiegen. Von 211 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 83 (39 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 2).*

In der Saison 2026/27 wurden bisher keine Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt.

Tab. 2: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

		35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW 2026
Influenza	A (nicht subtypisiert)	158	164	196	208	240	384
	A(H1N1)pdm09	2	0	1	3	7	1
	A(H3N2)	4	1	6	2	2	0
	nicht nach A / B differenziert	4	2	1	3	1	5
	B	10	21	20	10	29	42
Gesamt		178	188	224	226	279	432
	Hospitalisierte Fälle	44	37	63	36	75	83

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

* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

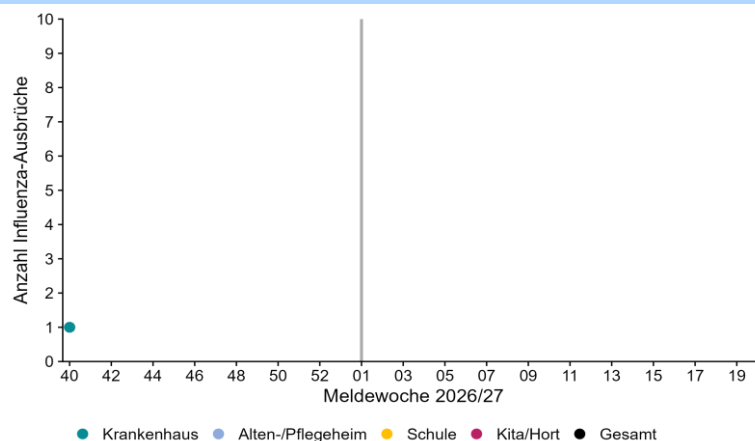
Bisher wurde für die 40. MW 2026 ein Influenza-Ausbruch mit mindestens fünf Fällen an das RKI übermittelt (Tab. 3).

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenza-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2026/27. 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
Krankenhaus	1
Alten-/Pflegeheim	0
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	10
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,0

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



COVID-19

Für die 40. MW 2026 wurden bislang 591 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 587 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen (Tab. 4; Stand 6.10.2026). Im Vergleich zur Vorwoche ist die Zahl der übermittelten Fälle ebenfalls weiter gestiegen. Die Fallzahlen liegen deutlich unter den Werten, die im Vorjahr im Vergleichszeitraum übermittelt wurden. Von 322 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 148 (46 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 4).*

In der Saison 2026/27 wurden bisher weniger als zehn Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt.

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW 2026
SARS-CoV-2	137	178	274	300	402	587
Hospitalisierte Fälle	37	48	89	82	113	148

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

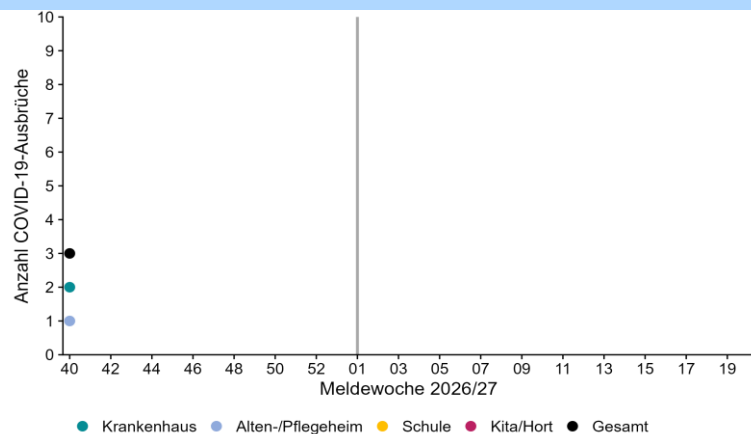
* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden für die 40. KW 2026 insgesamt drei COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt (Tab. 5).

Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2026/27. 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	3
Krankenhaus	2
Alten-/Pflegeheim	1
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	16
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	5,3



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

RSV-Infektionen

Für die 40. MW 2026 wurden bislang insgesamt 18 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen alle 18 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 6; Stand 6.10.2026). Die Zahl der übermittelten RSV-Fälle war weiterhin niedrig. Von acht laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden drei (38 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 6).*

In der Saison 2026/27 wurden bisher keine Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt.

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW 2026
RSV	8	10	23	20	17	18
Hospitalisierte Fälle	2	3	3	6	6	3

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

* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden für die 40. MW 2026 keine RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 40. KW 2026 wurden 95 Abwasserproben aus 60 Kläranlagen auf SARS-CoV-2 ausgewertet. Für SARS-CoV-2 wurden in 92 (97 %) der 95 Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser steigt seit mehreren Wochen an, ist weiterhin niedrig und liegt deutlich unter den Werten, die im Vorjahr zu dieser Zeit ermittelt wurden (Abb. 10).

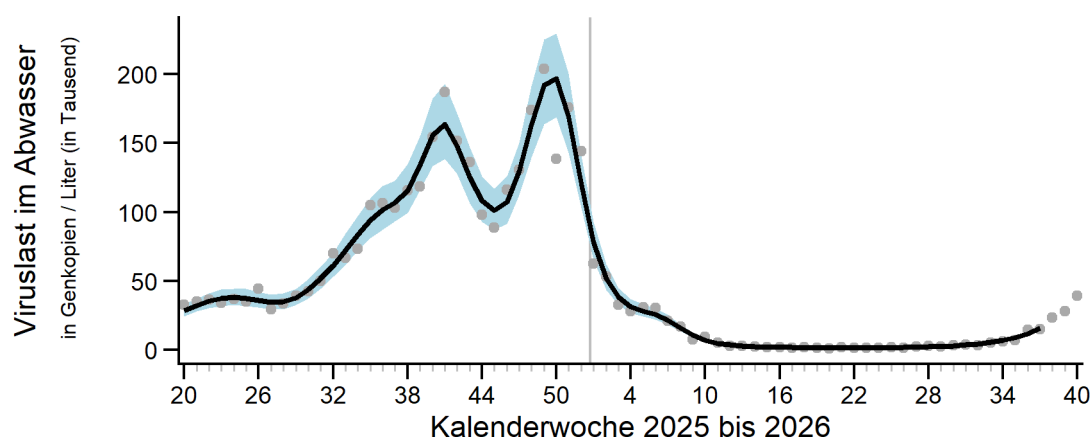


Abb. 10: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 6.10.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (30.9.2026, 40. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Influenzaviren

Für die 40. KW 2026 wurden Abwasserproben aus 58 Kläranlagen auf Influenza A- und aus 55 Kläranlagen auf Influenza B-Viren ausgewertet. Für Influenza A-Viren wurden in 30 (33 %) der 91 vorliegenden Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für Influenza B-Viren wurden in drei (3 %) der 88 vorliegenden Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Die Influenza-Viruslast im Abwasser ist insgesamt weiterhin niedrig (Abb. 11).

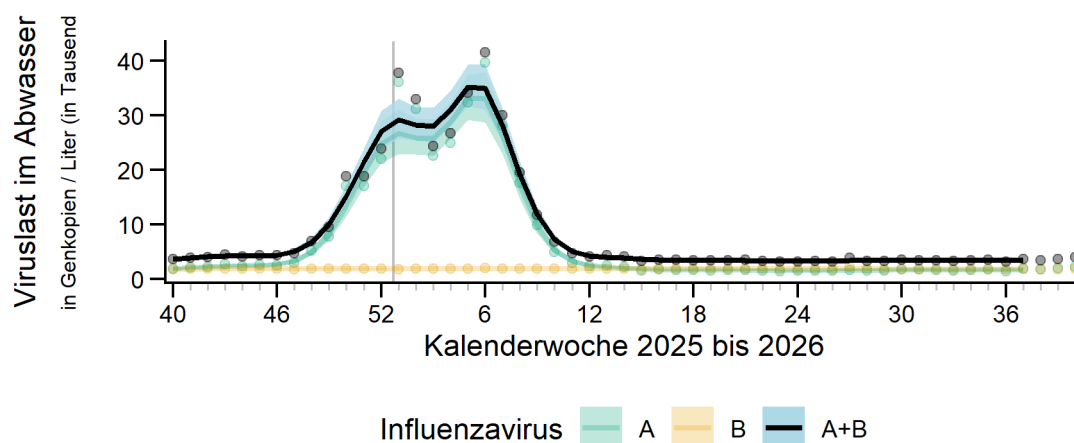


Abb. 11: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 6.10.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (29.9.2026, 40. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

RSV

Für die 40. KW wurden Daten aus 33 Kläranlagen ausgewertet. Für RSV A wurden in zwei (3 %) der 65 vorliegenden Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für RSV B wurden in vier (6 %) der 65 vorliegenden Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind insgesamt weiterhin niedrig (Abb. 12).

Für die 28. bis 39. KW 2026 standen nur Daten von weniger als 20 Kläranlagen zur Verfügung. Die Daten sind daher mit einer größeren Unsicherheit behaftet und wurden in der Abbildung mit leeren Punkten gekennzeichnet.

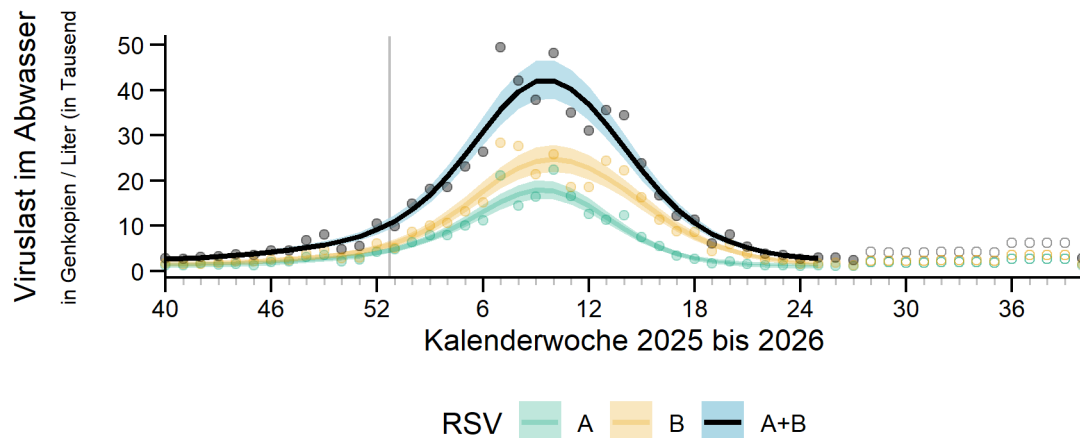


Abb. 12: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 6.10.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (29.9.2026, 40. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der Senkrecht Strich markiert den Jahreswechsel. Von der 28. bis 39. KW 2026 wurden die Daten aufgrund der niedrigen Anzahl an Kläranlagen mit Daten mit einem leeren Punkt gekennzeichnet.

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 unter: <http://www.rki.de/abwassersurveillance>.

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/>.

So werden zum Beispiel die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 5 und 6 im ARE-Wochenbericht) wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt (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-Impfquoten, werden auf dem Dashboard „VacMap“ zur Verfügung gestellt: <https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/StartdashboardNavigation>.

Autoren und Redaktionsteam:

Tolksdorf K, Prahm K, Preuß U, Krupka S, Buchholz U, Leheld AS, Loenenbach A, Dürrwald R, Biere B, Oh D, Reiche J, Wedde M, Duwe S, Gvaladze T, Staat D, Wunderlich J, Schilling J, Cai W, Helmrich-Löff M, Kerber R, Kröger S, Erdwiens A, Stroetmann I, Abunijela S, AMELAG-Team, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 40/2026 | DOI: 10.25646/14532

CC-Lizenz

CC BY-NC-SA 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>