

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

40
2026

1. Oktober 2026

Epidemiologisches Bulletin

**Akute respiratorische Erkrankungen
2025/26 | Erste symptomatische autoch-
thone humane Sindbis-Virus-Infektion**

Inhalt

Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26: die wichtigsten Ergebnisse zu Influenza, SARS-CoV-2 und RSV im Überblick

4

Dieser Beitrag gibt eine Zusammenfassung der Hauptkapitel sowie Eckdaten zum „Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26“, der online unter www.rki.de/are-saisonbericht veröffentlicht wird. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Bewertung der Aktivität von Influenza, COVID-19 und RSV-Erkrankungen für den Sommerzeitraum 2025 und die Wintersaison 2025/26. Die Daten aus verschiedenen Surveillance-Systemen des RKI bilden u. a. die Grundlage für möglichst zielgerechte und evidenzbasierte Empfehlungen zur Prävention und Therapie von Erkrankungen mit Atemwegserregern. Insgesamt gab es im Sommerzeitraum 2025 ca. 66 Millionen Fälle akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE). In der Wintersaison 2025/26 kam es zu ca. 180 Millionen ARE. In allen Surveillance-Systemen wurden weniger ARE- und SARI-Fälle beobachtet als in den beiden vorherigen Wintersaisons. Die ARE-Wintersaison 2025/26 ist insgesamt als moderat einzuordnen und mit dem ARE-Geschehen in anderen europäischen Ländern vergleichbar.

Report on acute respiratory infections in 2025/26: an overview of the key results on influenza, SARS-CoV-2 and RSV

This article provides a summary of the main chapters and key data from the “Report on acute respiratory infections in 2025/26”, which is published online at www.rki.de/are-saisonbericht. Particular emphasis is placed on the assessment of the activity of influenza, COVID-19 and RSV infections during the summer of 2025 and the 2025/26 winter season. Data from various RKI surveillance systems provide, among other things, a basis for developing targeted, evidence-based recommendations for the prevention and treatment of respiratory infections. In total, there were approximately 66 million cases of acute respiratory infections (ARI) during the summer of 2025. During the 2025/26 winter season, there were approximately 180 million cases of ARI. Across all surveillance systems, fewer cases of ARI and severe acute respiratory infections (SARI) were observed than in the previous two winter seasons. Overall, the 2025/26 ARI winter season can be classified as moderate, with ARI activity comparable to that observed in other European countries.

(Article in German)

Erstnachweis einer symptomatischen autochthonen humanen Sindbis-Virus-Infektion in Deutschland, Baden-Württemberg

18

First report of a symptomatic autochthonous human Sindbis virus infection in Germany, Baden-Württemberg

(Article in German)

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon: 030 18754-0
E-Mail: EpidBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
(Ltd. Redakteurin)

Sabine Trömer
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt
Sabine Schleusener
(Stellv. Redaktionsassistentin)

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise
die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons
Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26: die wichtigsten Ergebnisse zu Influenza, SARS-CoV-2 und RSV im Überblick

Einleitung

Das Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlicht zum 1.10.2026 im **Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26**¹ (<http://www.rki.de/are-saisonbericht>) die Ergebnisse der Überwachung akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in Deutschland. Diese basieren auf verschiedenen Surveillance-Systemen des RKI und werden für den **Sommerzeitraum 2025 (21. Kalenderwoche [KW] 2025 bis 39. KW 2025)** sowie die **Wintersaison 2025/26 (40. KW 2025 bis 20. KW 2026)** zusammengefasst und bewertet. Zudem werden die postpandemischen Vorsaisons, beginnend ab Sommer 2023, zum Vergleich herangezogen.²

Akute Atemwegserkrankungen verursachen jährlich eine hohe Krankheitslast in der Bevölkerung und führen zu einer hohen Belastung des ambulanten und stationären Gesundheitssektors sowie einer hohen Zahl an Schulfehltagen, Arbeitsausfällen und Todesfällen. Sie unterliegen einer saisonalen Dynamik, die jedoch von Saison zu Saison sowie für verschiedene Altersgruppen abweichen kann. Akute Atemwegserkrankungen werden oft durch unterschiedliche Viren ausgelöst, die anfänglich ähnliche Symptome hervorrufen, aber sehr unterschiedlich verlaufen können. Besonders relevant für die epidemiologische Überwachung sind die Atemwegserreger Influenzaviren, Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) und Respiratorische Synzytial-Viren (RSV).

Die **Influenza** ist als jährlich auftretende, alle Altersgruppen betreffende, impfpräventable Erkrankung, die in schweren Saisons zu einer deutlichen Übersterblichkeit führt, von großer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. **SARS-CoV-2** bleibt auch nach dem Ende der Coronavirus-Erkrankung-19- (COVID-19-)Pandemie von besonderer epidemiologischer Bedeutung, da es fortwährend weltweit zirkuliert und **COVID-19** weiterhin zu Hospitalisierungen und Todesfällen führt. **RSV** ist wie das Influenzavirus ein saisonal auftretender Atemwegser-

reger, der jedoch insbesondere bei Kleinkindern und in vulnerablen Bevölkerungsgruppen mit schweren Krankheitsverläufen auftritt.

Die Surveillance akuter Atemwegserkrankungen in Deutschland dient der zeitnahen ganzjährigen Überwachung und Berichterstattung zum Verlauf, zu der Stärke der Aktivität sowie zu der Krankheitslast akuter Atemwegserkrankungen auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems bzw. der Krankheitschwere. Ein spezieller Fokus wird dabei auf die Bewertung der Aktivität von Influenza, COVID-19 und RSV-Erkrankungen gelegt sowie auf die spezifischen Merkmale der jeweils zirkulierenden Influenzaviren, SARS-CoV-2 und RSV. Die Daten bilden u. a. die Grundlage für möglichst zielgerechte und evidenzbasierte Empfehlungen zur Prävention und Therapie von Erkrankungen mit Atemwegserregern, speziell Influenzaviren, SARS-CoV-2 und RSV.

Im Rahmen des Berichts zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26 werden **Daten aus verschiedenen Erfassungssystemen** analysiert und bewertet, um eine umfassende Einschätzung der Situation akuter Atemwegserkrankungen zu ermöglichen. Ziel ist die Beschreibung der zeitlichen Dynamik, der betroffenen Altersgruppen sowie der Krankheitsschwere im Sommerzeitraum 2025 sowie in der Wintersaison 2025/26 und eine Einordnung im Vergleich zu zwei Vorsaisons.

Der am 1.10.2026 erscheinende Bericht betrachtet in verschiedenen Kapiteln zunächst akute Atemwegserkrankungen unterschiedlicher Schwere insgesamt und fokussiert sich dann in weiteren Kapiteln auf Influenzavirus-Erkrankungen, SARS-CoV-2 und COVID-19 sowie RSV-Erkrankungen. Zu jedem Kapitel gibt es eine kurze Zusammenfassung sowie eine Übersichtstabelle mit verschiedenen Eckdaten, die im nachfolgenden Kapitel zur Einordnung der Saison relevant sind. Methodische Details und Fachbegriffe werden am Ende des Berichts kurz im Glossar erläutert.

An dieser Stelle soll eine kurze Zusammenfassung der Hauptkapitel sowie Eckdaten des Berichts gezeigt werden. Der vollständige Bericht ist abrufbar unter www.rki.de/are-saisonbericht.

Methoden der Erfassung

Im Rahmen der ARE-Berichterstattung werden Daten aus den Systemen der **syndromischen Sentinel-Surveillance** des RKI ausgewertet. Diese basieren auf erfassten Symptomen bzw. ärztlichen Diagnosecodes (Syndrom), die wöchentlich in einem repräsentativen Netzwerk von Teilnehmenden (Sentinel) erfasst werden:

- ▶ **GrippeWeb** (Bevölkerung, symptomatische Atemwegserkrankungen, unabhängig von einem erfolgten Arztbesuch)
- ▶ **ARE-Praxis-Sentinel** (ambulanter Bereich, Arztkonsultationen wegen akuter Atemwegserkrankungen)
- ▶ **SARI-Krankenhaus-Sentinel** (stationärer Bereich, Hospitalisierungen wegen schwerer akuter respiratorischer Infektionen [SARI])

Ergänzt werden diese Systeme durch Daten aus den begleitenden Systemen der **virologischen Surveillance**, die ebenfalls die Ebenen Bevölkerung (GrippeWeb-Plus), ambulanter Bereich sowie stationärer Bereich abdecken und Informationen zu zirkulierenden Atemwegserregern liefern.

Darüber hinaus werden Daten aus der **Abwasser-surveillance**, **Mortalitätsdaten von DESTATIS** sowie **Melddaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG)** zu Influenza, COVID-19 und RSV-Erkrankungen analysiert. Dazu kommen weitergehende genomische Analysen zu Influenzaviren, SARS-CoV-2 und RSV. Des Weiteren wird auf die internationale Situation im Sommer 2025 sowie in der Wintersaison 2025/26 in Bezug auf Influenza, COVID-19/SARS-CoV-2 und RSV eingegangen und auch die Möglichkeit der Prävention durch Immunisierung bzw. Impfung erläutert. Sofern nicht anders beschrieben, gilt für die dargestellten Auswertungen der Datenstand 2.6.2026.

Die verschiedenen Surveillance-Systeme erfassen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems und der Krankheitsschwere diverse Parameter,

die der Beschreibung und Bewertung der Epidemiologie von ARE dienen.

Auf **Bevölkerungsebene** bildet GrippeWeb (syndromische Surveillance) auf Basis von Meldungen aus der Bevölkerung neu aufgetretene ARE sowie ARE mit Fieber (*influenza-like-illness*: ILI) ab. Zusätzlich werden über GrippeWeb-Plus (virologische/mikrobiologische Surveillance) Proben auf Atemwegserreger untersucht. Es wird die für Deutschland berechnete Anzahl ARE und ILI dargestellt sowie die Anzahl ARE mit Influenzaerkrankung (**Influenza-ARE**), mit COVID-19 (**COVID-ARE**) bzw. mit RSV-Erkrankung (**RSV-ARE**). Zudem wird der Anteil von Proben mit Nachweis von Influenzaviren, SARS-CoV-2 und RSV nach Altersgruppe gezeigt.

Unabhängig von einer Symptomatik und der Schwere der Erkrankung können im **Abwasser** Viruslasten von Influenzaviren, SARS-CoV-2 und RSV bestimmt werden, diese werden wöchentlich dargestellt.

Im **ambulanten Bereich** bildet das ARE-Praxis-Sentinel (syndromische Surveillance) ab, wie viele Personen innerhalb einer Woche bzw. eines Zeitraums mit einer ARE erstmalig einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben (ARE-Erstkonsultationen). Darüber hinaus können über vergebene Diagnosen zu Influenza, COVID-19 und RSV-Erkrankungen Informationen zu spezifischen Atemwegserkrankungen erfasst werden. Es werden die für Deutschland berechnete Anzahl ARE-Erstkonsultationen sowie die Anzahl an ARE-Konsultationen mit Influenza-, COVID-19- oder RSV-Diagnose dargestellt. Zusätzlich werden im Rahmen der begleitenden virologischen Surveillance Proben von ARE-Patientinnen und -Patienten untersucht und der Anteil von Proben mit Nachweis von Influenzaviren, SARS-CoV-2 und RSV gezeigt sowie spezifisch der Anteil von Proben mit Nachweis der Influenzavirus-Subtypen A(H1N1)pdm09, A(H3N2) und B.

Im **stationären Bereich** stellt das SARI-Krankenhaus-Sentinel (syndromische Surveillance) dar, wie viele Personen innerhalb einer Woche bzw. eines Zeitraums mit einer SARI in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Darüber hinaus werden die im Krankenhaus vergebenen Diagnosen zu Influenzaerkrankungen, COVID-19 und RSV-Erkrankungen

erfasst; sie liefern Informationen zu spezifischen Atemwegserkrankungen. Es werden die für Deutschland berechnete Anzahl SARI-Hospitalisierungen sowie die Anzahl an SARI-Hospitalisierungen mit Influenza-, COVID-19- oder RSV-Diagnose gezeigt. Zusätzlich werden im Rahmen der begleitenden virologischen Surveillance Proben von SARI-Patientinnen und -Patienten untersucht und der Anteil von Proben mit Nachweis von Influenzaviren, SARS-CoV-2 und RSV aufgeführt.

Übersterblichkeitsschätzungen werden auf Basis der **Mortalitätsdaten** von DESTATIS geschätzt.

Auf Basis von **Meldungen gemäß IfSG** werden Fälle mit einem Labornachweis von Influenzaviren, SARS-CoV-2 bzw. RSV dargestellt. Zudem werden auch Hospitalisierungen, Ausbrüche in verschiedenen Settings sowie Todesfälle erfasst und ausgewertet.

Gemeldete Fälle gemäß IfSG zu Influenza-, COVID-19- und RSV-Erkrankungen bilden Fälle mit Erregernachweis ab. In Abhängigkeit von der Testhäufigkeit kommt es hierbei zu einer Untererfassung der erkrankten Fälle. Ebenso sind vergebene ICD-10-Diagnosen zu Influenza-, COVID-19- und RSV-Erkrankungen im ambulanten und stationären Bereich abhängig davon, dass ein positiver Erregernachweis und eine entsprechende Diagnose vorliegt. Auch hier kann es daher bei der Schätzung von krankheits- bzw. erregerspezifischen ARE und SARI zu einer Untererfassung kommen.

Das Nationale Referenzzentrum für Influenzaviren (NRZI) ist an der Surveillance von Influenzaviren und weiteren Atemwegsviren beteiligt. Molekulare Analysen des NRZI umfassen unter anderem die antigene Charakterisierung und Resistenzprüfung von Influenzaviren. Das Konsiliarlabor für RSV, Parainfluenzaviren (PIV) und humane Metapneumoviren (HMPV) führt molekulare Analysen von RSV durch. Genomische Analysen von SARS-CoV-2 werden im Rahmen der virologischen Surveillance im ambulanten und stationären Bereich sowie über das Labornetzwerk der integrierten molekularen Surveillance von SARS-CoV-2 (IMSSC2) und über die Abwassersurveillance durchgeführt. Hierbei wird unter anderem der Anteil bestimmter SARS-

CoV-2-Varianten an allen sequenzierten SARS-CoV-2-Proben berechnet und dargestellt.

Die Auswertungen für ARE, Influenza, SARS-CoV-2/COVID-19 und RSV umfassen die Wintersaison 2025/26 im Zeitraum von der 40. KW 2025 bis zur 20. KW 2026. Dies ist der Zeitraum, in dem üblicherweise während der Grippe- und der RSV-Welle eine hohe Zahl an akuten Atemwegserkrankungen erfasst wird. Zusätzlich wird jedoch auch der davor liegende Sommerzeitraum (21. KW bis 39. KW 2025) mit einbezogen. Mit dem Aufkommen von SARS-CoV-2, sowie auch nach dem Ende der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2023,² wurde häufig bereits im Sommer eine erhöhte SARS-CoV-2-Zirkulation beobachtet. Damit ging auch in den postpandemischen Jahren zumeist ein Anstieg der Zahl akuter Atemwegserkrankungen einher. Daher werden bei Auswertungen zu ARE sowie zu SARS-CoV-2/COVID-19 sowohl der Sommerzeitraum 2025 als auch die Wintersaison 2025/26 betrachtet. Zusätzlich werden im Bericht zu ARE in der Saison 2025/26 die beiden Vorsaisons 2023/24 sowie 2024/25 bzw. die Sommerzeiträume von 2023 und 2024 zum Vergleich herangezogen.

Akute Atemwegserkrankungen im Sommer 2025 und der Wintersaison 2025/26

In allen syndromischen Systemen (Bevölkerungsebene, ambulanter Bereich, stationärer Bereich) wurde im Sommerzeitraum 2023 bzw. 2025 jeweils eine geringere Zahl an ARE bzw. SARI (bei insgesamt sehr niedriger ARE-/SARI-Aktivität) als im Sommer 2024 beobachtet (insgesamt niedrige Aktivität). Ursächlich für die etwas höhere Krankheitslast im Sommer 2024 war die bereits im Frühsommer 2024 beginnende SARS-CoV-2-Zirkulation. In den Jahren 2023 und 2025 startete die SARS-CoV-2-Zirkulation dagegen erst im Spätsommer bzw. Herbst.

Insgesamt gab es im Sommerzeitraum 2025 ca. 66 Millionen ARE, etwa jeder sechste davon konsultierte deswegen eine Ärztin oder einen Arzt (ca. 11 Millionen [Mio.] Erstkonsultationen wegen ARE). Es gab ca. 123.000 Hospitalisierungen wegen SARI, davon wurden ca. 15.000 intensivmedizinisch behan-

delt und ca. 5.500 SARI-Patientinnen und -Patienten verstarben (s. Tab. 1).

Während der Wintersaison 2025/26 wurden in allen Systemen weniger ARE- und SARI-Fälle beobachtet als in den beiden vorherigen Wintersaisons (2023/24, 2024/25), diese waren jeweils von einer höheren Krankheitslast geprägt.³⁻⁶ Dennoch kam es in der Wintersaison 2025/26 zu rund 180 Millionen ARE, unabhängig von einem Arztbesuch (s. Tab. 1). So hatten Kleinkinder im Durchschnitt 4,6 ARE und Erwachsene ab 60 Jahren im Schnitt 1,3 ARE während des Zeitraums von der 40. KW 2025 bis zur 20. KW 2026. Ende Januar bzw. Anfang Februar 2026 (5./6. KW 2026) war der Höhepunkt der ARE-Aktivität in Deutschland, so kam es allein in der 5. KW 2026 zu ca. 7,2 Millionen ARE.

In der 6. KW 2026 gab es ca. 1,7 Mio. Arztbesuche wegen einer neu aufgetretenen ARE. Zudem kam es ebenfalls in der 6. KW 2026 zu rund 23.000 Hospitalisierungen wegen SARI. Unter Berücksichtigung der Daten aus der begleitenden virologischen Surveillance zeigt sich, dass der Höhepunkt der ARE-Wintersaison auch im Jahr 2026 mit dem Höhepunkt der Grippewelle zusammenfiel, die gemäß RKI-Definition in der 48. KW 2025 startete und mit der 10. KW 2026 endete. Im virologischen ARE-Praxis-Sentinel wurden in der 6. KW 2026 in

zwei von drei Proben von ARE-Patientinnen und -Patienten Influenzaviren nachgewiesen (s. Tab. 2).

In allen drei syndromischen Systemen wurde während der Wintersaison 2025/26 kurzzeitig eine hohe Aktivität (schwerer) akuter Atemwegserkrankungen beobachtet. In den beiden vorherigen Saisons befand sich die ARE-/SARI-Aktivität jedoch jeweils für einen längeren Zeitraum im hohen Bereich. Zudem wurde **in der Wintersaison 2025/26 insgesamt eine geringere Krankheitslast** an akuten Atemwegserkrankungen auf allen erfassten Ebenen beobachtet, auch blieben die Höchstwerte unter denen der vorherigen Wintersaisons 2023/24 und 2024/25. **Somit ist die ARE-Wintersaison 2025/26 insgesamt als moderat einzuordnen.**

Das Spektrum zirkulierender Atemwegserreger bildete sich auf Bevölkerungsebene sowie im ambulanten und stationären Bereich ähnlich ab. Es umfasste im Sommer 2025 hauptsächlich Rhinoviren und PIV sowie SARS-CoV-2. In der Wintersaison 2025/26 wurden vorrangig Influenza- und Rhinoviren sowie seltener RSV nachgewiesen (siehe vollständiger Bericht unter www.rki.de/are-saisonbericht).

Tab. 1 | ARE-Eckdaten: Indikatoren aus den Systemen der syndromischen ARE-/SARI-Surveillance, dargestellt für den Sommerzeitraum 2025 (21. KW – 39. KW 2025) sowie für die Wintersaison 2025/26 (40. KW 2025 – 20. KW 2026) in Deutschland. Daten hochgerechnet für die Bevölkerung in Deutschland.

Surveillance-Bereich	Indikator	Sommer 2025 21. KW – 39. KW 2025	Wintersaison 2025/26 40. KW 2025 – 20. KW 2026	
		Gesamtwert	Höchstwert (in KW) Aktivitätsbereich	Gesamtwert
Bevölkerung GrippeWeb (syndromisch)	ARE ¹ (Inzidenz)	ca. 66 Mio.	ca. 7,2 Mio. (5. KW 2026) (8.700 je 100.000) Hohe Aktivität	ca. 180 Mio.
	ILI ¹	ca. 12 Mio.	ca. 2,1 Mio. (5. KW 2026)	ca. 40 Mio.
Ambulanter Bereich ARE-Praxis-Sentinel (syndromisch)	ARE-Erstkonsultationen ¹	ca. 11 Mio.	ca. 1,7 Mio. (6. KW 2026) Hohe Aktivität	ca. 37 Mio.
Stationärer Bereich SARI-Krankenhaus-Sentinel (syndromisch)	SARI-Fälle ¹	ca. 123.000	ca. 23.000 (6. KW 2026) Hohe Aktivität	ca. 429.000
	SARI-Fälle mit Intensivbehandlung ¹	ca. 15.000	ca. 2.600 (1. KW 2026)	ca. 47.800
	Verstorbene SARI-Fälle ¹	ca. 5.500	ca. 1.400 (1. KW 2026)	ca. 22.700

¹ syndromisch: geschätzte Anzahl

ARE = akute respiratorische Erkrankungen; ILI = *influenza-like illness*; KW = Kalenderwoche; SARI = schwere akute respiratorische Infektionen

Tab. 2 | Eckdaten der Influenza-Saison 2025/26: Indikatoren aus den Systemen der syndromischen ARE-/SARI-Surveillance, der virologischen ARE-Surveillance, der Abwassersurveillance sowie der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), dargestellt für den Zeitraum der Grippewelle (48. KW 2025 – 10. KW 2026) und für die Wintersaison 2025/26 (40. KW 2025 – 20. KW 2026). Daten hochgerechnet für die Bevölkerung in Deutschland.

Surveillance-Bereich	Indikator	Grippewelle 2025/26 48. KW 2025 – 10. KW 2026	Wintersaison 2025/26 40. KW 2025 – 20. KW 2026	
		Gesamtwert	Höchstwert (in KW)	Gesamtwert
Bevölkerung GrippeWeb(-Plus) (virologisch, syndromisch)	Influenza (gesamt) ²	14 %	35 % (2. KW 2026)	7,4 %
	Influenza-ARE ¹	ca. 12 Mio.	ca. 1,3 Mio. (1. KW 2026)	ca. 12 Mio.
Abwasser	Influenzavirus-Last (Genkopien/Liter)	NA	ca. 31.000 (1. KW 2026)	NA
Ambulanter Bereich ARE-Praxis-Sentinel (virologisch, syndromisch)	Influenza (gesamt) ²	41 %	64 % (5. KW 2026)	25 %
	Influenza A(H1N1)pdm09 ²	11 %	15 % (5. KW 2026)	7,0 %
	Influenza A(H3N2) ²	30 %	49 % (5. KW 2026)	18 %
	Influenza B ²	0,1 %	2,0 % (1. KW 2026)	0,1 %
	ARE-Konsultationen mit Influenza-Diagnose ¹	ca. 380.000	ca. 49.000 (6. KW 2026)	ca. 430.000
Stationärer Bereich SARI-Krankenhaus-Sentinel (virologisch, syndromisch)	Influenza (gesamt) ²	25 %	58 % (52. KW 2025)	14 %
	SARI-Fälle mit Influenza-Diagnose ¹	ca. 99.000	ca. 12.000 (6. KW 2026)	ca. 105.000
	Anteil Influenza-Diagnosen bei SARI-Fällen	38 %	52 % (6. KW 2026)	24 %
Meldedaten gemäß IfSG (laborbestätigte Fälle, Fallkategorien C-E)	Anzahl Influenza-Fälle	229.116	25.607 (5. KW 2026)	240.235
	Anzahl Influenza-Fälle mit Hospitalisierung	60.973	6.865 (2. KW 2026)	64.953

¹ syndromisch: geschätzte Anzahl

² virologisch: Anteil Proben mit Nachweis

ARE = akute respiratorische Erkrankungen; KW = Kalenderwoche; MW = Meldewoche; NA = nicht anwendbar;

SARI = schwere akute respiratorische Infektionen

Influenzavirus-Erkrankungen in der Wintersaison 2025/26

Die Grippewelle in Deutschland begann in der Wintersaison 2025/26 (40. KW 2025 – 20. KW 2026) entsprechend der RKI-Definition in der 48. KW 2025 und endete in der 10. KW 2026. Damit begann sie zwei bis drei Wochen früher als in den beiden Vorsaisons. Sie hielt insgesamt 15 Wochen an. Die verschiedenen Surveillance-Systeme des RKI zeigten wie in den Vorjahren bereits ab Ende 2025 einen deutlichen Anstieg der Influenzaaktivität, die ihren saisonalen Höhepunkt Ende Januar bzw. Anfang Februar 2026 erreichte. Anschließend ging die Influenzaaktivität wieder deutlich zurück. In der Wintersaison 2025/26 war die Influenzaaktivität insge-

samt in den meisten Surveillance-Systemen geringer als in der Vorsaison. Das saisonale Geschehen wurde nahezu vollständig durch Influenza-A-Viren geprägt, vor allem durch Influenza-A(H3N2)-Viren der Subklade K. Es waren alle Altersgruppen von Influenzaerkrankungen betroffen, dabei war die **Krankheitslast durch Influenza bei Personen ab 60 Jahren etwas höher** als in der Vorsaison, in den Altersgruppen zwischen 5 und 59 Jahren war sie dagegen geringer als in der Wintersaison 2024/25, in der es während der Influenzawelle eine hohe Betroffenheit von Schulkindern (5 bis 14 Jahre) gab.^{3-5,7} Insgesamt war der saisonale Influenzaverlauf in Deutschland mit dem in den meisten europäischen Ländern vergleichbar.

Auf der **Bevölkerungsebene** stiegen die auf Basis der Abwassersurveillance gemessene Influenzaviruslast sowie die anhand der GrippeWeb-/GrippeWeb-Plus-Daten geschätzte Influenza-ARE-Inzidenz Ende 2025 an. Die Influenzaviruslast im Abwasser war geringer als in der Vorsaison 2024/25, während die Influenza-ARE-Inzidenz mit der Vorsaison 2024/25 vergleichbar war. Influenza A zeigte während der Wintersaison 2025/26 in beiden Surveillance-Systemen eine deutliche Aktivität. Während der Grippewelle wurden auf Basis der GrippeWeb-Plus-Daten rund 12 Millionen Influenza-ARE-Erkrankungen in Deutschland geschätzt, das bedeutet etwa 14 % der Bevölkerung erkrankten in der Wintersaison 2025/26 an Influenza (s. Tab. 2). Unter Personen, die an ARE erkrankt waren, wurden Influenzaviren mit 16 % am häufigsten bei Kleinkindern im Rahmen von GrippeWeb-Plus nachgewiesen.¹

Im **ambulanten Bereich** stieg die im SEED^{ARE}-System (SEED/ARE = Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen) ermittelte ARE-Konsultationsinzidenz mit Influenzadiagnose ebenfalls vor dem Jahreswechsel 2025/26 deutlich an. Mit rund 430.000 Arztkonsultationen war die Zahl der diagnostizierten Influenzaerkrankungen geringer als in der Vorsaison 2024/25 (ca. 540.000). In den Altersgruppen ab 60 Jahren wurden in der Wintersaison 2025/26 mehr Influenzadiagnosen als in den beiden Vorsaisons vergeben, während Influenzaerkrankungen bei Personen unter 60 Jahren bei ARE-Arztconsultationen weniger häufig diagnostiziert wurden als in der Wintersaison 2024/25. Im Rahmen der virologischen Surveillance im ambulanten Bereich nahm die Zirkulation von Influenzaviren ab der 47. KW 2025 deutlich zu. Die Influenzapositivrate (PR) erreichte in der 5. KW 2026 mit 64 % ihren Höhepunkt (s. Tab. 2). In der Wintersaison 2025/26 entfielen etwa 70 % der Influenzavirus-Nachweise auf den Subtyp Influenza A(H3N2) und 29 % auf Influenza A(H1N1)pdm09.¹ Influenza-B-Viren spielten nur eine untergeordnete Rolle. Influenza-A(H3N2)-Viren dominierten vor allem bei den jüngeren Altersgruppen bis 34 Jahren, während der Anteil von Influenza-A(H1N1)pdm09-Viren bei Personen ab 35 Jahren fast so hoch war wie der Anteil an Influenza-A(H3N2)-Viren.

Im **stationären Bereich** erhielten während der Wintersaison 2025/26 auf Basis der Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel insgesamt 24 % der SARI-Fälle eine Influenzadiagnose (s. Tab. 2). Hochgerechnet für Deutschland wurden somit in der Wintersaison 2025/26 ca. 105.000 SARI-Fälle mit einer Influenzaerkrankung diagnostiziert. Damit war die Zahl vergleichbar mit der Vorsaison (ca. 104.000). Jedoch wurden in den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre sowie ab 60 Jahre mehr SARI-Fälle mit Influenzadiagnose hospitalisiert als in den beiden Vorsaisons. Die übrigen Altersgruppen wurden in der Wintersaison 2025/26 seltener als in der Wintersaison 2024/25 hospitalisiert. Der Anstieg der Hospitalisierungen von SARI-Fällen begann kurz nach Beginn der Grippewelle, insbesondere bei Personen ab 60 Jahren kam es bereits zum Jahreswechsel 2025/26 zu einem starken Anstieg der Fallzahlen. Etwa 9 % der an Influenza erkrankten SARI-Fälle wurden intensivmedizinisch behandelt.¹ Im Rahmen der virologischen Surveillance im stationären Bereich entfielen 67 % der Influenzavirus-Nachweise auf Influenza-A(H3N2)-Viren und 32 % auf Influenza-A(H1N1)pdm09-Viren. Influenza B-Viren wurden in der Wintersaison 2025/26 nicht detektiert.

Im Rahmen der **Mortalitätssurveillance** wurden in der Wintersaison 2025/26 insgesamt ca. 16.000 Todesfälle im Zusammenhang mit Influenza- und RSV-Infektionen geschätzt.¹ Damit lag die Zahl unter der Schätzung für die Vorsaison 2024/25 (etwa 19.000). Eine getrennte Zuordnung der Todesfälle zu Influenza bzw. RSV-Erkrankungen ist im Rahmen der Mortalitätssurveillance nicht möglich. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Influenzaerkrankungen einen größeren Anteil an den geschätzten Todesfällen ausmachten. Die meisten Todesfälle während der Influenza-/RSV-Welle ereigneten sich bei Personen ab 85 Jahren. Obwohl die meisten Influenza-/RSV-assoziierten Todesfälle in Krankenhäusern auftraten, verstarb auch ein beträchtlicher Anteil der Betroffenen in Pflegeheimen oder an anderen Orten in Deutschland.

In der Wintersaison 2025/26 wurden in Deutschland insgesamt 240.235 labordiagnostisch bestätigte **Influenzafälle gemäß IfSG** an das RKI übermittelt, darunter 64.953 hospitalisierte Fälle.¹ Die Anzahl der

übermittelten Influenzafälle erreichte in der 5. KW 2026 ihren Höhepunkt, während die Zahl der hospitalisierten Influenzafälle bereits in der 2. KW 2026 ihren Maximalwert erreichte. Der Mehrheit der hospitalisierten Influenzafälle waren 60 Jahre und älter (66 %). Insgesamt wurden 1.495 Influenzaausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die 19.899 Fälle umfassten. Die meisten Ausbrüche wurden in Kindergärten bzw. Horten und Krankenhäusern mit jeweils 31 % registriert sowie in Alten-/Pflegeheimen mit 22 %. Insgesamt wurden 2.216 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirus-Infektion übermittelt. Die meisten Todesfälle betrafen Personen ab 80 Jahren (67 %).

Untersuchungen des **Nationalen Referenzzentrums für Influenzaviren** zeigten, dass unter den sequenzierten Influenza-A(H3N2)-Viren die Subklade K dominierte. Sie wurde sowohl in Proben aus GrippeWeb-Plus als auch im ARE-Praxis- und SARI-Krankenhaus-Sentinel am häufigsten nachgewiesen. Die zu Saisonbeginn beobachtete antigene Abweichung der Subklade K vom Influenza-A(H3N2)-Impfstamm gab Anlass zur Sorge.⁸ Rückblickend zeigte sich jedoch, dass **die Grippewelle** in Deutschland sowie im europäischen und internationalen Vergleich **nicht außergewöhnlich schwer verlief**.^{9,10} Unter den Influenza-A(H1N1)pdm09-Viren dominierte die Subklade D.3.1.1. Alle isolierten Influenza-A(H3N2)-Viren wurden vom gegen den Impfstamm gerichteten Referenzserum erkannt. Für die Influenza-A(H1N1)pdm09- und B-Viren wurde eine sehr gute antigene Passgenauigkeit zum jeweiligen Impfstamm festgestellt. Bei 76 % der untersuchten Influenza-A(H1N1)pdm09-Viren wurde eine verminderte Empfindlichkeit gegenüber Oseltamivir bestimmt, damit häufiger als in den Vorsaisons. Resistenzen gegen antivirale Medikamente blieben jedoch insgesamt selten.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfahl für die Wintersaison 2025/26 allen Personen ab 60 Jahren sowie bestimmten Personen- und Berufsgruppen, darunter immundefizienten Personen, Schwangeren und medizinischem Personal eine jährliche Influenzaimpfung im Herbst/Winter.¹¹ Dabei sollte ein Impfstoff mit der aktuellen, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen

Antigenkombination verwendet werden.¹² Für Personen ab 60 Jahre wurde die Impfung mit einem Hochdosis- oder MF-59-adjuvantierten Influenzaimpfstoff empfohlen. In der Wintersaison 2024/25 hatten 34 % der Personen ab 60 Jahren eine Influenzaimpfung erhalten.¹³ Die Influenzaimpfung bot in der Wintersaison 2025/26 einen geringen Schutz vor einer Influenza, die einen Arztbesuch erfordert (20 %). Die Impfeffektivität war dennoch sowohl gegen Influenza A(H3N2) als auch gegen Influenza A(H1N1)pdm09 höher als in der Vorsaison. Gegen schwere Influenzaverläufe bot die Impfung einen moderaten Schutz (30 %).¹

Auch im internationalen Vergleich startete die Influenzaaktivität in der Wintersaison 2025/26 ungewöhnlich früh.^{8,14} In den Ländern der Europäischen Union (EU)/des europäischen Wirtschaftsraums (EWR) stieg die Influenzaaktivität bereits ab November 2025 an und erreichte Anfang Januar 2026 ihren Höhepunkt. Auch in Nordamerika wurde ein ungewöhnlich früher Beginn der Influenzawelle beobachtet.¹⁵ Das saisonale Geschehen wurde vorrangig durch Influenza-A(H3N2)-Viren, insbesondere die Subklade K, geprägt. Die höchste Influenzaaktivität wurde bei Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0 bis 4 Jahren sowie bei Schulkindern bis 15 Jahre beobachtet.

In Deutschland wurden in der Wintersaison 2025/26 bislang **keine Erkrankungs- oder Todesfälle bei Menschen infolge einer aviären Influenza** registriert. Im Zusammenhang mit Ausbrüchen bei Geflügel wurden zwischen Dezember 2025 und März 2026 drei Verdachtsfälle beim Menschen gemeldet, die jedoch alle entkräftet werden konnten.¹ Vor dem Hintergrund der anhaltenden Verbreitung aviärer Influenzaviren bei Ausbrüchen in Geflügelhaltungen und bei Wildvögeln blieben zoonotische Influenzaviren ein relevantes Thema der One-Health-Surveillance.

SARS-CoV-2 und COVID-19 im Sommer 2025 und in der Wintersaison 2025/26

SARS-CoV-2 zeigte auch nach dem Ende der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2023² im Gegensatz zu Influenzaviren und RSV keine ausgeprägte Saisonalität. In den vergangenen drei postpandemi-

schen Saisons zirkulierte SARS-CoV-2 sowohl im Sommer (21. KW – 39. KW) als auch in der Wintersaison (40. KW – 20. KW des Folgejahres). Jedoch war in den letzten Jahren eine vermehrte SARS-CoV-2-Aktivität in der zweiten Jahreshälfte zu beobachten. Die Phasen erhöhter SARS-CoV-2-Aktivität überschritten sich in den letzten Saisons kaum mit den Zeiträumen der Grippe- bzw. RSV-Wellen. Im Bezugszeitraum 2025/26 (21. KW 2025 – 20. KW 2026) waren sowohl die SARS-CoV-2-Aktivität als auch die COVID-19-Krankheitslast im Vergleich zu den beiden postpandemischen Vorsaisons 2023/24 und 2024/25 geringer. Die verschiedenen Surveillance-Systeme des RKI zeigten ab dem Spätsommer einen langsamen Anstieg der SARS-CoV-2-Aktivität, die vor dem Jahreswechsel wieder abnahm. In den postpandemischen Saisons wurde von Jahr zu Jahr eine sukzessive Abnahme der COVID-19-Krankheitslast in fast allen Altersgruppen beobachtet. Dabei zeigte sich im Jahr 2024 ein früherer Anstieg der SARS-CoV-2-Zirkulation, was in einer höheren COVID-19-Krankheitslast im Sommerzeitraum 2024 im Vergleich zu 2023 und 2025 resultierte. Von schweren COVID-19-Verläufen waren alle Altersgruppen betroffen, jedoch wiesen Personen ab 60 bzw. insbesondere ab 80 Jahren eine deutlich höhere Krankheitsschwere auf.

Im Bezugszeitraum dominierten fast ausschließlich von der Omikron-Linie JN.1 abstammende SARS-CoV-2-Viruslinien: zunächst die Varianten LP.8.1 und NB.1.8.1, diese wurden jedoch bis zum Herbst durch die SARS-CoV-2-Variante XFG verdrängt. Ab September 2025 wurde zusätzlich die Variante BA.3.2 nachgewiesen, die zum Ende des Jahres 2025 kurzzeitig die dominierende Variante in Deutschland war. Im Jahr 2026 wurde erneut vor allem die Variante NB.1.8.1 in Deutschland detektiert. Insgesamt war der Verlauf der SARS-CoV-2-Zirkulation und der dominierenden Virusvarianten in Deutschland mit dem in den meisten europäischen Ländern vergleichbar.¹⁴

Auf **Bevölkerungsebene** stiegen sowohl die auf Basis der Abwassersurveillance gemessene SARS-CoV-2-Viruslast als auch die anhand der GrippeWeb-/GrippeWeb-Plus-Daten ermittelte COVID-ARE-Inzidenz ab etwa der 31. KW 2025 an. Nach dem Jahreswechsel 2025/26 blieb die COVID-19-

Aktivität auf Bevölkerungsebene niedrig. Im Bezugszeitraum wurden insgesamt etwa 20 Millionen COVID-ARE aus GrippeWeb-/GrippeWeb-Plus-Daten geschätzt, wobei zwei Drittel der Fälle in der Wintersaison auftraten (s. Tab. 3). In den letzten drei Saisons lag der Aktivitätsgipfel jeweils zwischen Oktober und Anfang Dezember (41. KW – 50. KW).¹ In der Wintersaison 2025/26 lag die SARS-CoV-2-Positivenrate in GrippeWeb-Plus in den meisten Altersgruppen bei etwa 12 %, während sie bei den 15- bis 34-Jährigen mit 3 % deutlich niedriger war. Im Sommer wurde SARS-CoV-2 in allen Altersgruppen seltener nachgewiesen als im Winter.

Im **ambulanten Bereich** stieg die im SEED^{ARE}-System ermittelte ARE-Konsultationsinzidenz mit COVID-19-Diagnosen ebenfalls im Spätsommer 2025 an. Im Bezugszeitraum 2025/26 (21. KW 2025 – 20. KW 2026) wurden etwa 670.000 COVID-19-Diagnosen vergeben, wobei auch hier, wie auf Bevölkerungsebene, der überwiegende Anteil in der Wintersaison auftrat (s. Tab. 3). Die Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen machte dabei den größten Anteil der Arztkonsultationen wegen ARE mit COVID-19-Diagnosen aus und umfasste etwa die Hälfte aller Fälle. Im ambulanten Bereich zeigte sich über die drei postpandemischen Jahre hinweg eine deutliche Reduktion der Krankheitslast.¹ In der virologischen ARE-Surveillance im ambulanten Bereich stieg die SARS-CoV-2-Positivenrate bereits ab etwa der 22. KW 2025 allmählich an und damit früher als die COVID-19-Aktivität in den syndromischen Systemen. Sie erreichte kurz vor dem Jahreswechsel 22 % und sank anschließend deutlich ab.

Im **stationären Bereich** wurden im Bezugszeitraum 2025/26 (21. KW 2025 – 20. KW 2026) bei etwa 5 % der wegen SARI hospitalisierten Personen COVID-19 diagnostiziert (s. Tab. 3). Auch hier trat, wie auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich, der überwiegende Anteil der Fälle während der Wintersaison auf. Über 80 % der SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose entfielen auf Personen ab 60 Jahren. Etwa 14 % der SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose wurden intensivmedizinisch behandelt, insbesondere Personen ab 60 Jahren.¹ Auch im stationären Bereich war über die letzten drei postpandemischen Jahre ein Rückgang der COVID-19-bedingten schweren Verläufe zu beobachten.

Tab. 3 | Eckdaten von SARS-CoV-2 2025 und 2026: Indikatoren aus den Systemen der syndromischen ARE-/SARI-Surveillance, der virologischen ARE-Surveillance, der Abwassersurveillance sowie der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), dargestellt für den Sommerzeitraum 2025 (21. KW 2025 – 39. KW 2025) sowie die Wintersaison 2025/26 (40. KW 2025 – 20. KW 2026). Daten hochgerechnet für die Bevölkerung in Deutschland.

Surveillance-Bereich	Indikator	Sommer 2025 21. KW – 39. KW 2025	Wintersaison 2025/26 40. KW 2025 – 20. KW 2026	Gesamtzeitraum 21. KW 2025 – 20. KW 2026
		Gesamtwert	Gesamtwert	Gesamtwert
Bevölkerung GrippeWeb(-Plus) (virologisch, syndromisch)	SARS-CoV-2 ²	6,4 %	8,9 %	8,2 %
	COVID-19-ARE ¹	ca. 4,6 Mio.	ca. 15 Mio.	ca. 20 Mio.
Ambulanter Bereich ARE-Praxis-Sentinel (virologisch, syndromisch)	SARS-CoV-2 ²	7,7 %	7,6 %	7,7 %
	ARE-Konsultationen mit COVID-19-Diagnose ¹	ca. 140.000	ca. 530.000	ca. 670.000
Stationärer Bereich SARI-Krankenhaus-Sentinel (virologisch, syndromisch)	SARS-CoV-2 ²	4,6 %	4,7 %	4,6 %
	SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose ¹	ca. 5.000	ca. 22.000	ca. 27.000
	Anteil COVID-19-Diagnosen bei SARI-Fällen	3,7 %	5,2 %	4,8 %
Meldungen gemäß IfSG (laborbestätigte Fälle, Fallkategorie C–E)	Anzahl COVID-19-Fälle	23.954	114.976	138.930
	Anzahl COVID-19-Fälle mit Hospitalisierung	8.014	42.470	50.484
Genomische Analyse SARS-CoV-2- positiver Proben	Variante XFG ³	62 %	49 %	54 %
	Variante NB.1.8.1 ³	22 %	33 %	29 %
	Variante BA.3.2 ³	0,1 %	13 %	9,0 %

¹ syndromisch: geschätzte Anzahl

² virologisch: Anteil Proben mit Nachweis

³ Anteil an allen im Sommer, in der Wintersaison oder im Gesamtzeitraum sequenzierten SARS-CoV-2-Proben aus dem virologischen ARE-Sentinel und dem IMSSC2-Labornetzwerk (IMSSC2 = Integrierte molekulare Surveillance von SARS-CoV-2)

ARE = akute respiratorische Erkrankungen; KW = Kalenderwoche; MW = Meldewoche; NA = nicht anwendbar;

SARI = schwere akute respiratorische Infektionen; SARS-CoV-2 = *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

Gemäß IfSG wurden im Bezugszeitraum 2025/26 in Deutschland insgesamt 138.930 labordiagnostisch bestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt, darunter 50.484 hospitalisierte Fälle (s. Tab. 3). Die Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle stieg ab der 32. KW 2025 an und ging dann nach dem Jahreswechsel rasch wieder zurück. Die Mehrzahl der hospitalisierten COVID-19-Fälle war 60 Jahre und älter (76 %). COVID-19-Todesfälle betrafen fast ausschließlich ältere Personen ab 60 Jahren.¹ Der Anteil Verstorbener unter den übermittelten COVID-19-Fällen ist in den postpandemischen Wintersaisons zurückgegangen und lag in der Wintersaison 2025/26 bei 1,4 % (1.597 verstorbene COVID-19-Fälle). Insgesamt wurden 1.022 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Die meisten Ausbrüche traten in Krankenhäusern (65 %) und Alten-/Pflegeheimen (15 %) auf.

Die **vorherrschende SARS-CoV-2-Variante** wechselte im Bezugszeitraum 2025/26 (21. KW 2025 – 20. KW 2026) mehrfach: Auf LP.8.1 und NB.1.8.1 folgte zunächst XFG, bevor BA.3.2 Ende 2025 vorübergehend den höchsten Anteil erreichte und Anfang 2026 wieder NB.1.8.1 überwog (s. Tab. 3). Bei Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren wurde BA.3.2 im Vergleich zu XFG und NB.1.8.1 häufiger nachgewiesen. Dieses Muster zeigte sich übereinstimmend in den verschiedenen genomischen bzw. virologischen Surveillance-Systemen, darunter dem IMSSC2-Labornetzwerk, der Abwassersurveillance, sowie der virologischen ARE- und SARI-Sentinel-Surveillance.

Die STIKO empfahl für die Wintersaison 2025/26 eine jährliche COVID-19-Auffrischimpfung im Herbst insbesondere für Personen ab 60 Jahren, Personen mit erhöhtem Risiko für schwere Verläufe sowie für Bewohnende von Pflegeeinrichtungen und Personal im Gesundheitswesen mit direktem

Patientenkontakt.¹¹ Für gesunde Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren wurde keine COVID-19-Impfung empfohlen. In der Wintersaison 2024/25 lag die Impfquote der saisonalen COVID-19-Auffrischimpfung bei Personen ab 60 Jahren bei 13 % und bei Personen ab 18 Jahren mit Grunderkrankung bei 8 %, wobei beide Impfquoten gegenüber der Vorsaison deutlich zurückgingen. Insgesamt war die COVID-19-Impfquote deutlich niedriger als die Influenzaimpfquote.¹³

Auch weltweit wurde ein Rückgang der COVID-19-Krankheitslast und schwerer Fälle in den postpandemischen Jahren beobachtet.¹⁴ Grund dafür ist die mildere Symptomatik durch höhere Bevölkerungsimmunität aufgrund von Impfungen bzw. durchgemachten Infektionen. Zudem zirkulieren seit 2024 vorwiegend von der Omikron-Linie JN.1 abstammende SARS-CoV-2-Viruslinien,¹⁶ die im Vergleich zu den vorher dominierenden Virusvarianten durch eine geringere Erkrankungsschwere gekennzeichnet waren.

Über alle Surveillance-Systeme hinweg zeigte sich, dass in den drei post-pandemischen Saisons die Phasen mit erhöhter COVID-19-Aktivität zeitlich vor den Phasen mit erhöhter Aktivität von Influenza und RSV lagen. Mit zunehmender Zirkulation von Influenzaviren ging jeweils ein Rückgang der SARS-CoV-2-Zirkulation einher. Dieses gegenläufige Muster steht im Einklang mit einer aktuellen Analyse von Surveillance-Daten verschiedener Länder der nördlichen Hemisphäre. Diese Analyse zeigt, dass eine höhere Zirkulation von Influenza-A-Viren das Risiko von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung verringert.¹⁷ Ein möglicher biologischer Mechanismus hierfür ist die virale Interferenz: Experimentelle Untersuchungen zeigen, dass insbesondere Influenza A die Replikation von SARS-CoV-2 hemmen kann, wahrscheinlich über eine verstärkte Interferon-Antwort. Ein entsprechender hemmender Effekt von SARS-CoV-2 auf Influenza A ist dagegen deutlich schwächer bzw. nicht konsistent nachweisbar.¹⁸

RSV-Erkrankungen in der Wintersaison 2025/26

In der Wintersaison 2025/26 (40. KW 2025 – 20. KW 2026) begann die RSV-Welle entsprechend der RKI-Definition¹⁹ in der 2. KW 2026 und endete in der 15. KW 2026 in Deutschland. Damit dauerte sie insgesamt 14 Wochen. Die verschiedenen Surveillance-Systeme des RKI zeigten ab Ende 2025 einen deutlichen Anstieg der RSV-Aktivität, die im Februar bzw. Anfang März 2026 ihren saisonalen Höhepunkt erreichte. Anschließend ging die RSV-Aktivität wieder deutlich zurück. In der Wintersaison 2025/26 war die RSV-Aktivität in den meisten Surveillance-Systemen etwas höher als in der Vorsaison. Dabei zirkulierte RSV in allen Altersgruppen, allerdings war die Krankheitslast bei Säuglingen und Kleinkindern (< 5 Jahre) deutlich höher als in den anderen Altersgruppen. Seit der [STIKO-Empfehlung für den monoklonalen Antikörper Nirsevimab](#) ist die RSV-Krankheitslast bei Säuglingen in den Wintersaisons 2024/25 und 2025/26 deutlich zurückgegangen.^{20–22} Insgesamt war das saisonale RSV-Geschehen in Deutschland mit dem Verlauf in anderen europäischen Ländern vergleichbar.

Auf der **Bevölkerungsebene** kam es Ende 2025 zu einem Anstieg der auf Basis der Abwassersurveillance bestimmten RSV-Viruslast sowie der auf Basis der GrippeWeb-/GrippeWeb-Plus-Daten geschätzten RSV-ARE-Inzidenz. In der Wintersaison 2025/26 wurde der Höchstwert der RSV-Viruslast in der 7. KW 2026 und der Höchstwert der RSV-ARE-Inzidenz in der 10. KW 2026 mit etwa 900.000 RSV-ARE-Erkrankungen in Deutschland erreicht. Während des Zeitraums der RSV-Welle wurden rund 7,9 Millionen RSV-ARE-Erkrankungen in Deutschland geschätzt (s. [Tab. 4](#)). RSV wurde im Rahmen von GrippeWeb-Plus in der Wintersaison 2025/26 am häufigsten bei Kleinkindern nachgewiesen.

Im **ambulanten Bereich** stieg auf Basis der SEED^{ARE}-Surveillance-Daten die Konsultationsinzidenz für RSV-Erkrankungen ab Ende 2025 an. Die Konsultationsinzidenz erreichte ihren Höhepunkt in der 6. bis 9. KW 2026 mit wöchentlich etwa 8.400 Arztbesuchen mit RSV-Diagnose in Deutschland (s. [Tab. 4](#)). Die Krankheitslast war in der Wintersaison 2025/26 mit ca. 85.000 Arztbesuchen mit RSV-Diagnose bezogen auf die Gesamtbevölkerung ähn-

Tab. 4 | Eckdaten der RSV-Saison 2025/26: Indikatoren aus den Systemen der syndromischen ARE-/SARI-Surveillance, der virologischen ARE-Surveillance, der Abwassersurveillance sowie der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), dargestellt für den Zeitraum der RSV-Welle (2. KW 2026 – 15. KW 2026) und für die Wintersaison 2025/26 (40. KW 2025 – 20. KW 2026). Daten hochgerechnet für die Bevölkerung in Deutschland.

Surveillance-Bereich	Indikator	RSV-Welle 2025/26 2. KW 2026 – 15. KW 2026	Wintersaison 2025/26 40. KW 2025 – 20. KW 2026	
		Gesamtwert	Höchstwert (in KW)	Gesamtwert
Bevölkerung GrippeWeb(-Plus) (virologisch, syndromisch)	RSV ²	9,2%	17 % (8. KW 2026)	4,6%
	RSV-ARE ¹	ca. 7,9 Mio.	900.000 (10. KW 2026)	ca. 9,2 Mio.
Abwasser	RSV-Last (Genkopien/Liter)	NA	ca. 22.000 (7. KW 2026)	NA
Ambulanter Bereich ARE-Praxis-Sentinel (virologisch, syndromisch)	RSV bei 0- bis 4-jährigen ²	25 %	38 % (10. und 13. KW 2026)	14 %
	RSV ²	12 %	21 % (10. KW 2026)	7,0%
	ARE-Konsultationen mit RSV-Diagnose ¹	ca. 70.000	ca. 8.400 (jeweils 6.–9. KW 2026)	ca. 85.000
Stationärer Bereich SARI-Krankenhaus-Sentinel (virologisch, syndromisch)	RSV ²	12 %	23 % (7. KW 2026)	7,0%
	SARI-Fälle mit RSV-Diagnose ¹	ca. 31.000	ca. 3.400 (9. KW 2026)	ca. 34.000
	Anteil RSV-Diagnosen bei SARI-Fällen	10%	22 % (10. KW 2026)	8,0%
Meldungen gemäß IfSG (laborbestätigte Fälle, Fallkategorien C-E)	Anzahl RSV-Fälle	58.238	6.835 (9. MW 2026)	67.716
	Anzahl RSV-Fälle mit Hospitalisierung	16.884	1.873 (9. MW 2026)	20.234

¹ syndromisch: geschätzte Anzahl

² virologisch: Anteil Proben mit Nachweis

ARE = akute respiratorische Erkrankungen; KW = Kalenderwoche; MW = Meldewoche; NA = nicht anwendbar; RSV = Respiratorische Synzytialviren; SARI = schwere akute respiratorische Infektionen

lich hoch wie in der Vorsaison 2024/25. In der Altersgruppe der Säuglinge (0 bis 1 Jahr) gab es jedoch in der Wintersaison 2025/26 weniger Arztkonsultationen mit RSV-Diagnose als in der Vorsaison 2024/25 und sogar nur etwa halb so viele wie in der Wintersaison 2023/24 (vor der STIKO-Empfehlung für den monoklonalen Antikörper Nirsevimab bei Säuglingen im Juni 2024).²⁰ Auf Basis der virologischen Surveillance im ambulanten Bereich wurde eine zunehmende RSV-Zirkulation ab Ende 2025 beobachtet, in der 10. KW 2026 erreichte die RSV-PR mit 21% ihren höchsten Wert (s. Tab. 4). Insgesamt wurde in der Wintersaison 2025/26 in 7% der Proben RSV detektiert. **RSV wurde im ambulanten Bereich vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern nachgewiesen.**

Im **stationären Bereich** erhielten während der Wintersaison 2025/26 auf Basis der Daten aus dem

SARI-Krankenhaus-Sentinel insgesamt 8% der SARI-Fälle eine RSV-Diagnose (s. Tab. 4). In der 9. KW 2026 wurde eine Maximalzahl von etwa 3.400 SARI-Fällen mit RSV-Diagnose in Deutschland hospitalisiert. In der Wintersaison 2025/26 traten schätzungsweise rund 34.000 SARI-Fälle mit RSV-Diagnose in Deutschland auf, der Großteil davon (31.000) während der 14-wöchigen RSV-Welle. Damit lag die Anzahl der RSV-Fälle über der der Vorsaison. Am häufigsten betroffen waren Säuglinge und Kleinkinder, unter ihnen erhielt etwa jeder dritte SARI-Fall eine RSV-Diagnose. In dieser jüngsten Altersgruppe traten jedoch seit der Wintersaison 2024/25 nur noch halb so häufig RSV-Erkrankungen auf. In den übrigen Altersgruppen wurden deutlich seltener RSV-Erkrankungen bei SARI-Fällen diagnostiziert. Die am häufigsten von Hospitalisierungen mit RSV-Diagnose betroffenen Säuglinge und Kleinkinder wurden am seltensten intensiv-

medizinisch behandelt. Dagegen erhielt etwa jeder fünfte SARI-Fall mit einer RSV-Diagnose zwischen 60 und 79 Jahren eine intensivmedizinische Behandlung. Auf Basis der virologischen Surveillance im stationären Bereich wurde eine Zunahme der RSV-PR ab Ende 2025 beobachtet, in der 7. KW 2026 erreichte die RSV-PR mit 23 % ihren höchsten Wert (s. Tab. 4). Insgesamt wurde in der Wintersaison 2025/26 in 7 % der Proben RSV detektiert. **RSV wurden im stationären Bereich vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern detektiert, betrafen jedoch auch die Altersgruppen ab 35 Jahren.**

Seit Juli 2023 ist eine **RSV-Infektion gemäß IfSG** bundesweit meldepflichtig. In der Wintersaison 2025/26 wurden in Deutschland insgesamt 67.716 labordiagnostisch bestätigte RSV-Fälle an das RKI übermittelt, was einer bundesweiten kumulativen Inzidenz von etwa 81 RSV-Infektionen pro 100.000 Einwohner entspricht (s. Tab. 4). Sowohl die Anzahl der übermittelten RSV-Fälle als auch die der hospitalisierten RSV-Fälle erreichten ihren Höhepunkt in der 9. Meldewoche (MW) 2026. Der Großteil der übermittelten RSV-Fälle entfiel auf Säuglinge und Kleinkinder (38 %) sowie auf ältere Erwachsene ab 60 Jahren (34 %). Insgesamt wurden in der Wintersaison 2025/26 421 Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Die meisten Todesfälle traten bei älteren Erwachsenen ab 60 Jahren auf (95 %). Zudem wurden insgesamt 242 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Der Großteil der Ausbrüche (65 %) trat in Kindergärten bzw. Horten auf.

Untersuchungen des **Konsiliarlabors für RSV, PIV und HMPV** zeigen, dass RSV-Infektionen in der Wintersaison 2025/26 zu ähnlichen Anteilen durch die RSV-Gruppen A und B hervorgerufen wurden.¹ Die RSV-Gruppe-A-Viren gehörten primär der Linie A.D.3 an, die RSV-Gruppe-B-Viren der Linie B.D.E.1. Diese zirkulierten auch weltweit.

Die STIKO empfahl ab Sommer 2024 die Immunisierung aller Säuglinge mit dem monoklonalen Antikörper Nirsevimab für ihre erste RSV-Saison.²⁰ Zusätzlich galt die Empfehlung für eine einmalige Impfung mit einem der proteinbasierten RSV-Impfstoffe (Arexvy und Abrysvo) oder dem mRNA-RSV-Impfstoff (mResvia) für ältere Erwachsene. In meh-

ren Surveillance-Systemen des RKI wurde ein Rückgang der Krankheitslast durch RSV-Erkrankungen bei Säuglingen ab der Wintersaison 2024/25 beobachtet. Dieser Rückgang lässt sich wahrscheinlich auf die Einführung von Nirsevimab zur passiven Immunisierung von Säuglingen zurückführen.^{21–22}

In der Wintersaison 2025/26 begann die RSV-Welle in den EU-/EWR-Ländern und den USA später als in den Vorsaisons. In den EU-/EWR-Ländern stieg die RSV-Aktivität ab Mitte November 2025 an und erreichte Mitte Februar 2026 einen Höchststand, der über dem der beiden Vorsaisons lag. Die höchste RSV-Aktivität wurde bei Säuglingen und Kleinkindern (unter 5 Jahren), gefolgt von den Erwachsenen ab 65 Jahren, beobachtet.

Fazit

Die ARE-Wintersaison 2025/26 ist insgesamt als moderat einzuordnen und mit dem ARE-Geschehen in anderen europäischen Ländern vergleichbar.

Das Spektrum zirkulierender Atemwegserreger umfasste im Sommer 2025 hauptsächlich Rhinoviren und PIV sowie SARS-CoV-2. In der Wintersaison 2025/26 wurden vorrangig Influenza- und Rhinoviren sowie seltener RSV nachgewiesen. Sowohl die Krankheitslast durch COVID-19 als auch durch Influenzaerkrankungen waren im Sommer 2025 und in der Wintersaison 2025/26 geringer als in der Vorsaison, dagegen zeigten die meisten Surveillance-Systeme eine etwas höhere RSV-Aktivität als in der Wintersaison 2024/25.

Die Grippewelle in Deutschland begann zwei bis drei Wochen früher als in den beiden Vorsaisons und war geprägt durch die Zirkulation von Influenza-A(H3N2)-Viren der Subklade K. Sie verlief nicht ungewöhnlich schwer. Im Vergleich zum Vorjahr war die Krankheitslast durch Influenza in der Wintersaison 2025/26 bei Personen ab 60 Jahren etwas höher. Dagegen war sie in den Altersgruppen zwischen 5 und 59 Jahren geringer als in der Wintersaison 2024/25, in der während der Influenzawelle eben diese Altersgruppen vergleichsweise stark betroffen waren.

SARS-CoV-2 zirkulierte im Jahr 2025 wie in den Vorjahren vermehrt in der zweiten Jahreshälfte, die Aktivität ging mit dem Beginn der Grippewelle deutlich zurück. Im Zeitraum von der 21. KW 2025 bis zur 20. KW 2026 dominierten ausschließlich von der Omikron-Linie JN.1 abstammende SARS-CoV-2-Viruslinien. Die verschiedenen Surveillance-Systeme des RKI zeigten in den postpandemischen Saisons eine sukzessive Abnahme der COVID-19-Krankheitslast in fast allen Altersgruppen. Von besonders schweren COVID-19-Verläufen waren weiterhin vor allem Personen ab 60 bzw. insbesondere ab 80 Jahren betroffen.

In der Wintersaison 2025/26 begann die RSV-Welle wie in der Vorsaison erst nach dem Jahreswechsel. Währenddessen zirkulierte RSV in allen Altersgruppen, allerdings war die Krankheitslast bei Säuglingen und Kleinkindern (unter 5 Jahren) deutlich höher als in den anderen Altersgruppen. Dennoch konnte festgestellt werden, dass die RSV-Krankheitslast bei Säuglingen in den Wintersaisons 2024/25 und 2025/26 seit der STIKO-Empfehlung für den monoklonalen Antikörper Nirsevimab im Jahr 2024 deutlich zurückgegangen ist.

Literatur

- 1 Robert Koch-Institut: (2026). Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26; www.rki.de/are-saisonbericht
- 2 World Health Organization: (2023). Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic; [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
- 3 Lehfeld A-S, Buchholz U, Prahm K, *et al.*: Symptomprofile, Erkrankungsdaten und Sequenzierung der häufigsten Atemwegserreger auf Bevölkerungsebene. *Epid Bull* 2025;35:14-29. DOI 10.25646/13390
- 4 Krupka S, Wunderlich J, Tolksdorf K: Krankheitslast akuter Atemwegserkrankungen im ambulanten Bereich nach dem Ende der COVID-19-Pandemie. *Epid Bull* 2025;31:3-13. DOI 10.25646/13339
- 5 Staat D, Schuler E, Tolksdorf K: Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) in der Saison 2024/25 im stationären Bereich. *Epid Bull* 2025;31:14-23. DOI 10.25646/13338
- 6 Gvaladze T, Buda S, Schuler E, *et al.*: Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) in der Saison 2023/24 im Vergleich mit acht Vorsaisons in Deutschland. *Epid Bull* 2024;41:3-12. DOI 10.25646/12879
- 7 Mao L, Lehfeld A-S, Cai W, *et al.*: Saisonrückblick 2024/25 zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen auf Grundlage der IfSG-Meldedaten – Ausbruchsgeschehen, Hospitalisierungen und Todesfälle im Fokus. *Epid Bull* 2025;41:3–14. DOI 10.25646/13477
- 8 European Centre for Disease Prevention and Control: (2025). Threat assessment brief – Assessing the risk of influenza for the EU/EEA in the context of increasing circulation of A(H3N2) subclade K; <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Threat%20Assessment%20Brief%20-%20Assessing%20the%20risk%20of%20increasing%20circulation%20of%20A%28H3N2%29%20subclade%20K.pdf>
- 9 World Health Organization: (2026). Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 579; <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity-weekly-update-n--579>
- 10 World Health Organization: Seasonal influenza: update on the current situation in the northern hemisphere. 2026; <https://www.who.int/news-room/events/detail/2026/02/04/default-calendar/seasonal-influenza-update-on-the-current-situation-in-the-northern-hemisphere>
- 11 Ständige Impfkommision beim Robert Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2026. *Epid Bull* 2026;4:1-79. DOI 10.25646/13636.6

- 12 World Health Organization: (2026). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026–2027 northern hemisphere influenza season; <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-2027-northern-hemisphere-influenza-season>
- 13 Robert Koch-Institut: VacMap – Dashboard zum Impfgeschehen in Deutschland. 2025; <https://www.rki.de/vacmap>
- 14 European Centre for Disease Prevention and Control. European Respiratory Virus Surveillance Summary (ERVISS). <https://erviss.org/> [Abrufdatum: 30.06.2026]
- 15 Pan American Health Organization/World Health Organization: (2026). Epidemiological alert: seasonal influenza and other respiratory viruses in the southern hemisphere; <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/04/2026-april-27-phe-epi-alert-influenza-rsv-engfinal.pdf>
- 16 World Health Organization: (2026). WHO COVID-19 Global Risk Assessment – Version 9; https://cdn.who.int/media/docs/default-source/_sage-2026/20260203_covid-19-risk-assessment_global_v.9.pdf
- 17 Liu Y, Wang X, Li M, *et al.*: Interactions of SARS-CoV-2, influenza and respiratory syncytial virus influence epidemic timing and risk. *Communications Medicine* 2026;6;1. DOI 10.1038/s43856-026-01504-x
- 18 Gilbert-Girard S, Piret J, Carbonneau J, *et al.*: Viral interference between severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 and influenza A viruses. *PLoS Pathog* 2024;20;7:e1012017. DOI 10.1371/journal.ppat.1012017
- 19 Cai W, Dürrwald R, Biere B, *et al.*: Determination of respiratory syncytial virus epidemic seasons by using 95 % confidence interval of positivity rates, 2011–2021, Germany. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 2022;16;5:854–857. DOI 10.1111/irv.12996
- 20 Koch J, Berner R, Flasche S, *et al.*: Beschluss und wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung der STIKO zur spezifischen Prophylaxe von RSV-Erkrankungen mit Nirsevimab bei Neugeborenen und Säuglingen in ihrer 1. RSV-Saison. *Epid Bull* 2024;26:3–29. DOI 10.25646/12198
- 21 Cai W, Maronde I, Köndgen S, *et al.*: Reduction in respiratory syncytial virus (RSV)-related outpatient

and inpatient cases among infants during the initial 2024/2025 season following nirsevimab recommendation in Germany. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 2026;20;6:e70274. DOI 10.1111/irv.70274

- 22 Schönfeld V, Rau C, Cai W, *et al.*: Inzidenz von RSV-Infektionen nach Einführung der Prophylaxe mit monoklonalen Antikörpern. *Deutsches Ärzteblatt International* 2025;122;17:472–473. DOI 10.3238/arztebl.m2025.0111

Autoren

Robert Koch-Institut

Korrespondenz

ARE-Saisonbericht@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: Bericht zu akuten respiratorischen Erkrankungen in der Saison 2025/26: die wichtigsten Ergebnisse zu Influenza, SARS-CoV-2 und RSV im Überblick

Epid Bull 2026;40:4–17 | DOI 10.25646/14517

Danksagung

Wir möchten uns bei allen Autorinnen und Autoren des ARE-Saisonberichts bedanken sowie bei allen unterstützenden Kolleginnen und Kollegen aus dem RKI. Darüber hinaus danken wir allen Teilnehmenden der syndromischen und virologischen Sentinelsysteme sowie allen teilnehmenden Laboren, Arztpraxen, Kliniken, Klärwerken sowie den Gesundheitsämtern und Landesstellen.

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Erstnachweis einer symptomatischen autochthonen humanen Sindbis-Virus-Infektion in Deutschland, Baden-Württemberg

Im September 2026 wurde bei einem 60-jährigen Mann aus Baden-Württemberg eine Infektion mit dem Sindbis-Virus (SINV) labordiagnostisch bestätigt. Der Erkrankungsbeginn datierte auf den 12. Juli 2026. Das klinische Bild umfasste Fiebergefühl, Exanthem und Arthralgien. Aufgrund des Wohnortes in einem Stadtbezirk mit etablierten Populationen der Asiatischen Tigermücke (*Aedes albopictus*) wurde durch die behandelnde Ärzteschaft zunächst die Abklärung der Verdachtsdiagnose einer Chikungunya-Infektion eingeleitet. Anti-Chikungunya-IgM konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Nachfolgend wurde die diagnostische Abklärung unter anderem auf eine SINV-Infektion erweitert und die Diagnose konnte durch den Nachweis von spezifischen IgM- und IgG-Antikörpern mit Serokonversion bestätigt werden. Eine Reiseanamnese außerhalb Baden-Württembergs oder eine andere plausible importierte Exposition lag nicht vor. Nach epidemiologischer Bewertung wurde die Infektion als autochthon erworben eingestuft. Die Meldung und Übermittlung des Falls gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfolgte über die Meldekategorie Arbovirus-Erkrankung. Eine weiterführende molekulare biologische Abklärung ist geplant.

Das SINV gehört zur Gattung *Alphavirus* innerhalb der Familie *Togaviridae*. Es handelt sich um ein einzelsträngiges RNA-Virus, dessen Übertragungszyklus durch Stechmücken und Vögel geprägt ist. Ornithophile Stechmücken fungieren als Vektoren und Reservoir, während verschiedene Vogelarten Amplifikationswirte sind. Aufgrund seines Übertragungsweges wird es der Gruppe der Arboviren zugerechnet. Der Mensch wird als Fehlwirt infiziert.^{1,2} Eine epidemiologisch relevante Weiterübertragung des Virus aus infizierten Menschen durch Stechmücken ist aufgrund der geringen beziehungsweise transienten Virämie des Menschen nicht beschrieben.

Humane SINV-Infektionen verlaufen häufig asymptomatisch oder mit milden Symptomen. Bei klinisch manifesten Infektionen sind Fieber, Exanthem sowie Arthralgien beziehungsweise Arthritis, ähnlich wie bei einer Chikungunya-Viruserkrankung, charakteristisch. Die Gelenkbeschwerden können ausgeprägt sein und über längere Zeit persistieren.^{2,3} Hospitalisierungen sind bei unkomplizierten SINV-Infektionen selten. Schwere beziehungsweise neurologische Manifestationen sind bekannt, stellen jedoch Ausnahmen dar. In Europa wurden humane SINV-Infektionen insbesondere in Nordeuropa beschrieben. Das Krankheitsbild wird dort unter anderem als Ockelbo-Krankheit (Schweden) oder Pogosta-Krankheit (Finnland) bezeichnet.³

Der erste Nachweis von SINV in Deutschland erfolgte 2009 in Stechmücken. Jöst *et al.* konnten SINV aus mehreren Mückenarten isolieren und charakterisieren. Die untersuchten Virusstämme zeigten eine phylogenetische Verwandtschaft zu bereits bekannten europäischen SINV-Stämmen.¹

Von Januar 2010 bis Februar 2011 wurden bei 355 Patienten aus Deutschland mit Verdacht auf eine akute Sindbis-Virusinfektion weder virusspezifische Antikörper noch Virus-RNA nachgewiesen. Unter 3.389 gesunden Blutspendern aus Deutschland hatten vier (0,1 %) SINV-spezifische IgG-Antikörper. Alle vier stammten aus der Umgebung von Weinheim, wo das Virus zuvor in Stechmücken nachgewiesen worden war.⁴

Eine nachfolgende deutschlandweite Untersuchung analysierte Stechmücken aus den Jahren 2011 bis 2016. Dabei wurden mehrere SINV-positive Mückenpools identifiziert. Die positiven Proben stammten unter anderem aus *Culex pipiens sensu lato* und *Culex torrentium*. Die Autoren schlussfolgerten, dass zoonotische Arboviren einschließlich SINV in der deutschen Stechmückenfauna zirkulieren.⁵

Auch in Vögeln wurde eine lokale Viruszirkulation nachgewiesen. 2014 wurde SINV erstmals aus einer Nebelkrähe (*Corvus cornix*) in Deutschland isoliert.⁶ Eine weitere Untersuchung zeigte SINV-Infektionen bei Wildvögeln.²

Der Fall bestätigt, dass bei bekanntem Vorkommen in Stechmücken und Wildvögeln ebenfalls mit humanen Fällen zu rechnen ist und unterstreicht die Notwendigkeit einer erweiterten virologischen Diagnostik. Bei Patientinnen und Patienten mit Fieber, Exanthem und ausgeprägten Arthralgien sollte während der Stechmückensaison auch ohne relevante Reiseanamnese eine Arbovirus-Infektion differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Bei einem negativen Befund für z. B. Dengue- und Chikungunya-Fieber sollte auch an eine SINV-Infektion gedacht werden. Eine erhöhte Sensibilisierung der Ärzteschaft kann dazu beitragen, bislang unerkannt gebliebene Infektionen zu identifizieren.

Der Fall unterstreicht zugleich die Bedeutung der integrierten Surveillance von Arbovirosen. Die Kombination aus humaner Surveillance, Vektor- und Wildvogelmonitoring kann dazu beitragen, die lokale Zirkulation von SINV sowie weiterer relevanter Arboviren wie zum Beispiel West-Nil-Virus frühzeitig zu erkennen und Zusammenhänge zwischen Virusnachweisen in Vektoren, Reservoirwirten und humanen Erkrankungen besser zu erfassen.^{7,8} Eine integrierte Betrachtung dieser Surveillance-Daten im Sinne des One-Health-Ansatzes ist daher auch für die Einschätzung des zukünftigen Risikos autochthoner SINV-Infektionen in Deutschland von Bedeutung.

Literatur

- 1 Jöst H, Bialonski A, Storch V, Günther S, Becker N, Schmidt-Chanasit J. Isolation and phylogenetic analysis of Sindbis viruses from mosquitoes in Germany. *Journal of Clinical Microbiology*. 2010;48(5):1900–1903. doi:10.1128/JCM.00037-10.
- 2 Eiden M, Ziegler U, Keller M, Müller K, Granzow H, Jöst H, Schmidt-Chanasit J, Groschup MH. Isolation of Sindbis virus from a hooded crow in Germany. *Vector-Borne and Zoonotic Diseases*. 2014. doi:10.1089/vbz.2013.1354.
- 3 Kurkela S, Manni T, Myllynen J, Vaheri A, Vapalahti O. Clinical and laboratory manifestations of Sindbis virus infection: prospective study, Finland, 2002–2003. *Journal of Infectious Diseases*. 2005;191(11):1820–1829. doi:10.1086/430007
- 4 Jöst H et al. Medical importance of Sindbis virus in south-west Germany. *Journal of Clinical Virology*. 2011;52:278–279.
- 5 Scheuch DE, Schäfer M, Eiden M, Heym EC, Ziegler U, Walther D, Schmidt-Chanasit J, Keller M, Groschup MH, Kampen H. Detection of Usutu, Sindbis, and Batai Viruses in Mosquitoes (Diptera: Culicidae) Collected in Germany, 2011–2016. *Viruses*. 2018;10(7):389. doi:10.3390/v10070389
- 6 Ziegler U, Fischer D, Eiden M, Reuschel M, Rinder M, Müller K, Schween R, Schmidt V, Groschup MH, Keller M. Sindbis virus – a wild bird associated zoonotic arbovirus circulates in Germany. *Veterinary Microbiology*. 2019;239:108453. doi:10.1016/j.vetmic.2019.108453.
- 7 Bundesministerium für Gesundheit. Vektorübertragene Krankheiten in Deutschland. Bericht der Nationalen Expertenkommission „Vektorkompetenz und Klimawandel, Mücken und mückenübertragene Krankheitserreger“. 2024.
- 8 Robert Koch-Institut. Saison 2026 stechmückenübertragener Krankheitserreger in Deutschland beginnt. *Epid Bull* 2026;25:12-15.

Autorinnen und Autoren

- ^{a)} Dr. Christiane Wagner-Wiening | ^{a)} Dr. Maylin Meincke | ^{b)} Jessica Breining | ^{b)} Dr. Jan Lennings |
^{b)} Johanna Schaschko | ^{c)} Dr. Martin Gabriel |
^{c)} Dr. Jonas Schmidt-Chanasit | ^{d)} Dr. Anja Pöhler |
^{d)} Melissa Maier | ^{d)} Dr. Eva-Maria Neurohr |
^{d)} Dr. Dr. Carsten Köhler | ^{d)} Prof. Dr. Sabine Bélard |
^{d)} Prof. Dr. Peter G. Kremsner | ^{a)} Stefan Brockmann
- ^{a)} Referat 73 Gesundheitsschutz, Infektionsschutz und Epidemiologie, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg
^{b)} Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt
^{c)} Abteilung für Arbovirologie und Entomologie, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg
^{d)} Institut für Tropenmedizin, Reisemedizin und Humanparasitologie, Kompetenzzentrum Tropenmedizin Baden-Württemberg, Universitätsklinikum Tübingen

Korrespondenz

Christiane.wagner-wiening@sm.bwl.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Wagner-Wiening C, Meincke M, Breining J, Lennings J, Schaschko J, Gabriel M, Schmidt-Chanasit J, Pöhler A, Maier M, Neurohr EM, Köhler C, Bélard S, Kremsner PG, Brockmann S: Erstnachweis einer symptomatischen autochthonen humanen Sindbis-Virus-Infektion in Deutschland, Baden-Württemberg
Epid Bull 2026;40:18-20 | DOI 10.25646/14530

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

39. Woche 2026 (Datenstand: 30. September 2026) – abrufbar auch als interaktives [Dashboard](#)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	58	3.652	3.213	46	1.024	973	24	454	340	22	3.667	5.087	19	1.439	1.930
Bayern	133	6.060	5.264	78	1.451	1.460	16	517	444	50	6.269	7.703	30	2.609	3.626
Berlin	23	1.933	1.753	4	369	278	3	201	227	22	3.546	2.595	3	1.357	1.508
Brandenburg	36	1.586	1.367	12	235	229	6	138	155	25	3.492	2.834	9	1.838	2.243
Bremen	8	345	299	3	41	36	4	44	48	3	500	400	0	297	151
Hamburg	8	978	987	1	131	151	4	144	140	6	1.806	1.432	2	583	770
Hessen	60	2.936	2.612	15	568	639	16	436	422	16	3.325	4.144	6	1.546	1.841
Mecklenburg-Vorpommern	28	1.422	1.121	9	182	175	4	159	241	9	1.980	1.854	4	885	1.359
Niedersachsen	65	3.717	3.164	17	646	607	11	732	721	34	4.414	5.414	10	1.902	3.781
Nordrhein-Westfalen	194	10.593	9.065	47	1.508	1.482	42	1.016	1.085	68	9.249	13.977	23	3.711	5.777
Rheinland-Pfalz	67	2.367	2.312	12	492	445	4	271	233	21	2.309	3.717	7	846	1.913
Saarland	7	629	673	2	79	103	5	93	70	2	562	891	1	140	773
Sachsen	84	3.236	2.839	19	426	475	8	263	235	52	4.965	5.699	11	3.081	2.700
Sachsen-Anhalt	28	1.461	1.189	8	281	277	1	134	122	27	2.815	3.134	5	942	2.081
Schleswig-Holstein	33	1.587	1.200	5	178	177	8	251	234	8	2.420	1.810	2	821	805
Thüringen	38	1.678	1.250	13	497	467	10	187	160	20	2.595	2.952	20	1.319	1.840
Deutschland	870	44.180	38.308	291	8.108	7.974	166	5.040	4.877	385	53.914	63.643	152	23.316	33.098

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	3	73	87	39	1.363	1.553	16	683	845	5	338	405	57	21.535	33.343
Bayern	4	95	125	46	1.858	2.480	20	946	1.117	7	397	435	54	31.550	71.979
Berlin	0	33	46	16	607	1.017	9	370	396	3	237	248	6	7.973	15.442
Brandenburg	1	26	29	4	161	211	4	86	123	1	87	78	10	11.276	18.165
Bremen	0	6	8	4	148	226	2	51	75	1	48	54	0	997	1.192
Hamburg	1	18	30	7	431	885	3	172	193	1	113	162	6	4.618	9.965
Hessen	4	60	72	11	680	934	7	427	433	9	314	338	24	11.020	20.851
Mecklenburg-Vorpommern	0	20	15	5	108	107	1	59	67	0	50	40	3	11.763	13.297
Niedersachsen	0	79	84	22	1.007	1.383	18	488	542	3	245	216	19	14.905	28.525
Nordrhein-Westfalen	27	193	178	79	2.332	3.235	34	1.166	1.480	10	632	666	60	34.503	64.146
Rheinland-Pfalz	1	29	45	23	585	765	2	256	282	1	143	178	11	9.229	16.860
Saarland	0	11	14	0	128	175	0	97	118	0	24	37	0	1.902	3.215
Sachsen	0	25	34	4	265	284	2	183	179	3	87	120	30	21.938	43.212
Sachsen-Anhalt	0	15	11	3	185	285	0	89	97	4	68	61	12	11.372	26.033
Schleswig-Holstein	0	25	20	7	236	390	4	175	237	1	69	70	7	6.748	10.653
Thüringen	0	22	21	4	113	153	0	61	103	1	75	62	13	10.857	17.803
Deutschland	41	730	819	274	10.207	14.083	122	5.309	6.287	50	2.927	3.170	312	212.186	394.681

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	0	12	22	1	20	14	1	1	1	12	1.153	653	33	2.166	2.473
Bayern	1	6	42	1	18	48	0	0	0	43	3.576	970	37	3.507	4.394
Berlin	0	1	12	0	11	17	0	0	0	18	234	160	9	707	793
Brandenburg	0	1	4	0	2	10	0	0	0	23	302	261	4	379	513
Bremen	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	12	19	1	104	119
Hamburg	0	2	3	0	7	4	0	0	0	4	254	127	13	352	542
Hessen	0	13	19	1	15	18	0	1	1	31	590	317	17	725	731
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	15	304	157	5	135	200
Niedersachsen	0	15	18	0	17	29	0	1	0	8	281	316	35	1.117	1.057
Nordrhein-Westfalen	0	14	42	3	43	83	0	0	1	21	1.131	775	37	3.071	2.937
Rheinland-Pfalz	0	6	12	0	9	13	0	0	0	8	533	286	6	519	628
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	61	128	0	150	101
Sachsen	0	0	11	1	8	15	0	0	0	42	1.162	635	13	1.218	1.479
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	4	2	0	0	0	19	548	543	2	134	159
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	7	8	0	0	0	7	145	122	15	496	415
Thüringen	0	0	1	0	3	3	0	0	0	50	529	468	4	413	304
Deutschland	1	71	192	7	166	267	1	3	3	301	10.815	5.937	231	15.193	16.845

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	1	83	73	28	987	961	2	81	80	3	87	78	37	3.058	4.963
Bayern	2	92	80	17	789	904	4	196	205	3	94	101	66	5.220	8.539
Berlin	3	61	55	17	480	578	2	29	37	1	49	47	29	1.503	3.112
Brandenburg	0	12	11	4	225	161	0	77	80	1	19	24	7	1.764	2.110
Bremen	0	2	3	1	41	23	1	10	13	1	7	14	1	129	314
Hamburg	3	19	19	14	293	339	1	27	36	2	36	40	17	586	1.652
Hessen	1	41	57	18	856	930	5	103	74	3	71	86	46	1.966	4.051
Mecklenburg-Vorpommern	1	2	9	5	118	90	0	37	43	1	19	18	6	1.143	1.537
Niedersachsen	2	44	29	11	637	605	7	126	134	1	91	94	16	2.086	3.844
Nordrhein-Westfalen	3	158	151	41	1.623	1.937	6	344	509	8	250	229	98	5.215	11.494
Rheinland-Pfalz	0	25	18	6	273	368	2	62	81	0	30	29	16	1.602	2.764
Saarland	1	6	8	2	38	50	0	8	20	0	17	7	2	509	800
Sachsen	1	30	10	4	251	247	5	198	258	1	49	49	30	2.781	4.347
Sachsen-Anhalt	1	27	14	4	184	145	5	94	61	4	39	37	10	1.325	2.239
Schleswig-Holstein	2	34	26	1	192	194	2	49	41	1	23	19	14	1.302	2.045
Thüringen	1	7	14	4	129	140	1	39	38	1	39	24	10	1.266	1.321
Deutschland	22	643	577	177	7.116	7.672	43	1.480	1.710	31	920	896	405	31.455	55.132

1 Infektion und Kolonisation
(bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen nach jeweils geltender Falldefinition, s. www.rki.de/falldefinitionen)

2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2026		2025
	39.	1.–39.	1.–39.
Adenovirus-Konjunktivitis	5	373	270
Bornavirus-Erkrankung	0	7	3
Botulismus	0	7	7
Brucellose	0	32	44
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion*	0	17	10
Chikungunyavirus-Erkrankung	1	203	131
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	90	130
Denguefieber	4	520	718
Diphtherie	0	32	39
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	8	531	617
Giardiasis	49	1.922	2.283
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	15	972	1.199
Hantavirus-Erkrankung	5	230	231
Hepatitis D	0	51	61
Hepatitis E	89	4.417	4.128
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	71	138
Kryptosporidiose	51	1.817	1.980
Legionellose	50	1.588	1.710
Lepra	0	1	3
Leptospirose	0	140	139
Listeriose	12	457	479
Malaria	23	775	716
Meningokokken, invasive Infektion	2	174	246
Mpox	23	483	408
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	2	112	92
Ornithose	0	16	17
Paratyphus	1	27	35
Pneumokokken, invasive Infektion	107	7.098	8.299
Q-Fieber	5	82	69
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	17	66.951	65.517
Shigellose	73	2.524	2.188
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	146	137
Typhus abdominalis	3	61	66
West-Nil-Fieber**	0	10	12
Yersiniose	42	3.144	2.927
Zikavirus-Erkrankung	0	13	15

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

* nur invasive *Candidozyma-auris*-Infektionen. Seit Juli 2026 sind Infektionen und Kolonisationen gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 6a IfSG meldepflichtig.

Derzeit werden Falldefinition und Software aktualisiert. Es sind noch keine Daten zu Kolonisationen enthalten.

** reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

Die „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ wird durch ein interaktives Dashboard ergänzt.
Für die Darstellung von Inzidenz, Fallzahlen und des zeitlichen Verlaufs werden Fallzahlen ab 2021 berücksichtigt.