

# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
7. Kalenderwoche (10.2. bis 16.2.2025)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität bleibt auf hohem Niveau. Der Höhepunkt der Grippewelle scheint erreicht zu sein. Wie in den Vorwochen dominiert die starke Zirkulation der Influenzaviren das gesamte ARE-Geschehen, es werden zunehmend Influenza B-Viren nachgewiesen. Influenzaerkrankungen werden in allen Altersgruppen verzeichnet. Personen können das Risiko einer Influenzavirusinfektion durch die bekannten Verhaltensweisen reduzieren (unabhängig vom Impfstatus): [www.rki.de/are-faq-schutz](http://www.rki.de/are-faq-schutz).

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 7. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche auf hohem Niveau relativ stabil geblieben.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 7. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls relativ stabil geblieben.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 7. KW 2025 in insgesamt 206 der 252 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (60 %). Von den 152 nachgewiesenen Influenzaviren waren 89 (59 %) B-, 53 (35 %) Influenza A(H1N1)pdm09- und zehn (7 %) A(H3N2)-Viren. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in 6 % der Proben nachgewiesen und SARS-CoV-2 in 3 %.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen vorrangig durch RSV B (71 % bei 0- bis 4-Jährigen) hervorgerufen werden.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 7. KW 2025 leicht gesunken, sie lag jedoch weiterhin auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Der Anteil der Influenza-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ging etwas zurück und lag in der 7. KW insgesamt bei 35 %. Unter Schulkindern (5 bis 14 Jahre), die mit einer SARI hospitalisiert waren, erhielten 68 % eine Influenza-Diagnose. RSV wurden bei 7 % und COVID-19 bei 2 % der Fälle diagnostiziert.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 7. KW 2025 in elf der 16 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (38 %), RSV (19 %) sowie hMPV (13 %).

In der 7. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle relativ stabil geblieben, die der RSV-Fälle leicht gestiegen und die der COVID-19-Fälle gesunken.

Im Abwassermonitoring ist die Viruslast von Influenza A- und B-Viren im Vergleich zur Vorwoche nicht weiter angestiegen. Die Werte der Viruslast von RSV im Abwasser, die ab der 7. KW 2025 ebenfalls veröffentlicht werden, stiegen in den letzten Wochen an.

## Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- Insbesondere in Wochen mit deutlich erhöhter Influenza-Aktivität sollten sowohl geimpfte wie ungeimpfte Personen das Risiko einer Influenzainfektion durch entsprechende Verhaltensweisen reduzieren, um sich (und Familienmitglieder, Freundeskreis und Kolleginnen und Kollegen) vor einer Erkrankung und nachfolgenden Komplikationen mit potentiell schwerem Krankheitsverlauf zu schützen : [www.rki.de/are-faq-schutz](http://www.rki.de/are-faq-schutz).
- Für erkrankte Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf sollte die Option einer frühzeitigen antiviralen Therapie erwogen werden.
- RKI-Seiten zu Influenza: <https://www.rki.de/influenza>
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 6.2.2025): [www.rki.de/Zoonotische-influenza](http://www.rki.de/Zoonotische-influenza).

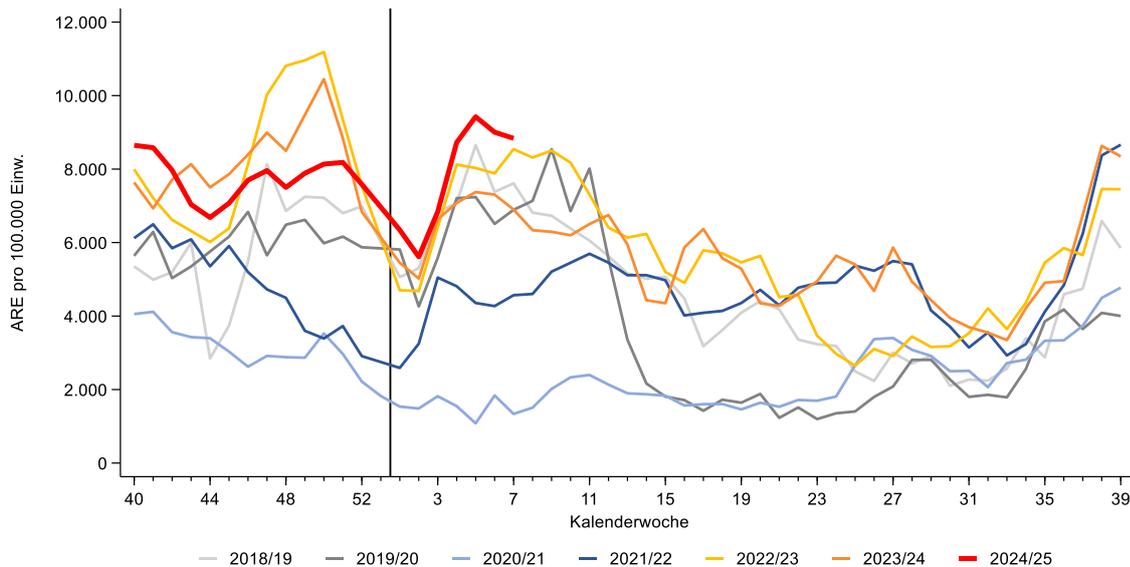
## Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

- Communicable-disease-threats-report des ECDC, mit Informationen zur Situation in Europa: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-7-2025.pdf>
- Interaktives Dashboard mit wöchentlicher Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>.

## Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

### Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

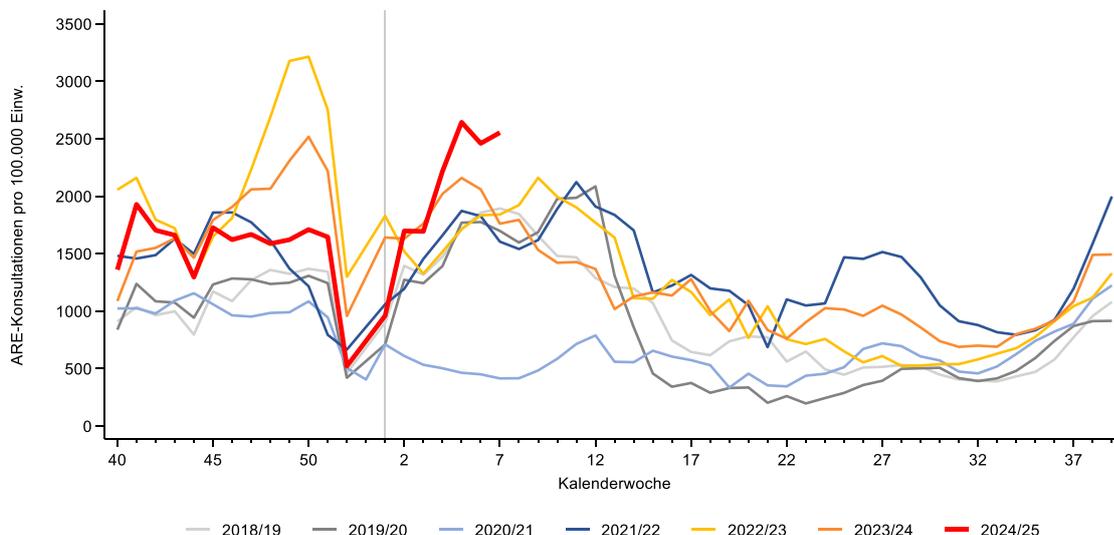
Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 7. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben und lag bei rund 8.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 9.000; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den Schulkindern und den 35- bis 59-Jährigen gesunken und in den anderen Altersgruppen gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,5 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. 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 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 7. KW 2025). 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.

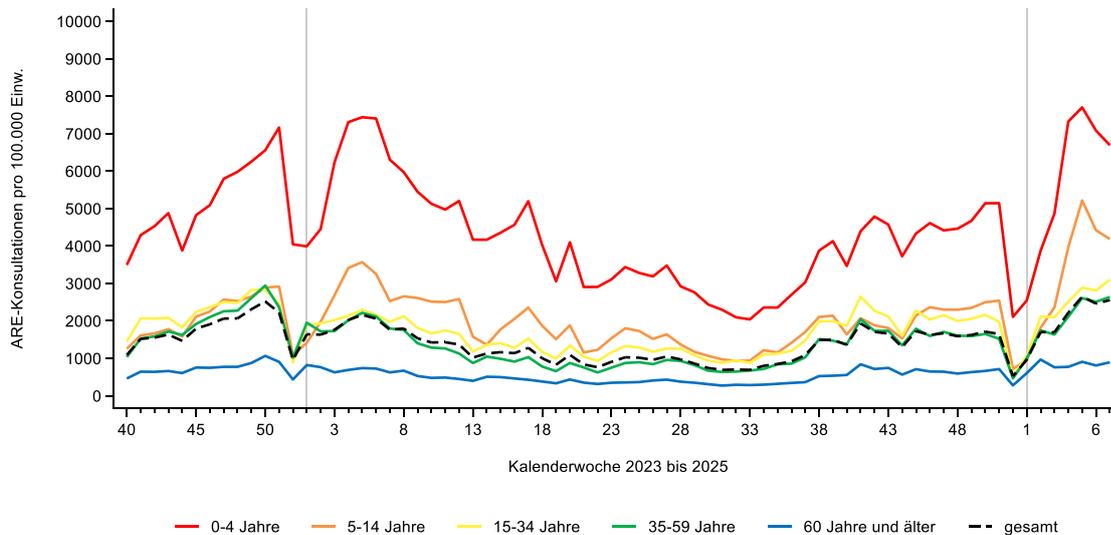
### Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 7. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben und lag bei rund 2.600 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 2.500; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 2,2 Millionen Arztbesuchen wegen akuten Atemwegserkrankungen.



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 7. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 7. KW im Vergleich zur Vorwoche in den Altersgruppen der Kinder von 0 bis 14 Jahren leicht gesunken. Bei den Erwachsenen ab 15 Jahren sind die Werte (leicht) gestiegen (Abb. 3).



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 7. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 7. KW 2025 insgesamt 252 Sentinelproben von 79 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 206 (82 %) der 252 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulieren hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (60 %; 95 %-Konfidenzintervall [53; 66]), mit Abstand gefolgt von humanen Metapneumoviren (hMPV; 9 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 7 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 6 %) und Rhinoviren (5 %). Außerdem wurden SARS-CoV-2 (3 %), Adenoviren (2 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 1 %) detektiert. Influenza C-Viren wurden in der 7. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab 28 Mehrfachinfektionen. Darunter gab es zwei Doppelinfektionen mit Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren.

**Tab. 1:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 7. KW 2025), Stand 18.2.2025.

	4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	323	333	261	252	3.552
Probenanzahl mit Virusnachweis*	269	269	205	206	2.359
Positivenrate (PR)	83 %	81 %	79 %	82 %	66 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	2	2	3	0	8
A(H3N2)	19	20	5	10	85
A(H1N1)pdm09	94	93	61	53	464
B	70	78	73	89	399
SARS-CoV-2	7	2	4	8	241
RSV	33	23	15	15	135
hMPV	15	36	30	22	171
PIV (1 – 4)	4	5	5	3	161
Rhinoviren	29	27	19	13	621
hCoV	27	28	15	18	258
Adenoviren	15	8	2	5	159
Influenza C-Viren**	0	0	0	0	2

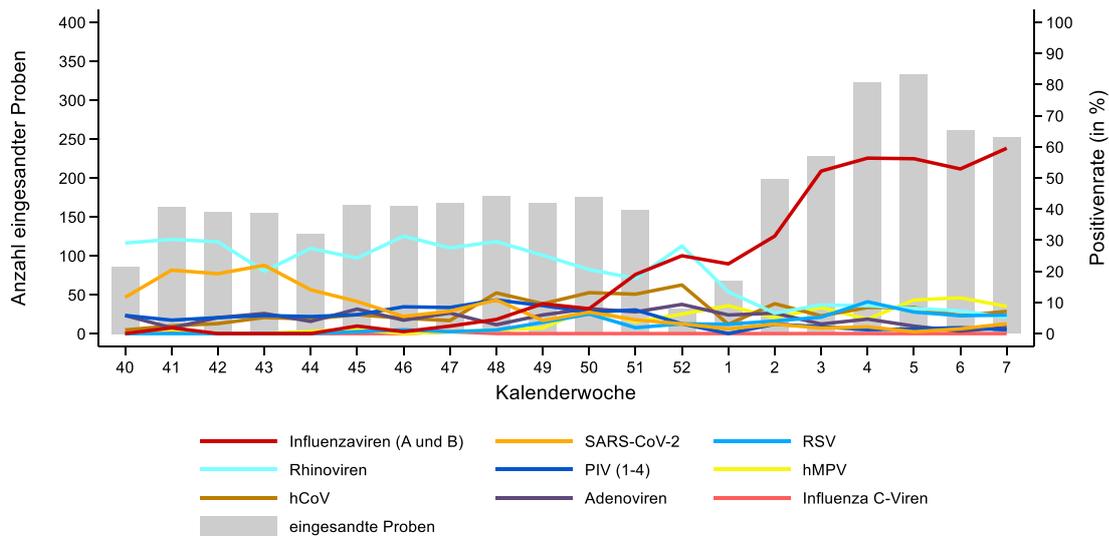
\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

\*\* Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen.

Von den 152 nachgewiesenen Influenzaviren in der 7. KW waren 89 (59 %) B-, 53 (35 %) A(H1N1)pdm09- und zehn (7 %) A(H3N2)-Viren. In der gesamten Saison 2024/25 zirkulierten bisher hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (49 %), gefolgt von Influenza B-Viren (42 %). In den letzten Wochen wurden zunehmend Influenza B-Viren detektiert; seit der 6. KW 2025 werden mehr Influenza B- als Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen. Influenza A(H3N2)-Viren wurden bisher seltener identifiziert (Tab. 1, Abb. 5). Die Influenza-Positivenrate liegt seit der 3. KW 2025 über 50 %.

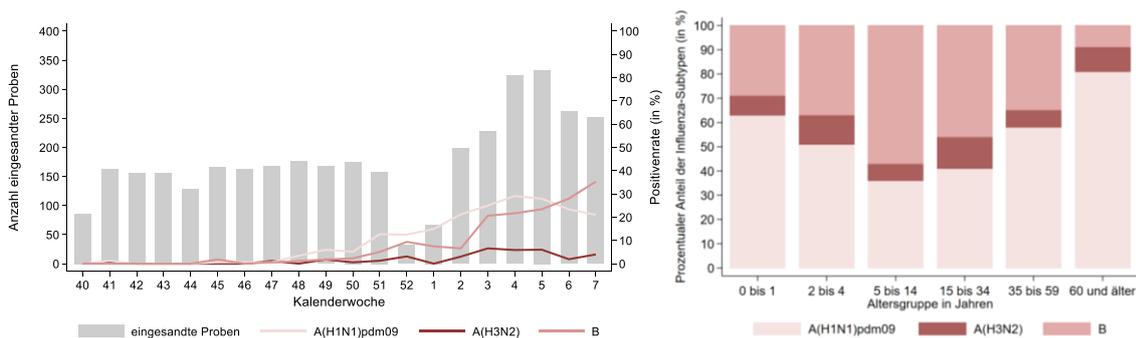
Bei den 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 7. KW bei 17 % (95 %-Konfidenzintervall [8; 30]). Insgesamt (in Bezug auf alle Altersgruppen) ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen in der Saison 2024/25 vorrangig durch RSV B (71 % bei 0- bis 4-jährigen) hervorgerufen werden.



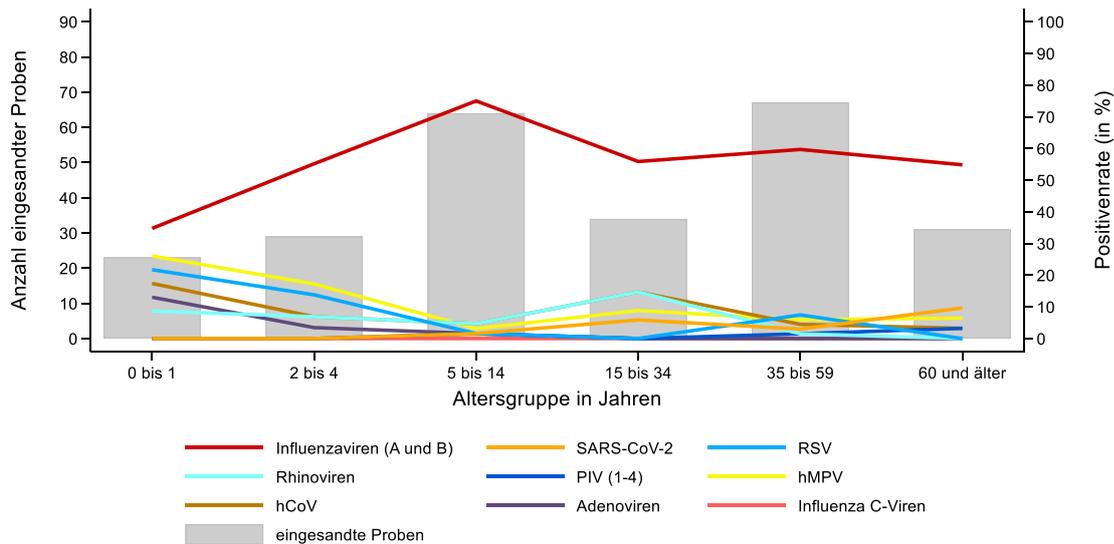
**Abb. 4:** Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 7. KW 2025.

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



**Abb. 5:** Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 7. KW 2025. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns von der 40. KW 2024 bis zur 7. KW 2025 detektiert wurden.

In der 7. KW 2025 wurden Influenzaviren in allen Altersgruppen häufig nachgewiesen, besonders hoch war die Positivenrate bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre). RSV und hMPV wurde am häufigsten bei Kindern unter 5 Jahren nachgewiesen (Abb. 6). Influenza B-Viren wurden in der gesamten Saison 2024/25 bislang überwiegend bei den 5- bis 34-jährigen nachgewiesen (Abb. 5; rechts).



**Abb. 6:** Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 7. KW 2025.

## Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinelns ( $n = 125$ ), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ( $n = 11$ ) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ( $n = 21$ ) wurden 157 Influenzaviren der Saison 2024/25 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehören 105 zum Subtyp A(H1N1)pdm09, fünf zum Subtyp A(H3N2) und 47 Viren zur B/Victoria-Linie. Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurden die Viren zu Referenzviren und entsprechenden Kladen und Subkladen zugeordnet: 104 der 105 sequenzierten A(H1N1)pdm09-Viren gehören zur Klade 5a.2a und der Subklade C.1.9. Ein A(H1N1)pdm09-Virus findet sich in der Klade 5a.2a.1 und der Subklade D. Von den 47 sequenzierten Influenzaviren der B/Victoria-Linie gehören alle zur Klade V1A.3a.2. Diese verteilen sich auf folgenden Subkladen: C.5.1 ( $n = 23$ ), C.5.6 ( $n = 18$ ), und C.5.7 ( $n = 6$ ). Alle fünf sequenzierten A(H3N2)-Viren stammen aus der Klade 2a.3a.1 und der Subklade 1.2.

Die antigenen Analysen der isolierten Viren zeigen, dass Antiseren gegen die Impfstämme mit allen zirkulierenden Influenzaviren reagieren.

Ausführlichere Informationen des NRZ zu den zirkulierenden Influenzaviren in der Saison 2024/25 sind abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen\\_2024\\_25.html](https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2024_25.html).

Diese werden während der Grippewelle alle 14 Tage aktualisiert.

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ sind abrufbar unter: [www.rki.de/nrz-influenza](http://www.rki.de/nrz-influenza).

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

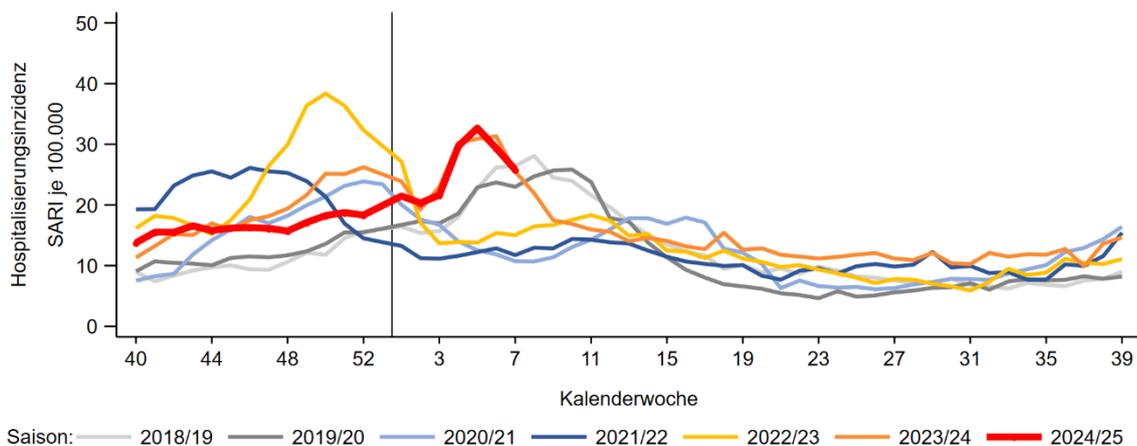
Für die 5. KW 2025 stehen aktuell 65 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 18.2.2025). Unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien wurde die rekombinante Linie XEC (inklusive ihrer Sublinien) mit einem Anteil von 55 % weiterhin am häufigsten nachgewiesen (Vorwoche: 74 %). Die Linie KP.3.1.1 folgt mit einem Anteil von 22 % (Vorwoche 14 %). Die seit 24.1.2025 von der WHO als VUM eingestufte SARS-CoV-2-Linie LP.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) wurde bis einschließlich der 5. KW 2025 neunmal in der Stichprobe detektiert. LP.8.1 wurde in Deutschland erstmals im August 2024 nachgewiesen und zeichnet sich im Vergleich zur übergeordneten Linie JN.1 durch eine Aminosäuredeletion und acht zusätzliche Aminosäureaustausche im S-Protein aus (Deletion: S31, Aminosäureaustausche F186L, R190S, R346T, V445R, F456L, Q493E, K1086R, V1104L).

Derzeit zirkulieren in Deutschland verschiedene SARS-CoV-2-Linien, die sich von der als VOI eingestuften Variante JN.1 ableiten. Die WHO<sup>12</sup> stuft in ihren aktuellen Bewertungen das von den derzeit als VOI oder VUM klassifizierten SARS-CoV-2-Linien ausgehende Risiko für die öffentliche Gesundheit als gering ein.

Aufgrund von Nachmeldungen kommt es regelmäßig zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume. Die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten sowie Informationen und detaillierte Darstellungen zu den Varianten sind im Dashboard abrufbar unter: [https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS\\_Dashboard/DashboardVOC](https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC).

## Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 7. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gesunken. Die SARI-Inzidenz lag in der 7. KW 2025 auf einem hohen Niveau (im Vergleich zu durchschnittlichen Jahresverläufen), ähnlich zu den Werten des Vorjahres zu dieser Zeit (Abb. 7).

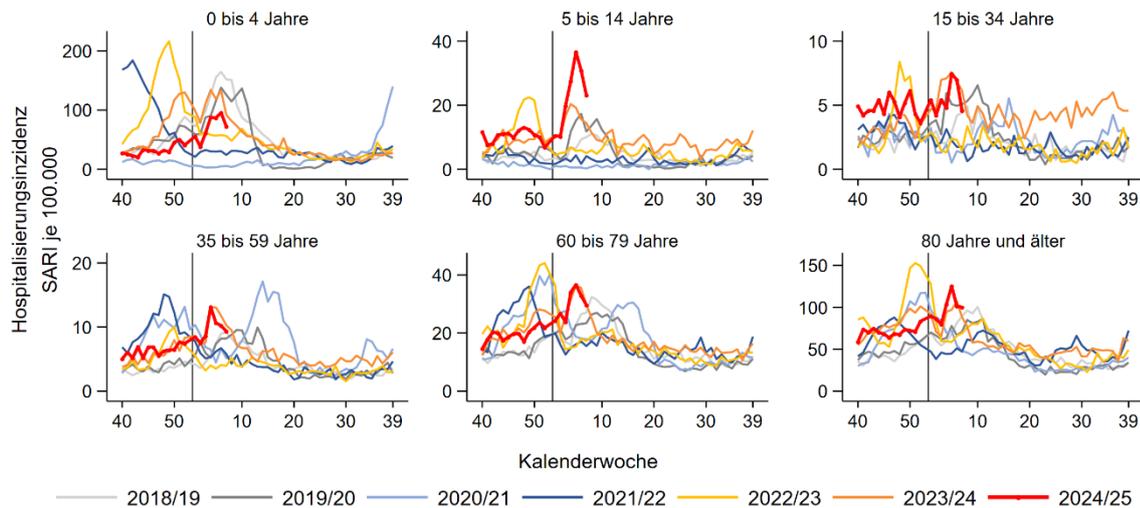


**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 7. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 7. KW 2025 in den meisten Altersgruppen gesunken, in der Altersgruppe ab 80 Jahren sind die Fallzahlen stabil geblieben. In der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) lag die SARI-Inzidenz in der 7. KW 2025 trotz des Rückgangs auf einem sehr hohen Niveau, vergleichbar zu den Höchstwerten aus den beiden Vorsaisons (Abb. 8). In den Altersgruppen ab 35 Jahre befanden sich die Fallzahlen in der 7. KW auf einem hohen Niveau (im Vergleich zu durchschnittlichen Jahresverläufen), vergleichbar zu den Werten des Vorjahres um diese Zeit. Bei Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) blieb die SARI-Inzidenz bisher unter den Werten des Vorjahres.

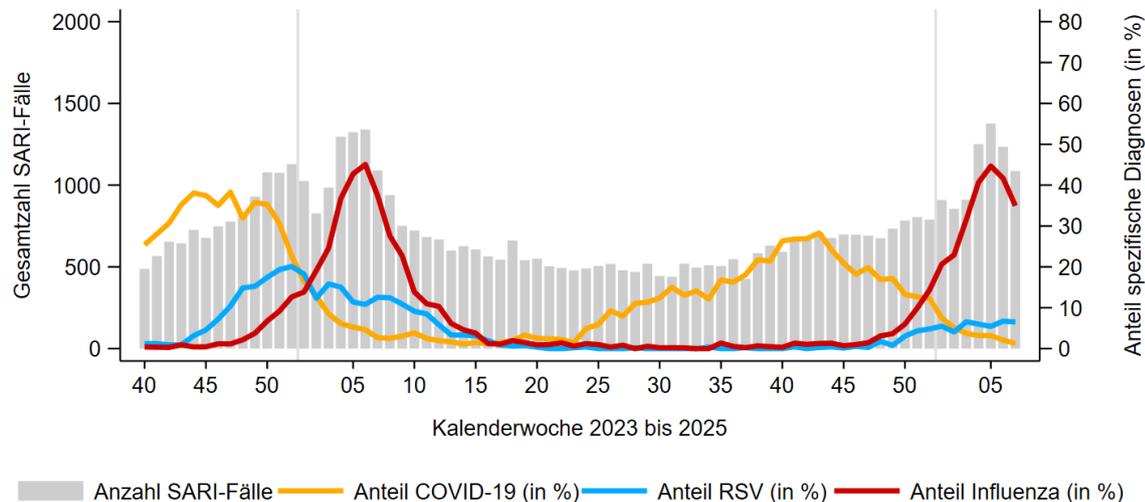
<sup>1</sup> [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/09122024\\_xec\\_ire.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/09122024_xec_ire.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-lp81>



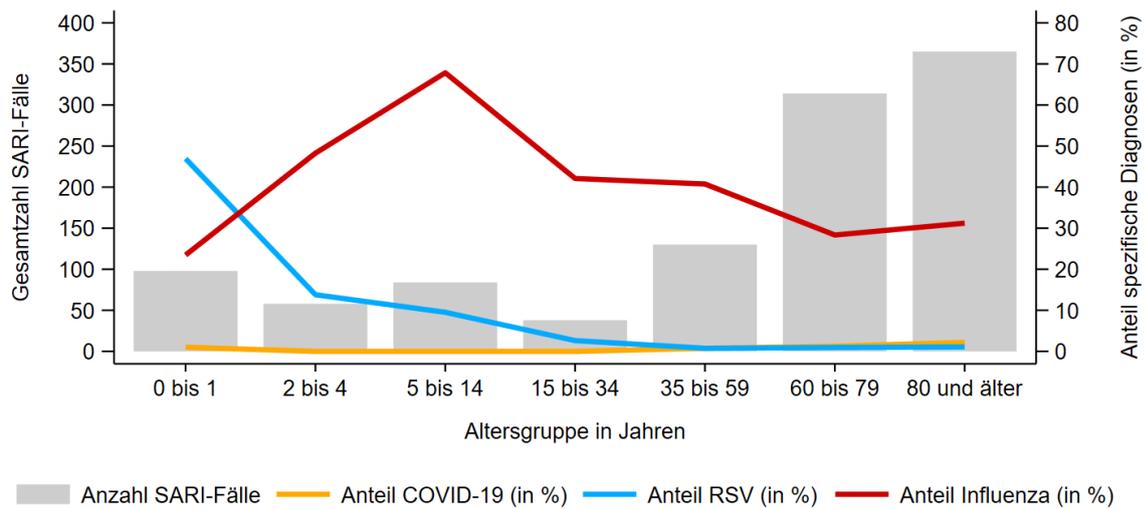
**Abb. 8:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 7. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen geht seit zwei Wochen zurück. In der 7. KW 2025 erhielten 35 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose (Vorwoche: 42 %). RSV-Diagnosen wurden seit dem Jahreswechsel etwas häufiger vergeben, jedoch kam es bisher zu keinem deutlichen Anstieg. In der 7. KW 2025 lag der Anteil der RSV-Diagnosen bei 7 % (Vorwoche: 7 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag auf niedrigem Niveau bei 2 % (Vorwoche: 3 %; Abb. 9).



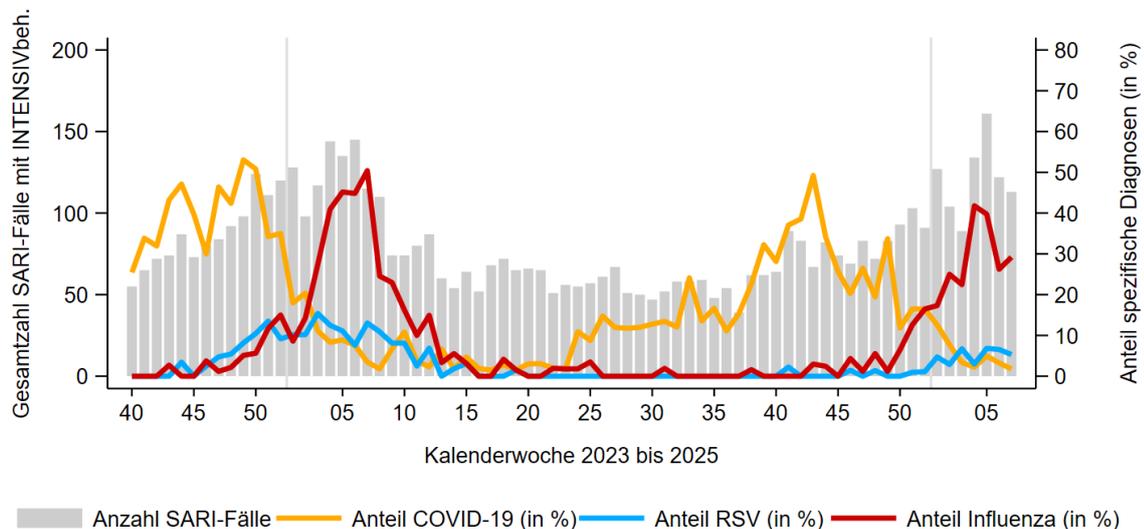
**Abb. 9:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 7. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 66 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

Influenza-Diagnosen wurden in der 7. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen vergeben mit Anteilen zwischen 23 % und 68 %. Besonders betroffen waren hierbei Schulkinder (5 bis 14 Jahre), hier erhielten zwei von drei SARI-Patienten eine Influenza-Diagnose. RSV-Erkrankungen wurden bei etwa jedem zweiten Säugling unter 2 Jahren diagnostiziert (47 %), es waren jedoch auch Kleinkinder (2 bis 4 Jahre) und Schulkinder (5 bis 14 Jahre) betroffen. COVID-19-Diagnosen wurden in der 7. KW 2025 gelegentlich bei SARI-Patientinnen und -Patienten vergeben, der Anteil lag in allen Altersgruppen unter 5 % (Abb. 10).



**Abb. 10:** Anzahl der in der 7. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Seit dem Jahresbeginn 2025 wurden vorwiegend Influenza-Diagnosen bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten vergeben. In der 7. KW 2025 wurde bei 29 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, bei 5 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle wurde eine RSV-Diagnose vergeben und bei 2 % eine COVID-19-Diagnose (Abb. 11).



**Abb. 11:** 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 2023 bis zur 7. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 66 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)

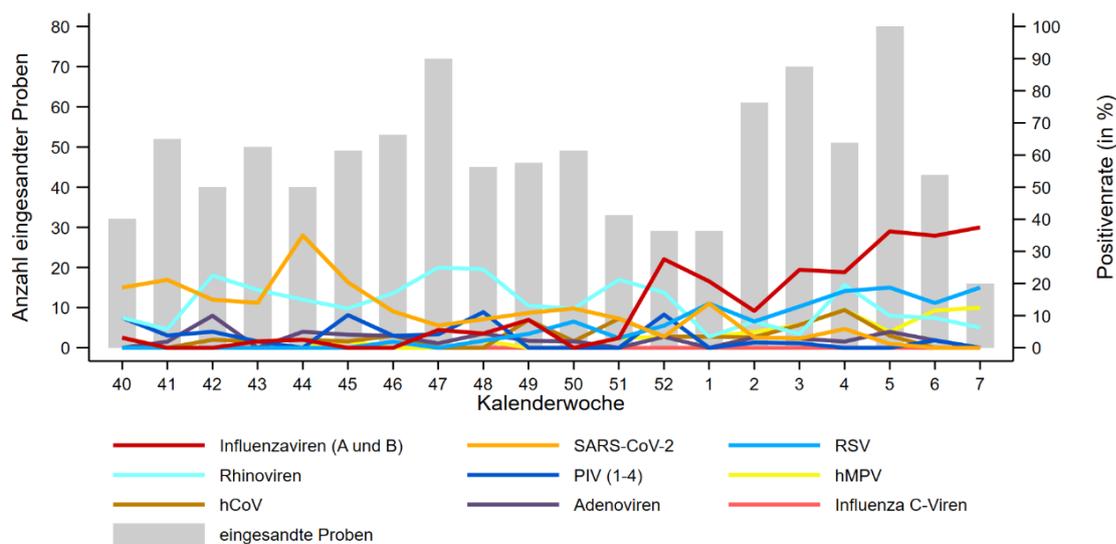
Die Berichterstattung zur virologischen SARI-Sentinel-Surveillance umfasst 15 Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren. Dem NRZ wurden in der 7. KW 2025 16 Sentinelproben aus vier der 15 teilnehmenden Kliniken zugesandt. In elf (69 %) der 16 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). In der 7. KW 2025 wurden Influenza A- und B-Viren (38 %), RSV (19 %), hMPV (13 %) sowie Rhinoviren (6 %) detektiert (Abb. 12). Es lag eine Doppelinfektion mit RSV und Rhinoviren vor. Der Anteil der Influenza A(H1N1)pdm09-Viren an allen Influenzavirusnachweisen seit der 40. KW 2024 ist mit 69 % höher als im ambulanten Bereich (49 % Influenza A(H1N1)pdm09-Viren seit der 40. KW) und der Anteil der Influenza B-Viren ist mit 19 % niedriger als im ambulanten Bereich (42 % Influenza B-Viren).

**Tab. 2:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 7. KW 2025), Stand 18.2.2025.

		4. KW	5. KW	6. KW	7. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben		51	80	43	16	940
Probenanzahl mit Virusnachweis*		36	56	29	11	465
	Positivenrate (PR)	71 %	70 %	67 %	69 %	49 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	1	0	1	0	4
	A(H3N2)	1	3	2	0	11
	A(H1N1)pdm09	8	21	7	4	79
	B	3	5	5	2	22
SARS-CoV-2		3	1	0	0	96
RSV		9	15	6	3	62
hMPV		6	4	5	2	31
PIV (1 – 4)		0	0	1	0	29
Rhinoviren		10	8	4	1	130
hCoV		6	3	0	0	33
Adenoviren		1	4	1	0	27
Influenza C-Viren**		0	0	0	0	0

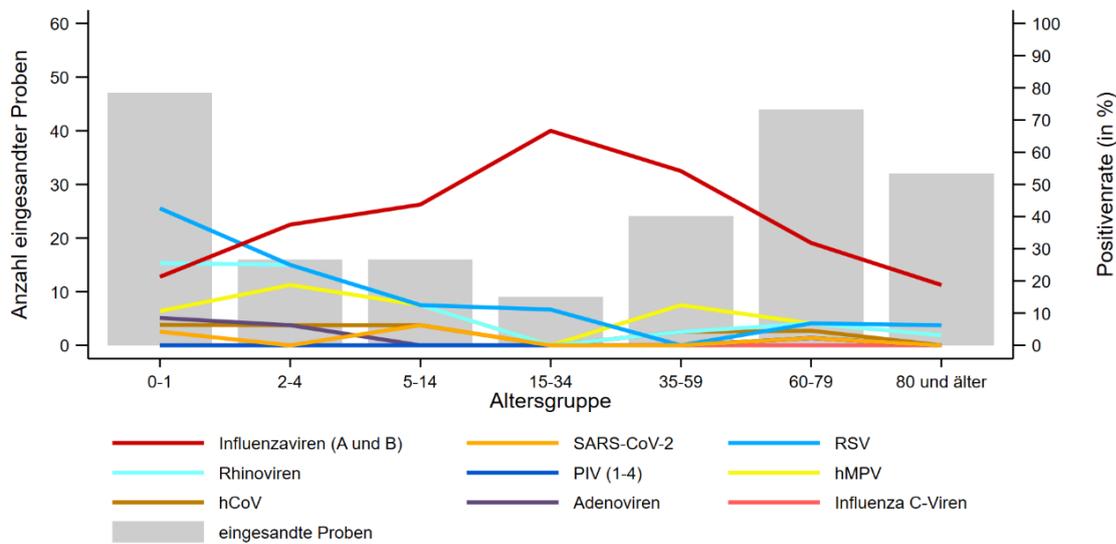
\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

\*\* Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen



**Abb. 12:** Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 7. KW 2025.

Von der 4. KW bis 7. KW 2025 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. RSV wurden überwiegend bei Kindern unter 5 Jahren nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurden noch vereinzelt bei Kindern unter 15 Jahren sowie bei Erwachsenen ab 60 Jahren nachgewiesen. Zudem wurden in allen Altersgruppen vereinzelt weitere Viren des Erregerpanels nachgewiesen (Abb. 13).



**Abb. 13:** Anteil (Positivraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (4. KW bis 7. KW 2025).

## Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 7. MW 2025 wurden bislang insgesamt 46.729 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 46.569 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 7. MW im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben, jedoch nahm der Anteil der übermittelten Fälle mit Influenza B weiter zu. Bei 6.336 (14 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 18.2.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 221.512 Fälle übermittelt. Davon entfallen 220.230 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 37.540 (17 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 628 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 89 % 60 Jahre oder älter.

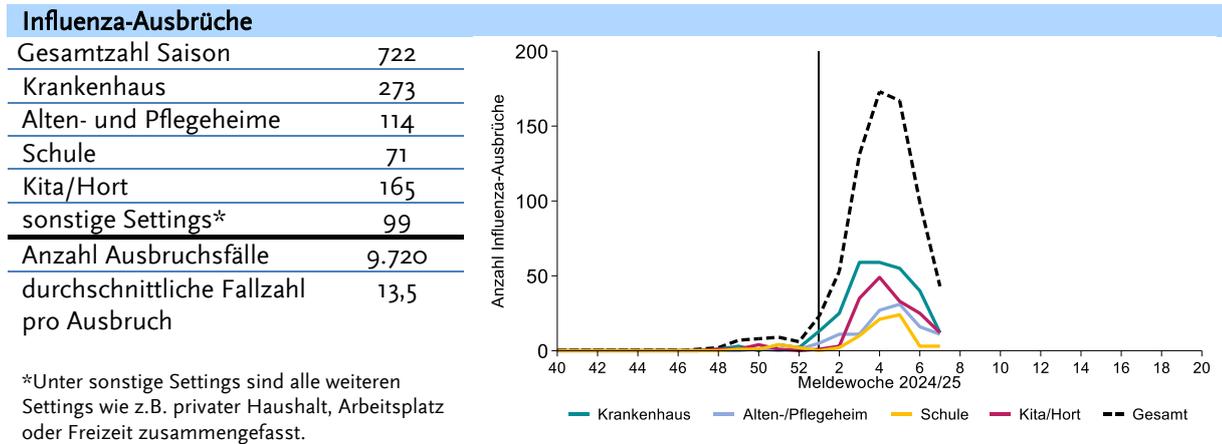
Bisher wurden insgesamt 722 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 43 Ausbrüche in der 7. MW 2025 übermittelt (Tab. 4).

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

	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	8.667	12.552	22.418	30.656	26.059	24.649	138.556
A(H1N1)pdm09	221	280	500	599	527	417	2.870
A(H3N2)	10	24	45	48	43	25	223
nicht nach A / B differenziert	253	378	591	877	827	808	4.349
B	2.359	3.825	8.483	16.094	18.524	20.670	74.232
<b>Gesamt</b>	<b>11.510</b>	<b>17.059</b>	<b>32.037</b>	<b>48.274</b>	<b>45.980</b>	<b>46.569</b>	<b>220.230</b>
Hospitalisierte Fälle	2.526	3.344	5.648	7.998	7.024	6.336	37.540

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

**Tab. 4:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenza-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2024/25. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.



### COVID-19

Für die 7. MW 2025 wurden bislang 1.904 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt (Tab. 5). Bei 599 (31 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 18.2.2025). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 129.916 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 48.742 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.249 Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

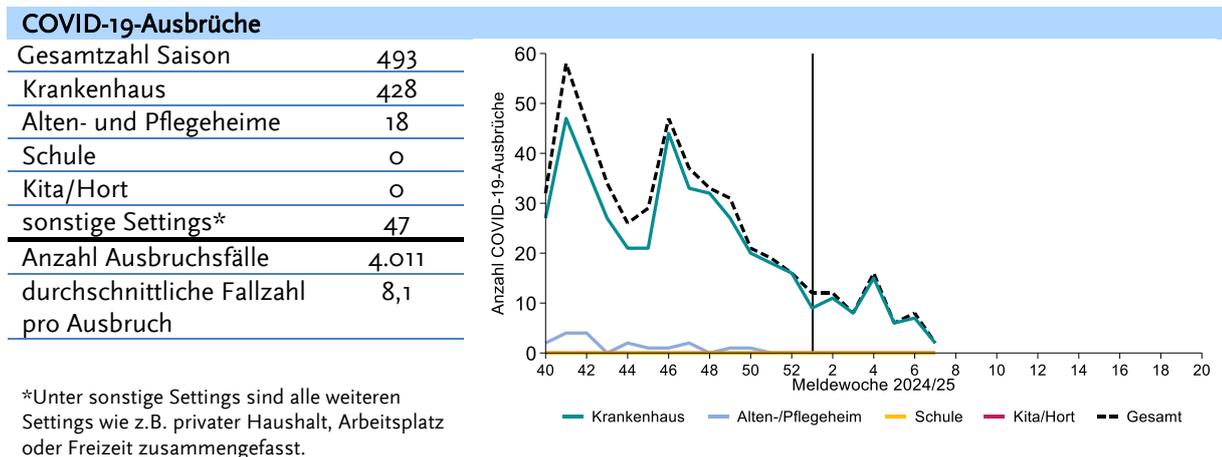
Bisher wurden insgesamt 493 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden zwei Ausbrüche in der 7. MW 2025 übermittelt (Tab. 6).

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

	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	3.573	2.849	2.904	2.898	2.219	1.904	129.916
Hospitalisierte Fälle	1.434	1.107	1.027	1.030	717	599	48.742

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

**Tab. 6:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2024/25. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition berücksichtigt (laborbestätigte Fälle). Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.



## RSV-Infektionen

Für die 7. MW 2025 wurden bislang insgesamt 4.964 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 4.891 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Bei 941 (19 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für 7. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 18.2.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 24.646 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 24.273 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 5.919 (24 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 53 Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 93 % 60 Jahre oder älter.

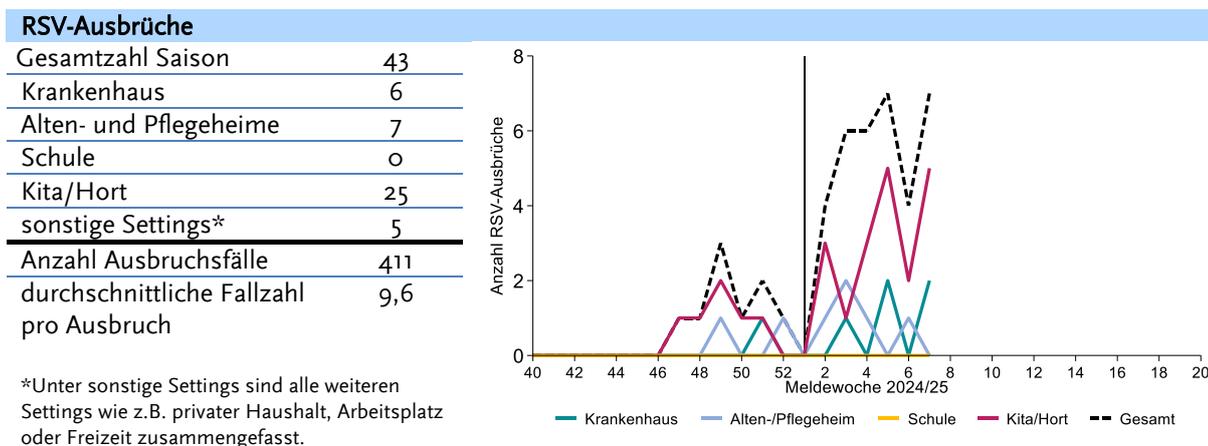
Bisher wurden insgesamt 43 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden sieben Ausbrüche in der 7. MW 2025 übermittelt (Tab. 8).

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

	2. MW	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	1.476	1.851	3.015	3.901	4.320	4.891	24.273
Hospitalisierte Fälle	439	473	708	929	958	941	5.919

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

**Tab. 8:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2024/25. 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.

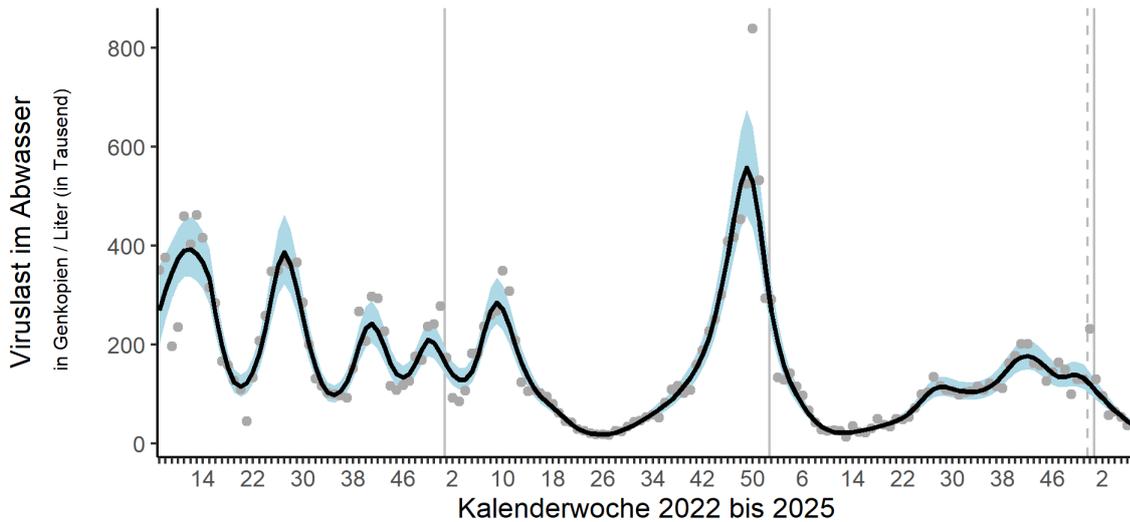


## Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

Im Jahr 2025 sollen bis zu 70 Kläranlagen auf SARS-CoV-2, Influenzaviren und Respiratorische Synzytialviren (RSV) beprobt werden.

### SARS-CoV-2

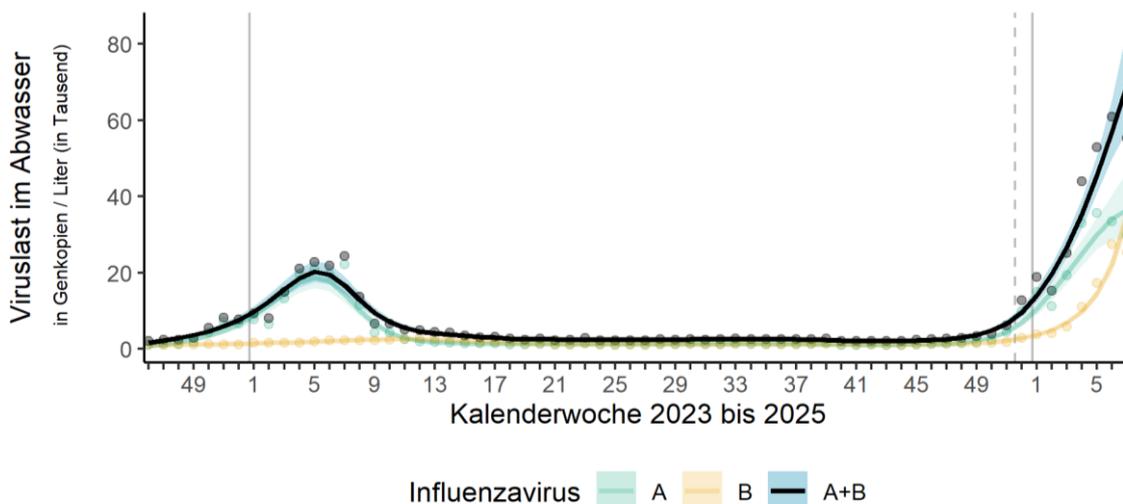
Für die 7. KW lagen Daten aus 55 Kläranlagen vor. In den letzten Monaten war ein kontinuierlicher Rückgang der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser zu erkennen (Abb. 14). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnern nachmelden.



**Abb. 14:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.2.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (12.2.2025, 7. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert. Senkrechte Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einem starken Rückgang an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

### Influenzaviren

Für die 7. KW lagen Daten aus 55 Kläranlagen vor. Die Werte der Influenza A- und B-Viruslast im Abwasser stiegen in den letzten Wochen deutlich an, mit höheren Werten für Influenza A-Viren gegenüber Influenza B-Viren. Der Anstieg hat sich für die 7. KW nicht fortgesetzt (Abb. 15). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

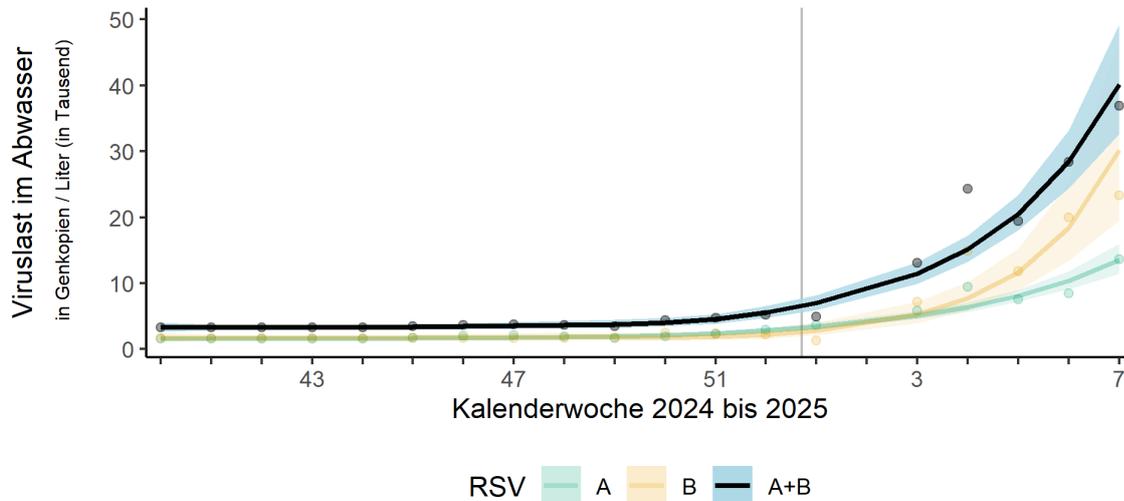


**Abb. 15:** Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.2.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (12.2.2025, 7. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Kläranlagen werden nachgeliefert. Senkrechte Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einem starken Rückgang an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

### RSV

Seit der 7. KW 2025 wird auch über Daten zur Viruslast von RSV im Abwasser berichtet. Für die 7. KW lagen Daten aus 25 Kläranlagen vor. Die Werte der RSV-Last im Abwasser stiegen in den letzten

Wochen an, die Werte für RSV B stärker als für RSV A (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.



**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 punktwweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.2.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (12.2.2025, 7. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Kläranlagen werden nachgeliefert. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

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>.

Die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 7 und Abb. 8 im ARE-Wochenbericht) werden 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](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>.

In den drei Sentinelsystemen werden ab dieser Berichtswoche die aktualisierten Bevölkerungszahlen bis zum Jahr 2023 für die Berechnung der Inzidenzen genutzt, sodass sich in allen drei Systemen rückwirkend in einzelnen Kalenderwochen leichte Änderungen in den berechneten Werten ergeben.

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

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: [https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS\\_Dashboard/DashboardVOC](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 und zu RSV A und B werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt: [https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance\\_AMELAG](https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance_AMELAG) bzw. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10782701>.

Informationen zum Impfgesehen in Deutschland, nun 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:

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Gvaladze T, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Hackmann C, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Haas W

### Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 7/2025 | DOI: 10.25646/13017