ROBERT KOCH INSTITUT

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
46. Kalenderwoche (9.11. bis 15.11.2026)

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. Zudem ist ein Anstieg in der Erkrankungsaktivität von Influenza und COVID-19 zu beobachten. In den Proben der virologischen ARE-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 46. 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 46. KW im Vergleich zur Vorwoche weiter stabil geblieben und lag ebenfalls auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 46. KW 2026 in insgesamt 73 der 134 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (28 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 16 %). Zudem wurden unter anderem Influenza A-Viren (6 %), SARS-CoV-2 (5 %) und Respiratorische Synzytialviren (RSV; 1 %) in der 46. KW nachgewiesen.

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen (Nowcasting) in der 46. KW 2026 angestiegen und lag auf einem niedrigen Niveau. Es erhielten 7 % der SARI-Fälle eine Influenza- bzw. 5 % eine COVID-19-Diagnose. Der Anteil der RSV-Diagnosen lag unter 1 %.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 46. KW 2026 hauptsächlich Rhino-/Enteroviren sowie unter anderem Influenza A-Viren nachgewiesen.

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion ist in der 46. Meldewoche (MW) 2026 im Vergleich zur 45. MW weiter 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 46. MW weiterhin niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Variante XFG wurde in der 44. KW 2026 erneut am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien detektiert.

Die im Abwasser gemessene SARS-CoV-2-Last blieb erneut unter den Werten aus dem Vorjahr zu dieser Zeit, stieg jedoch weiter an. Auch die Influenzaviruslast ist weiter 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 im Vergleich zur Vorwoche weiter angestiegen. Sie ist sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gestiegen. In der 46. KW 2026 lag die ARE-Inzidenz mit rund 7.200 ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau und innerhalb des für diese Jahreszeit üblichen Wertebereichs (Vorwoche: 6.500; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz unabhängig von einem Arztbesuch entspricht in der 46. KW einer Gesamtzahl von etwa 6,0 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen.

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

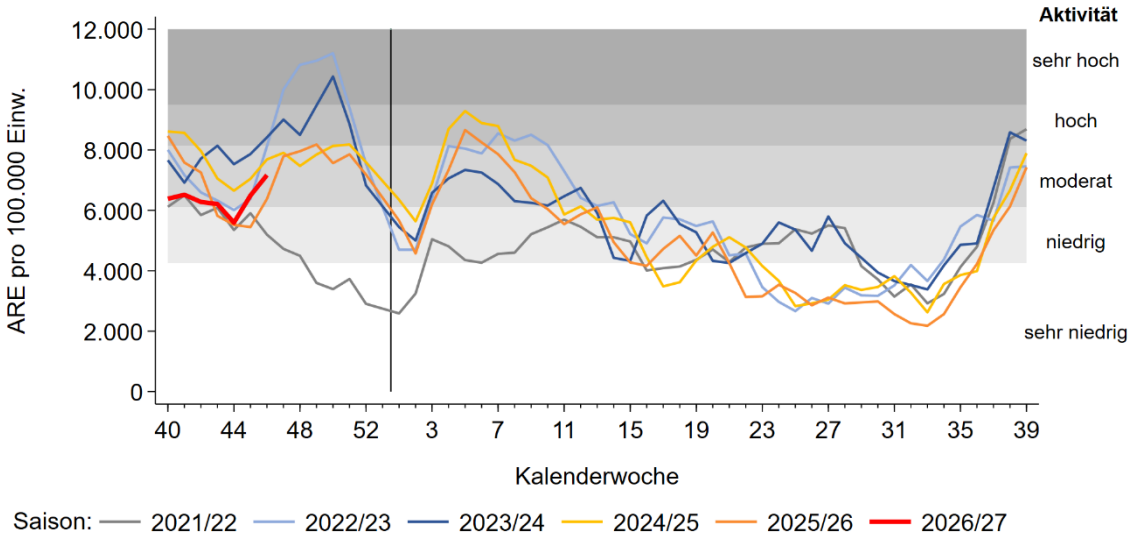


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 46. KW 2026). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert 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 46. KW.

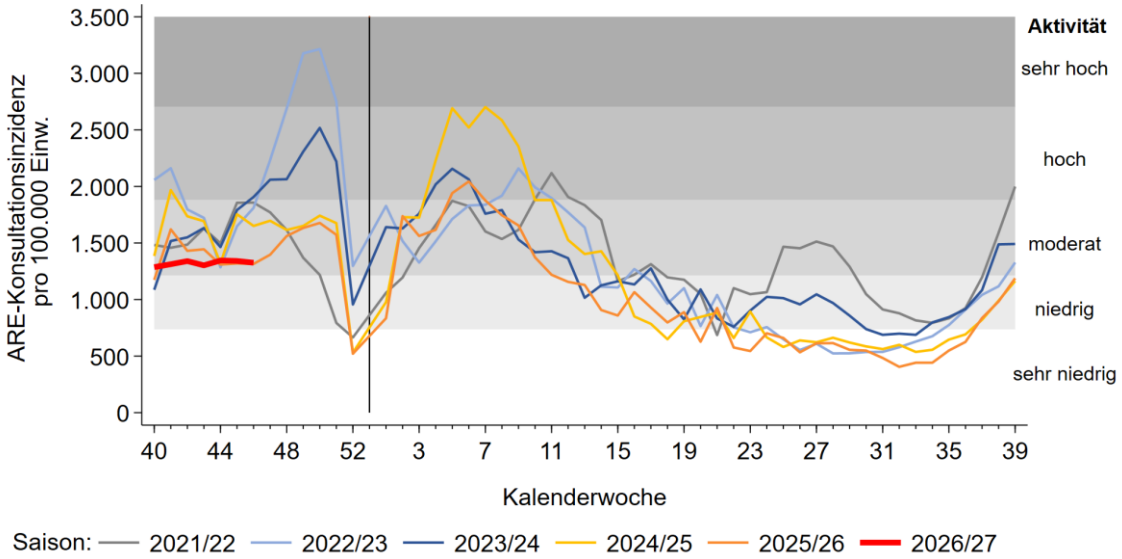


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 46. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche in den meisten Altersgruppen stabil geblieben oder leicht gesunken. Nur in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen sind die Werte weiter leicht gestiegen (Abb. 3).

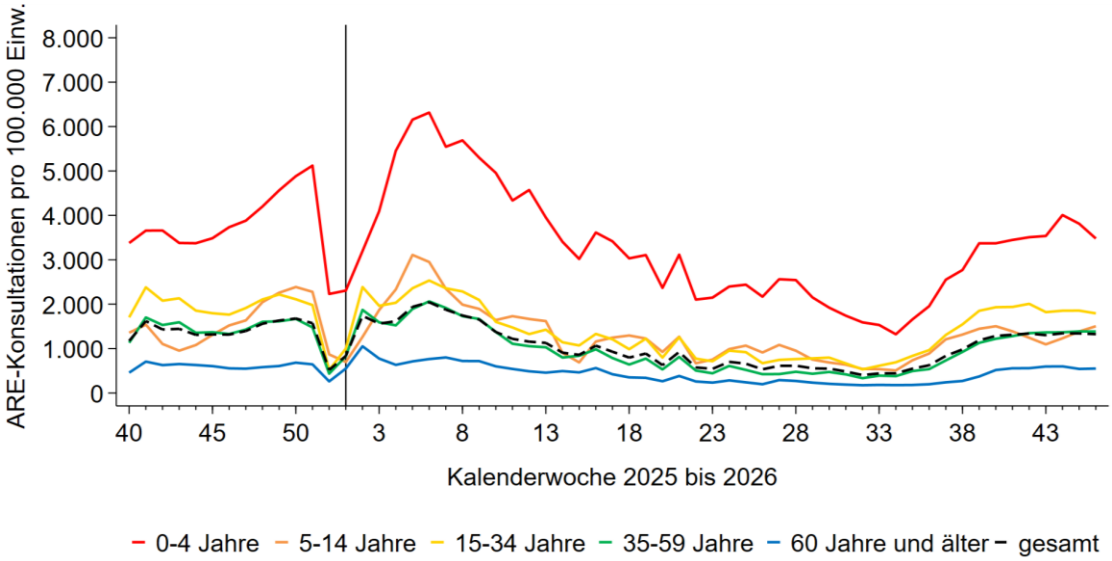


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2025 bis zur 46. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 46. KW 2026 insgesamt 134 Sentinelproben von 53 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 73 (54 %) der 134 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 46. KW 2026 zirkulierten hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (Positivenrate (PR); 28 %), mit Abstand gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 16 %). Zudem wurden Influenza A- und B-Viren (6 %; 95 %-Konfidenzintervall [2; 12]), SARS-CoV-2 (5 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV; 4 %), Adenoviren (3 %) sowie Respiratorische Synzytialviren (RSV) und humane Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 1 % nachgewiesen (Tab.1; Abb. 4). Influenza C-Viren wurden in der 46. KW nicht detektiert.

Unter den Influenzavirusnachweisen (A und B) wurden seit der 40. KW 2026 bisher überwiegend Influenza A(H1N1)pdm09-Viren detektiert.

Es gab elf Doppelinfektionen, vorrangig bei Kindern und mit Beteiligung von Rhino-/Enteroviren.

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 17.11.2026.

		43. KW	44. KW	45. KW	46. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben		112	118	131	134	**874**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		72	76	70	73	**523**
	Positivenrate (PR)	64 %	64 %	53 %	54 %	**60 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**0**
	A(H3N2)	0	0	0	0	**0**
	A(H1N1)pdm09	1	5	12	8	**36**
	B	2	0	1	0	**5**
SARS-CoV-2		3	5	4	7	**28**
RSV		0	0	1	1	**3**
hMPV		0	0	2	1	**4**
PIV (1 – 4)		16	11	3	21	**101**
Rhino-/Enteroviren**		45	50	43	37	**327**
hCoV		7	9	3	5	**36**
Adenoviren		6	11	3	4	**39**
Influenza C-Viren		0	0	4	0	**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.

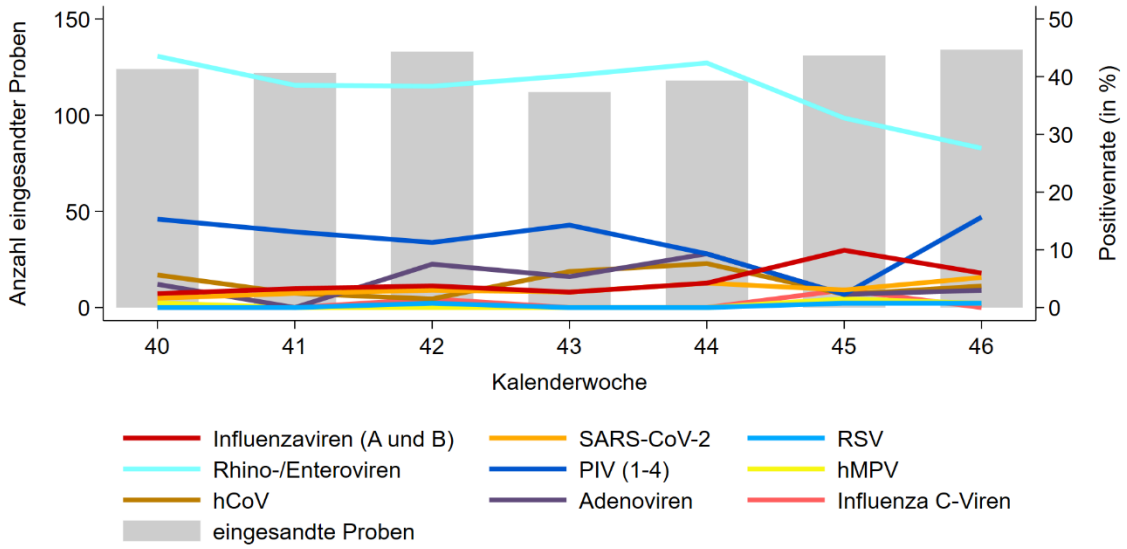


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 46. KW 2026.

Rhino-/Enteroviren wurden in allen Altersgruppen detektiert und waren in den meisten Altersgruppen die am häufigsten nachgewiesenen viralen Atemwegserreger. PIV wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen nachgewiesen. Influenzaviren (A und B) wurden vorrangig bei den Kindern ab zwei Jahren und jungen Erwachsenen (bis 34 Jahre) detektiert. SARS-CoV-2 wurden in den meisten Altersgruppen identifiziert. Adenoviren wurden ausschließlich bei den 0- bis 4-Jährigen detektiert (Abb. 5).

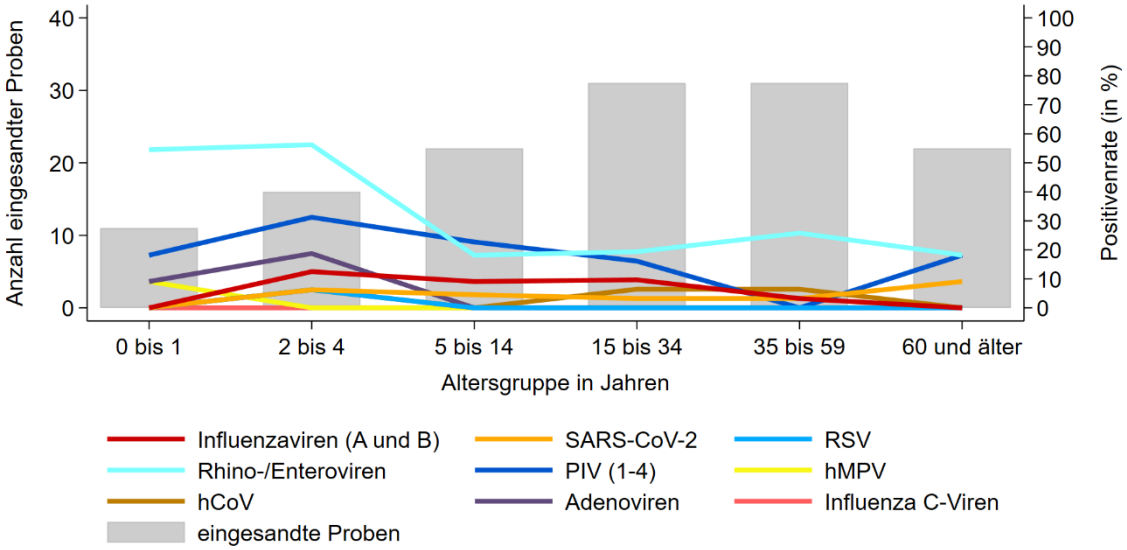


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 46. 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 44. KW 2026 stehen aktuell 25 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 17.11.2026). Unter den 21 als VOI (variant of interest) oder VUM (variant under monitoring) eingestuften SARS-CoV-2-Sequenzen wurde die Variante XFG (inklusive ihrer Sublinien) mit 17 Nachweisen weiterhin am häufigsten detektiert. Die Variante JN.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde viermal nachgewiesen. Es wurden wie in der Vorwoche keine weiteren VOI oder VUM detektiert.

Derzeit ist die Variante XFG von der WHO als VUM, die Variante JN.1 als VOI eingestuft. WHO[1,2,3,4] und 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 46. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 6). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 46. KW auf einem sehr niedrigen Niveau.

Das Ergebnis des Nowcasting-Modells weist für die 46. KW 2026 einen Anstieg der SARI-Fallzahlen aus und zeigt die Einordnung der SARI-Inzidenz auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6, rot hinterlegter Bereich). Weitere Informationen zur Nowcast-Methodik finden sich hier: RKI - FAQ zu ARE.

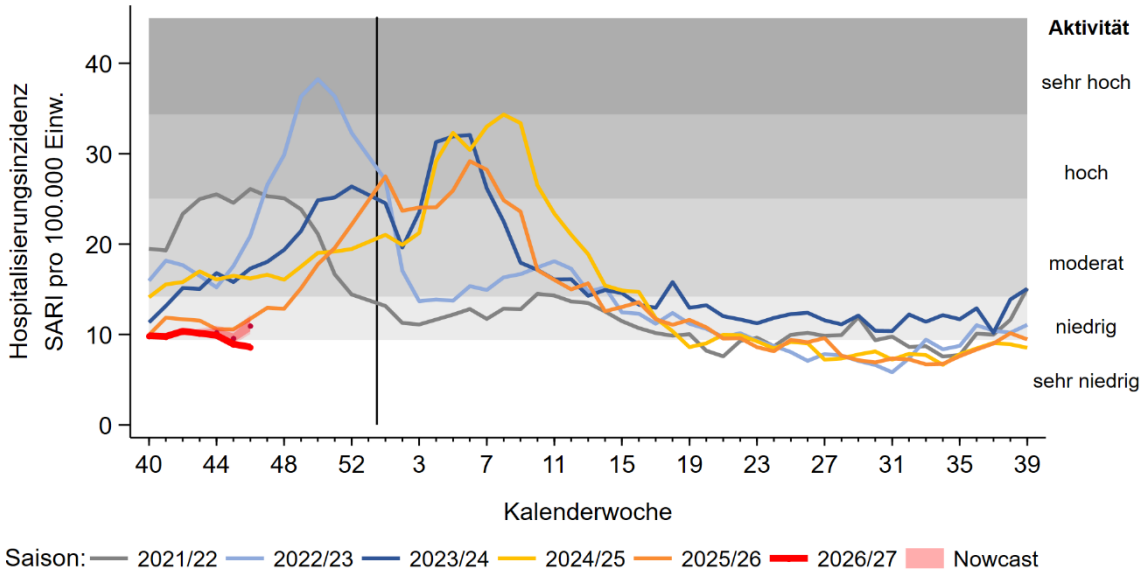


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 46. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

[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

In der 46. KW 2026 ging die SARI-Inzidenz in fast allen Altersgruppen zurück. Lediglich bei den 35- bis 79-Jährigen war ein leichter Anstieg der Hospitalisierungen aufgrund einer SARI zu beobachten (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz lag in der 46. KW bei Patientinnen und Patienten dieses Alters (35 bis 79 Jahre) auf einem niedrigen Niveau, in allen anderen Altersgruppen auf einem sehr niedrigen Niveau.

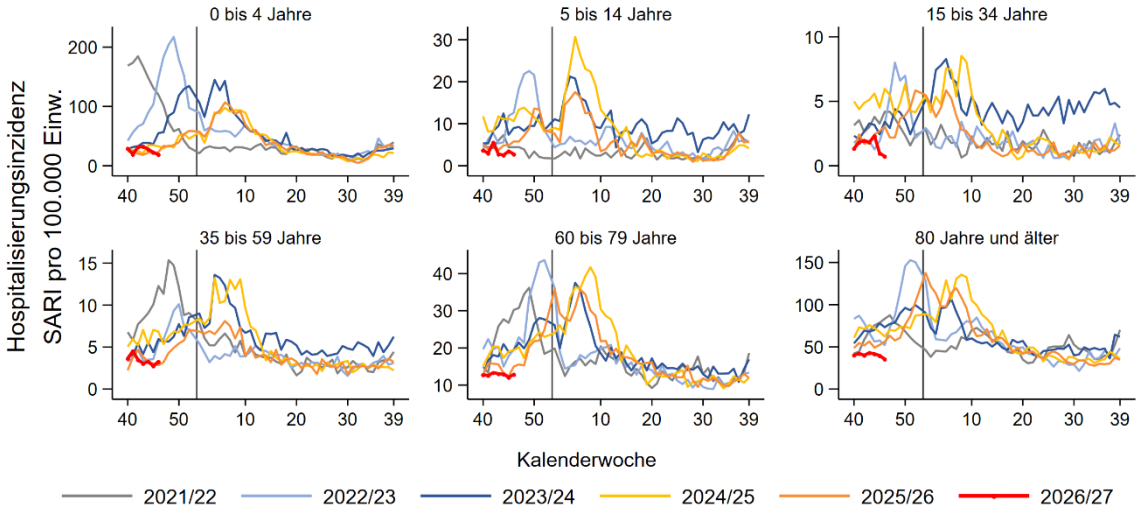


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 46. KW 2026). Daten aus 63 Sentinel-kliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Seit einigen Wochen ist ein leichter Anstieg der Influenza- bzw. COVID-19-Erkrankungen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten zu beobachten. In der 46. KW 2026 lag der Anteil an Influenza-Diagnosen unter allen SARI-Fällen bei 7 % und der Anteil an COVID-19-Diagnosen bei 5 % (Abb. 8). RSV-Erkrankungen wurden bei weniger als 1 % der SARI-Fälle diagnostiziert.

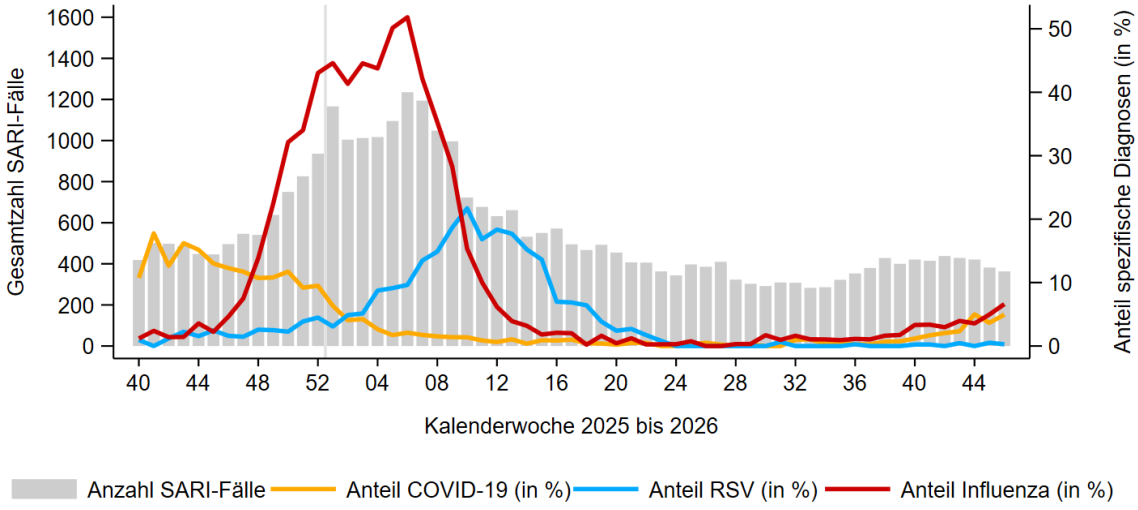


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2025 bis zur 46. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Influenza-Diagnosen wurden in der 46. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten fast aller Altersgruppen vergeben (Abb. 9). COVID-19 wurde dagegen ausschließlich bei SARI-Fällen ab 35 Jahren diagnostiziert. Einzelne RSV-Diagnosen wurden in der 46. KW nur bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) gestellt.

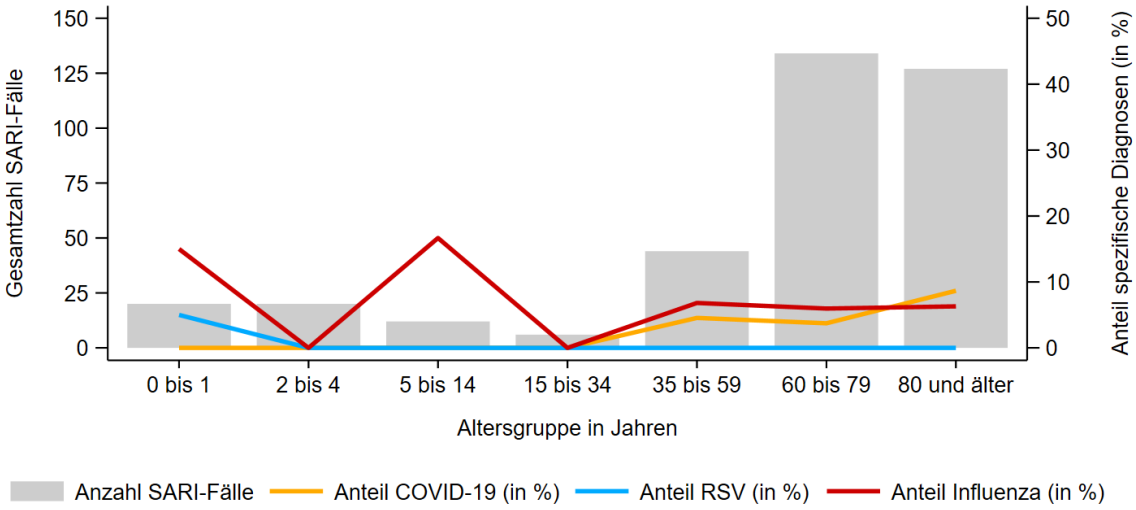


Abb. 9: Anzahl der in der 46. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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 46. KW 2026 wurden Influenza- und COVID-19-Diagnosen bei jeweils 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. RSV-Diagnosen sind in der 46. KW bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen nicht vergeben worden.

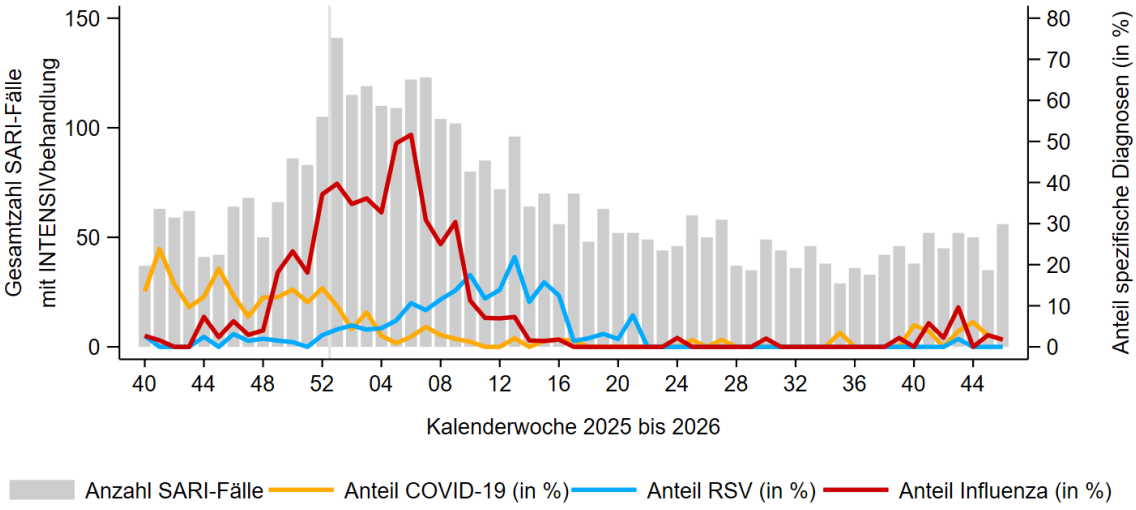


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2025 bis zur 46. 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 46. KW 2026 aus sechs der zehn teilnehmenden Kliniken 26 Sentinelproben zugesandt. In elf (42 %) der 26 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). In der 46. KW 2026 wurden Rhino-/Enteroviren (19 %), Influenzaviren (A und B), humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Adenoviren mit jeweils 8 % sowie Parainfluenzaviren (PIV; 4 %) nachgewiesen (Abb. 11). SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und Influenza C-Viren wurden in der 46. KW nicht detektiert. Es gab eine Doppelinfektion mit Beteiligung von Rhino-/Enteroviren und Adenoviren.

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 17.11.2026.

		43. KW	44. KW	45. KW	46. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben		34	39	19	26	**199**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		15	11	10	11	**77**
	Positivenrate (PR)	44 %	28 %	53 %	42 %	**39 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**0**
	A(H3N2)	0	0	0	0	**0**
	A(H1N1)pdm09	1	0	0	2	**3**
	B	0	0	0	0	**0**
SARS-CoV-2		1	1	0	0	**4**
RSV		0	0	0	0	**0**
hMPV		0	0	0	0	**0**
PIV (1 – 4)		5	1	2	1	**14**
Rhino-/Enteroviren**		11	8	8	5	**56**
hCoV		0	1	1	2	**5**
Adenoviren		0	2	0	2	**4**
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.

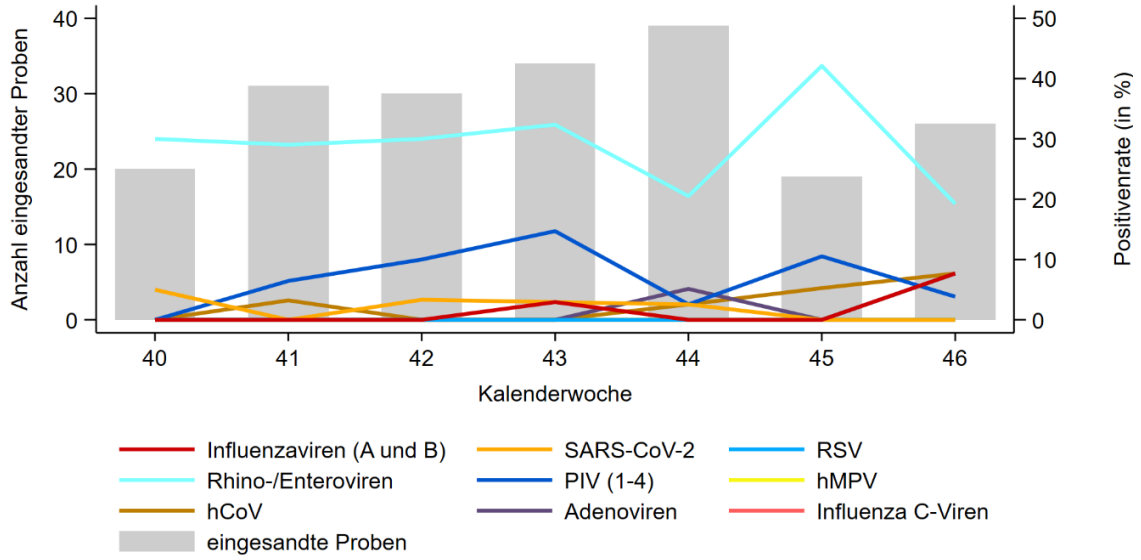


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhino-/Enteroviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 46. KW 2026.

Von der 43. KW bis zur 46. 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 bei den 35- bis 59-Jährigen sowie den ab 80-Jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde einmal bei den 60- bis 79-Jährigen identifiziert (Abb. 12).

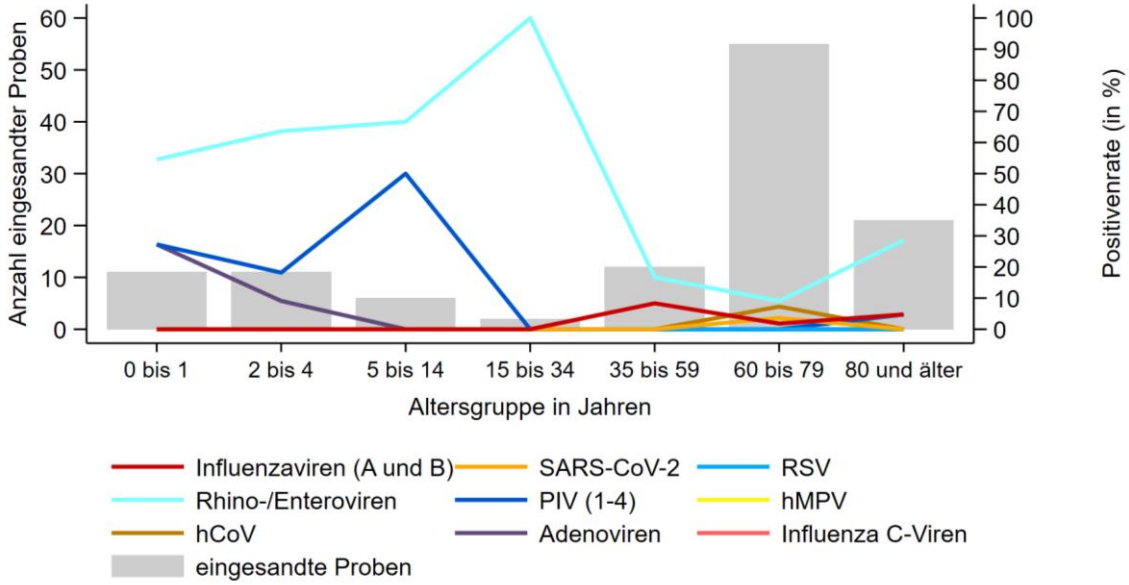


Abb. 12: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (43. KW bis 46. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 46. MW 2026 wurden bislang 1.230 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.228 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3; Stand: 17.11.2026). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche stark gestiegen und sind ähnlich hoch wie letztes Jahr um diese Zeit. Von 692 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 309 (45 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 4.841 Fälle übermittelt. Davon entfallen 4.838 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Von 3.157 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 1.332 (42 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).

In der Saison 2026/27 wurden bisher 23 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)

		41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
Influenza	A (nicht subtypisiert)	488	458	425	663	779	1.109	**4.311**
	A(H1N1)pdm09	5	5	7	6	10	15	**52**
	A(H3N2)	1	0	0	0	0	0	**1**
	nicht nach A / B differenziert	9	9	7	18	14	22	**84**
	B	52	44	56	42	73	82	**390**
Gesamt		**555**	**516**	**495**	**729**	**876**	**1.228**	**4.838**
	Hospitalisierte Fälle	158	152	146	210	241	309	**1.332**

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

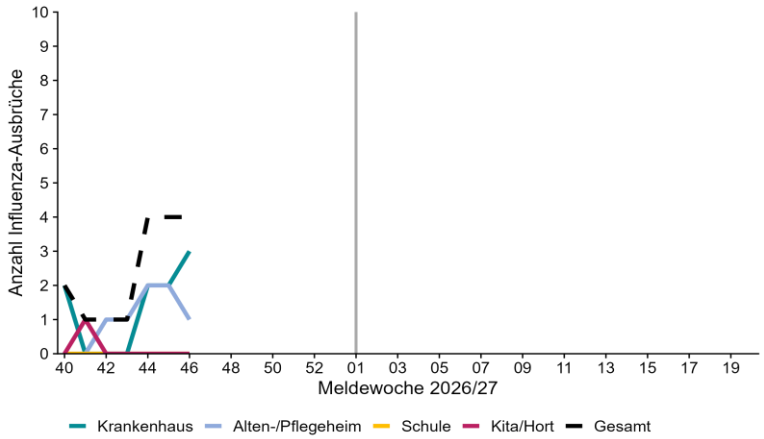
* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt 17 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 46. MW 2026 wurden bisher vier Ausbrüche 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	17
Krankenhaus	9
Alten-/Pflegeheim	7
Schule	0
Kita/Hort	1
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	162
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,5

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



COVID-19

Für die 46. MW 2026 wurden bislang 2.129 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.105 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen (Tab. 5; Stand: 17.11.2026). Die COVID-19-Fallzahlen sind erneut gestiegen. Sie liegen weiterhin deutlich unter den Werten, die im Vorjahr im Vergleichszeitraum übermittelt wurden. Von 1.215 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 657 (54 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 5).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 8.503 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 8.392 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Von 5.366 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 2.792 (52 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 5).

In der Saison 2026/27 wurden bisher 41 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)

	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
SARS-CoV-2	852	902	1.014	1.266	1.657	2.105	**8.392**
Hospitalisierte Fälle	290	294	362	426	558	657	**2.792**

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

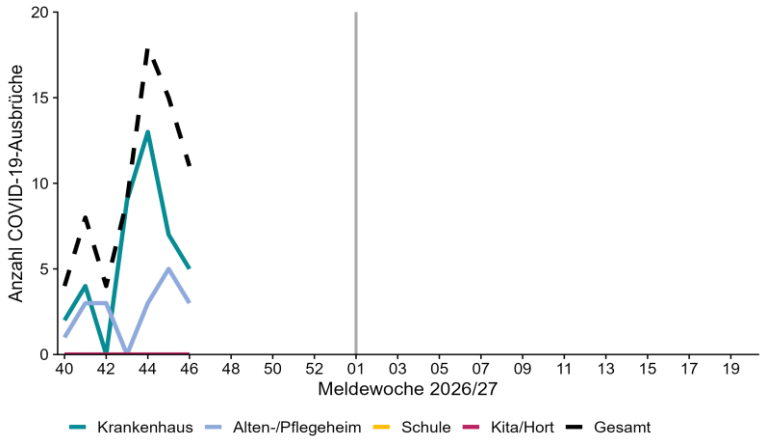
* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt 69 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 46. MW 2026 wurden bisher elf 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	69
Krankenhaus	40
Alten-/Pflegeheim	18
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	11
Anzahl Ausbruchsfälle	636
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,2

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



RSV-Infektionen

Für die 46. MW 2026 wurden bislang insgesamt 81 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 81 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7; Stand: 17.11.2026). Die Zahl der übermittelten RSV-Fälle war weiterhin niedrig. Von 43 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 17 (40 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 7).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 303 Fälle übermittelt. Davon entfallen 302 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Von 196 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 101 (52 %) 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)

	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	45. MW	46. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
RSV	31	37	25	49	61	81	**302**
Hospitalisierte Fälle	14	17	9	20	16	17	**101**

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 46. KW 2026 wurden 94 Abwasserproben aus 59 Kläranlagen auf SARS-CoV-2 ausgewertet. Für SARS-CoV-2 wurden in 93 (99 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen. Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser nahm in den letzten Monaten zu und ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche nochmals deutlich gestiegen. Die SARS-CoV-2-Viruslast lag weiterhin unter den Werten, die im Vorjahr zu dieser Zeit ermittelt wurden (Abb. 13).

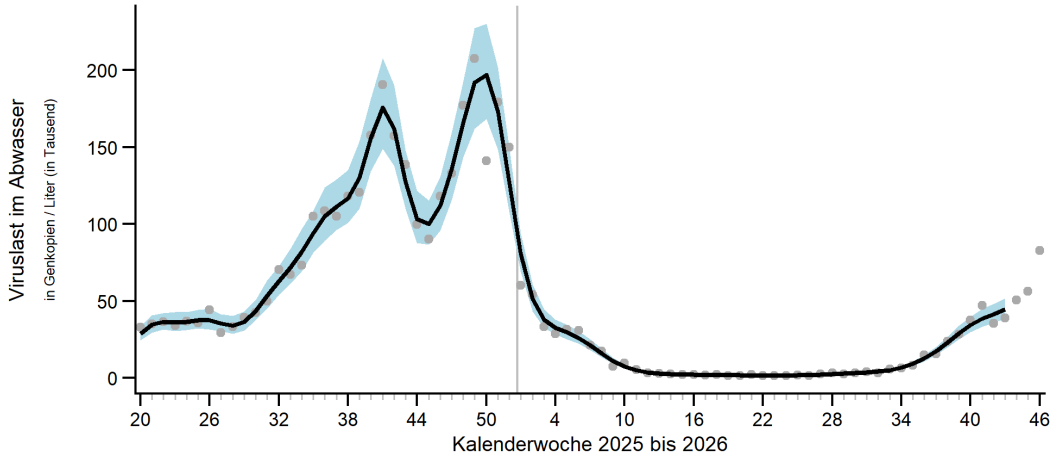


Abb. 13: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.11.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.11.2026, 46. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Influenzaviren

Für die 46. KW 2026 wurden 92 Abwasserproben aus 58 Kläranlagen auf Influenza A-Viren und 89 Abwasserproben aus 55 Kläranlagen auf Influenza B-Viren ausgewertet. Für Influenza A-Viren wurden in 51 (55 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für Influenza B-Viren wurde in vier (5 %) 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).

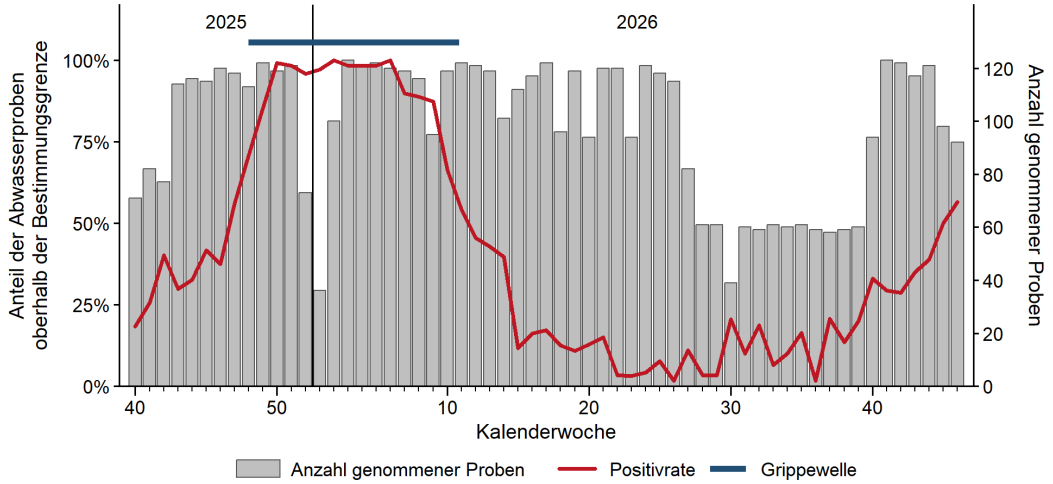


Abb. 14: Influenzaviren: Anteil der Abwasserproben oberhalb der Bestimmungsgrenze (linke y-Achse, rote Linie) und Anzahl genommener Proben für Influenza A- und B-Viren kombiniert (rechte y-Achse, graue Säulen) nach Kalenderwochen. Eine Probe gilt als positiv, wenn mindestens eines der beiden Viren oberhalb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

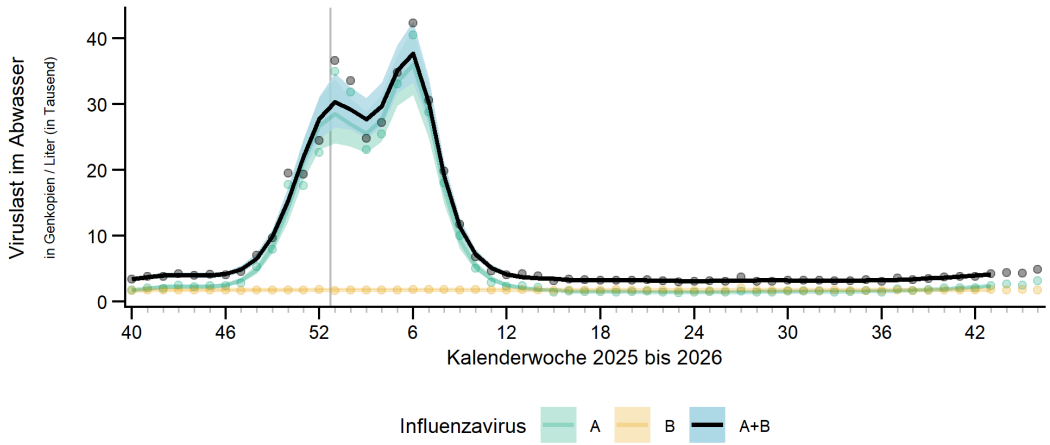


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.11.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.11.2026, 46. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

RSV

Für die 46. KW 2026 wurden 66 Abwasserproben aus 33 Kläranlagen jeweils auf RSV A und B ausgewertet. Für RSV A wurden in acht (12 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für RSV B wurden in elf (17 %) 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.

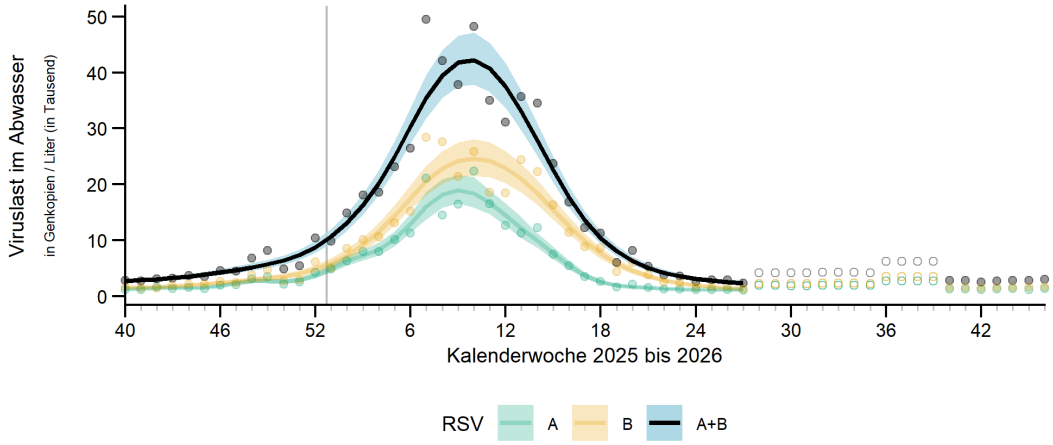


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 17.11.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (11.11.2026, 46. 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 Ausgleichskurve wird wieder dargestellt, sobald wieder für mindestens zehn Wochen RSV-Daten mit größerer Verlässlichkeit vorliegen.

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 46/2026 | DOI: 10.25646/14615

CC-Lizenz

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