



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen

41. Kalenderwoche (5.10. bis 11.10.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

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. Es gibt Hinweise, dass SARS-CoV-2 bereits flächendeckend bundesweit zirkuliert.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 41. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und befindet sich weiterhin auf einem moderaten Niveau. Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 41. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und liegt ebenfalls auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 41. KW 2026 in insgesamt 53 der 94 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (38 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 12 %). Neben weiteren Viren des Erregerpanels wurden auch Influenza A-Viren (4 %) sowie SARS-CoV-2 (2 %) nachgewiesen.

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen (Nowcasting) in der 41. KW 2026 gesunken 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 41. Meldewoche (MW) 2026 im Vergleich zur 40. MW weiter angestiegen. Die Zahl der RSV-Infektionen blieb in der 41. MW weiter niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Variante XFG wurde in der 39. KW 2026 mit 13 Nachweisen 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. Auch bei den Influenzaviren gibt es einen leichten Anstieg. Die RSV-Last im Abwasser ist weiter 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 leicht gestiegen. In der 41. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 6.900 ARE pro 100.000 Einw. weiterhin 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 5,7 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen in der 41. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

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

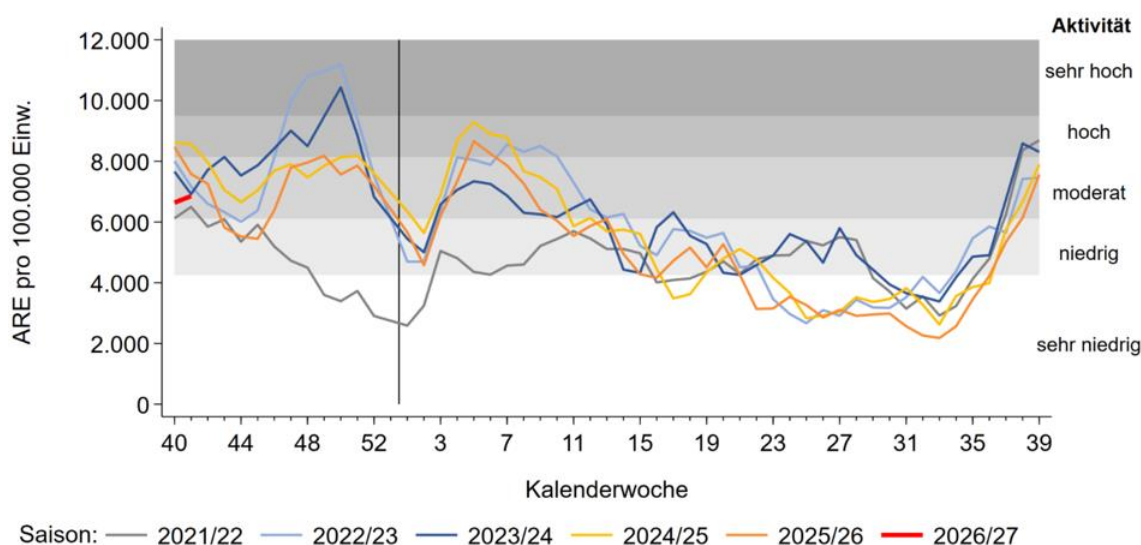


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 41. KW 2026). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 41. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben lag mit rund 1.300 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.300; 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 akuter Atemwegserkrankungen in der 41. KW.

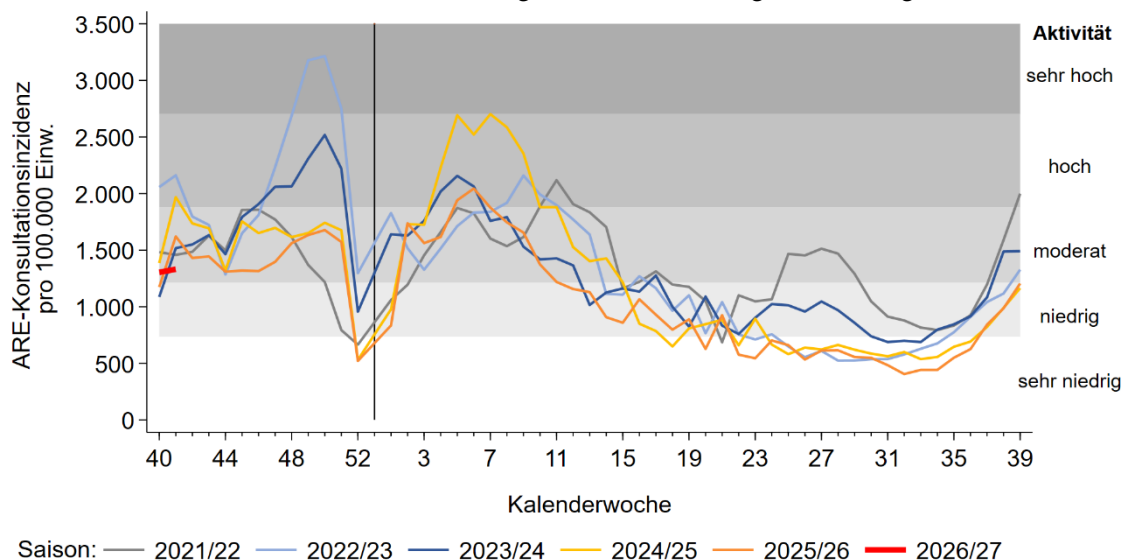


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 41. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 41. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche in den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre und 35 bis 59 Jahre leicht gestiegen, in den anderen Altersgruppen sind die Werte leicht gesunken oder stabil geblieben (Abb. 3).

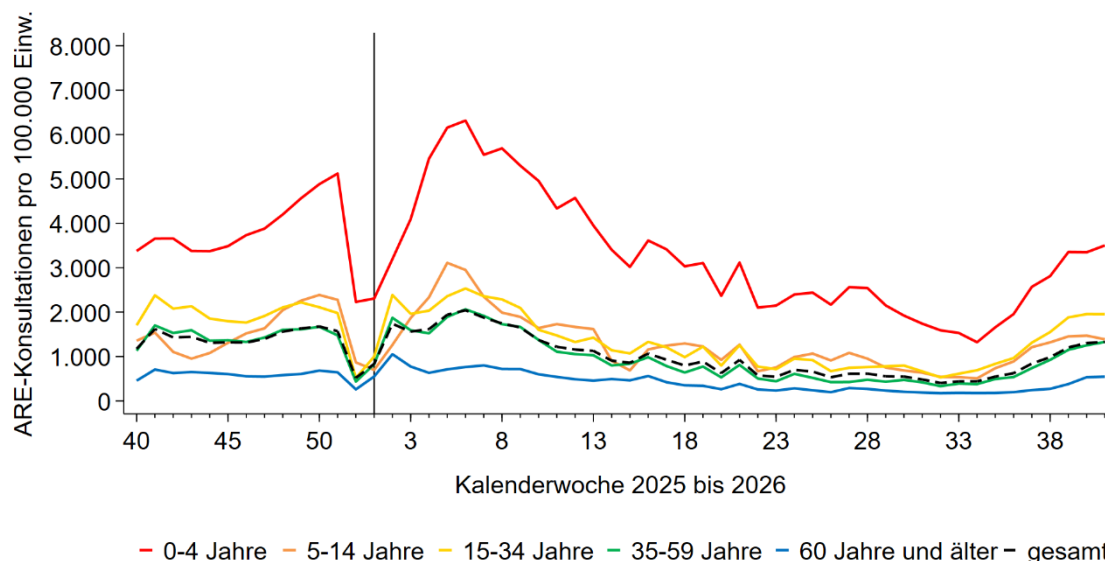


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2025 bis zur 41. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 41. KW 2026 insgesamt 94 Sentinelproben von 39 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 53 (56 %) der 94 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 41. KW 2026 zirkulierten hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (Positivenrate (PR); 38 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 12 %). Zudem wurden Influenza A- und B-Viren (4 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV; 3 %) und SARS-CoV-2 (2 %) nachgewiesen. Adenoviren, humane Metapneumoviren (hMPV), Respiratorische Synzytialviren (RSV) und Influenza C-Viren wurden in der 41. KW 2026 nicht nachgewiesen.

Es gab drei Doppelinfektionen, darunter eine Doppelinfektion mit Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und SARS-CoV-2.

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 13.10.2026.

	38. KW	39. KW	Gesamt 2025/26	40. KW	41. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben	68	75	4.483	122	94	216
Probenanzahl mit Virusnachweis*	48	47	3.134	78	53	131
Positivenrate (PR)	71 %	63 %	70 %	64 %	56 %	61 %
Influenzaviren						
A (nicht subtypisiert)	0	0	7	0	0	0
A(H3N2)	0	1	652	0	0	0
A(H1N1)pdm09	0	1	260	2	4	6
B	0	0	3	1	0	1
SARS-CoV-2	1	0	291	2	2	4
RSV	0	0	250	0	0	0
hMPV	1	0	131	1	0	1
PIV (1 – 4)	10	14	303	19	11	30
Rhino-/Enteroviren**	-	-	-	52	36	88
Rhinoviren	29	20	980	-	-	-
hCoV	2	4	308	7	3	10
Adenoviren	3	0	217	4	0	4
Influenza C-Viren	0	0	60	0	0	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 allen Altersgruppen detektiert. PIV wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen nachgewiesen, vorrangig bei Kindern bis 14 Jahren (Tab. 1, Abb. 4). Vereinzelt wurden Influenzaviren (A und B) bei 2- bis 59-jährigen und SARS-CoV-2 in den Altersgruppen ab 15 Jahren detektiert.

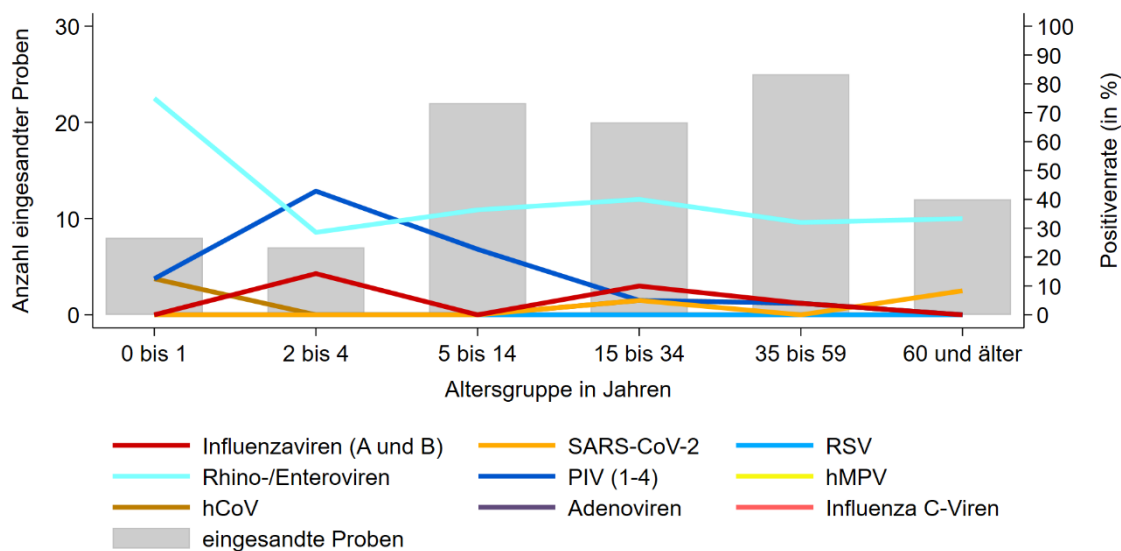


Abb. 4: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 41. KW 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 39. KW 2026 stehen aktuell 16 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 13.10.2026).

Unter den 15 als VOI (variant of interest) oder VUM (variant under monitoring) eingestuften SARS-CoV-2-Sequenzen wurde die Variante XFG (inklusive ihrer Sublinien) in der 39. KW 2026 mit 13 Nachweisen weiterhin am häufigsten 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 41. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Abb. 5). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 41. KW auf einem sehr niedrigen Niveau und somit unterhalb der Werte der Vorsaisons zu dieser Zeit.

Das Ergebnis des Nowcasting-Modells weist für die 41. KW 2026 auf einen weniger starken Rückgang der SARI-Fallzahlen und die Einordnung der SARI-Inzidenz auf ein niedriges Niveau hin (Abb. 5, rot hinterlegter Bereich). Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: [RKI - FAQ zu ARE](#).

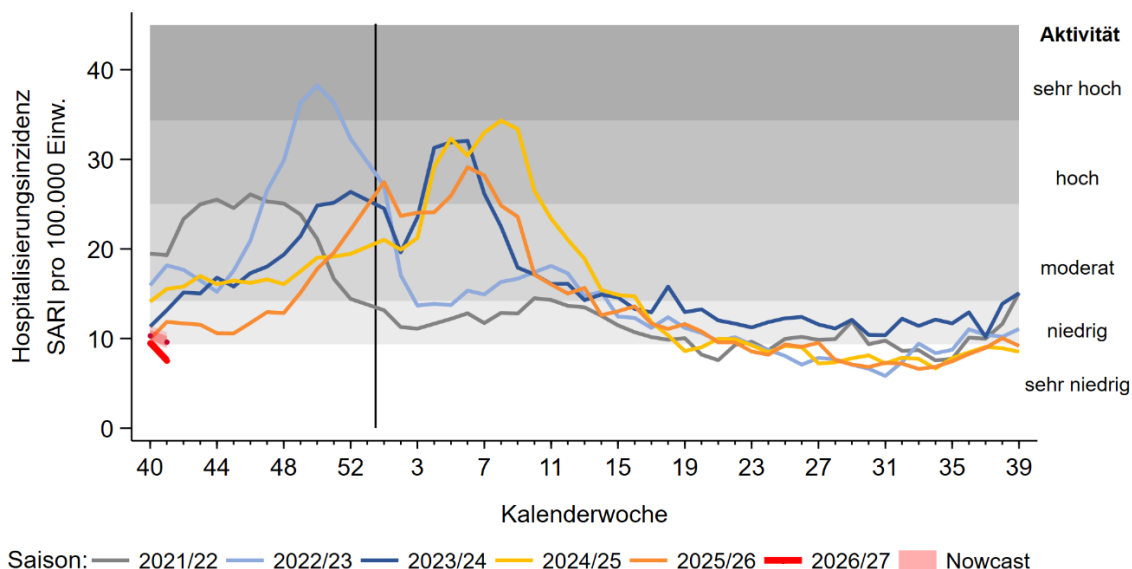


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 41. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen zwei Wochen. Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

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_jn1_ure.pdf

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

In der 41. KW 2026 ging die SARI-Inzidenz in den meisten Altersgruppen zurück, nur bei den 15- bis 34-jährigen kam es in der 41. KW zu einem leichten Anstieg der Hospitalisierungen wegen einer SARI (Abb. 6). Nach dem Rückgang lag in der 41. KW lag die SARI-Inzidenz in allen übrigen Altersgruppen auf einem sehr niedrigen Niveau.

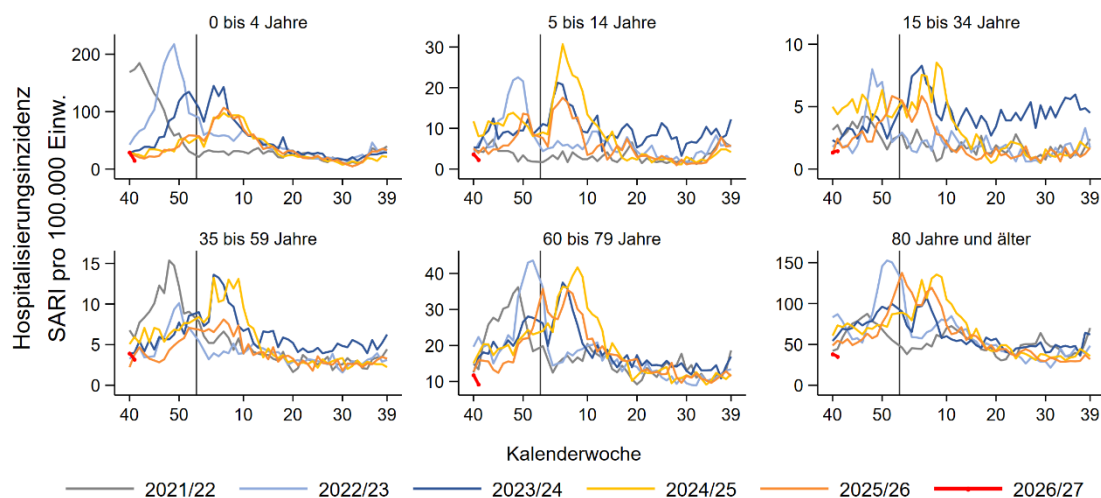


Abb. 6 Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 41. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In der 41. 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 41. KW nicht vergeben worden.

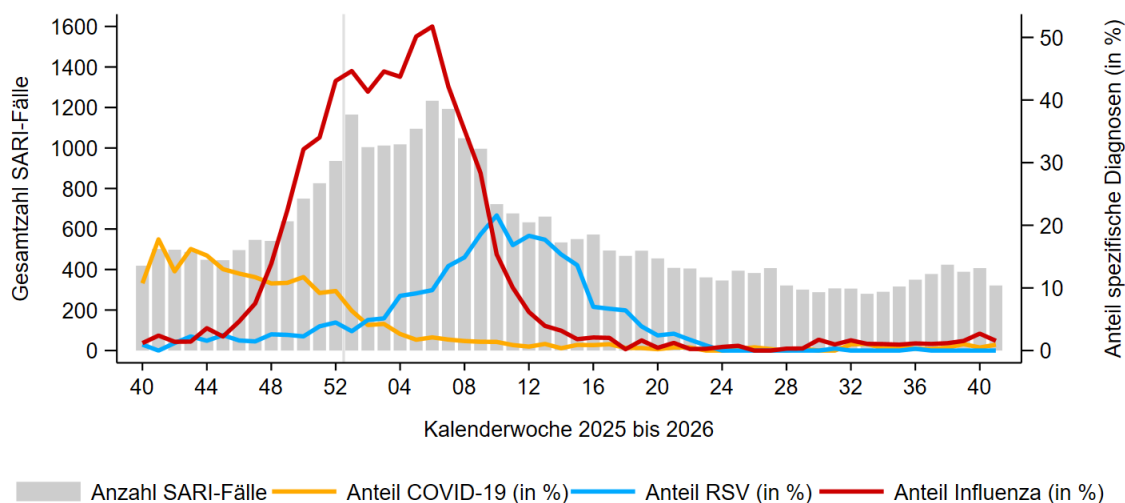


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2025 bis zur 41. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Influenza-Erkrankungen wurden in der 41. KW 2026 vereinzelt bei Säuglingen (unter 2 Jahren) sowie bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 35 Jahren diagnostiziert (Abb. 8). Einzelne COVID-19-Diagnosen sind in der 41. KW ausschließlich bei älteren SARI-Fällen ab 60 Jahren vergeben worden. RSV-Erkrankungen wurden in der 41. KW nicht diagnostiziert.

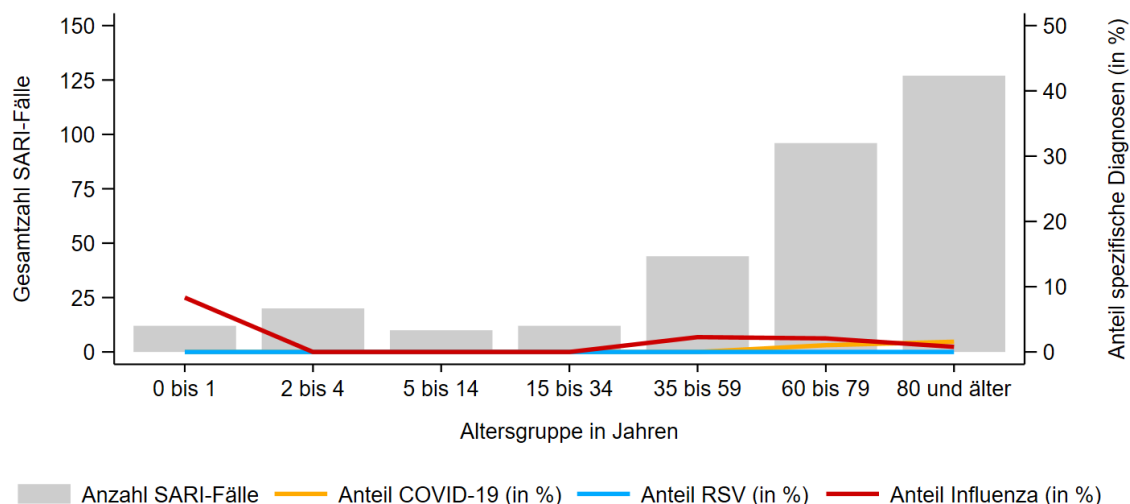


Abb. 8: Anzahl der in der 40. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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. Eine Influenza Erkrankung wurde in der 41. KW 2026 bei 5 % und eine COVID-19-Diagnose bei 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Es wurden keine RSV-Diagnosen in der 41. KW bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen vergeben.

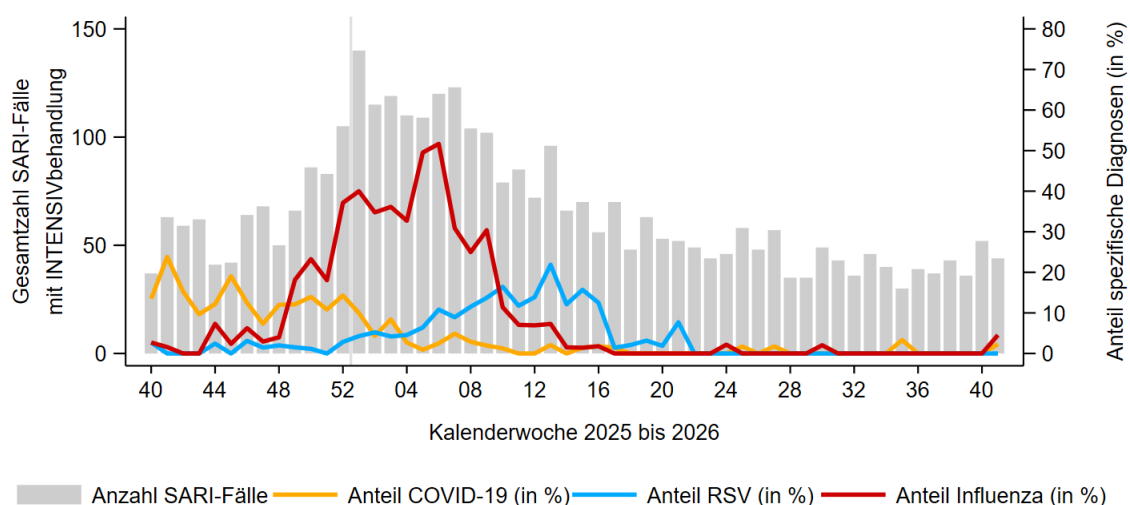


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2025 bis zur 41. 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 41. MW 2026 wurden bislang 533 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 533 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2; Stand: 13.10.2026). Im Vergleich zur Vorwoche ist die Zahl der übermittelten Fälle insgesamt weiter gestiegen. Von 291 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 114 (39 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 968 Fälle übermittelt. Davon entfallen alle 968 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Von 545 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 222 (41 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).*

In der Saison 2026/27 wurden bisher weniger als zehn 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)

		36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
Influenza	A (nicht subtypisiert)	164	196	207	240	385	468	853
	A(H1N1)pdm09	0	1	3	7	3	5	8
	A(H3N2)	1	6	3	2	0	0	0
	nicht nach A / B differenziert	2	1	3	1	5	9	14
	B	21	20	10	29	42	51	93
Gesamt		188	224	226	279	435	533	968
	Hospitalisierte Fälle	38	63	37	81	108	114	222

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.

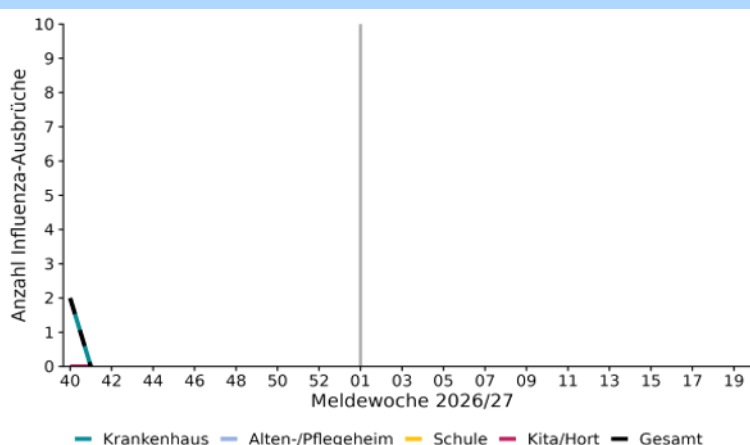
Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt zwei Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 41. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 3).

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	2
Krankenhaus	2
Alten-/Pflegeheim	0
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	18
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,0

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



COVID-19

Für die 41. MW 2026 wurden bislang 847 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 833 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen (Tab. 4; Stand: 13.10.2026). 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 444 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 220 (50 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 4).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 1.446 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.429 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Von 826 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 403 (49 %) 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)

	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
SARS-CoV-2	178	274	299	404	596	833	1.429
Hospitalisierte Fälle	49	89	84	119	183	220	403

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.

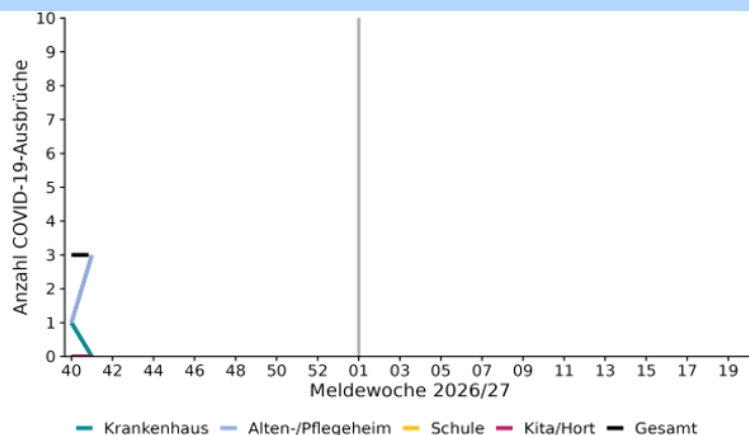
Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt sechs COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 41. MW 2026 wurde bisher drei Ausbrüche übermittelt (Tab. 5).

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	6
Krankenhaus	1
Alten-/Pflegeheim	4
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	1
Anzahl Ausbruchsfälle	42
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	7,0

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



RSV-Infektionen

Für die 41. MW 2026 wurden bislang insgesamt 32 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 32 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 6; Stand: 13.10.2026). Die Zahl der übermittelten RSV-Fälle war weiterhin niedrig. Von 14 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 6 (43 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 6).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 51 Fälle übermittelt. Davon entfallen alle 51 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Von 27 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 13 (48 %) 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-Falldefinitionskategorie C-E)

	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
RSV	10	23	20	17	19	32	51
Hospitalisierte Fälle	3	3	7	6	7	6	13

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 in der Saison 2026/27 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 41. KW 2026 wurden 101 Abwasserproben aus 60 Kläranlagen auf SARS-CoV-2 ausgewertet. Der Anteil der Abwasserproben bzw. Kläranlagen mit SARS-CoV-2-Virusbestandteilen oberhalb der Bestimmungsgrenze ist seit ca. 15 Wochen auf 98 % (99 von 101 Proben) bzw. 98 % (59 von 60 Kläranlagen) angestiegen (Abb. 10). Dies spricht für eine bundesweite flächendeckende SARS-CoV-2-Zirkulation. 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. 11).

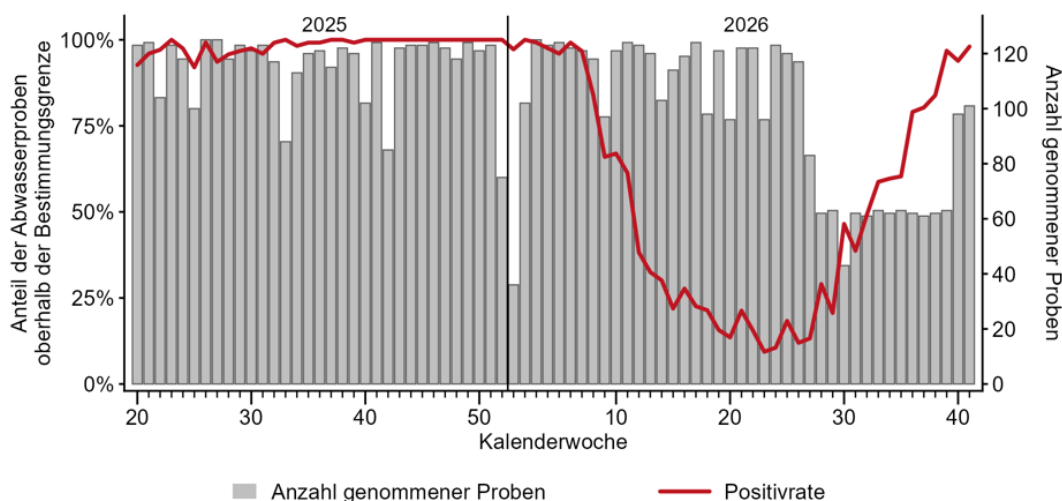


Abb. 10: SARS-CoV-2. Anteil der Abwasserproben oberhalb der Bestimmungsgrenze (linke y-Achse, rote Linie) und Anzahl genomener Proben (rechte y-Achse, graue Säulen) nach Kalenderwochen.

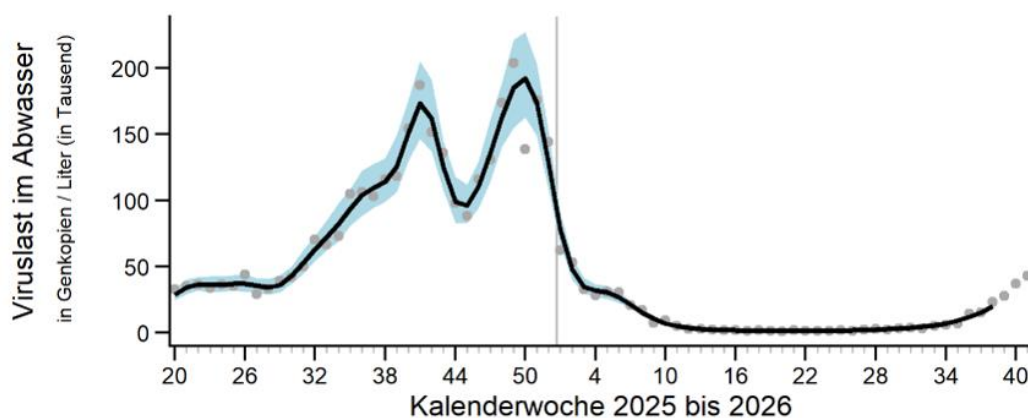


Abb. 11: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 13.10.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (7.10.2026, 41. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Influenzaviren

Für die 41. KW 2026 wurden 93 Abwasserproben aus 56 Kläranlagen auf Influenza A- und aus 90 Abwasserproben aus 55 Kläranlagen auf Influenza B-Viren ausgewertet. Der Anteil der Abwasserproben bzw. Kläranlagen mit Influenza A-Virusbestandteilen oberhalb der Bestimmungsgrenze ist in den letzten vier Wochen auf 43 % (24 von 56 Kläranlagen) angestiegen; für Influenza B-Viren wurde nur in einer (2 %) von 56 Kläranlagen Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (Abb. 12; Anteil für Influenza A- und B-Viren kombiniert). Die Influenza-Viruslast im Abwasser ist insgesamt weiterhin niedrig, für Influenza A-Viren zuletzt jedoch leicht steigend (Abb. 12).

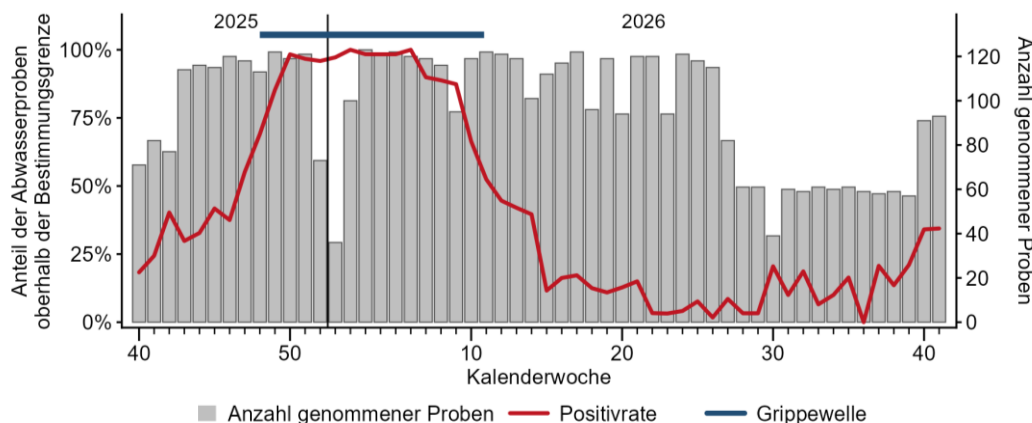


Abb. 12: Influenzaviren. Anteil der Abwasserproben oberhalb der Bestimmungsgrenze (link y-Achse, rote Linie) und Anzahl genomener Proben für Influenza A- und B-Viren kombiniert (rechte y-Achse, graue Säulen) nach Kalenderwochen.

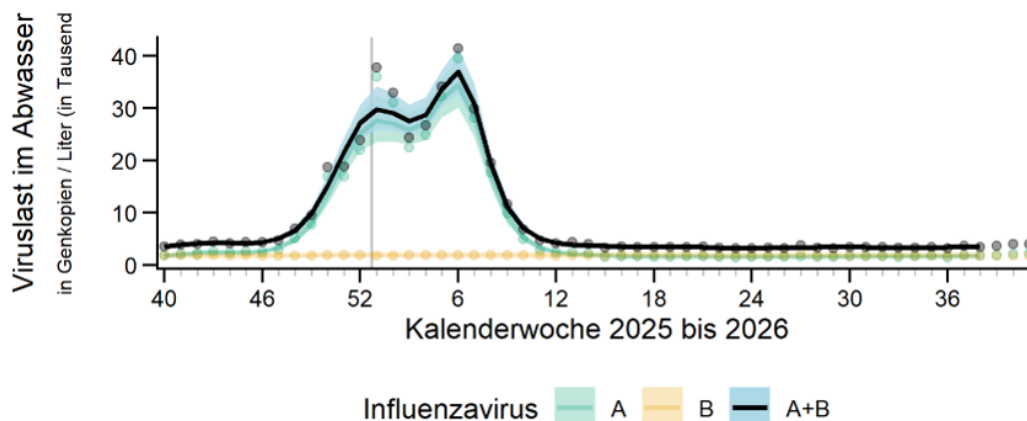


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 13.10.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (7.10.2026, 41. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

RSV

Für die 41. KW wurden 67 Abwasserproben aus 33 Kläranlagen auf RSV A- und B-Viren ausgewertet. Der Anteil der Abwasserproben bzw. Kläranlagen mit RSV-Virusbestandteilen oberhalb der Bestimmungsgrenze lag in der letzten Woche für RSV A-Viren bei 6 % (4 von 67 Proben) bzw. 12 % (4 von 33 Kläranlagen); für RSV B wurden Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze in acht (12 %) der 67 Proben aus acht (24 %) der 33 Kläranlagen gemessen (Abb. 14). Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind insgesamt weiterhin niedrig (Abb. 15).

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. Die RSV-Messungen werden nach dem Sommer wieder regelmäßig durchgeführt.

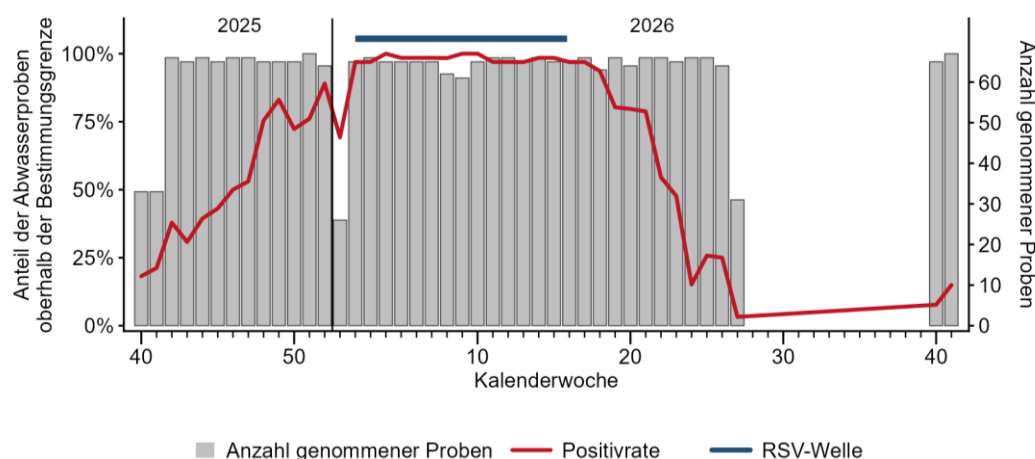


Abb. 14: RSV. Anteil der Abwasserproben oberhalb der Bestimmungsgrenze (linke y-Achse, rote Linie) und Anzahl genommer Proben für RSV A und B kombiniert (rechte y-Achse, graue Säulen) nach Kalenderwochen.

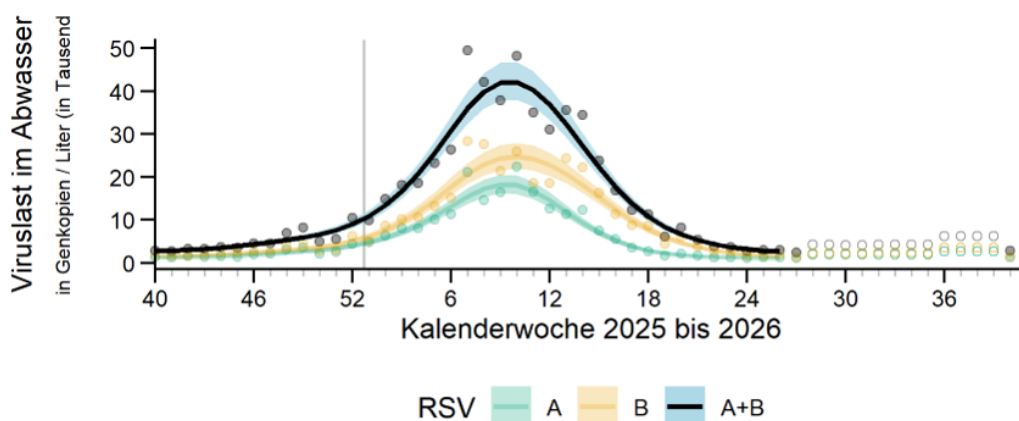


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 13.10.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (7.10.2026, 41. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der Senkrechte 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>.

Ein ausführlicher Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26 (ARE-Saisonbericht) ist abrufbar unter: [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). Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse aus dem ARE-Saisonbericht ist im Epidemiologischen Bulletin verfügbar unter: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/13995/EB-40-2026_10-25646-14517.pdf.

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, Lehfeld 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 41/2026 | DOI: 10.25646/14572

CC-Lizenz

CC BY-NC-SA 4.0

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