



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
46. Kalenderwoche (10.11. bis 16.11.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen ist nach dem Ende der Herbstferien auf Bevölkerungsebene wieder angestiegen. Die Zahl der ARE-Erkrankungen und die Zahl der Arztkonsultationen wegen ARE liegen aktuell auf einem moderaten Niveau, die Zahl schwer verlaufender Atemwegserkrankungen ist niedrig. Das ARE-Geschehen wird seit mehreren Monaten hauptsächlich durch die Zirkulation von Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. Influenzaviren wurden in den letzten Wochen in den Sentinelsystemen vereinzelt nachgewiesen.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 46. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen und lag auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und befand sich auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 46. KW 2025 insgesamt 69 der 132 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (27 %) und SARS-CoV-2 (12 %). Vereinzelt wurden Influenza A- und B-Viren nachgewiesen (4 %).

Im stationären Bereich ging die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 46. KW 2025 leicht zurück und lag auf einem niedrigen Niveau. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten lag in der 46. KW bei insgesamt 6 %. Influenza-Diagnosen wurden bei 4 % und RSV-Diagnosen bei 2 % aller SARI-Fälle vergeben.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 46. KW 2025 in acht der 20 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich SARS-CoV-2 (20 %) und Rhinoviren (10 %). Vereinzelt wurden Influenza A- und B-Viren detektiert (6 %).

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten COVID-19-Fälle ist in der 46. Meldewoche (MW) 2025 im Vergleich zur 45. MW weiter leicht gesunken. Die Zahl der übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion ist weiter gestiegen. Die Zahl der RSV-Infektionen ist in der 46. MW ebenfalls leicht gestiegen, blieb aber weiterhin niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde in der 44. KW 2025 mit einem Anteil von 64 % weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die Werte der aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser zeigten in den letzten Wochen einen Rückgang. Es deutet sich ein leichter Anstieg der RSV-Last im Abwasser an.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- FAQ und Faktenblätter zum Thema Impfen (z.B. gegen Grippe, COVID-19, RSV): www.rki.de/impfungen-a-z.
- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch Atemwegserreger schützen?“: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16790128.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 31.10.2025): www.rki.de/Zoonotische-influenza.

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

- Communicable-disease-threats-report des ECDC mit einer Darstellung der aktuell in Europa vorherrschenden Influenza-Subtypen und -Subkladen: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-46-2025.pdf>
- 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 Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen. Sie lag bei rund 7.000 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.500; Abb.) und damit auf einem für diese Jahreszeit üblichen moderaten Niveau. Dabei sind die Werte insbesondere bei den 5- bis 34-Jährigen gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gestiegen und lag bei rund 600 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 300). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

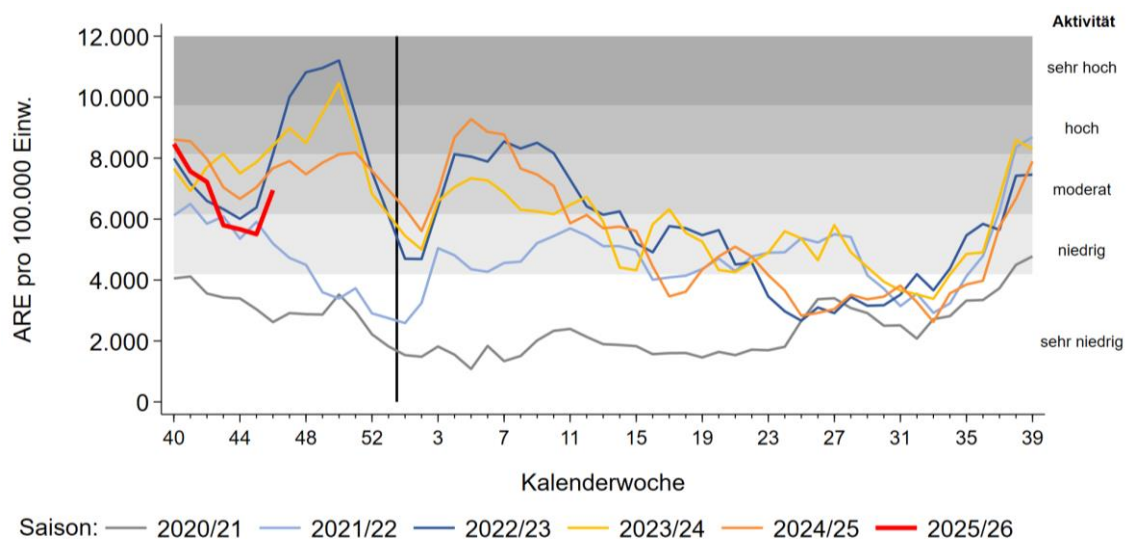


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 46. KW 2025). Daten von durchschnittlich etwa 12.100 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 46. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag mit rund 1.300 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.300; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,1 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

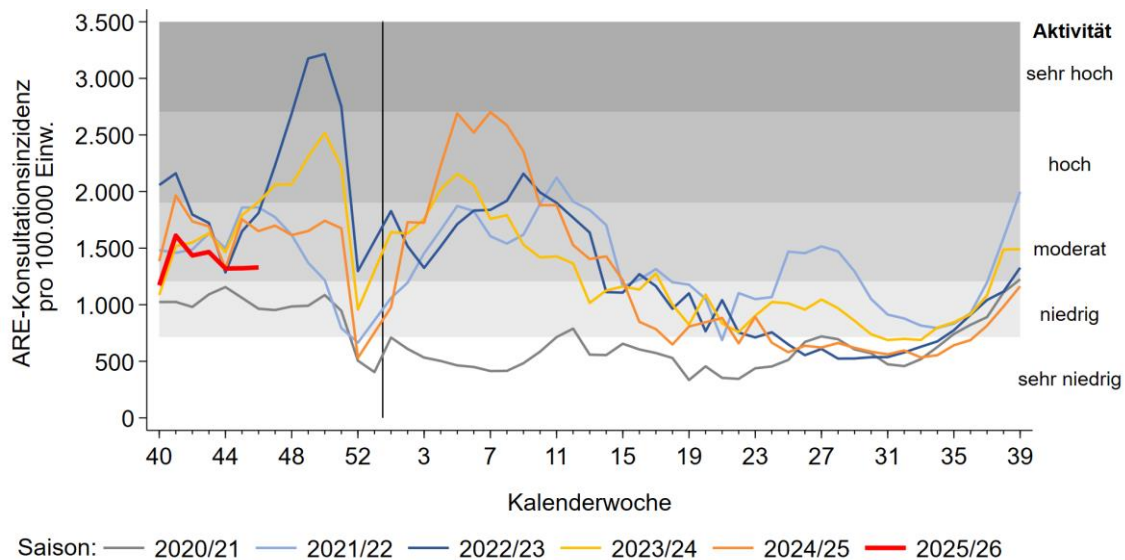


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 46. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den 5- bis 14-jährigen weiter angestiegen, in den übrigen Altersgruppen ist sie weitestgehend stabil geblieben (Abb. 3).

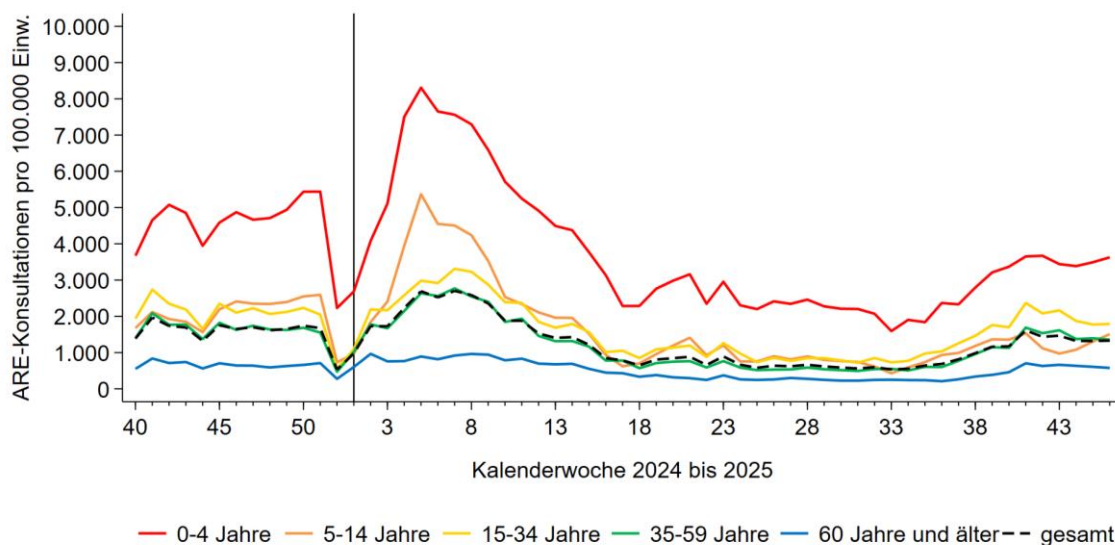


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 46. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden, ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lag bei 35 Arztbesuchen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 26). Sie ist weiterhin vergleichsweise niedrig.

Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz>.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 46. KW 2025 insgesamt 132 Sentinelproben von 50 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 69 (52 %) der 132 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1; Abb. 4).

In der 46. KW 2025 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR); 27 %), gefolgt von SARS-CoV-2 (12 %), Adenoviren (7 %), Parainfluenzaviren (PIV; 5 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV; 4 %), Influenza A- und B-Viren (4 %) sowie Influenza C-Viren (2 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane Metapneumoviren (hMPV) wurden in der 46. KW nicht nachgewiesen.

Es gab zehn Doppelinfektionen überwiegend bei Kindern bis 14 Jahre, hauptsächlich mit Beteiligung von Rhinoviren bzw. Adenoviren.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 46. KW 2025), Stand 18.11.2025.

		43. KW	44. KW	45. KW	46. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		96	93	131	132	739
Probenanzahl mit Virusnachweis*		62	54	75	69	445
	Positivenrate (PR)	65 %	58 %	57 %	52 %	60 %
Influenzaviren	A (nicht	0	0	0	0	0
	A(H ₃ N ₂)	2	1	1	1	7
	A(H ₁ N ₁)pdm09	1	1	3	4	9
	B	1	0	0	0	1
SARS-CoV-2		15	16	19	16	105
RSV		0	1	0	0	2
hMPV		0	1	0	0	1
PIV (1 – 4)		7	4	12	7	61
Rhinoviren		35	30	41	35	261
hCoV		2	1	0	5	10
Adenoviren		2	2	4	9	26
Influenza C-Viren		0	0	2	2	4

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

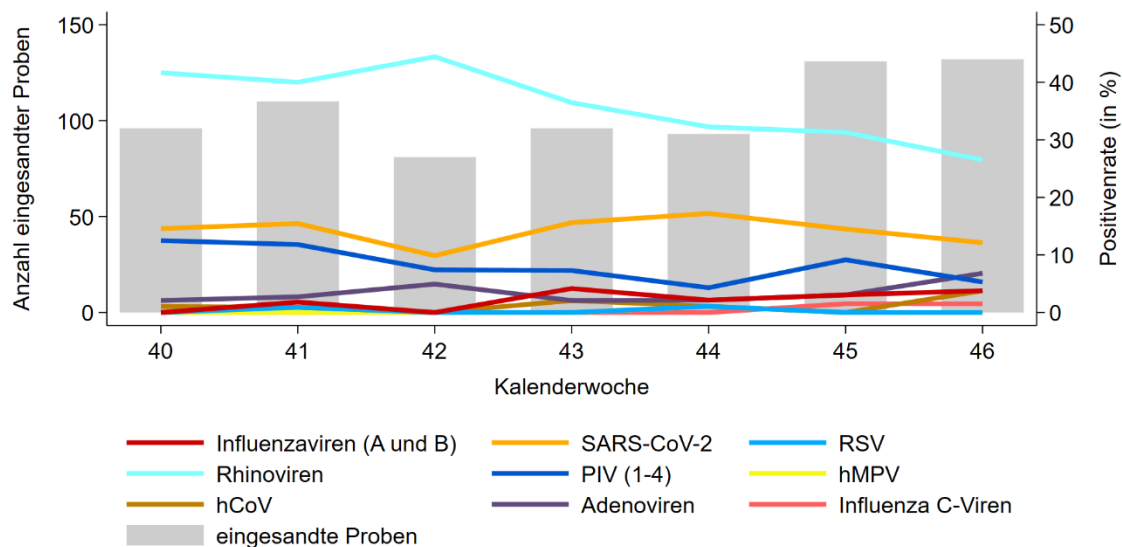


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 46. KW 2025.

Rhinoviren wurden in der 46. KW 2025 in allen Altersgruppen detektiert (Abb. 5). SARS-CoV-2 wurde in den meisten Altersgruppen nachgewiesen, hauptsächlich jedoch bei den 35- bis 59-jährigen.

Adenoviren wurden bei Kindern bis 14 Jahre detektiert. Influenza A- und B-Viren wurden in den Altersgruppen zwischen 2 und 34 Jahren nachgewiesen, vorrangig bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre).

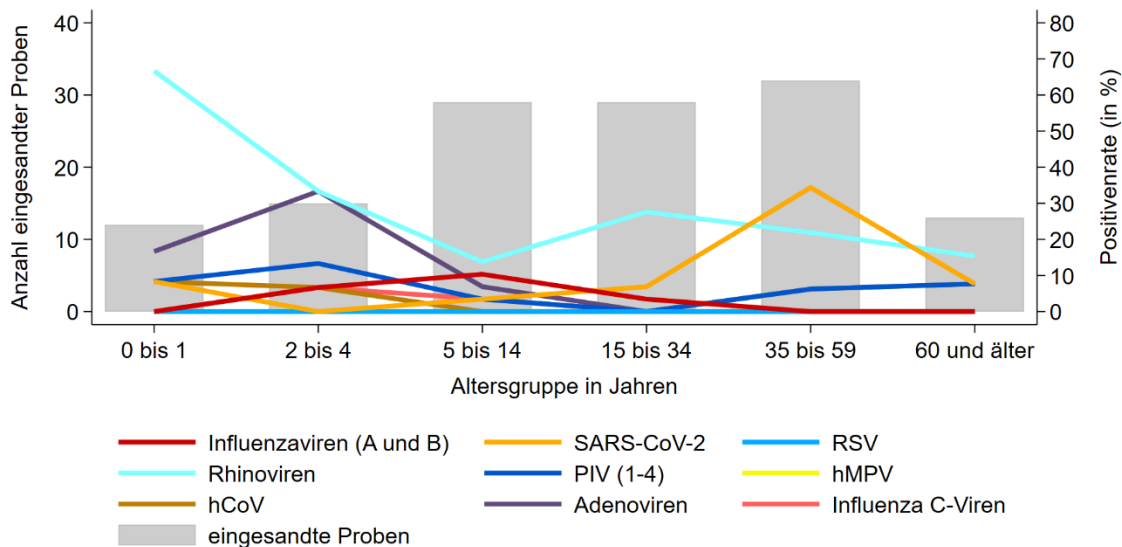


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 46. KW 2025.

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 44. KW 2025 stehen aktuell 94 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 18.11.2025).

Die rekombinante Linie XFG wurde einschließlich ihrer Sublinien mit einem Anteil von 64 % (43. KW 2025: 78 %) weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) folgt mit einem Anteil von 27 % (43. KW 2025: 15 %). Auch weltweit wird die Linie XFG („Stratus“) derzeit am häufigsten unter allen zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen, gefolgt von NB.1.8.1 („Nimbus“). In Deutschland wird gegenwärtig kein erhöhtes Risiko durch XFG für die öffentliche Gesundheit gesehen. WHO¹² und ECDC³ stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von XFG ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein und es werden keine signifikanten Auswirkungen auf die Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe gegen schwere Erkrankungen erwartet.

Seit der 18. KW 2025 wurde zudem vereinzelt die SARS-CoV-2-Linie BA.3.2.2 in der Stichprobe (n = 9) nachgewiesen, je einmal in der 18. und 38. KW, zweimal in der 43. KW und fünfmal in der 44. KW. Im Vergleich zur übergeordneten Variante BA.3 sowie zu den derzeit in Deutschland vorherrschenden SARS-CoV-2-Linien verfügt BA.3.2 (inklusive Sublinien) über zahlreiche Aminosäureaustausche und mehrere Aminosäuredeletionen.

Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume. Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind im Dashboard abrufbar unter:

https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

¹ <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

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

³ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-45-2025.pdf>

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 46. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag weiterhin unterhalb der Werte der Vorsaison zu dieser Zeit. Die SARI-Inzidenz befand sich in der 46. KW 2025 auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

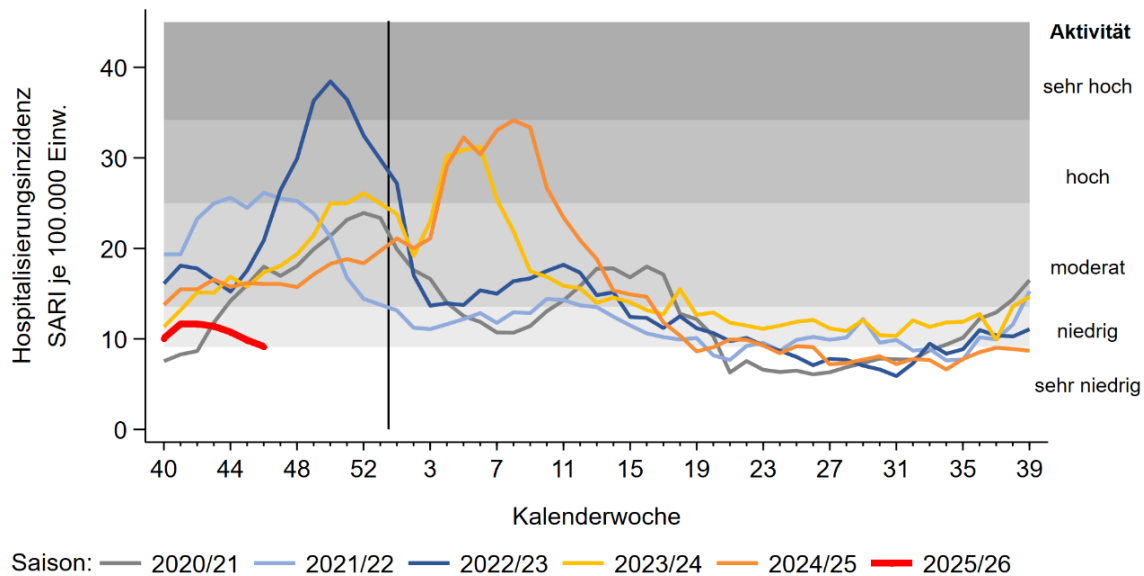


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 46. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

In der 46. KW 2025 kam es in der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) zu einem leichten Anstieg der Hospitalisierungen wegen SARI. In den übrigen Altersgruppen ist die SARI-Inzidenz dagegen stabil geblieben oder zurückgegangen. Die SARI-Inzidenz lag in der 46. KW in allen Altersgruppen auf einem niedrigen bzw. sehr niedrigen Niveau (Abb. 7).

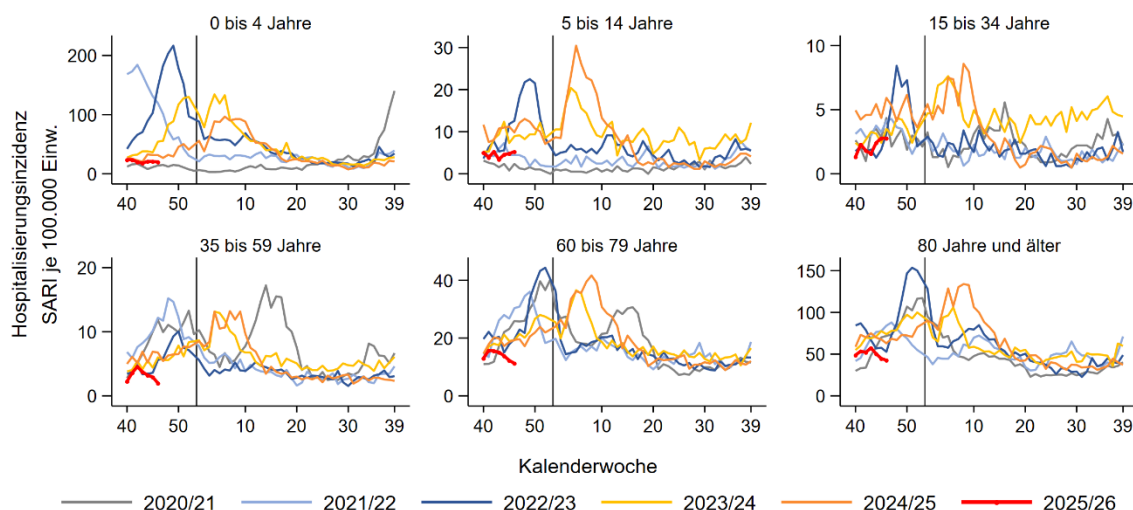


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 46. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In den letzten Wochen wurden wieder weniger COVID-19-Diagnosen vergeben. So erhielten in der 46. KW 2025 insgesamt 6 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 11 %). Bei 4 % der SARI-Patientinnen und -Patienten wurde eine Influenza-Diagnose und bei 2 % eine RSV-Diagnose vergeben (Abb. 8).

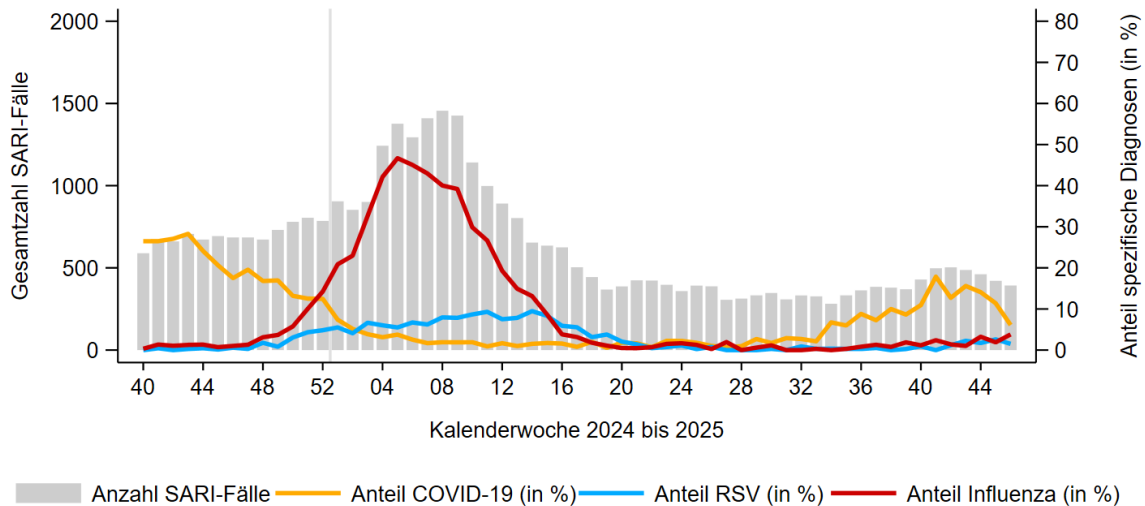


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 46. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinelkliniken.

COVID-19-Diagnosen wurden in der 46. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 15 Jahren vergeben, insbesondere bei den ab 80-jährigen. Einzelne SARI-Fälle mit einer Influenza-Erkrankung sind in der 46. KW 2025 in den meisten Altersgruppen aufgetreten, mit Ausnahme der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) und 35- bis 59-jährigen. RSV-Diagnosen wurden in der 46. KW 2025 vereinzelt bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr), Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) sowie ab 80-jährigen vergeben (Abb. 9).

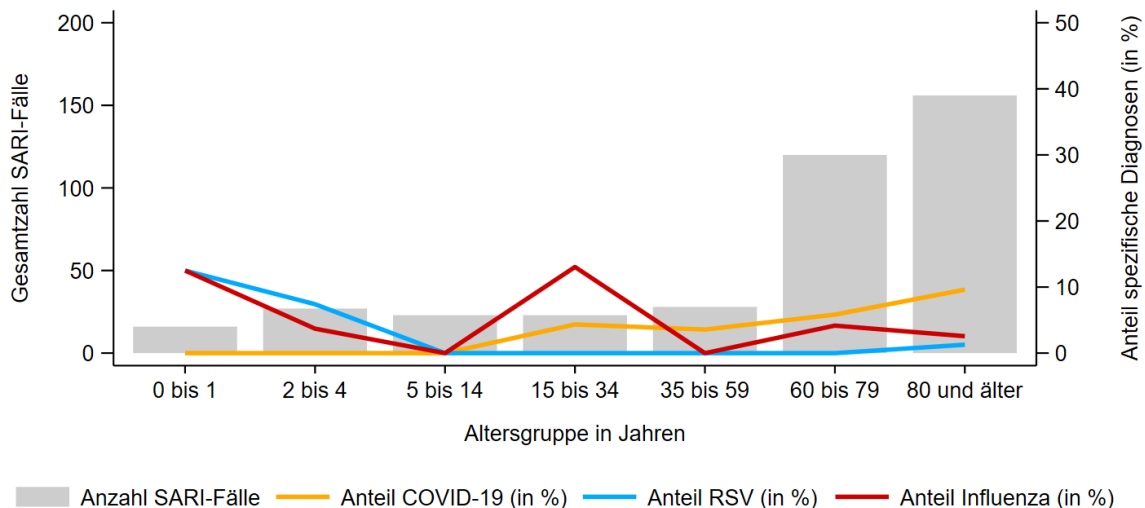


Abb. 9: Anzahl der in der 46. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. In der 46. KW 2025 erhielten jeweils 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle eine COVID-19- bzw. eine Influenza-Diagnose. RSV-Diagnosen sind in der 46. KW 2025 bei SARI-Fällen mit Intensivbehandlung nicht vergeben worden (Abb. 10).

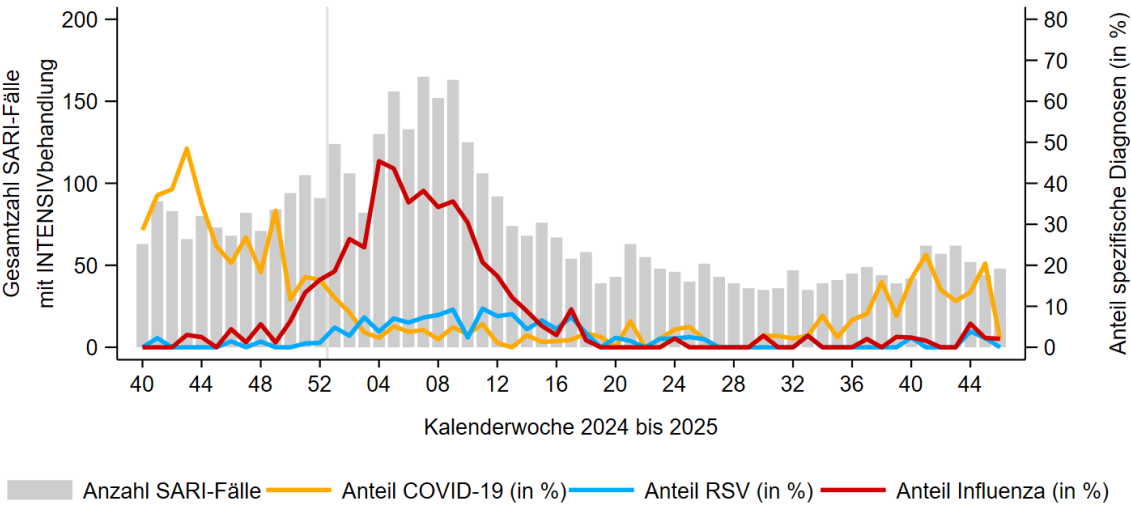


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 46. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 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 zwölf Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ wurden in der 46. KW 2025 aus sieben der zwölf teilnehmenden Kliniken 20 Sentinelproben zugesandt. In acht (40 %) der 20 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). In der 46. KW 2025 wurden hauptsächlich SARS-CoV-2 (20 %), Rhinoviren (10 %), Influenza A- und B-Viren sowie Adenoviren (je 5 %) detektiert (Abb. 11). Influenza C-Viren, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), Parainfluenzaviren (PIV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden in der 46. KW nicht nachgewiesen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26, Stand 18.11.2025.

	43. KW	44. KW	45. KW	46. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	24	38	43	20	248
Probenanzahl mit Virusnachweis*	11	16	16	8	104
Positivenrate (PR)	46 %	42 %	37 %	40 %	42 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0
A(H3N2)	0	2	0	1	3
A(H1N1)pdm09	0	0	1	0	1
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	2	3	5	4	26
RSV	0	0	0	0	0
hMPV	0	0	0	0	0
PIV (1 – 4)	7	1	1	0	21
Rhinoviren	3	10	7	2	51
hCoV	0	0	1	0	1
Adenoviren	1	0	3	1	7
Influenza C-Viren	0	0	0	0	0

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

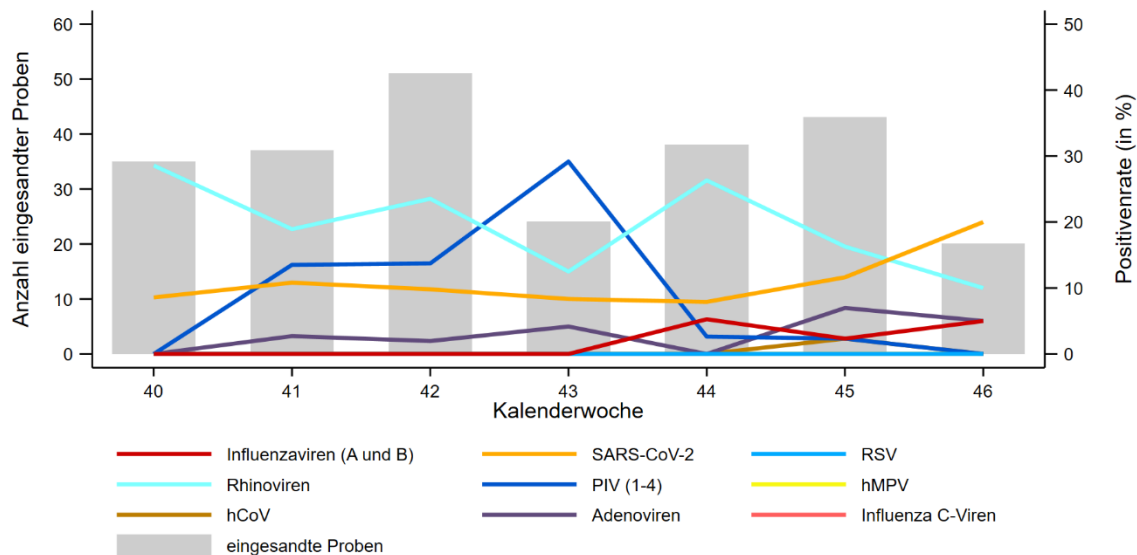


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 46. KW 2025.

Von der 43. KW bis 46. KW 2025 wurden Rhinoviren in fast allen Altersgruppen identifiziert. SARS-CoV-2 wurde in den Altersgruppen der 0- bis 1-jährigen, 15- bis 34-jährigen sowie ab 60-jährigen detektiert. Adenoviren wurden bei den 0- bis 4-jährigen identifiziert. Influenzaviren wurden vereinzelt bei den 2- bis 4-jährigen und den 15- bis 59-jährigen detektiert (Abb. 12).

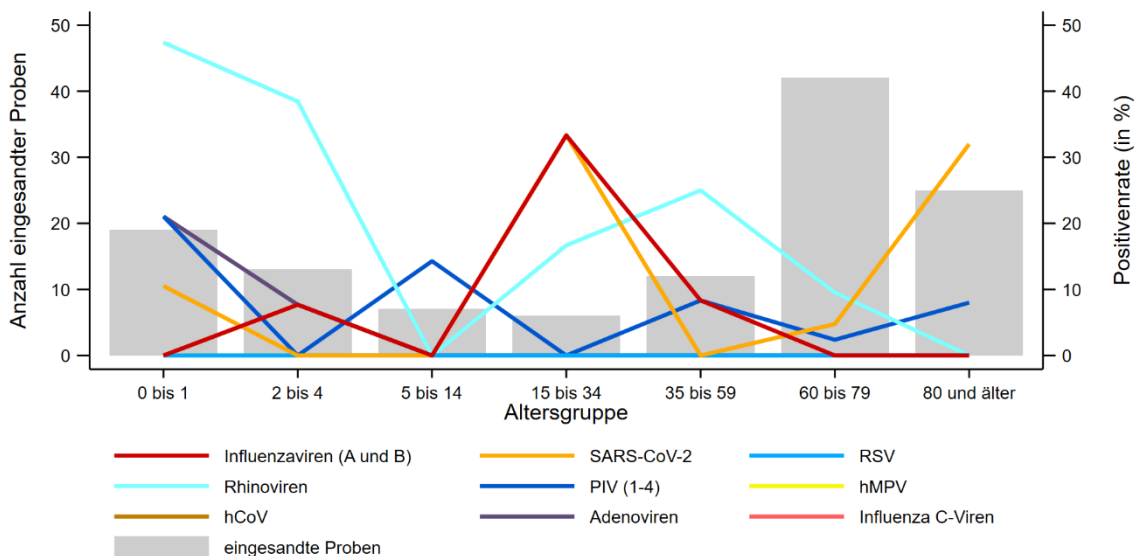


Abb. 12: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (43. KW bis 46. KW 2025).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 46. MW 2025 wurden bislang 909 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 897 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 46. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter gestiegen. Bei 156 (17 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 18.11.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 4.148 Fälle übermittelt. Davon entfallen 4.131 auf labor-diagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 996 (24 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher elf Todesfälle mit laboridiagnostisch bestätigter Influenza-virusinfektion an das RKI übermittelt. Alle waren 60 Jahre oder älter.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle laboridiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	418	463	519	541	618	808	3.555
A(H1N1)pdm09	9	13	2	13	11	7	59
A(H3N2)	1	9	4	7	12	10	43
nicht nach A / B differenziert	15	21	19	18	16	19	112
B	45	60	58	48	63	53	362
Gesamt	488	566	602	627	720	897	4.131
Hospitalisierte Fälle	140	143	172	151	163	156	996

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

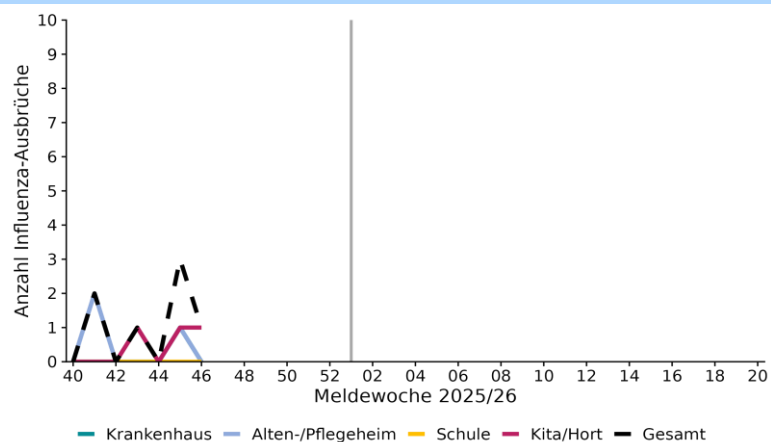
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt sieben Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 46. MW 2025 wurde bisher ein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenza-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	7
Krankenhaus	1
Alten-/Pflegeheim	3
Schule	0
Kita/Hort	3
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	73
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,4

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



COVID-19

Für die 46. MW 2025 wurden bislang 5.285 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 5.254 Fälle auf laboridiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gesunken. Bei 1.629 (31 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 18.11.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 41.152 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 40.642 auf laboridiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 14.432 (36 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 326 Todesfälle mit laboridiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 95 % 60 Jahre oder älter.

Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	6.729	6.930	6.607	5.753	5.491	5.254	40.642
Hospitalisierte Fälle	2.356	2.510	2.503	2.056	2.024	1.629	14.432

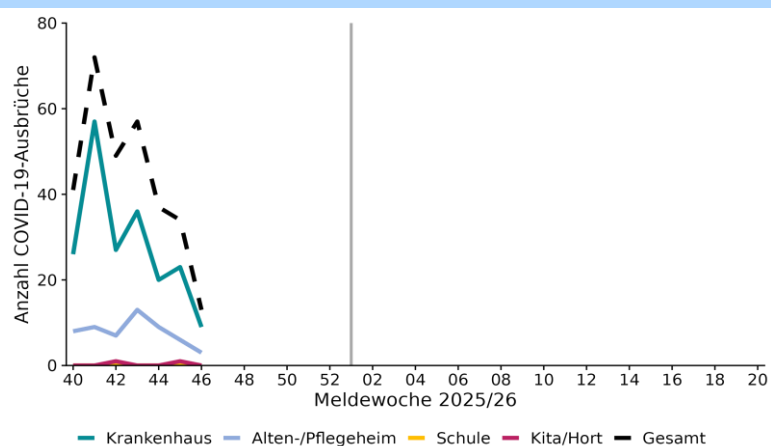
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 303 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 46. MW 2025 wurden bisher 13 Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	303
Krankenhaus	198
Alten-/Pflegeheim	55
Schule	0
Kita/Hort	2
sonstige Settings*	48
Anzahl Ausbruchsfälle	2.859
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,4



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

RSV-Infektionen

Für die 46. MW 2025 wurden bislang insgesamt 149 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 149 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gestiegen und befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei 35 (23 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 46. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 18.11.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 563 Fälle übermittelt. Davon entfallen 560 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 190 (34 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

Tab. 7: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	45	61	79	92	110	149	560
Hospitalisierte Fälle	19	25	39	27	34	35	190

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

Bisher wurden in der Saison 2025/26 keine RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

Im Jahr 2025 werden über 70 Kläranlagen auf SARS-CoV-2, Inflenzaviren und RSV beprobt.

SARS-CoV-2

Für die 46. KW wurden Daten aus 75 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Last im Abwasser zeigten nach einem mehrmonatigen Anstieg in den letzten Wochen einen Rückgang der Werte (Abb. 13).

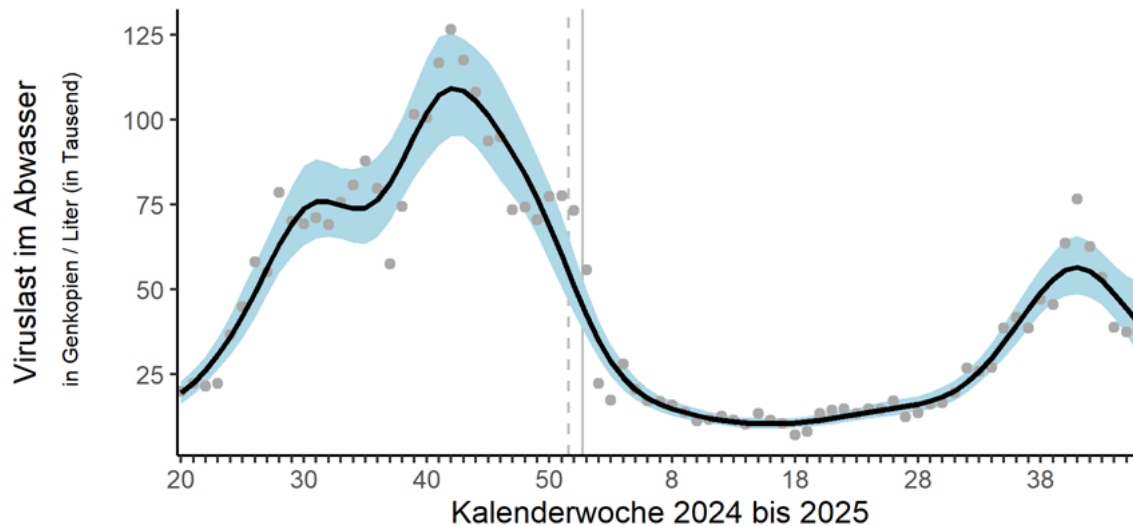


Abb. 13: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.11.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (12.11.2025, 46. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

Inflenzaviren

Für die 46. KW wurden Daten aus 72 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 14).

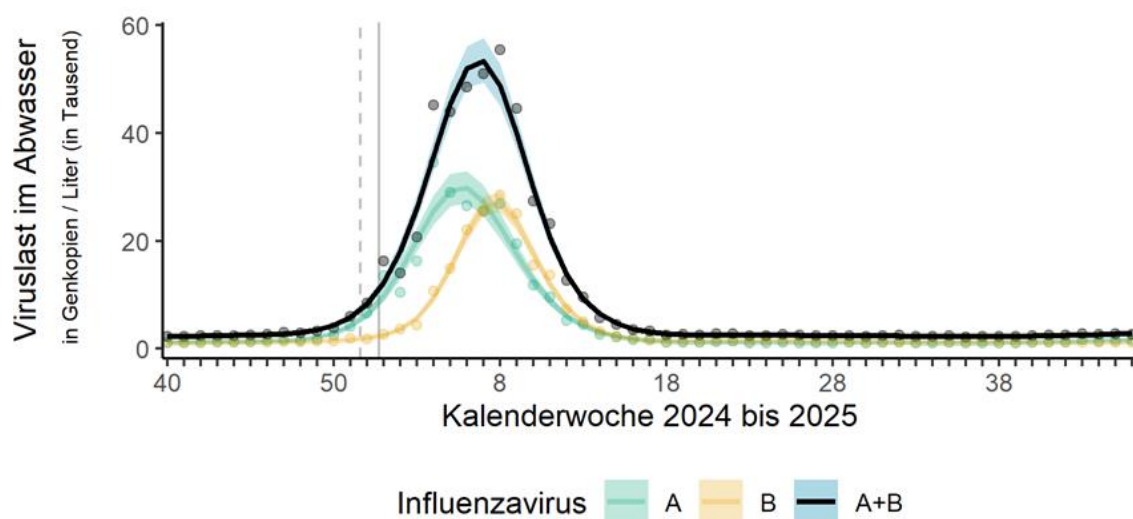


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.11.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (12.11.2025, 46. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

RSV

Für die 46. KW wurden Daten aus 48 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau, es deutet sich jedoch ein leichter Anstieg an (Abb. 15).

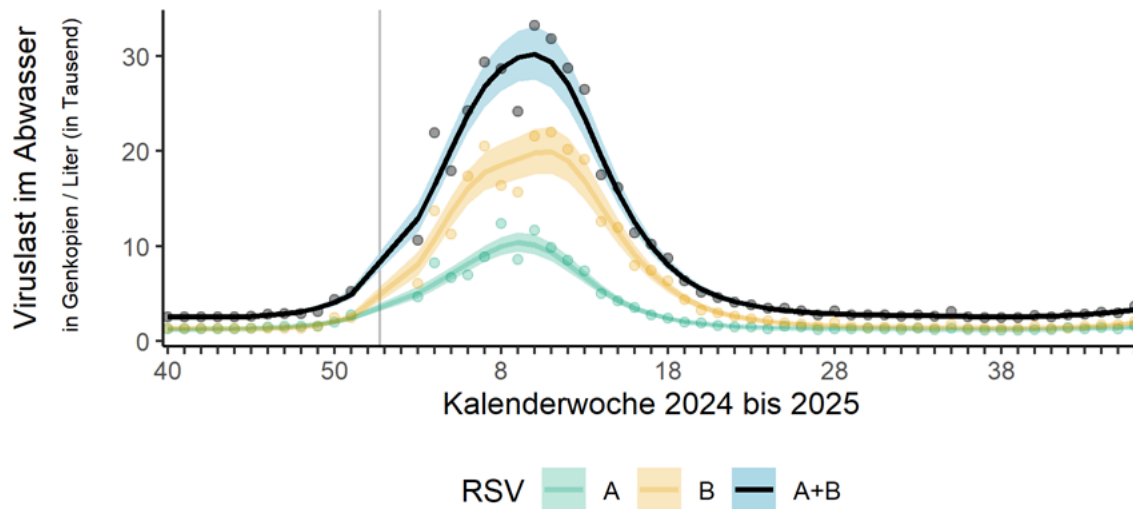


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.11.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (12.11.2025, 46. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

Die Entwicklung der Viruslast im Abwasser von SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV kann sich aufgrund von Nachmeldungen insbesondere in den letzten Wochen noch verändern.

Weitere Informationen 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. 6 und 7 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>.

Trends relevanter Indikatoren werden im Infektionsradar des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verfügung gestellt: <https://infektionsradar.gesund.bund.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>.

Weitere Erläuterungen

ARE/SARI-Aktivitätsbereiche: Seit der Saison 2025/26 wird die ARE- und SARI-Aktivität in den syndromischen Sentinel-Systemen (GrippeWeb, ARE-Praxis-Sentinel, SARI-Krankenhaus-Sentinel) in Aktivitätsbereiche eingeteilt und berichtet. Dabei werden für jedes Sentinel-System alle berechneten Wochenwerte (Inzidenzen) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons (für die Saison 2025/26: 2016/17, 2017/18, 2018/19, 2023/24 und 2024/25) genutzt und daraus Perzentile berechnet. Anhand der Perzentile aus den Wochenwerten werden die Grenzen der Aktivitätsbereiche definiert und folgendermaßen klassifiziert: 0 bis <30 % = sehr niedrig | 30 bis <60 % = niedrig | 60 bis <90 % = moderat | 90 bis <99 % = hoch | ≥99 % = sehr hoch.

Autoren und Redaktionsteam:

Tolksdorf K, Krupka S, Prahm K, Preuß U, GrippeWeb-Team, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Wedde M, Duwe S, Gvaladze T, Wunderlich J, Staat D, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Kröger S, Hackmann C, Erdwiens A, AMELAG-Team, Hilbig A, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 46/2025 | DOI: 10.25646/13556