



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
48. Kalenderwoche (24.11. bis 30.11.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen ist auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich gestiegen und liegt auf einem moderaten bzw. hohen, aber nicht unüblichen Niveau. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegserkrankungen ist weiter niedrig. Das ARE-Geschehen wird seit mehreren Monaten hauptsächlich durch die Zirkulation von Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. Die Influenza-Positivenrate ist in den letzten zwei Wochen deutlich angestiegen, der Beginn der Grippewelle deutet sich an. Es zirkulierten bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)- und A(H1N1)pdm09-Viren.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 48. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lag auf einem hohen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 48. KW im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und befand sich weiterhin auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 48. KW 2025 insgesamt 102 der 137 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (26 %), gefolgt von SARS-CoV-2 (21 %) sowie Influenza A- und B-Viren (18 %). Von den 24 nachgewiesenen Influenzaviren waren 15 A(H3N2)- und neun A(H1N1)pdm09-Viren (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich lag die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 48. KW 2025 weiterhin auf einem niedrigen Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 10 % Influenza-, 9 % COVID-19- und 3 % RSV-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 48. KW 2025 in zehn der 23 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter SARS-CoV-2 (17 %), Rhinoviren (11 %) sowie Influenza A- und B-Viren (6 %).

Sowohl die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten COVID-19-Fälle, als auch die der Fälle mit Influenzavirus- bzw. RSV-Infektion sind in der 48. Meldewoche (MW) 2025 gestiegen.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde in der 46. KW 2025 mit einem Anteil von 68 % weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Sowohl die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast, der RSV- sowie der Influenza A-Viruslast im Abwasser sind in den letzten Wochen angestiegen.

Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- Alle Personen, für die die STIKO die Gripeschutzimpfung empfiehlt, sollten sich noch impfen lassen, falls dies noch nicht geschehen ist: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste_gesamt.html
- Das Risiko einer Atemwegsinfektion kann (unabhängig vom Impfstatus) durch die bekannten Verhaltensweisen reduziert werden: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16790128.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) mit einer Orientierungshilfe für Ärzteschaft sowie einer Handreichung für Gesundheitsbehörden (Stand 3.12.2025): www.rki.de/Zoonotische-influenza.

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

- Empfehlung des ECDC zur Grippeimpfung aufgrund der frühen Zirkulation von Influenza-Viren: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-recommends-vaccinating-without-delay-due-early-flu-circulation>
- 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 48. KW weiter gestiegen. Sie lag bei rund 8.700 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 8.000; Abb. 1) und damit auf einem hohen Niveau. Dabei sind die Werte bei den Schulkindern bis 14 Jahre und den ab 35-Jährigen gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,2 Millionen neu aufgetretener akuter Atemwegserkrankungen in der 48. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist in der 48. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und lag bei rund 700 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 500). Weitere Informationen sind abrufbar unter:

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

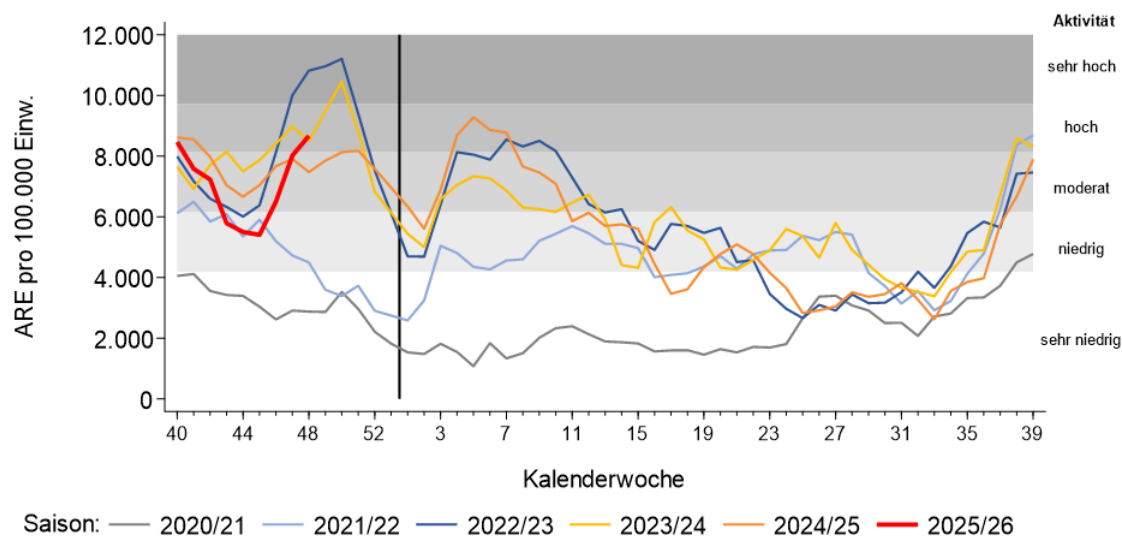


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 48. KW 2025). Daten von durchschnittlich etwa 12.300 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 48. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag mit rund 1.500 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.400; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,2 Millionen Arztbesuchen in der 48. KW wegen akuter Atemwegserkrankungen.

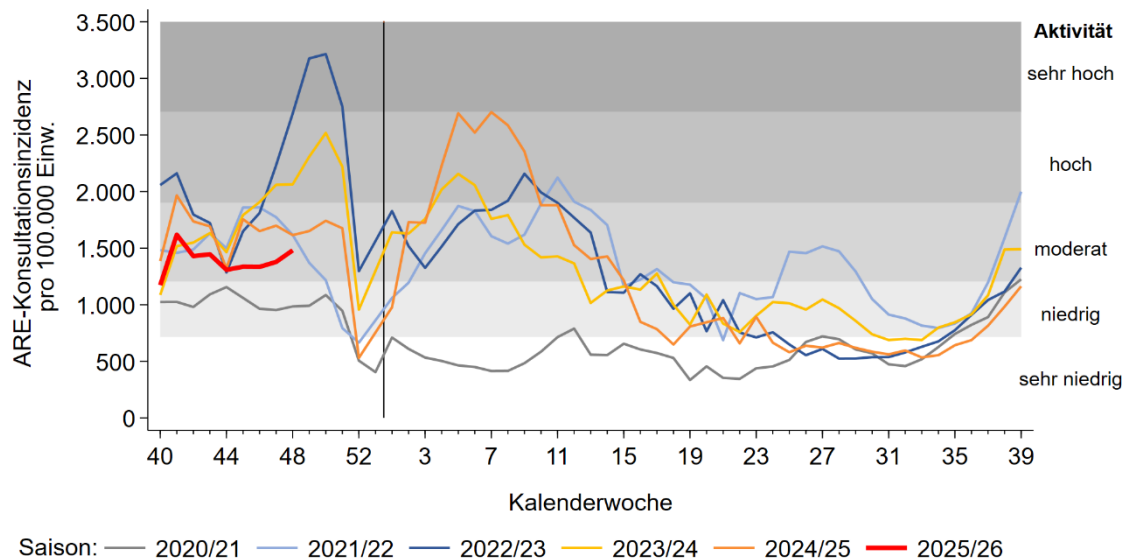


Abb. 2: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 48. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Seit 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 48. KW im Vergleich zur Vorwoche insbesondere bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre, orange Linie) gestiegen, in den übrigen vier Altersgruppen sind die Werte nur leicht gestiegen oder stabil geblieben (Abb. 3).

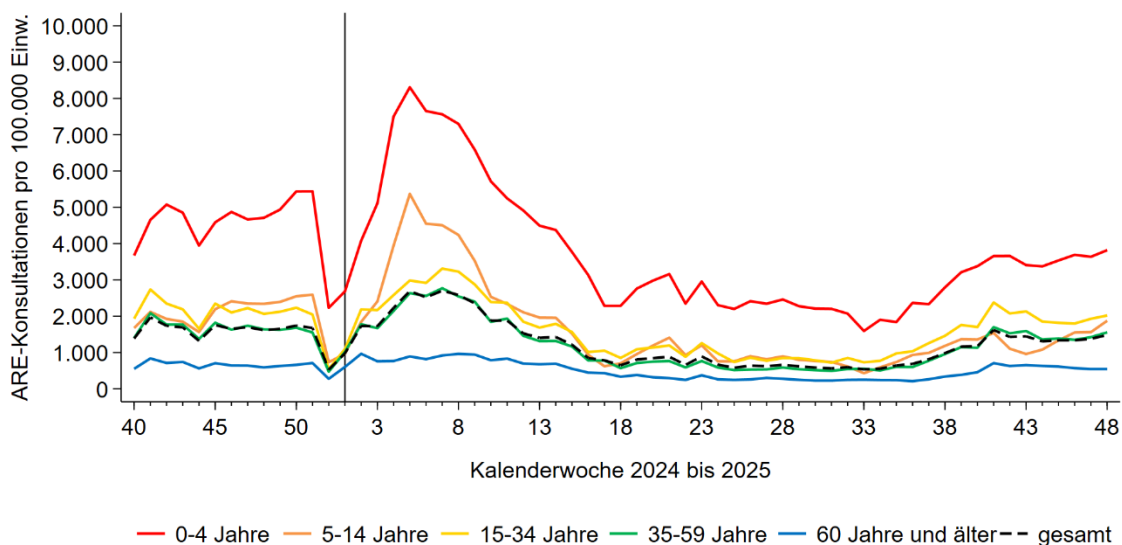


Abb. 3: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 48. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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 47. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag bei 36 Arztbesuchen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 35).

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 48. KW 2025 insgesamt 137 Sentinelproben von 56 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 102 (74 %) der 137 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1; Abb. 4).

In der 48. KW 2025 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR); 26 %), gefolgt von SARS-CoV-2 (21 %), Influenza A- und B-Viren (18 %; 95 %-Konfidenzintervall [11; 25]), Adenoviren (9 %), Parainfluenzaviren (PIV; 7 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 3 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 2 %) sowie humane Metapneumoviren (hMPV; 1 %). Influenza C-Viren wurden in der 48. KW nicht nachgewiesen.

Die Influenza-Positivenrate ist in den letzten zwei Wochen deutlich angestiegen, der Beginn der Grippewelle deutet sich somit an. Der Beginn der Grippewelle auf Bevölkerungsebene orientiert sich an der Influenza-Positivenrate der virologischen Sentinelsurveillance. Sobald der Wert für die untere Grenze des 95 %-Konfidenzintervalls zwei Wochen in Folge über 10 % liegt, beginnt die Grippewelle mit der ersten dieser beiden Wochen. Es zirkulieren in der Saison 2025/26 bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und A(H1N1)pdm09-Viren.

Es gab 17 Mehrfachinfektionen, hauptsächlich mit Beteiligung von Rhinoviren, SARS-CoV-2 bzw. Adenoviren. In drei Fällen gab es jeweils eine Doppelinfektionen mit Influenzaviren und SARS-CoV-2.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 48. KW 2025), Stand 2.12.2025.

		45. KW	46. KW	47. KW	48. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		131	141	143	137	1.028
Probenanzahl mit Virusnachweis*		75	73	79	102	630
	Positivenrate (PR)	57 %	52 %	55 %	74 %	61 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0
	A(H3N2)	1	2	8	15	31
	A(H1N1)pdm09	3	4	6	9	24
	B	0	0	0	0	1
SARS-CoV-2		19	17	16	29	151
RSV		0	0	1	4	7
hMPV		0	0	0	2	3
PIV (1 – 4)		12	7	12	10	83
Rhinoviren		41	36	35	36	333
hCoV		0	5	2	3	15
Adenoviren		4	11	5	12	45
Influenza C-Viren		2	2	0	0	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.

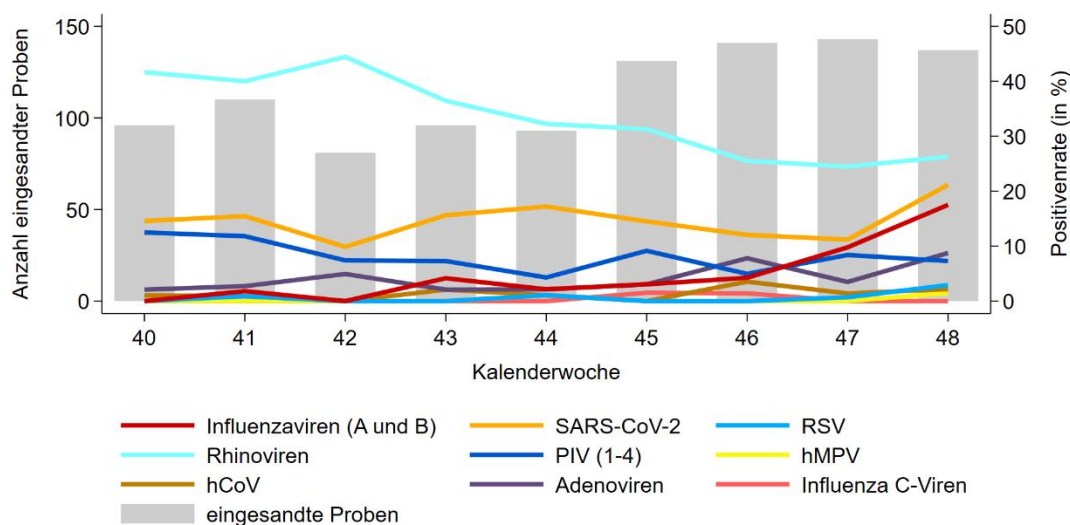


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 48. KW 2025.

Rhinoviren und SARS-CoV-2 wurden in der 48. KW 2025 in allen Altersgruppen detektiert (Abb. 5). Influenza A- und B-Viren wurden ebenfalls in allen Altersgruppen nachgewiesen, vorrangig bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre). Adenoviren wurden ebenfalls in allen Altersgruppen detektiert, dabei häufiger bei den 0- bis 4-jährigen. PIV und RSV wurden vorrangig bei Säuglingen und Kleinkindern bis 4 Jahren nachgewiesen.

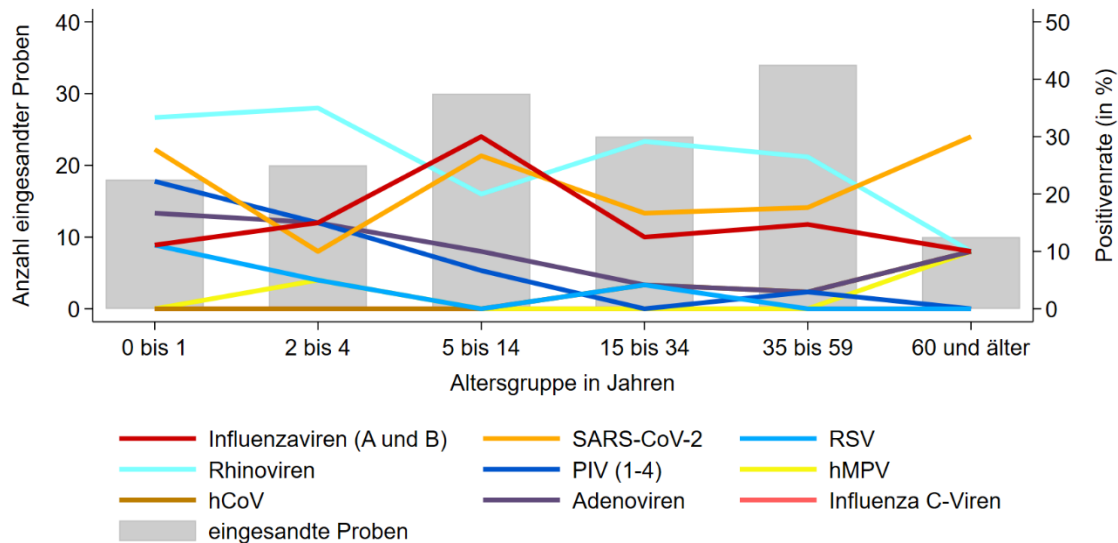


Abb. 5: Anteil (Positivitätsraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 48. KW 2025.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinelns ($n = 5$) und aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 2$) wurden sieben Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert.

Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten drei zum Subtyp A(H1N1)pdm09 und vier zum Subtyp A(H3N2). Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurden die Viren Kladen und Subkladen zugeordnet - Subtyp A(H1N1)pdm09: drei Viren Klade 5a.2a.1/Subklade D.3.1, Subtyp A(H3N2): drei Viren Klade 2a.3a.1/Subklade K sowie ein Virus Klade 2a.3a.1/Subklade J.2.4.

Es wurden bisher zehn Influenza A(H3N2)- und neun A(H1N1)pdm09-Viren in Zellkultur isoliert und auf ihre Passgenauigkeit mit den aktuellen Impfstammantiseren im Hämagglutinationshemmtest untersucht. Der A(H1N1)pdm09 Impfstamm (A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like) zeigte eine sehr gute Passgenauigkeit zu den derzeit zirkulierenden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Alle Influenza A(H3N2)-Viren reagierten mit dem Impfstammantiserum (A/Croatia/10136RV/2023-like), jedoch ist diese Reaktivität bei Viren der A(H3N2)-Subklade K um vier bis fünf \log_2 -Stufen im Vergleich zum homologen Impfstamm reduziert. Details sind abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/zirkulierende_tab.html (unter Virologische Analysen im Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren Saison 2025/26).

Die reduzierte Reaktivität kann darauf hindeuten, dass in dieser Saison bei Influenza A(H3N2)-Viren der Subklade K der Schutz vor einer Infektion nach der Gripeschutzimpfung etwas verkürzt sein könnte, vor allem bei jüngeren Personen, die noch nicht so viele Antigenkontakte hatten. Es wird erwartet, dass der Grippeimpfstoff jedoch weiterhin Schutz vor schweren Erkrankungen bietet (siehe auch: Frühe Impfeffektivitätsschätzungen aus England <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41267661/>). Sofern noch nicht geschehen, sollten sich alle Personen, für die die STIKO die Gripeschutzimpfung empfiehlt, noch impfen lassen: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste_gesamt.html

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 46. KW 2025 stehen aktuell 63 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 2.12.2025).

Die rekombinante Linie XFG wurde einschließlich ihrer Sublinien mit einem Anteil von 68 % (45. KW 2025: 64 %) 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 24 % (45. KW 2025: 20 %). 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.

Das erste Mal in der 18. KW 2025 und zunächst nur vereinzelt in der Stichprobe nachgewiesen, wird die SARS-CoV-2-Linie BA.3.2.2 seit der 43. KW 2025 wöchentlich detektiert (n = 19). In der 46. KW lag ihr Anteil bei 2 % unter allen einzelnen SARS-CoV-2-Sublinien (45. KW 2025: 9 %). 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.

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 48. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag weiterhin unterhalb der Werte der Vorsaison zu dieser Zeit (Abb. 6). Die SARI-Inzidenz befindet sich seit Beginn der Saison 2025/26 auf einem niedrigen Niveau.

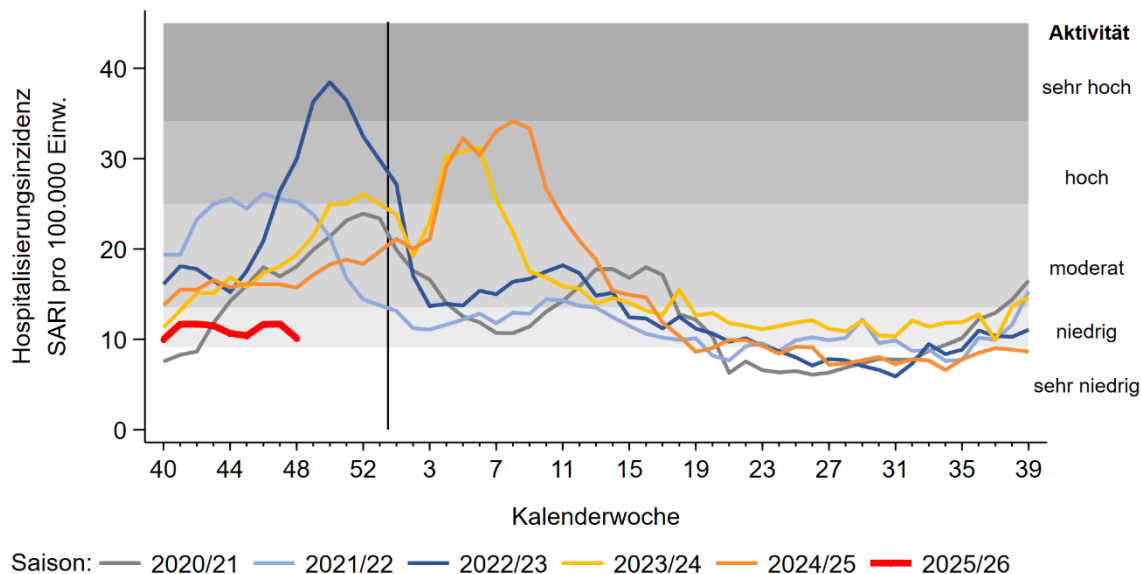


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 48. KW 2025). Daten aus 65 Sentinel-kliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

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>

In der 48. KW 2025 kam es in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen sowie der 35- bis 59-Jährigen zu einem Anstieg der Hospitalisierungen wegen SARI (Abb. 7). In den übrigen Altersgruppen ist die SARI-Inzidenz dagegen zurückgegangen. Die SARI-Inzidenz stieg in der 48. KW bei den 5- bis 14-Jährigen auf ein moderates Niveau und lag in allen anderen Altersgruppen weiterhin auf einem niedrigen bzw. sehr niedrigen Niveau.

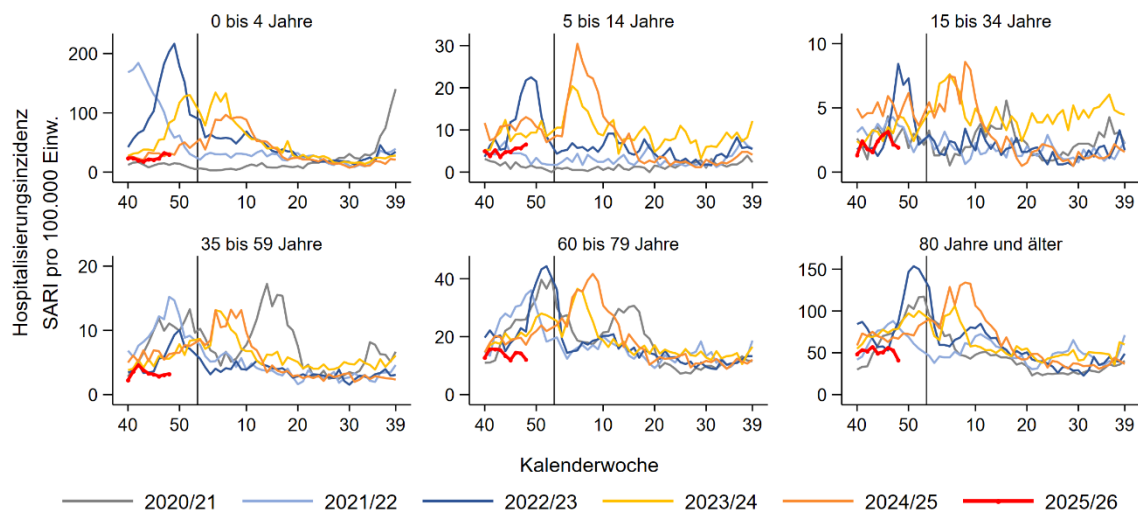


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 48. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Seit der 46. KW 2025 ist ein Anstieg der Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten zu beobachten (Abb. 8), in der 48. KW 2025 wurde bei 10 % der SARI-Fälle eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert. In der 48. KW 2025 erhielten insgesamt 9 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 11 %). Eine RSV-Diagnose ist bei 3 % der SARI-Fälle vergeben worden.

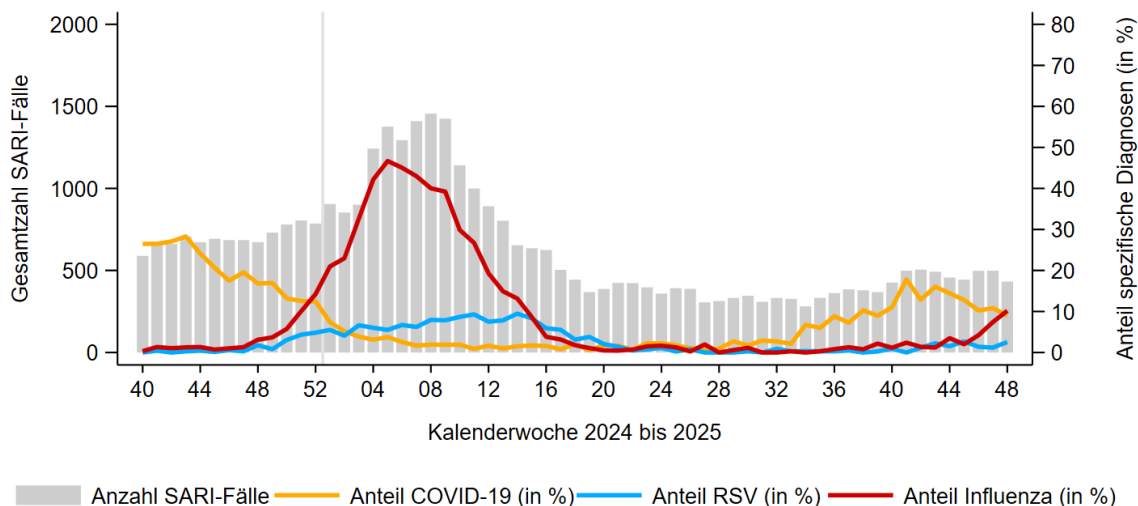


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 48. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinelkliniken.

SARI-Fälle mit einer Influenza-Erkrankung sind in der 48. KW 2025 in allen Altersgruppen aufgetreten (Abb. 9). COVID-19-Diagnosen wurden in der 48. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und -Patienten in mehreren Altersgruppen vergeben, überwiegend bei den ab 60-Jährigen. Vereinzelte RSV-Erkrankungen sind in der 48. KW 2025 vorwiegend bei Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) diagnostiziert worden.

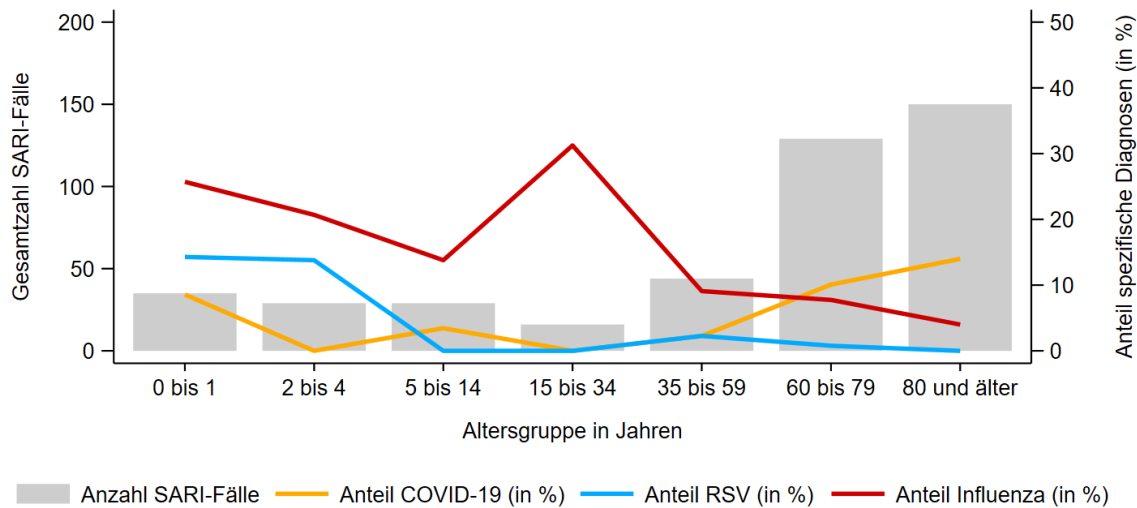


Abb. 9: Anzahl der in der 48. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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 48. KW 2025 erhielten 13 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose und jeweils 3 % eine Influenza- bzw. RSV-Diagnose.

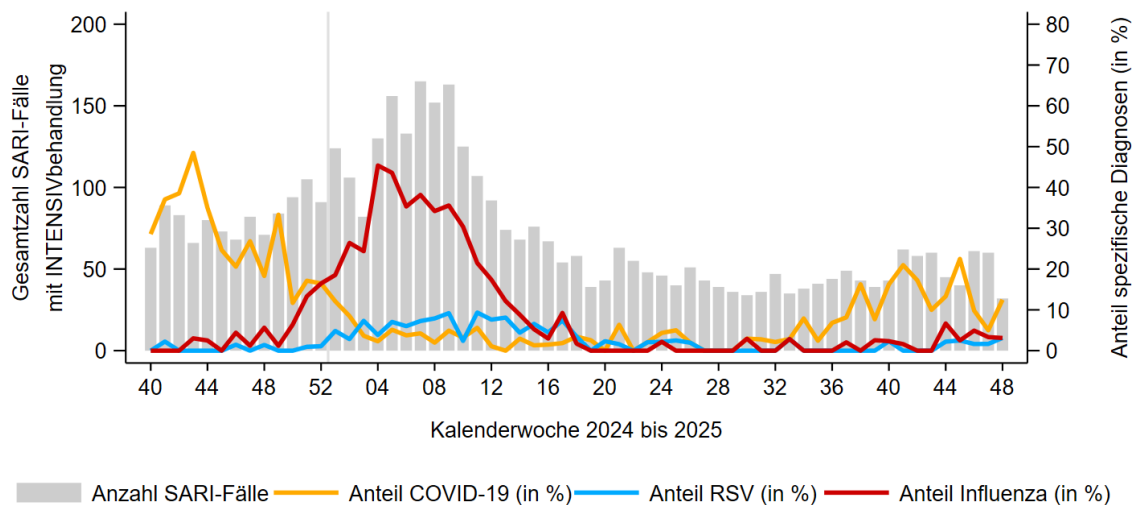


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 48. 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 48. KW 2025 aus sechs der zwölf teilnehmenden Kliniken 35 Sentinelproben zugesandt. In 14 (40 %) der 35 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). In der 48. KW 2025 wurden SARS-CoV-2 (17 %), Rhinoviren (11 %), Influenza A- und B-Viren (6 %), sowie Respiratorische Synzytialviren (RSV), Parainfluenzaviren (PIV) und Adenoviren (je 3 %) detektiert (Abb. 11). Influenza C-Viren, humane Metapneumoviren (hMPV), humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden in der 48. 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 2.12.2025.

		45. KW	46. KW	47. KW	48. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben		48	31	25	35	324
Probenanzahl mit Virusnachweis*		19	15	5	14	133
	Positivenrate (PR)	40 %	48 %	20 %	40 %	41 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0
	A(H ₃ N ₂)	0	1	0	1	4
	A(H ₁ N ₁)pdm09	1	2	1	1	5
	B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2		6	4	1	6	34
RSV		0	0	0	1	1
hMPV		0	0	0	0	0
PIV (1 – 4)		1	1	1	1	24
Rhinoviren		8	5	2	4	61
hCoV		2	0	1	0	3
Adenoviren		3	2	0	1	9
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.

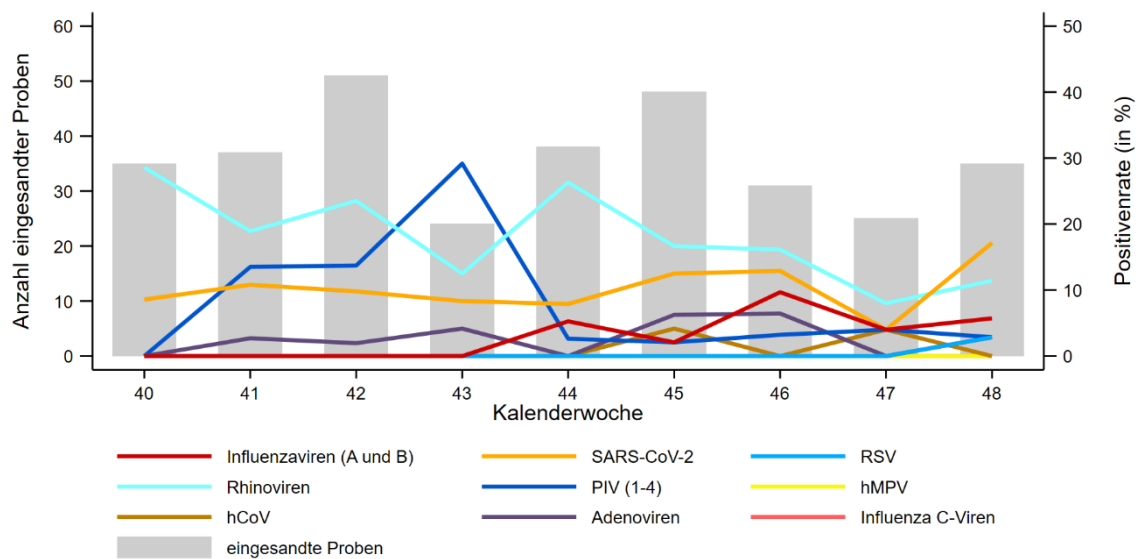


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 48. KW 2025.

Von der 45. KW bis 48. KW 2025 wurde SARS-CoV-2 in den Altersgruppen der 5- bis 34-Jährigen sowie ab 60-Jährigen detektiert. Rhinoviren wurde ebenfalls in verschiedenen Altersgruppen identifiziert, besonders häufig bei den 0- bis 1-Jährigen. Influenzaviren wurden vereinzelt bei den 2- bis 4-Jährigen und den 15- bis 79-Jährigen identifiziert. RSV wurde in der 48. KW erstmalig bei den 0- bis 1-Jährigen nachgewiesen (Abb. 12).

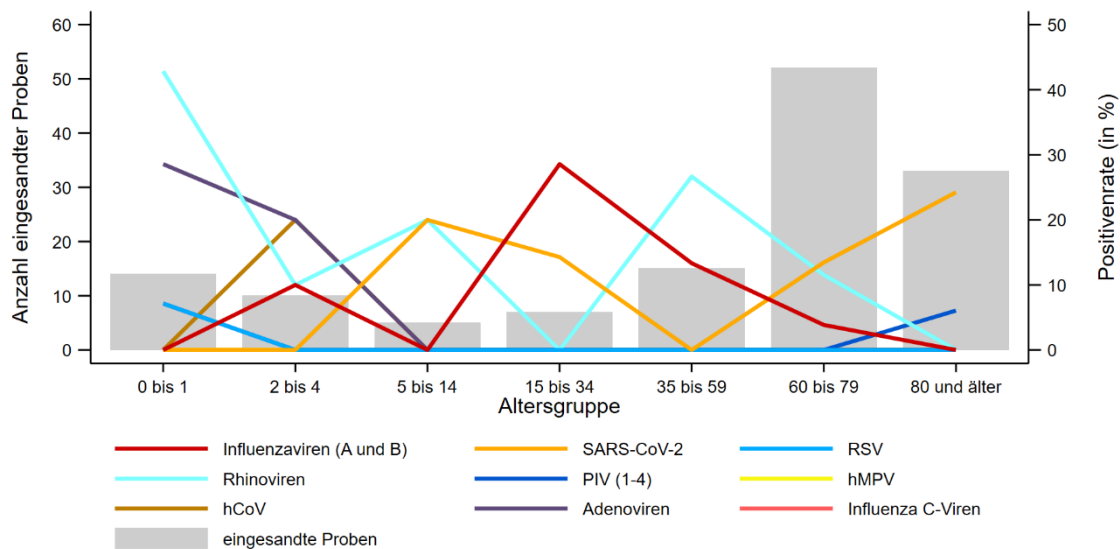


Abb. 12: Anteil (Positivitätsraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (45. KW bis 48. KW 2025).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 48. MW 2025 wurden bislang 2.288 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.279 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 48. MW im Vergleich zur Vorwoche stark gestiegen. Bei 418 (18 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 2.12.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 7.750 Fälle übermittelt. Davon entfallen 7.723 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 1.767 (23 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 20 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion 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 labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions Kategorien C-E)

		43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	47. MW	48. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza	A (nicht subtypisiert)	521	545	619	848	1.133	2.164	6.899
	A(H1N1)pdm09	2	13	11	9	22	10	93
	A(H3N2)	4	7	14	11	22	22	90
	nicht nach A / B differenziert	19	18	16	19	21	31	164
	B	58	48	65	53	60	52	477
Gesamt		604	631	725	940	1.258	2.279	7.723
	Hospitalisierte Fälle	175	158	189	198	275	418	1.767

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

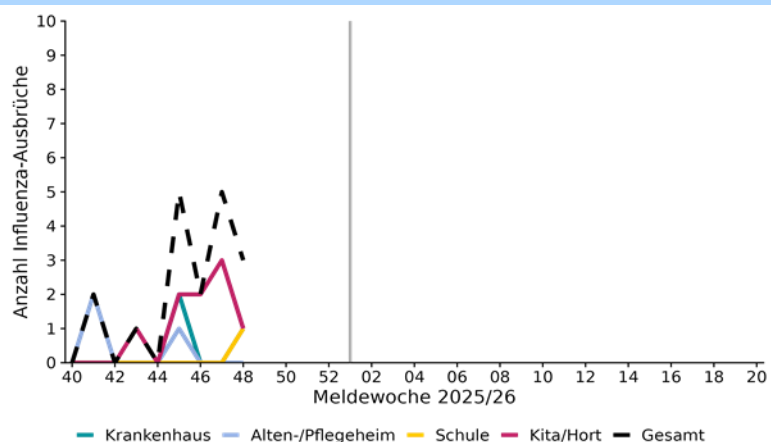
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 18 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 48. MW 2025 wurden bisher drei Ausbrüche übermittelt (Tab. 4).

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

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	18
Krankenhaus	3
Alten-/Pflegeheim	3
Schule	1
Kita/Hort	9
sonstige Settings*	2
Anzahl Ausbruchsfälle	184
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,2

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



COVID-19

Für die 48. MW 2025 wurden bislang 6.946 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 6.849 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Bei 2.126 (31 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 2.12.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 54.376 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 53.686 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 18.961 (35 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 464 Todesfälle mit labordiagnostisch 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)

	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	47. MW	48. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	6.620	5.768	5.526	5.553	5.815	6.849	53.686
Hospitalisierte Fälle	2.526	2.096	2.118	1.878	1.965	2.126	18.961

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

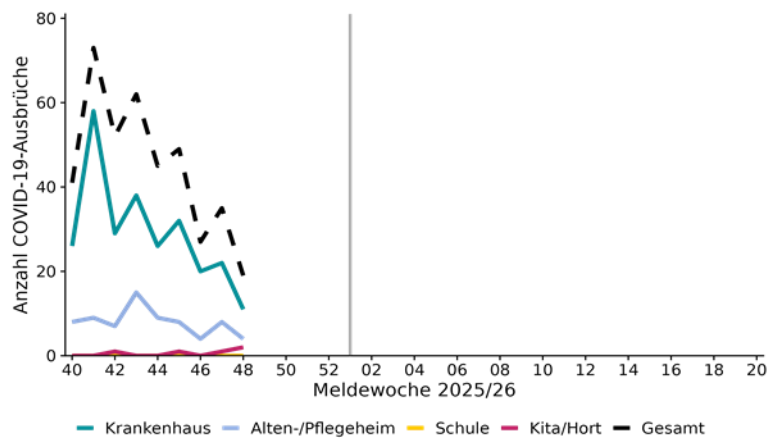
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 403 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die überwiegende Mehrzahl davon ereignete sich im Krankenhaussetting. In der 48. MW 2025 wurden bisher 19 Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

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	403
Krankenhaus	262
Alten-/Pflegeheim	72
Schule	0
Kita/Hort	5
sonstige Settings*	64
Anzahl Ausbruchsfälle	3.833
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,5

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



RSV-Infektionen

Für die 48. MW 2025 wurden bislang insgesamt 266 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 266 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen. Bei 72 (27 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 48. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 2.12.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 1.028 Fälle übermittelt. Davon entfallen 1.011 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 336 (33 %) 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)

	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	47. MW	48. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	79	92	110	155	179	266	1.011
Hospitalisierte Fälle	41	30	37	48	52	72	336

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

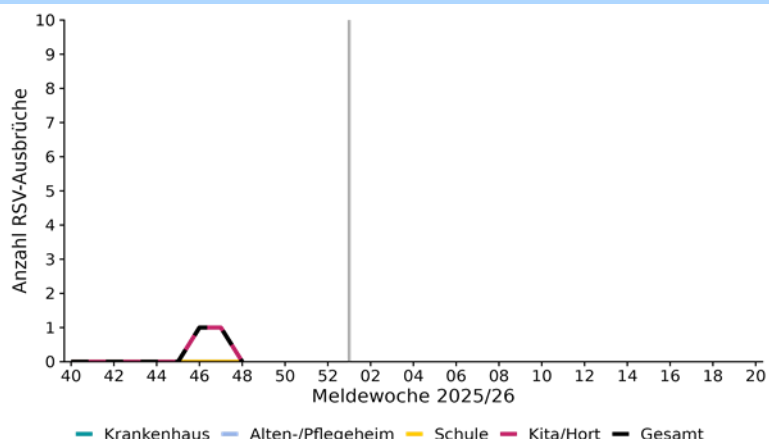
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt zwei RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 48. MW 2025 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

Tab. 8: 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.

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	2
Krankenhaus	0
Alten-/Pflegeheim	0
Schule	0
Kita/Hort	2
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	21
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	10,5

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 48. KW wurden Daten aus 67 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser sind in den letzten Wochen angestiegen (Abb. 13).

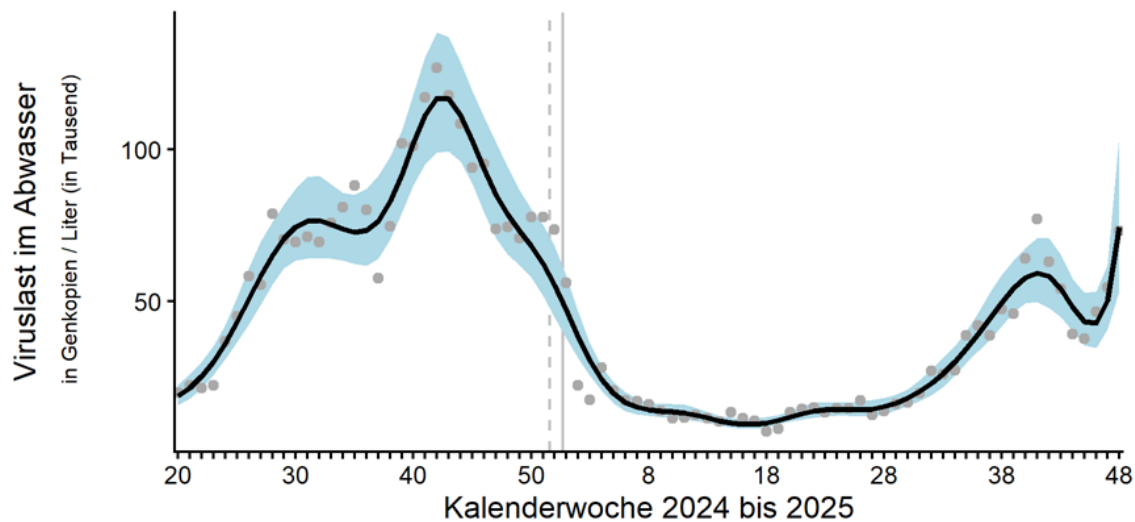


Abb. 13: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 2.12.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.11.2025, 48. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

Influenzaviren

Für die 48. KW wurden Daten aus 63 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser liegen für Influenza A- und Influenza B-Viren weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Für Influenza A-Viren ist die Viruslast in den letzten Wochen leicht angestiegen (Abb. 14). Ein zunehmender Anteil der Kläranlagen weist Influenza A-Viren nach (siehe auch den AMELAG https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-_Wochenbericht/#/).

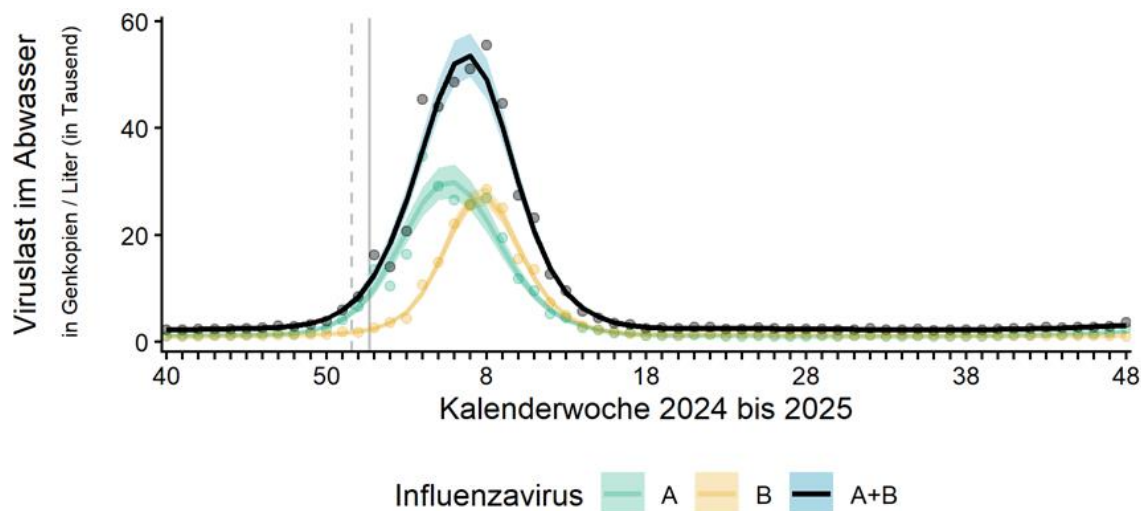


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 2.12.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.11.2025, 48. 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 48. KW wurden Daten aus 42 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser liegen für RSV A und RSV B auf einem niedrigen Niveau, es ist aber ein Anstieg in den letzten Wochen zu verzeichnen (Abb. 15).

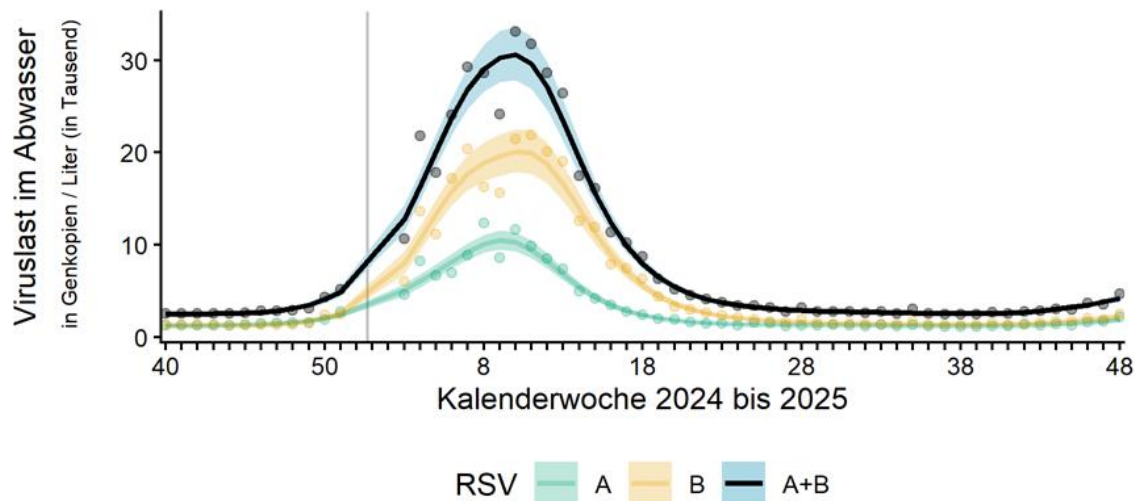


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 2.12.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.11.2025, 48. 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 sind abrufbar im aktuellen Wochenbericht der Abwassersurveillance unter: https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-_Wochenbericht/#/.

Weitere Daten und Berichte zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in Deutschland

Daten zu verschiedenen Indikatoren werden als Open Data in Zenodo und auf GitHub bereitgestellt: <https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut> und <https://github.com/robert-koch-institut/>.

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 48/2025 | DOI: 10.25646/13570