ROBERT KOCH INSTITUT

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
44. Kalenderwoche (26.10. bis 1.11.2026)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität liegt auf Bevölkerungsebene und im stationären Bereich auf einem niedrigen Niveau, im ambulanten Bereich weiterhin auf einem moderaten Niveau. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Rhino-/Enteroviren bestimmt.
Die Aktivität von SARS-CoV-2 und Influenzaviren ist derzeit in allen Systemen noch niedrig, jedoch setzt sich der Anstieg der SARS-CoV-2- und Influenzavirus-Zirkulation in verschiedenen Systemen seit Saisonbeginn allmählich fort. Hinweise aus dem Abwassermonitoring zeigen, dass SARS-CoV-2 bereits flächendeckend bundesweit zirkuliert.
Durch die Herbstferien können die Werte der Sentinelsurveillance stärker schwanken und sich durch Nachmeldungen nachträglich noch verändern.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 44. KW im Vergleich zur Vorwoche gesunken und befindet sich auf einem niedrigen Niveau. Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 44. KW im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag weiterhin auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 44. KW 2026 in insgesamt 58 der 90 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (43 %), gefolgt von Adenoviren und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) mit jeweils 9 %. Neben weiteren Viren des Erregerpanels wurden auch Influenza A-Viren (6 %) und SARS-CoV-2 (4 %) nachgewiesen. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 44. KW nicht nachgewiesen.

Im stationären Bereich ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) unter Berücksichtigung von erwarteten weiteren SARI-Diagnosen (Nowcasting) in der 44. KW 2026 stabil geblieben und lag auf einem niedrigen Niveau. Es erhielten 4 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine COVID-19- bzw. 3 % eine Influenza-Diagnose.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 44. KW 2026 hauptsächlich Rhino-/Enteroviren nachgewiesen.

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion ist in der 44. Meldewoche (MW) 2026 im Vergleich zur 43. MW wieder leicht gestiegen und liegt auf einem ähnlichen Niveau wie letztes 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 44. MW weiterhin niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Variante XFG wurde in der 42. KW 2026 erneut am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien detektiert.

Die im Abwasser gemessene SARS-CoV-2-Last ist weiterhin deutlich niedriger als im Vorjahr zu dieser Zeit, zeigt jedoch seit einigen Wochen einen ansteigenden Trend. Auch bei der Influenzavirus-last zeigt sich ein leichter Anstieg in den letzten Wochen. Die RSV-Last im Abwasser ist 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“: www.rki.de/are-faq-schutz
- 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 einer relativ stabilen Phase seit Saisonbeginn in der 44. KW gesunken. In der 44. KW lag die ARE-Inzidenz mit rund 5.700 ARE pro 100.000 Einw. auf einem niedrigen 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 44. KW einer Gesamtzahl von etwa 4,7 Millionen neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen.

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

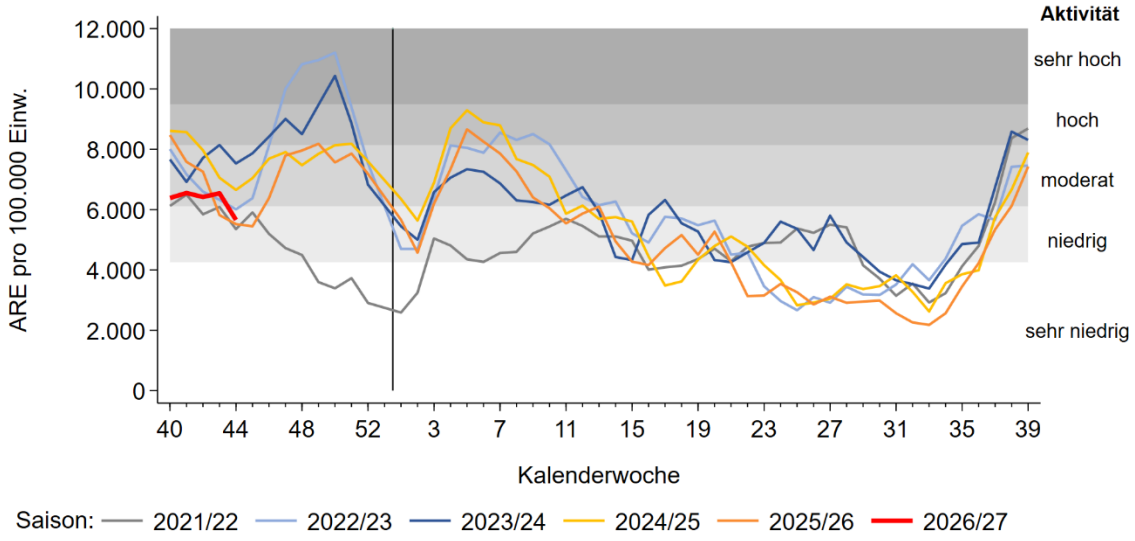


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 44. KW 2026). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 44. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Sie lag mit rund 1.400 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 1,2 Mio. Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen in der 44. KW.

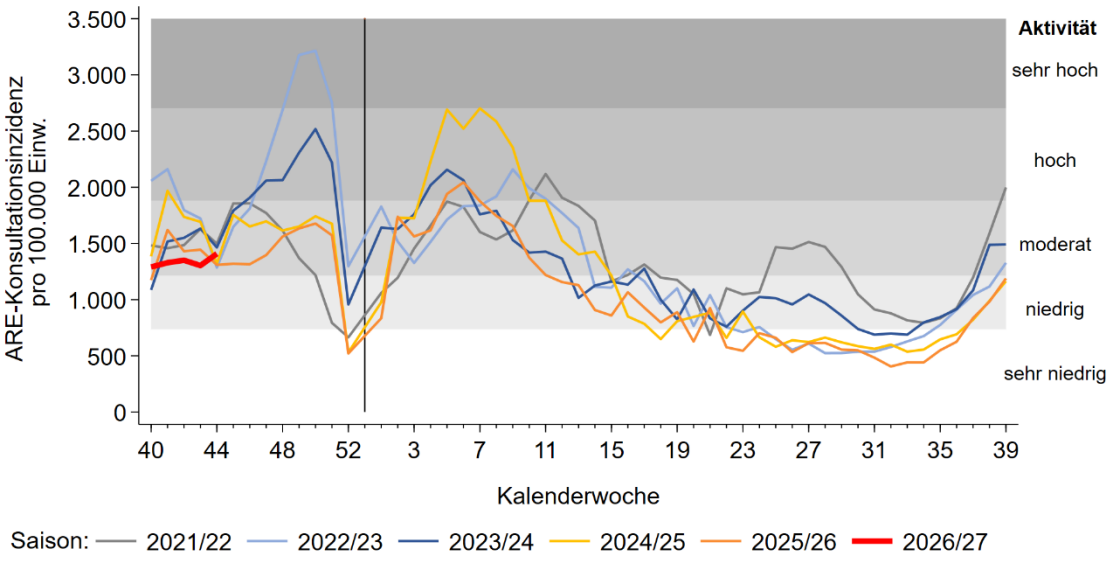


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 44. KW 2026). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 44. KW im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen leicht gestiegen (Abb. 3).

Aufgrund der Herbstferien in vielen Bundesländern können sich die Werte durch ein geändertes Konsultationsverhalten, Praxisschließzeiten sowie durch nachträgliche Meldungen stärker verändern.

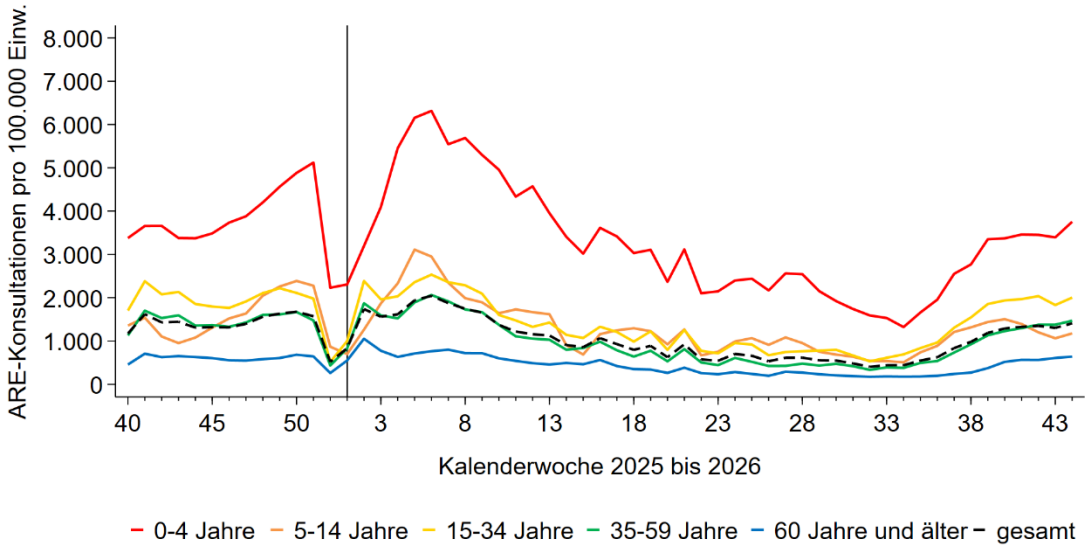


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2025 bis zur 44. KW 2026 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 44. KW 2026 insgesamt 90 Sentinelproben von 30 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 58 (64 %) der 90 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 44. KW 2026 zirkulierten hauptsächlich Rhino-/Enteroviren (Positivenrate (PR); 43 %), gefolgt von Adenoviren und humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) mit jeweils 9 %. Zudem wurden Influenzaviren (A und B) und Parainfluenzaviren (PIV) mit jeweils 6 % und SARS-CoV-2 (4 %) nachgewiesen. Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und Influenza C-Viren wurden in der 44. KW 2026 nicht nachgewiesen (Tab.1; Abb. 4).

Es gab zwölf 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 3.11.2026.

		41. KW	42. KW	43. KW	44. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben		122	133	112	90	**580**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		70	82	72	58	**361**
	Positivenrate (PR)	57 %	62 %	64 %	64 %	**62 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**0**
	A(H3N2)	0	0	0	0	**0**
	A(H1N1)pdm09	4	4	1	5	**16**
	B	0	1	2	0	**4**
SARS-CoV-2		3	4	3	4	**16**
RSV		0	1	0	0	**1**
hMPV		0	0	0	0	**1**
PIV (1 – 4)		16	15	16	5	**71**
Rhino-/Enteroviren**		47	51	45	39	**235**
hCoV		3	2	7	8	**27**
Adenoviren		0	10	6	8	**28**
Influenza C-Viren		0	2	0	0	**2**

* 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.

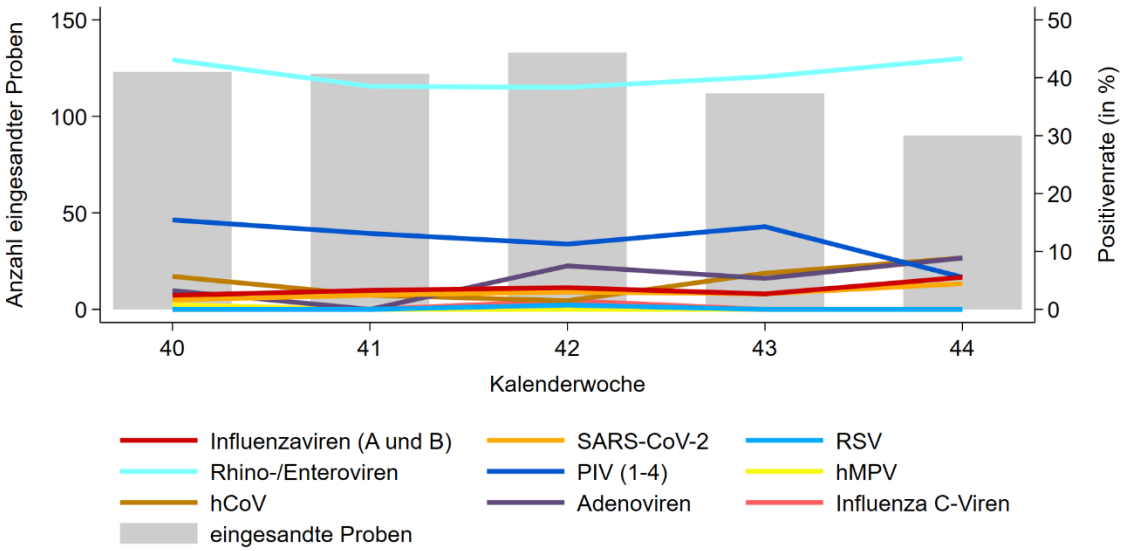


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 44. KW 2026.

Rhino-/Enteroviren wurden in fast allen Altersgruppen am häufigsten detektiert. HCoV wurde in den meisten Altersgruppen nachgewiesen, Adenoviren wurden ausschließlich bei Kindern bis vier Jahren detektiert. Influenzaviren (A und B) wurden bei den 5- bis 14- Jährigen und den ab 35-Jährigen nachgewiesen, SARS-CoV-2 ausschließlich bei den ab 35-Jährigen (Abb. 5).

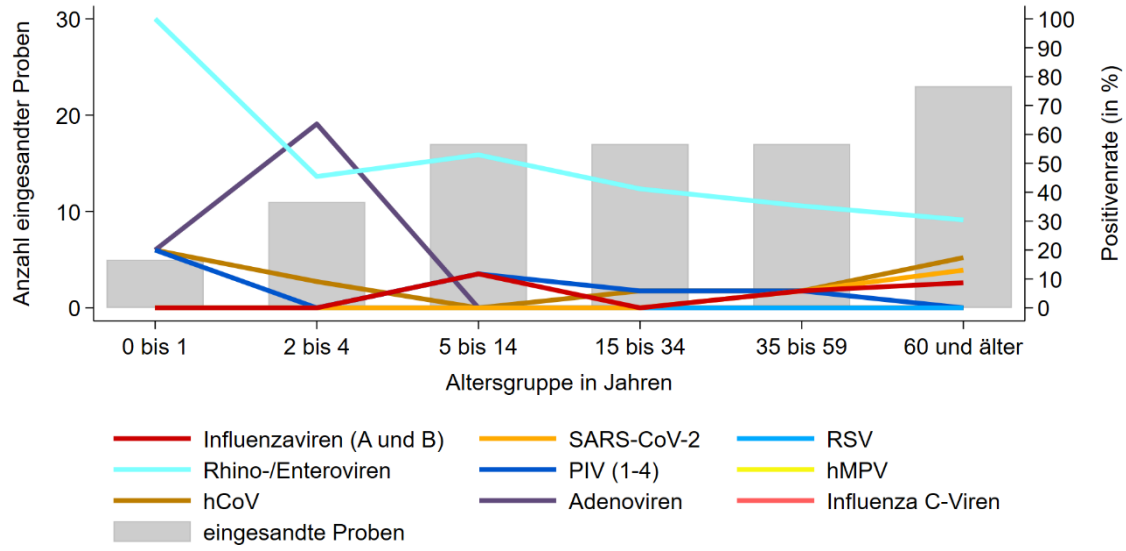


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 44. 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 42. KW 2026 stehen aktuell 22 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 3.11.2026). Unter den 19 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 viermal nachgewiesen, die Variante NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) zweimal. Die Variante PQ.16.1.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde in der 42. KW 2026 einmal detektiert.

Die Varianten XFG, NB.1.8.1 und PQ.16.1.1 sind derzeit von der WHO als VUM eingestuft, die Variante JN.1 als VOI. 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 44. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken (Abb. 6). Auf Basis der noch vorläufigen Werte lag die SARI-Inzidenz in der 44. KW auf einem sehr niedrigen Niveau.

Nach den Ergebnissen des Nowcasting-Modells blieben die SARI-Fallzahlen in der 44. KW 2026 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.

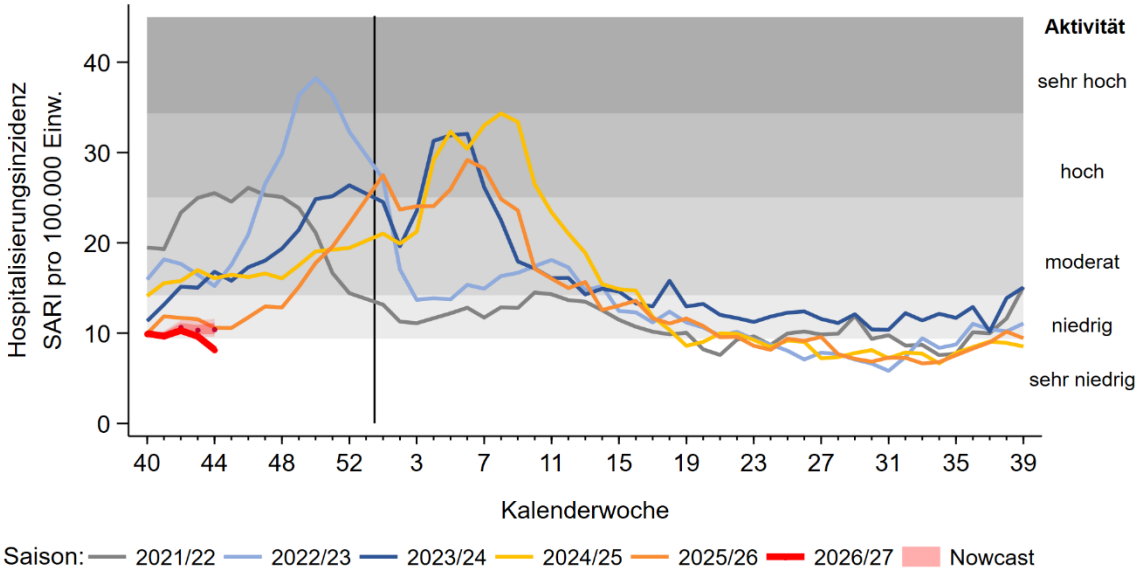


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD 10-Codes J09 – J22) in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 44. KW 2026) sowie die Ergebnisse des Nowcasting-Modells (Punktschätzer, 80 %- und 95 %-Schätzintervall) für die vergangenen vier Wochen. Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

In der 44. KW 2026 blieb die SARI-Inzidenz bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) sowie den 35- bis 59-Jährigen stabil, in den anderen Altersgruppen kam es zu einem weiteren Rückgang der Hospitalisierungen aufgrund einer SARI (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz lag in der 44. KW bei den ab 80-Jährigen auf einem niedrigen Niveau, in allen anderen Altersgruppen auf einem sehr niedrigen Niveau.

[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

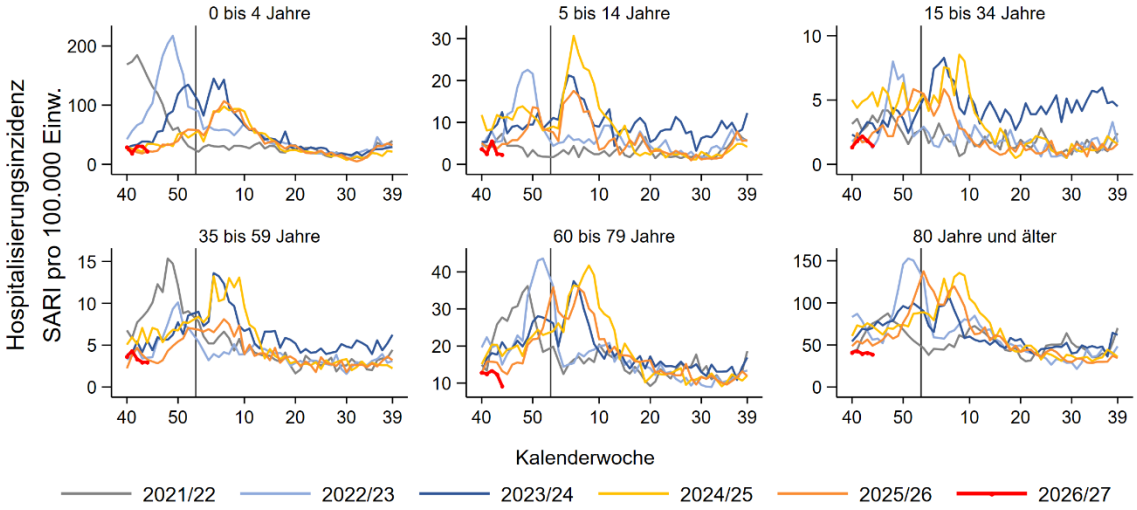


Abb. 7 Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2021/22 bis 2026/27 (bis zur 44. KW 2026). Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In der 44. KW 2026 wurden ähnlich wie in den Vorwochen COVID-19- und Influenza-Diagnosen vergeben (Abb. 8). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen unter allen SARI-Patientinnen und -Patienten lag in der 44. KW bei 4 % und der Anteil an Influenza-Diagnosen bei 3 %. Es wurden keine RSV-Erkrankungen bei den SARI-Fällen in der 44. KW diagnostiziert.

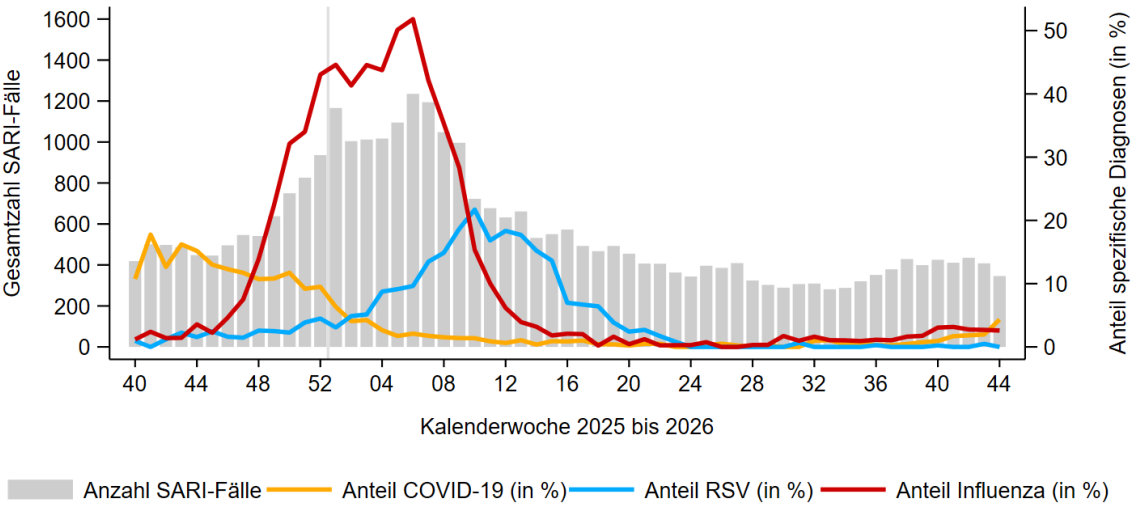


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2025 bis zur 44. KW 2026 (Linien, rechte y-Achse). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Daten aus 63 Sentinelkliniken.

Vereinzelte Influenza-Diagnosen wurden in der 44. KW 2026 bei SARI-Patientinnen und -Patienten mehrerer Altersgruppen vergeben (Abb. 9). COVID-19-Diagnosen sind überwiegend bei SARI-Fällen ab 60 Jahren sowie vereinzelt bei jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) vergeben worden. RSV-Erkrankungen wurden in der 44. KW nicht diagnostiziert.

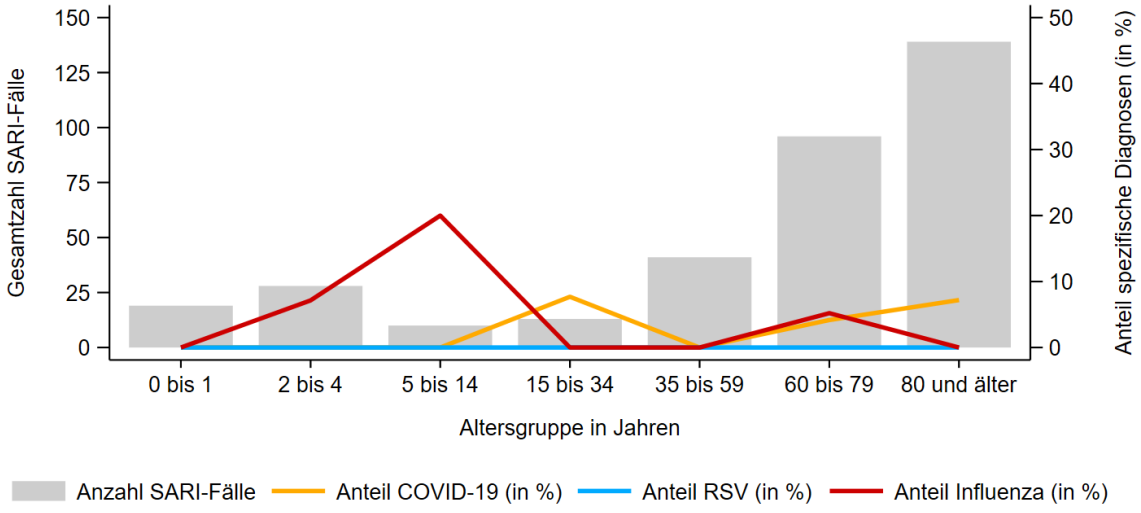


Abb. 9: Anzahl der in der 44. KW 2026 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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 44. KW 2026 wurde COVID-19 bei 5 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert. Influenza- bzw. RSV-Diagnosen sind in der 44. KW bei den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen nicht vergeben worden.

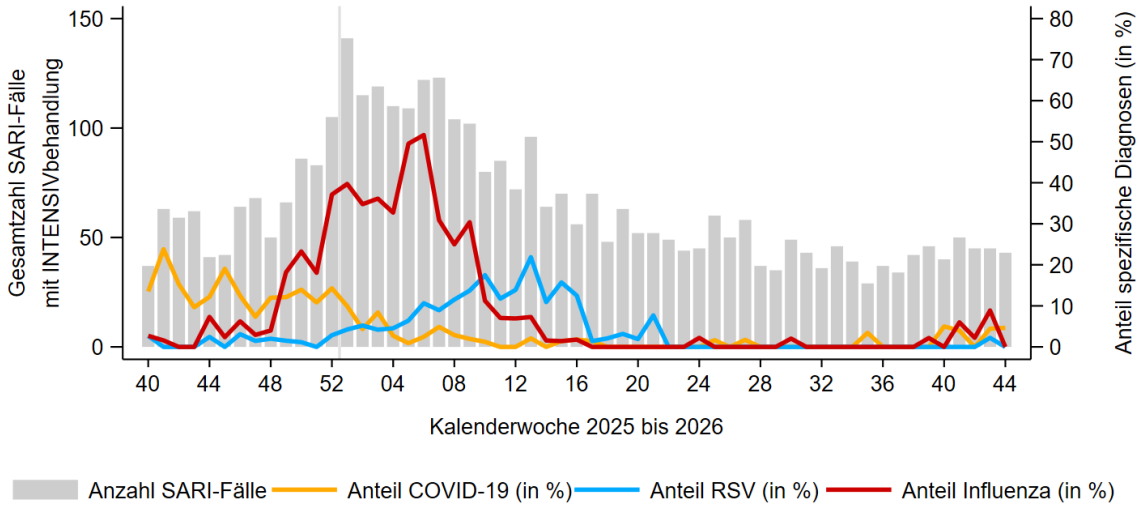


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2025 bis zur 44. 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 44. KW 2026 aus vier der zehn teilnehmenden Kliniken 21 Sentinelproben zugesandt. In vier (19 %) der 21 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). In der 44. KW 2026 wurden Rhino-/Enteroviren (14 %) sowie Parainfluenzaviren (PIV) und Adenoviren (jeweils 5 %) nachgewiesen (Abb. 11). Influenzaviren (A und B), SARS-CoV-2, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Influenza C-Viren wurden in der 44. KW nicht detektiert. Es gab eine Doppelinfektion mit Beteiligung von PIV 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 3.11.2026.

		41. KW	42. KW	43. KW	44. KW	Gesamt ab 40. KW 2026
Anzahl eingesandter Proben		31	26	30	21	**124**
Probenanzahl mit Virusnachweis*		10	11	12	4	**42**
	Positivenrate (PR)	32 %	42 %	40 %	19 %	**34 %**
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	**0**
	A(H3N2)	0	0	0	0	**0**
	A(H1N1)pdm09	0	0	1	0	**1**
	B	0	0	0	0	**0**
SARS-CoV-2		0	1	1	0	**2**
RSV		0	0	0	0	**0**
hMPV		0	0	0	0	**0**
PIV (1 – 4)		2	3	2	1	**8**
Rhino-/Enteroviren**		9	7	8	3	**32**
hCoV		1	0	0	0	**1**
Adenoviren		0	0	0	1	**1**
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.

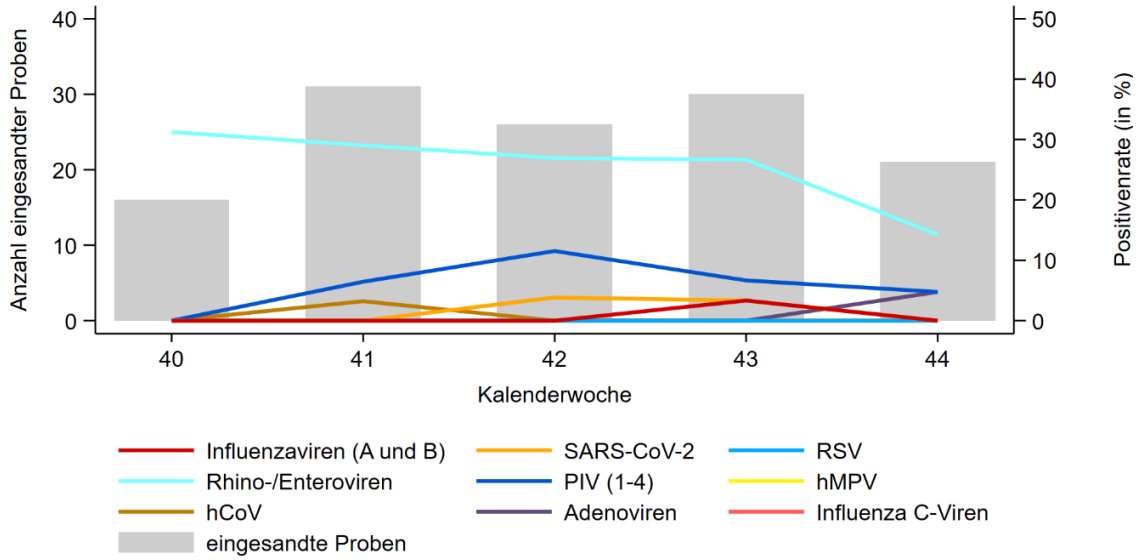


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhino-/Enteroviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 44. KW 2026.

Von der 41. KW bis zur 44. KW 2026 wurden Rhino-/Enteroviren in allen Altersgruppen nachgewiesen, insbesondere bei den 2- bis 4-Jährigen. PIV wurden bei den 0- bis 1-Jährigen, 5- bis 14-Jährigen sowie bei den ab 80-Jährigen detektiert. Influenzaviren (A und B) wurden einmalig bei den 35- bis 59-Jährigen nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde jeweils einmalig bei den 0- bis 1-Jährigen sowie bei den 60- bis 79-Jährigen identifiziert (Abb. 12).

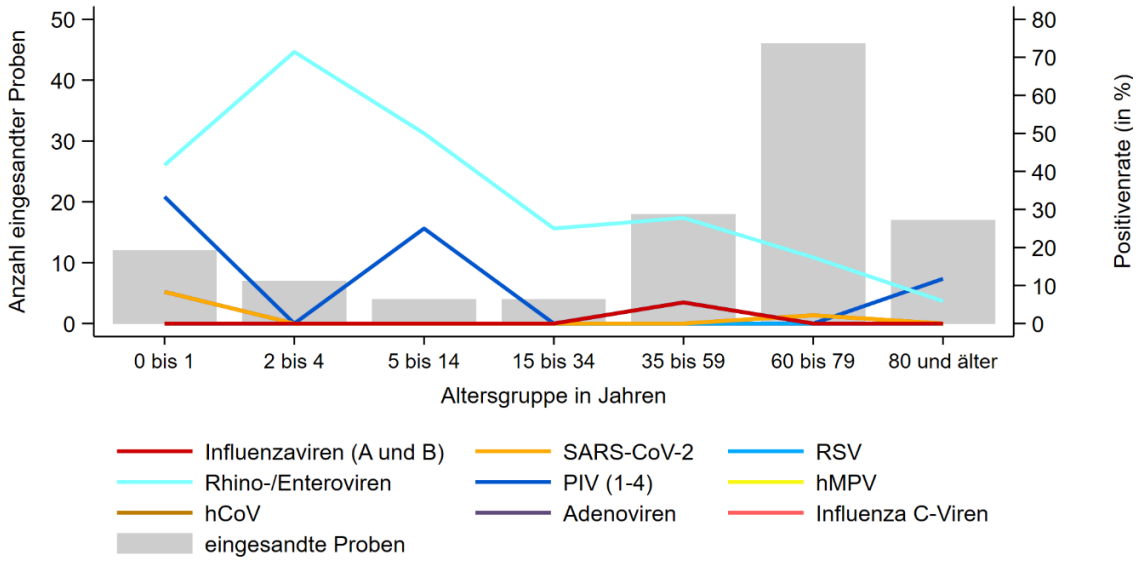


Abb. 12: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhino-/Enteroviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (41. KW bis 44. KW 2026).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 44. MW 2026 wurden bislang 702 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 701 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3; Stand: 3.11.2026). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche wieder gestiegen und liegen auf einem ähnlichen Niveau wie letztes Jahr um diese Zeit. Von 349 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 150 (43 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 2.696 Fälle übermittelt. Davon entfallen 2.695 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Von 1.669 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 695 (42 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 3).

In der Saison 2026/27 wurden bisher zehn 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)

		39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
Influenza	A (nicht subtypisiert)	240	389	485	454	420	642	**2.390**
	A(H1N1)pdm09	7	4	5	5	6	3	**23**
	A(H3N2)	2	0	1	0	0	0	**1**
	nicht nach A / B differenziert	1	5	9	10	7	17	**48**
	B	29	42	52	44	56	39	**233**
Gesamt		**279**	**440**	**552**	**513**	**489**	**701**	**2.695**
	Hospitalisierte Fälle	82	118	153	148	126	150	**695**

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

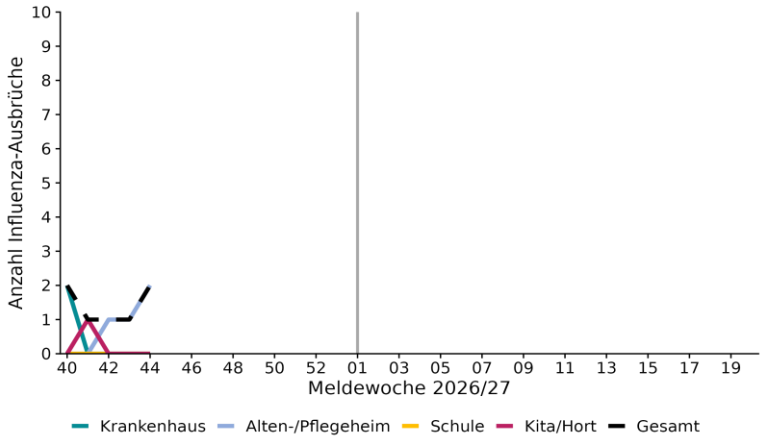
* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt sieben Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 44. MW 2026 wurden bisher zwei 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	7
Krankenhaus	2
Alten-/Pflegeheim	4
Schule	0
Kita/Hort	1
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	58
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,3

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



COVID-19

Für die 44. MW 2026 wurden bislang 1.247 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.233 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen (Tab. 5; Stand: 3.11.2026). 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 652 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 360 (55 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 5).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 4.657 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 4.598 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Von 2.885 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 1.471 (51 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 5).

In der Saison 2026/27 wurden bisher 17 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)

	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
SARS-CoV-2	403	596	853	903	1.013	1.233	**4.598**
Hospitalisierte Fälle	127	204	285	284	338	360	**1.471**

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

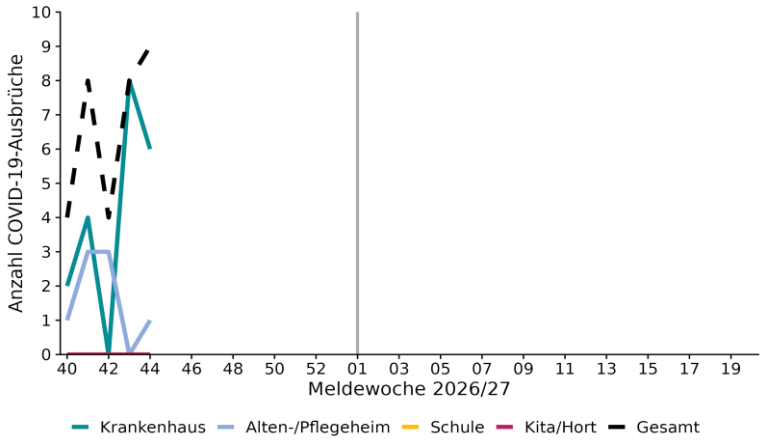
* Seit der Saison 2026/27 wird der Anteil der Hospitalisierten nur unter den Fällen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus berechnet und ist daher nicht mit den Werten aus den ARE-Berichten der Vorsaisons vergleichbar, in denen der Anteil unter allen Fällen berechnet wurde.

Bisher wurden in der Saison 2026/27 insgesamt 33 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Für die 44. MW 2026 wurden bisher neun 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	33
Krankenhaus	20
Alten-/Pflegeheim	8
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	5
Anzahl Ausbruchsfälle	299
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 44. MW 2026 wurden bislang insgesamt 45 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 45 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7; Stand: 3.11.2026). Die Zahl der übermittelten RSV-Fälle war weiterhin niedrig. Von 26 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 14 (54 %) Fälle stationär aufgenommen (Tab. 7).*

Seit der 40. MW 2026 wurden insgesamt 159 Fälle übermittelt. Davon entfallen 158 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Von 105 laborbestätigten Fällen mit Angabe zur Hospitalisierung wurden 59 (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)

	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	43. MW	44. MW	Gesamt ab 40. MW 2026
RSV	17	19	32	37	25	45	**158**
Hospitalisierte Fälle	8	9	13	17	6	14	**59**

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 44. KW 2026 wurden 120 Abwasserproben aus 63 Kläranlagen auf SARS-CoV-2 ausgewertet. Für SARS-CoV-2 wurden in 117 (97 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (ohne Abb.). Die aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser war ab der 36. KW 2026 zunächst angestiegen, jedoch hatte sich der Anstieg ab der 42. KW nicht fortgesetzt. Die Werte sind weiterhin vergleichsweise niedrig und liegen deutlich unter den Werten, die im Vorjahr zu dieser Zeit ermittelt wurden (Abb. 13).

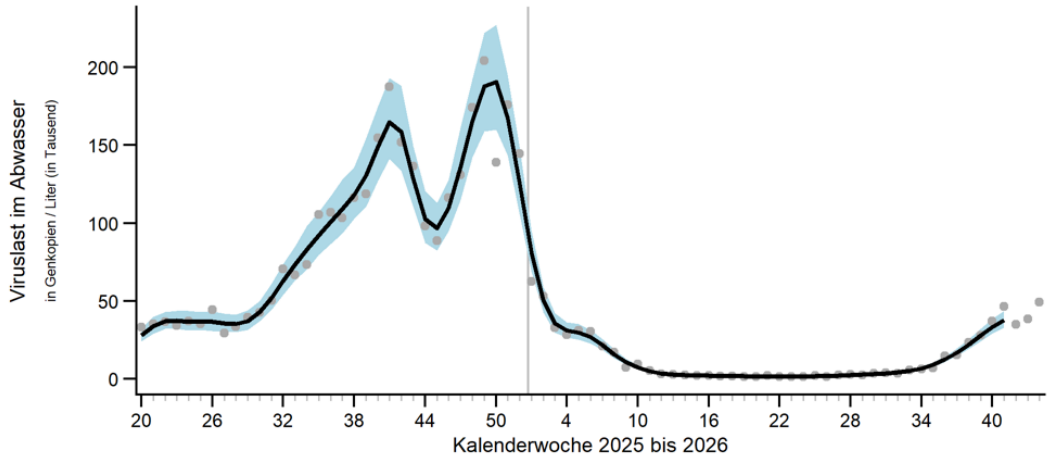


Abb. 13: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.11.2026, 10 Uhr). Die drei neuesten Viruslasten werden ohne Ausgleichskurve und Konfidenzintervalle dargestellt. Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.10.2026, 44. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Influenzaviren

Für die 44. KW 2026 wurden 118 Abwasserproben aus 62 Kläranlagen auf Influenza A- und 115 Abwasserproben aus 59 Kläranlagen auf Influenza B-Viren ausgewertet. Für Influenza A-Viren wurden in 46 (39 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für Influenza B-Viren wurde in einer (1 %) Probe Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (Abb. 14, Influenzaviren A und B kombiniert). Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser sind für Influenza A- und B-Viren weiterhin niedrig, für Influenza A aber zuletzt weiter leicht steigend (Abb. 15).

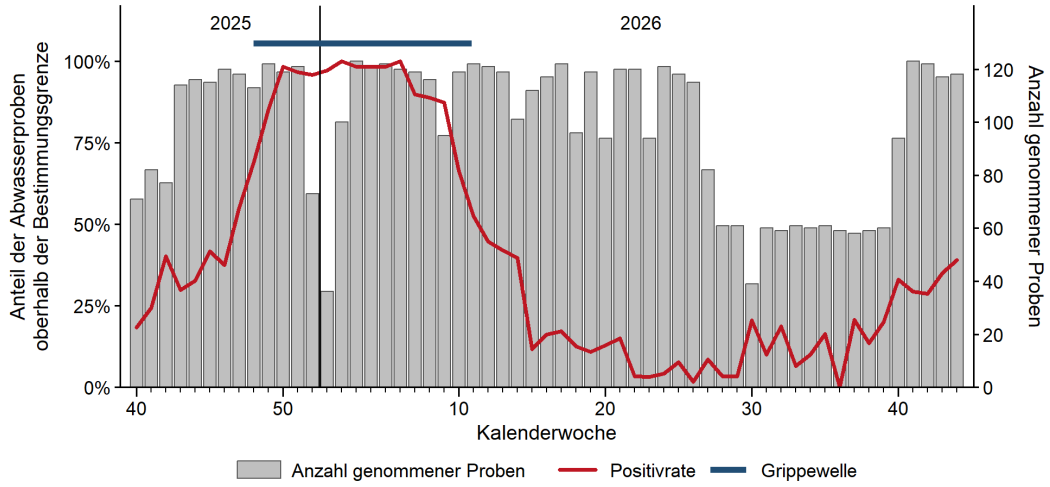


Abb. 14: Influenzaviren: Anteil der Abwasserproben oberhalb der Bestimmungsgrenze (linke Y-Achse, rote Linie) und Anzahl genommener Proben für Influenza A- und B-Viren kombiniert (rechte Y-Achse, graue Säulen) nach Kalenderwochen. Eine Probe gilt als positiv, wenn mindestens eines der beiden Viren oberhalb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

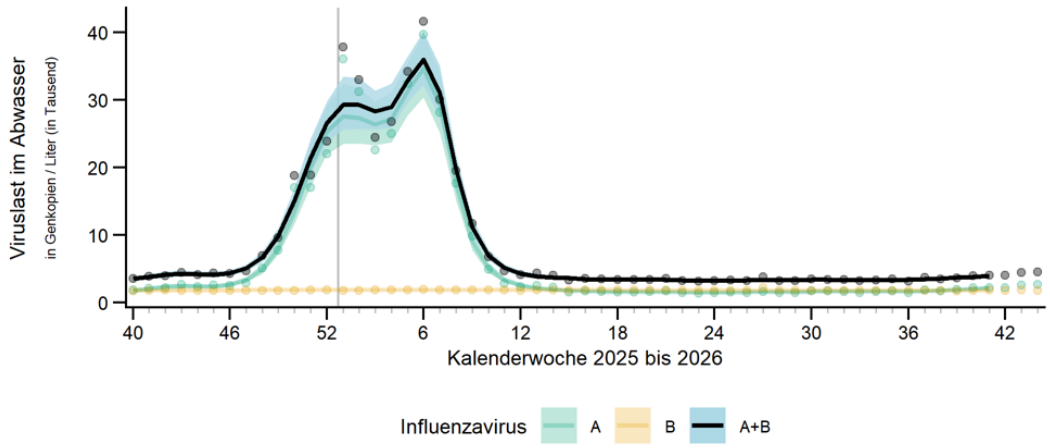


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.11.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.10.2026, 44. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

RSV

Für die 44. KW 2026 wurden 66 Abwasserproben aus 33 Kläranlagen auf RSV A und B ausgewertet. Für RSV A wurden in sechs (9 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen; für RSV B wurden in fünf (8 %) Proben Werte oberhalb der Bestimmungsgrenze gemessen (ohne Abb.). Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind 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.

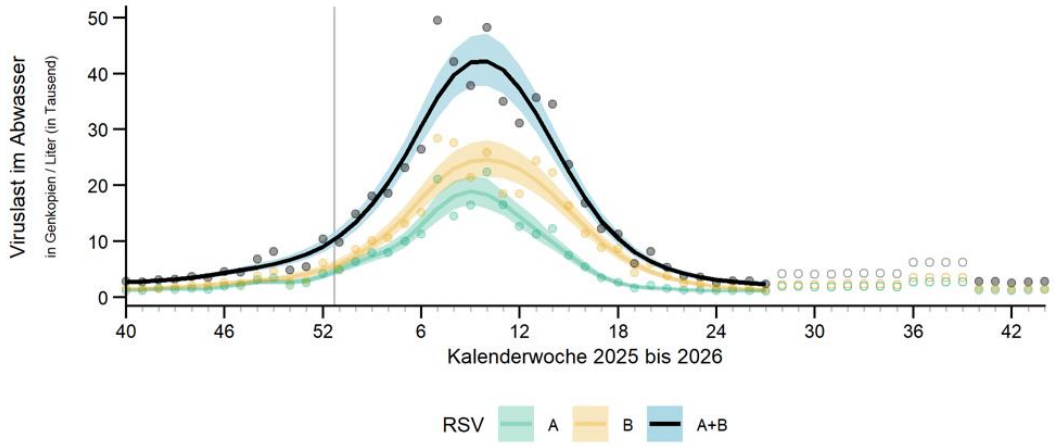


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 3.11.2026, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (28.10.2026, 44. 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 44/2026 | DOI: 10.25646/14599

CC-Lizenz

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