ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
45. Kalenderwoche (2.11. bis 8.11.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich befindet sich aktuell auf einem moderaten Niveau; im stationären Bereich befindet sie sich auf einem niedrigen Niveau. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Rhino-/Enteroviren bestimmt.
Jedoch zeigt sich seit Saisonbeginn ein Anstieg der SARS-CoV-2- und Influenzavirus-Zirkulation in den verschiedenen Systemen. Hinweise aus dem Abwassermonitoring zeigen, dass SARS-CoV-2 bereits flächendeckend bundesweit zirkuliert. In den Proben der virologischen Surveillance wurden seit Saisonbeginn in jeder Woche Influenzaviren detektiert, vorwiegend Influenza A(H1N1)pdm09-Viren.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 45. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen und befindet sich auf einem moderaten Niveau. Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 45. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag weiterhin auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 45. KW 2026 in insgesamt 67 der 126 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (33 %), gefolgt von Influenzaviren (A und B) (10 %). Zudem wurden unter anderem SARS-CoV-2 (3 %) und Respiratorische Synzytialviren (RSV; 1 %) in der 45. KW nachgewiesen.

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen (Nowcasting) in der 45. KW 2026 weiterhin stabil geblieben und lag auf einem niedrigen Niveau. Es erhielten jeweils 4 % der SARI-Patientinnen eine COVID-19- bzw. Influenza-Diagnose. Der Anteil der RSV-Diagnosen lag unter 1 %.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 45. KW 2026 hauptsächlich Rhino-/Enteroviren nachgewiesen.

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion ist in der 45. Meldewoche (MW) 2026 im Vergleich zur 44. MW erneut gestiegen. Die Influenza-Fallzahlen zeigten einen ähnlichen Verlauf wie im letzten Jahr um diese Zeit. Die COVID-19-Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls angestiegen, es wurden bisher deutlich weniger Fälle im Vergleich zur Vorsaison übermittelt. Die Zahl der RSV-Infektionen blieb in der 45. MW weiterhin niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Variante XFG wurde in der 43. KW 2026 erneut am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien detektiert.

Die im Abwasser gemessene SARS-CoV-2-Last blieb weiterhin deutlich unter den Werten aus dem Vorjahr zu dieser Zeit, stieg jedoch in den letzten Monaten allmählich an. Auch die Influenzaviruslast ist in den letzten Wochen leicht gestiegen. Die RSV-Last im Abwasser blieb weiter niedrig.

Weitere Informationen zur Saison 2026/27 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen“:
- FAQ und Faktenblätter zum Thema Impfen (z.B. gegen Grippe, COVID-19, RSV): www.rki.de/impfungen-a-z

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

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

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist nach einem kurzzeitigen leichten Rückgang zum Ende der Herbstferienzeit wieder in allen Altersgruppen gestiegen. In der 45. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 6.600 ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau und innerhalb des für diese Jahreszeit üblichen Wertebereichs (Vorwoche: 5.700; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz unabhängig von einem Arztbesuch entspricht in der 45. KW einer Gesamtzahl von etwa 5,5 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen.

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

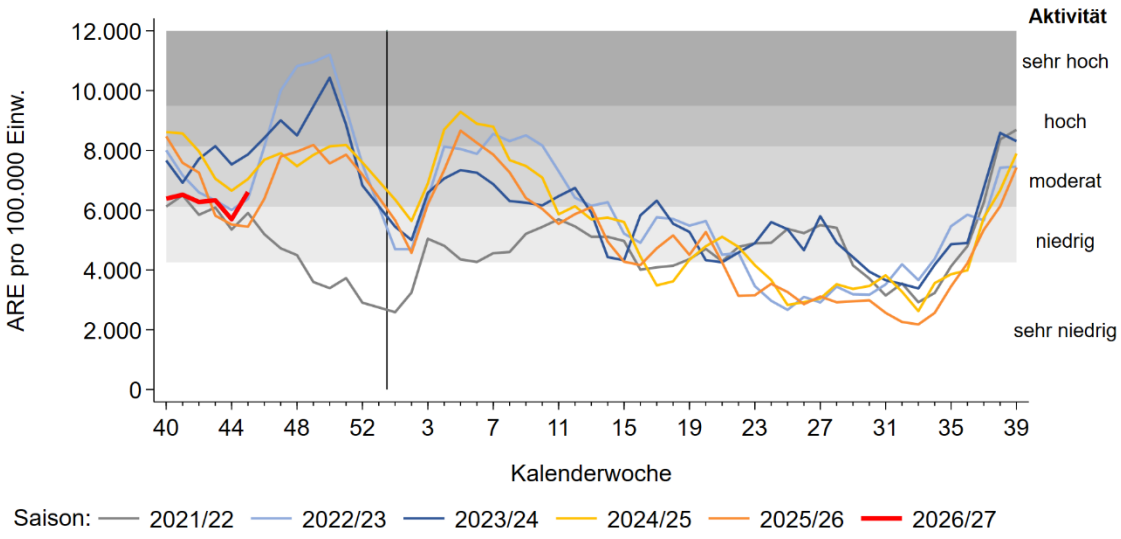


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 45. KW 2026). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist seit Beginn der Saison weitestgehend stabil geblieben. Sie lag mit rund 1.300 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. weiterhin auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.300; Abb. 2) und in einem für die Jahreszeit üblichen Bereich. Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,1 Mio. Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 45. KW.

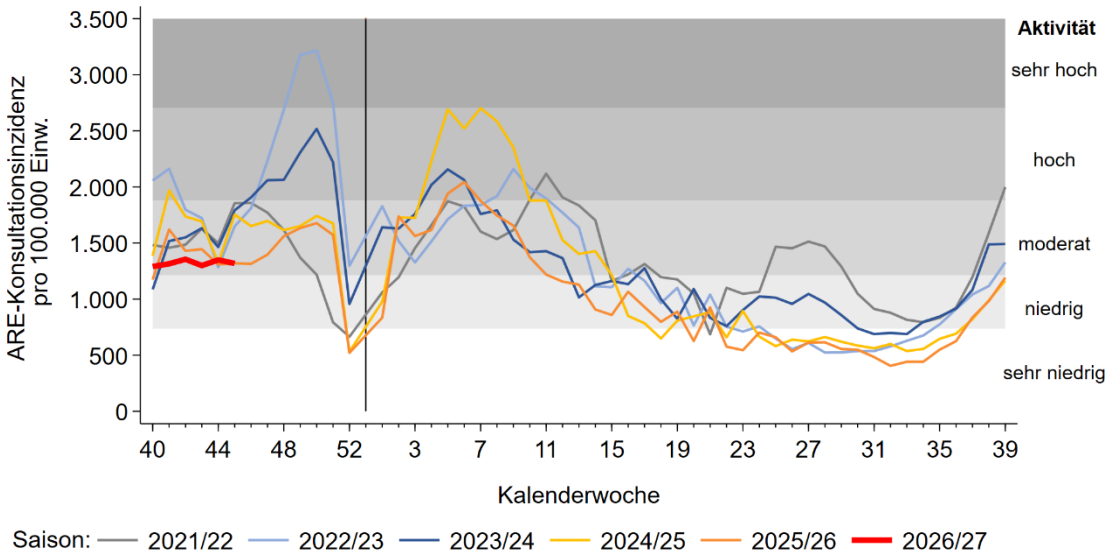


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 45. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 45. KW im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen leicht gesunken und in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen leicht gestiegen. In den Altersgruppen ab 15 Jahre blieb die ARE-Konsultationsinzidenz relativ stabil (Abb. 3).

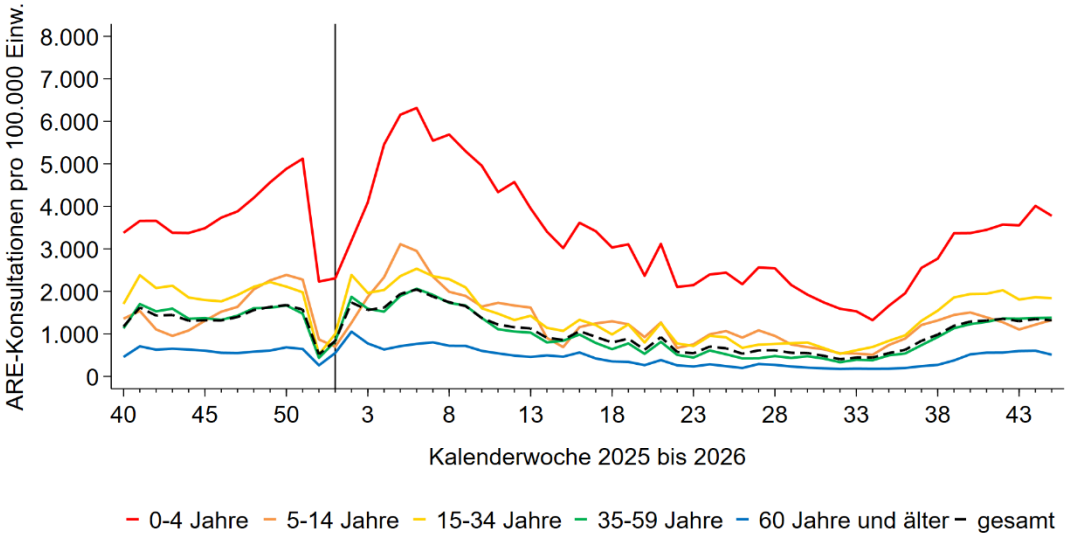


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2025 bis zur 45. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 45. KW 2026 insgesamt 126 Sentinelproben von 47 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 67 (53 %) der 126 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 45. KW 2026 zirkulierten hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (Positivenrate (PR); 33 %), mit Abstand gefolgt von Influenza A und B-Viren (10 %; 95 %-Konfidenzintervall [5; 17]) sowie SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren mit jeweils 3 %. Bisher wurden seit der 40. KW 2026 überwiegend Influenza A(H1N1)pdm09-Viren detektiert. Adenoviren, humane saisonalen Coronaviren (hCoV) und humane Parainfluenzaviren (PIV) wurden in jeweils 2 % der Proben detektiert. Zudem wurden Respiratorische Synzytialviren (RSV; 1 %) und Metapneumoviren (hMPV; 1 %) nachgewiesen (Tab.1; Abb. 4).

Es gab fünf Mehrfachinfektionen, vorrangig bei Kindern mit Beteiligung von Rhino-/Enteroviren und Influenzaviren (A und B).

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2026/27 (ab 40. KW 2026), Stand 10.11.2026.

		42. KW	43. KW	44. KW	45. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben		133	112	118	126	**735**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		82	72	76	67	**447**
	Positivenrate (PR)	62 %	64 %	64 %	53 %	**61 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**0**
	A(H3N2)	0	0	0	0	**0**
	A(H1N1)pdm09	4	1	5	12	**28**
	B	1	2	0	1	**5**
SARS-CoV-2		4	3	5	4	**21**
RSV		1	0	0	1	**2**
hMPV		0	0	0	1	**2**
PIV (1 – 4)		15	16	11	3	**80**
Rhino-/Enteroviren**		51	45	50	41	**288**
hCoV		2	7	9	3	**31**
Adenoviren		10	6	11	3	**35**
Influenza C-Viren		2	0	0	4	**6**

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

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

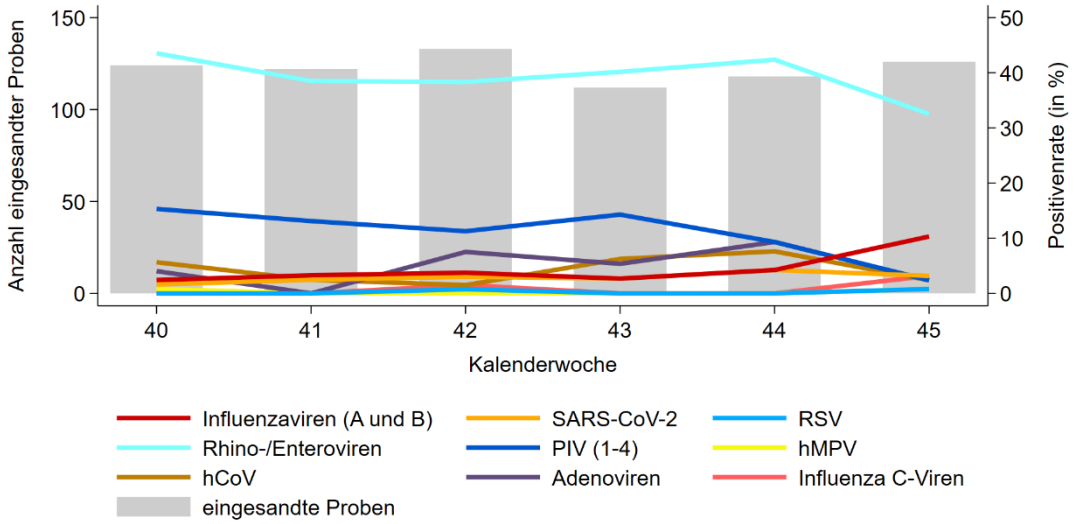


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 45. KW 2026.

Rhino-/Enteroviren wurden in allen Altersgruppen am häufigsten detektiert. Influenzaviren (A und B) wurden in allen Altersgruppen detektiert. SARS-CoV-2 wurden bei den 2- bis 4-Jährigen und den ab 35-Jährigen nachgewiesen (Abb. 5).

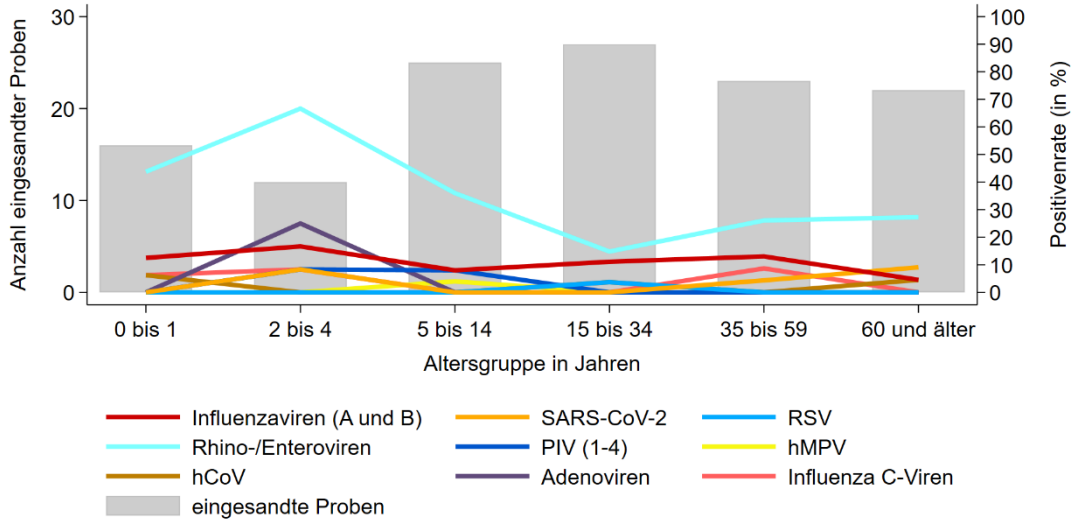


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 45. KW 2026.

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

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter: www.rki.de/nrz-influenza.

Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

Für die 43. KW 2026 stehen aktuell 16 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 10.11.2026). Unter den 14 als VOI (variant of interest) oder VUM (variant under monitoring) eingestuften SARS-CoV-2-Sequenzen wurde die Variante XFG (inklusive ihrer Sublinien) mit zwölf Nachweisen weiterhin am häufigsten detektiert. Die Variante JN.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde zweimal nachgewiesen. Weitere VOI oder VUM wurden nicht detektiert.

Die Variante XFG ist derzeit von der WHO als VUM eingestuft, die Variante JN.1 als VOI. Die WHO[1,2,3,4] und das ECDC[5] stufen in ihren Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko als gering ein.

Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume. Sobald neue Daten vorliegen, werden die Informationen zu den zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, im Dashboard unter https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC aktualisiert.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 45. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken (Abb. 6). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 45. KW auf einem sehr niedrigen Niveau.

Nach den Ergebnissen des Nowcasting-Modells blieben die SARI-Fallzahlen in der 45. KW 2026 weiterhin stabil und die SARI-Inzidenz ist auf einem niedrigen Niveau einzuordnen (Abb. 5, rot hinterlegter Bereich). Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: RKI - FAQ zu ARE.

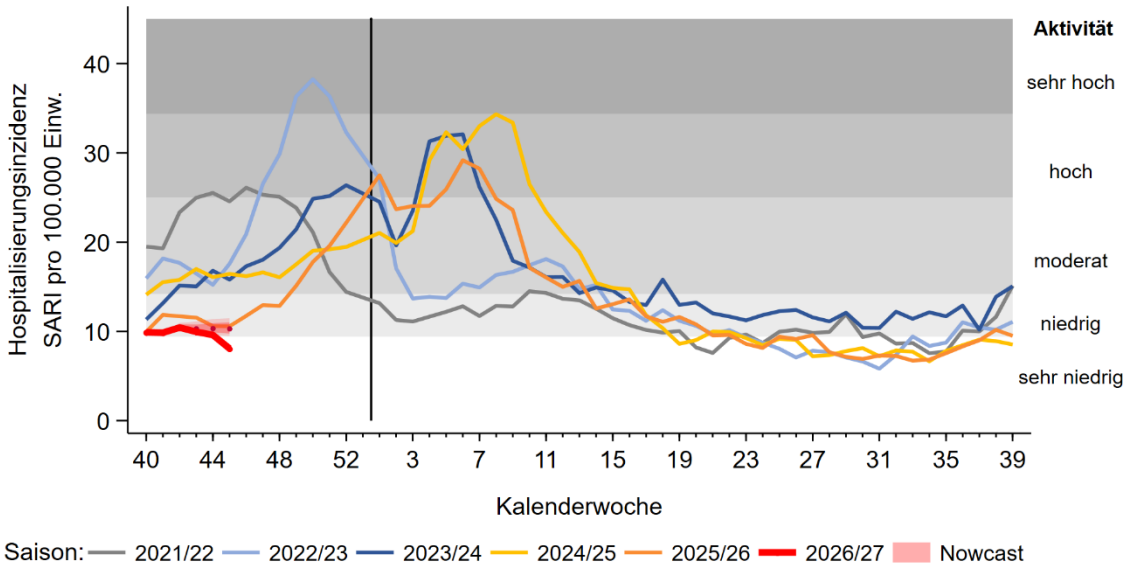


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 45. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

In der 45. KW 2026 ging die SARI-Inzidenz in fast allen Altersgruppen zurück. Lediglich bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) war ein Anstieg der Hospitalisierungen aufgrund einer SARI zu

[1] https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-xfg
[2] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/21072026_pq1611_ire.pdf
[3] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf
[4] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf
[5] https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-40-2026.pdf

beobachten (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz lag in der 45. KW bei den ab 80-Jährigen auf einem niedrigen Niveau, in allen anderen Altersgruppen auf einem sehr niedrigen Niveau.

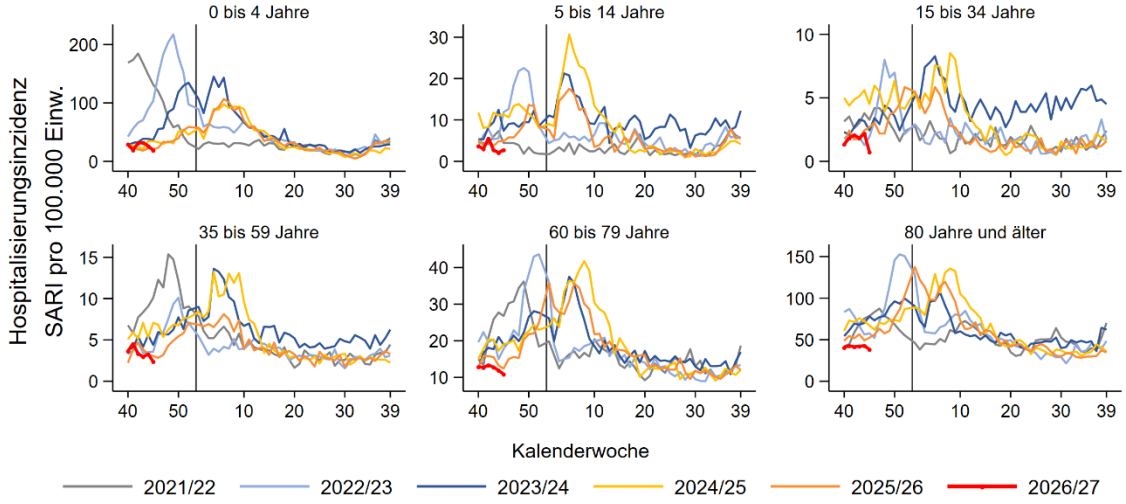


Abb. 7 Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 45. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In der 45. KW 2026 lag der Anteil an COVID-19- bzw. Influenzadiagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten jeweils bei 4 % (Abb. 8). RSV-Erkrankungen wurden bei weniger als 1 % der SARI-Fälle diagnostiziert.

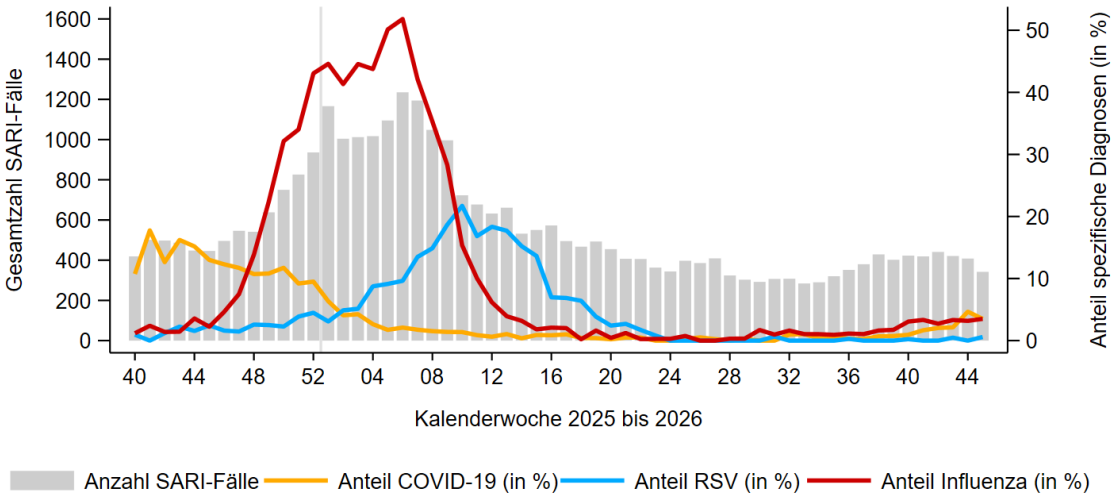


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2025 bis zur 45. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Vereinzelte Influenza-Diagnosen wurden in der 45. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten aus allen Altersgruppen vergeben (Abb. 9). COVID-19 wurde bei SARI-Fällen ab 60 Jahren sowie vereinzelt bei jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) diagnostiziert. Einzelne RSV-Erkrankungen wurden in der 45. KW bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) sowie im Alter von 35 bis 59 Jahre diagnostiziert.

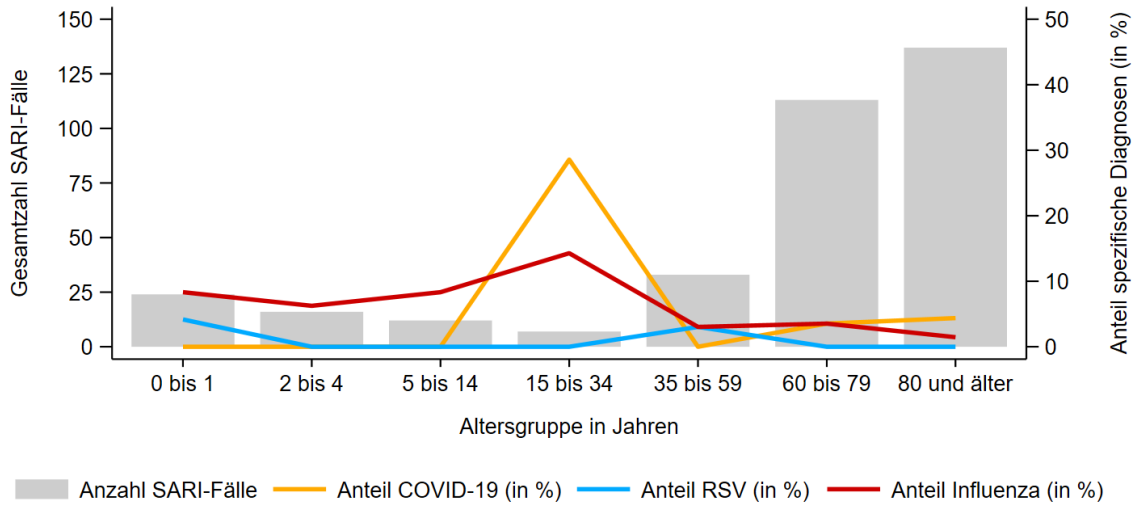


Abb. 9: Anzahl der in der 45. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 63 Sentinelkliniken.

In Abb. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. In der 45. KW 2026 wurden COVID-19 und Influenzadiagnosen bei jeweils 3 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. RSV-Diagnosen sind in der 45. KW bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen nicht vergeben worden.

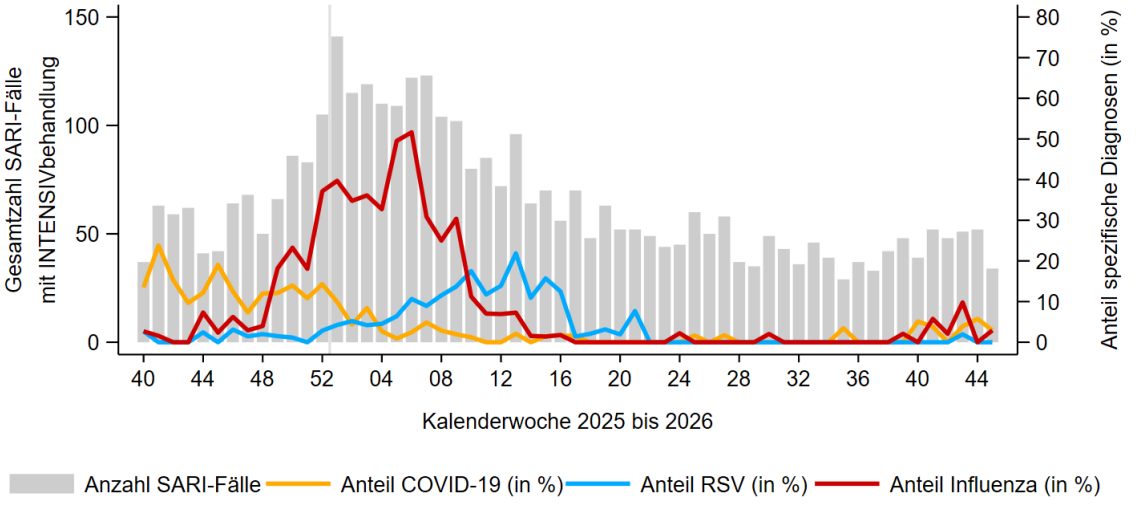


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2025 bis zur 45. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Zu beachten ist, dass es sich um Auswertungen vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

Virologische SARI-Surveillance im Krankenhaus-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Die virologische SARI-Sentinel-Surveillance umfasst zehn Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Dem NRZ wurden in der 45. KW 2026 aus vier der zehn teilnehmenden Kliniken elf Sentinelproben zugesandt. In sechs (55 %) der elf Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). In der 45. KW 2026 wurden überwiegend Rhino-/Enteroviren, sowie Parainfluenzaviren (PIV) nachgewiesen (Abb. 11). Influenzaviren (A und B), SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), humane saisonale Coronaviren (hCoV), Adenoviren und Influenza C-Viren wurden in der 45. KW nicht detektiert. Es gab keine Doppelinfektionen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2026/27 (ab 40. KW 2026), Stand 10.11.2026.

		42. KW	43. KW	44. KW	45. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben		30	34	39	11	**165**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		13	15	11	6	**62**
	Positivenrate (PR)	43 %	44 %	28 %	55 %	**38 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**0**
	A(H3N2)	0	0	0	0	**0**
	A(H1N1)pdm09	0	1	0	0	**1**
	B	0	0	0	0	**0**
SARS-CoV-2		1	1	1	0	**4**
RSV		0	0	0	0	**0**
hMPV		0	0	0	0	**0**
PIV (1 – 4)		3	5	1	1	**12**
Rhino-/Enteroviren**		9	11	8	5	**48**
hCoV		0	0	1	0	**2**
Adenoviren		0	0	2	0	**2**
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 Adenoviren und hMPV) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

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

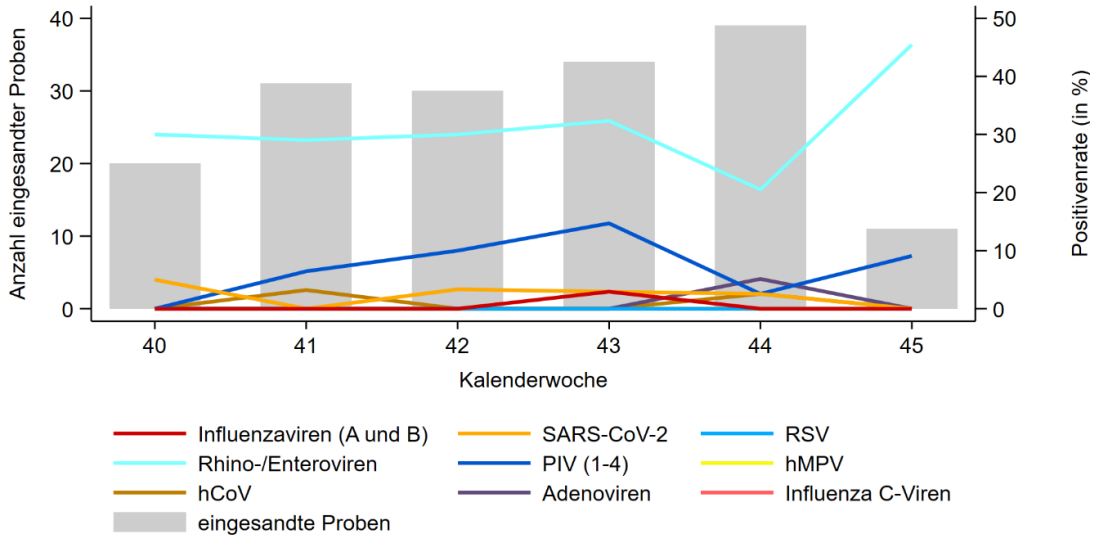


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhino-/Enteroviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 45. KW 2026.

Von der 42. KW bis zur 45. KW 2026 wurden Rhino-/Enteroviren in allen Altersgruppen nachgewiesen, insbesondere bei den 0- bis 34-Jährigen. PIV wurden am häufigsten bei den 0- bis 14-Jährigen detektiert. Influenzaviren (A und B) wurden einmalig bei den 35- bis 59-Jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde einmalig bei den 0- bis 1-Jährigen sowie zweimal bei den 60- bis 79-Jährigen identifiziert (Abb. 12).

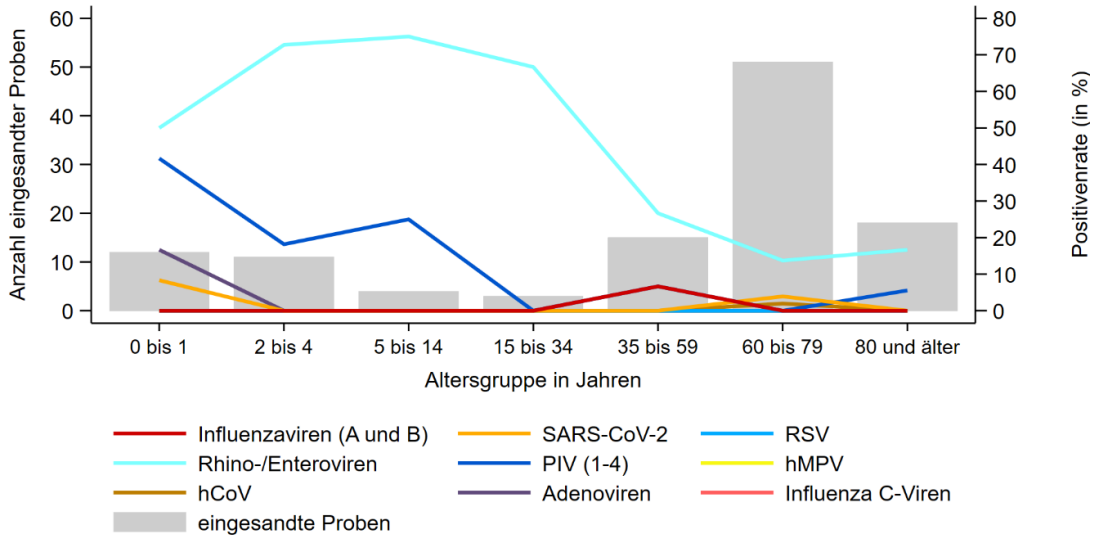


Abb. 12: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (42. KW bis 45. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 45. MW 2026 wurden bislang 844 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 844 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3; Stand: 10.11.2026). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche wieder gestiegen und sind ähnlich hoch wie letztes Jahr um diese Zeit. Von 504 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 212 (42 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 3.569 Fälle übermittelt. Davon entfallen 3.568 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Von 2.311 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 963 (42 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).

In der Saison 2026/27 wurden bisher 16 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Diese waren überwiegend 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-Falldefinitionskategorien C-E)

		40. MW	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
Influenza	A (nicht subtypisiert)	388	487	456	423	661	749	**3.164**
	A(H1N1)pdm09	4	5	5	6	5	9	**34**
	A(H3N2)	0	1	0	0	0	0	**1**
	nicht nach A / B differenziert	5	9	9	7	18	14	**62**
	B	41	52	44	56	42	72	**307**
Gesamt		**438**	**554**	**514**	**492**	**726**	**844**	3.568
	Hospitalisierte Fälle	116	156	150	136	193	212	**963**

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

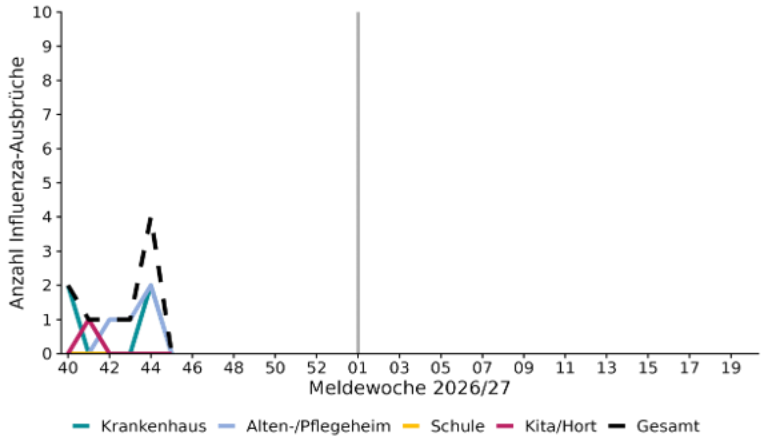
* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt neun Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 45. MW 2026 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenza-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2026/27. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

Influenza-Ausbrüche	
Gesamtzahl Saison	9
Krankenhaus	4
Alten-/Pflegeheim	4
Schule	0
Kita/Hort	1
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	78
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,7

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



COVID-19

Für die 45. MW 2026 wurden bislang 1.649 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.618 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen (Tab. 5; Stand: 10.11.2026). Im Vergleich zur Vorwoche sind die COVID-19-Fallzahlen weiter gestiegen. Die Fallzahlen liegen weiterhin deutlich unter den Werten, die im Vorjahr im Vergleichszeitraum übermittelt wurden. Von 941 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 504 (54 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 5).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 6.335 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 6.244 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Von 3.992 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 2.061 (52 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 5).

In der Saison 2026/27 wurden bisher 25 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Diese waren überwiegend 60 Jahre oder älter.

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

	40. MW	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
SARS-CoV-2	596	852	902	1.011	1.265	1.618	**6.244**
Hospitalisierte Fälle	205	289	291	355	417	504	**2.061**

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

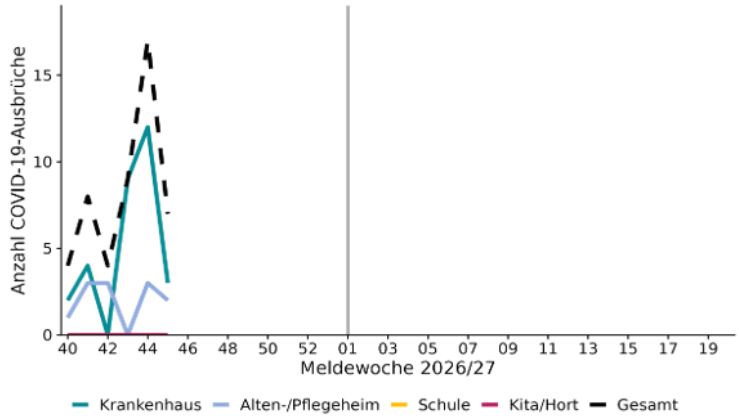
* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt 49 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 45. MW 2026 wurden bisher sieben Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2026/27. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche	
Gesamtzahl Saison	49
Krankenhaus	30
Alten-/Pflegeheim	12
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	7
Anzahl Ausbruchsfälle	447
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,1

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



RSV-Infektionen

Für die 45. MW 2026 wurden bislang insgesamt 59 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 59 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7; Stand: 10.11.2026). Die Zahl der übermittelten RSV-Fälle war weiterhin niedrig. Von 30 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 15 (50 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 7).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 221 Fälle übermittelt. Davon entfallen 220 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Von 141 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 79 (56 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 7).

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

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

	40. MW	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
RSV	18	32	37	25	49	59	**220**
Hospitalisierte Fälle	8	14	17	8	17	15	**79**

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

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

Bisher wurden in der Saison 2026/27 keine RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 45. KW 2026 wurden 102 Abwasserproben aus 63 Kläranlagen auf SARS-CoV-2 ausgewertet. Für SARS-CoV-2 wurden in 100 (98 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (ohne Abb.). Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser stieg in den letzten Monaten an. Die Werte waren weiterhin vergleichsweise niedrig und lagen deutlich unter den Werten, die im Vorjahr zu dieser Zeit ermittelt wurden (Abb. 13).

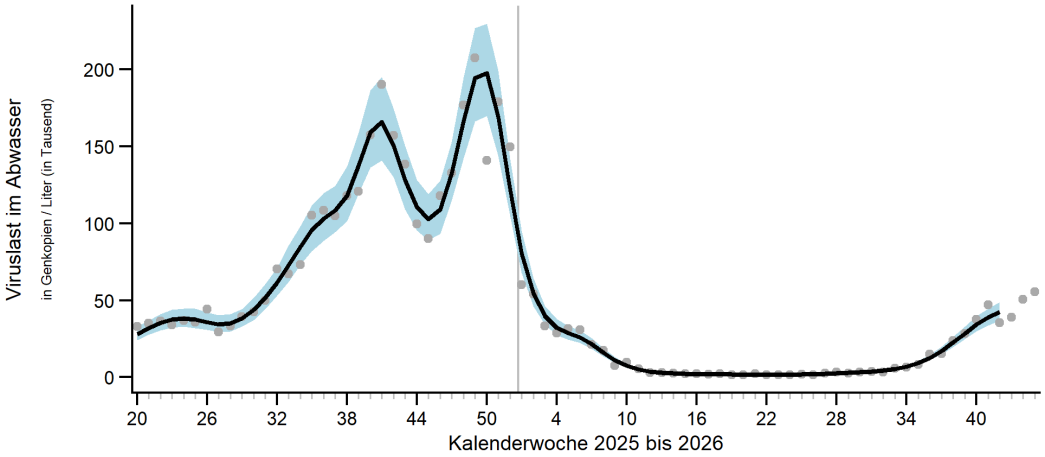


Abb. 13: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.11.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.11.2026, 45. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Influenzaviren

Für die 45. KW 2026 wurden 93 Abwasserproben aus 58 Kläranlagen auf Influenza A-Viren und 92 Abwasserproben aus 56 Kläranlagen auf Influenza B-Viren ausgewertet. Für Influenza A-Viren wurden in 48 (51 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für Influenza B-Viren wurde in zwei (2 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (Abb. 14, Influenzaviren A und B kombiniert). Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser waren für Influenza A- und B-Viren weiterhin niedrig, für Influenza A aber zuletzt weiter leicht steigend (Abb. 15).

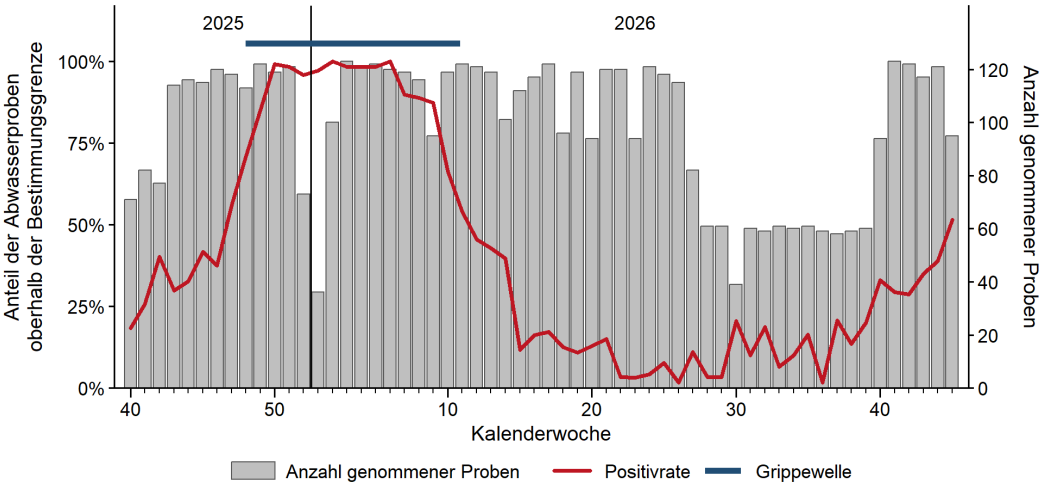


Abb. 14: Influenzaviren: Anteil der Abwasserproben oberhalb der Bestimmungsgrenze (linke y-Achse, rote Linie) und Anzahl genommener Proben für Influenza A- und B-Viren kombiniert (rechte y-Achse, graue Säulen) nach Kalenderwochen. Eine Probe gilt als positiv, wenn mindestens eines der beiden Viren oberhalb der Bestimmungsgrenze nachgewiesen wurde. Der blaue Balken kennzeichnet die Grippewelle; der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

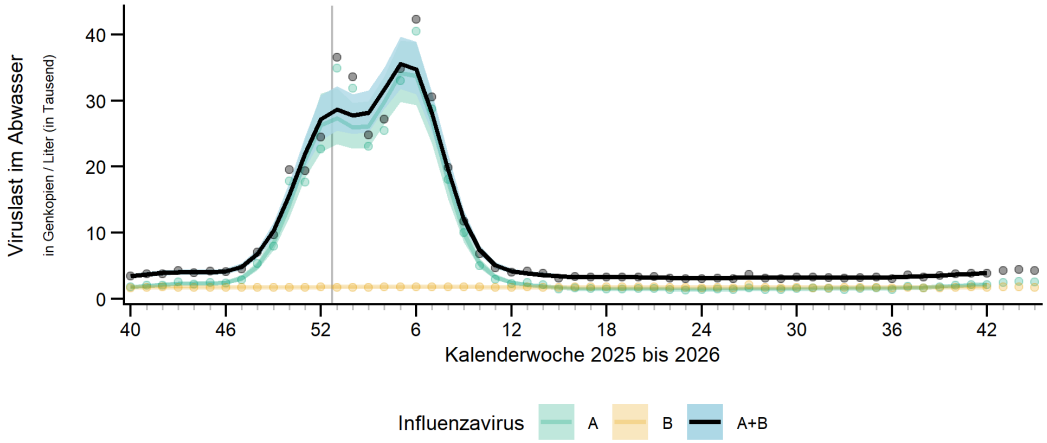


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.11.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.11.2026, 45. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

RSV

Für die 45. KW 2026 wurden 66 Abwasserproben aus 33 Kläranlagen auf RSV A und B ausgewertet. Für RSV A wurden in drei (5 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für RSV B wurden in sieben (11 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (ohne Abb.). Die Werte der RSV-Last im Abwasser waren insgesamt weiterhin niedrig (Abb. 16).

Für die 28. bis 39. KW 2026 standen nur Daten von weniger als 20 Kläranlagen zur Verfügung. Die Daten sind daher mit einer größeren Unsicherheit behaftet und wurden in der Abbildung mit leeren Punkten gekennzeichnet. Die RSV-Messungen werden nach dem Sommer wieder regelmäßig durchgeführt.

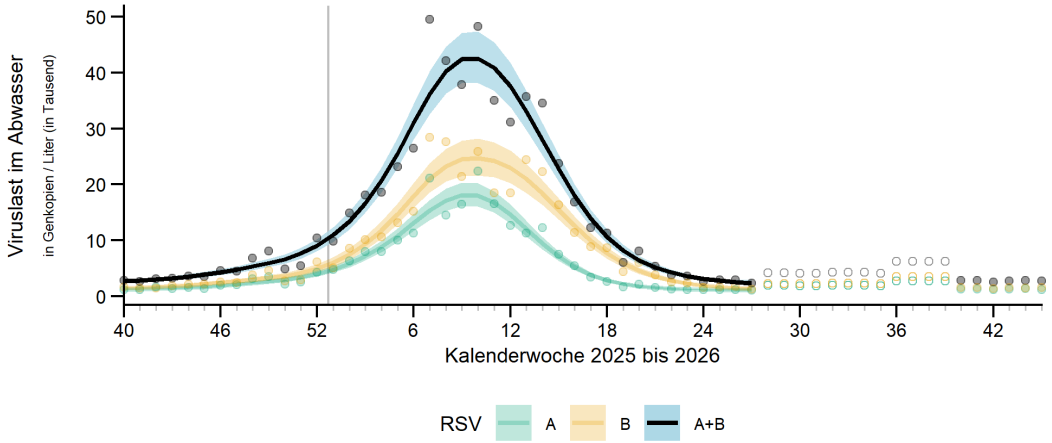


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.11.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.11.2026, 45. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der Senkrecht Strich markiert den Jahreswechsel. Von der 28. bis 39. KW 2026 wurden die Daten aufgrund der niedrigen Anzahl an Kläranlagen mit Daten mit einem leeren Punkt gekennzeichnet.

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

Weitere Informationen unter: http://www.rki.de/abwassersurveillance.

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

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

So werden zum Beispiel die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 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.

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

Aktuelle Informationen zur Häufigkeit und zur Beurteilung der Gesamtsituation akuter Atemwegserkrankungen für die allgemeine Öffentlichkeit werden im Infektionsradar bereitgestellt: https://infektionsradar.rki.de/de.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Ein Bericht über die Intensivbettenkapazität in Deutschland wird täglich veröffentlicht und ist abrufbar unter: http://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage.

Informationen zur Notaufnahmesurveillance akuter Atemwegsinfektionen sind im Dashboard unter https://public.data.rki.de/t/public/views/Notaufnahmesurveillance/DashboardSyndrome zu finden.

Übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise sind über SurvStat@RKI individuell abfragbar: https://survstat.rki.de/.

Angaben der Abwassersurveillance (AMELAG) zur Viruslast von SARS-CoV-2, Influenza A- und B-Viren sowie RSV werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt: https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance_AMELAG bzw. https://doi.org/10.5281/zenodo.10782701.

Informationen zum Impfgeschehen in Deutschland, auch mit Angaben zu den Influenza-Impfquoten, werden auf dem Dashboard „VacMap“ zur Verfügung gestellt: https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/StartdashboardNavigation.

Autoren und Redaktionsteam:

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 45/2026 | DOI: 10.25646/14606

CC-Lizenz

CC BY-NC-SA 4.0
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/