

# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
8. Kalenderwoche (17.2. bis 23.2.2025)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist insgesamt leicht rückläufig, bleibt aber weiterhin auf hohem Niveau. Wie in den Vorwochen dominiert die starke Zirkulation der Influenzaviren das gesamte ARE-Geschehen. In der 8. KW wurden überwiegend Influenza B-Viren nachgewiesen. Influenzaerkrankungen werden in allen Altersgruppen verzeichnet. Bei schwer verlaufenden Erkrankungen unter älteren Patientinnen und Patienten wurden am häufigsten Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen. Personen können das Risiko einer Influenzainfektion 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 8. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Auch im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 8. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 8. KW 2025 in insgesamt 228 der 265 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (55 %). Von den 152 nachgewiesenen Influenzaviren waren 91 (60 %) B-, 51 (34 %) Influenza A(H1N1)pdm09- und neun (6 %) A(H3N2)-Viren. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in 9 % der Proben nachgewiesen und SARS-CoV-2 in 1 %.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen vorrangig durch RSV B (61 % bei den 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 8. 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 8. KW insgesamt bei 34 %. RSV wurden bei 8 % und COVID-19 bei 1 % der Fälle diagnostiziert.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 8. KW 2025 in 21 der 29 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (35 %), Rhinoviren (14 %), SARS-CoV-2, RSV und Adenoviren (je 10 %).

In der 8. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle leicht gesunken und die der RSV-Fälle leicht gestiegen.

Im Abwassermonitoring stieg die Viruslast von Influenza A- und B-Viren seit dem Jahreswechsel deutlich an. Die Viruslast von RSV im Abwasser stieg in den letzten Wochen ebenfalls an.

## Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- Alle Personen können, unabhängig vom Impfstatus, 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.
- Informationen zu Erkrankungen durch saisonale Influenzaviren im RKI-Ratgeber: [https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Ratgeber\\_Influenza\\_saisonal.html](https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Ratgeber_Influenza_saisonal.html) (Stand 19.2.2025)
- RKI-Seiten zu Influenza: <https://www.rki.de/influenza>
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 11.2.2025): [www.rki.de/Zoonotische-influenza](http://www.rki.de/Zoonotische-influenza).

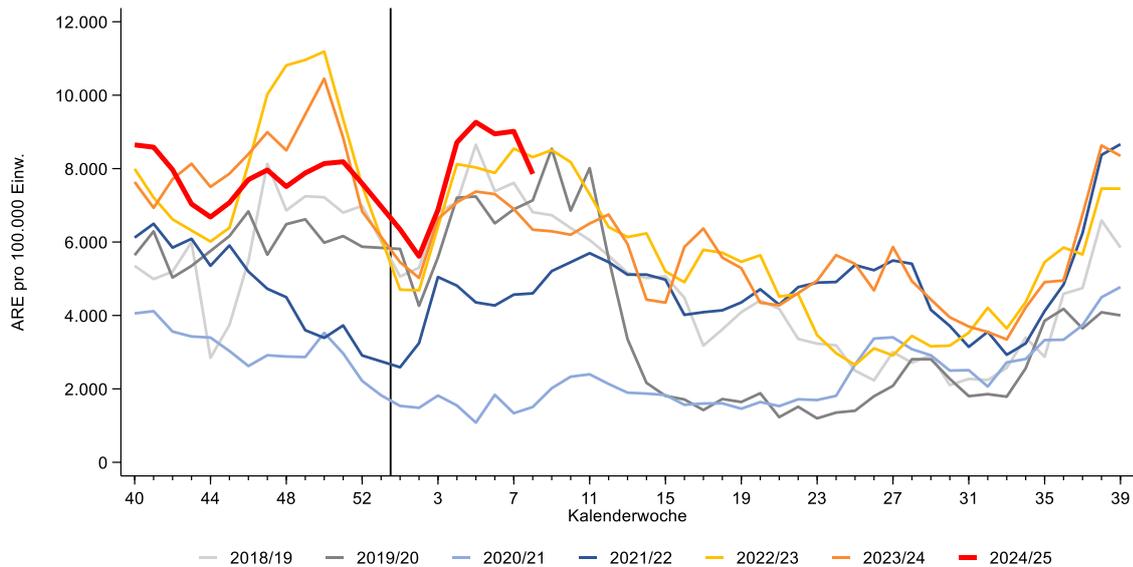
## Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

- Rapid communication (20.2.2025) zur vorläufigen Schätzung der Influenza-Impfeffektivität in Europa 9/2024 bis 1/2025: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.7.2500102>.
- Interaktives Dashboard mit wöchentlicher Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>.

## Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

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

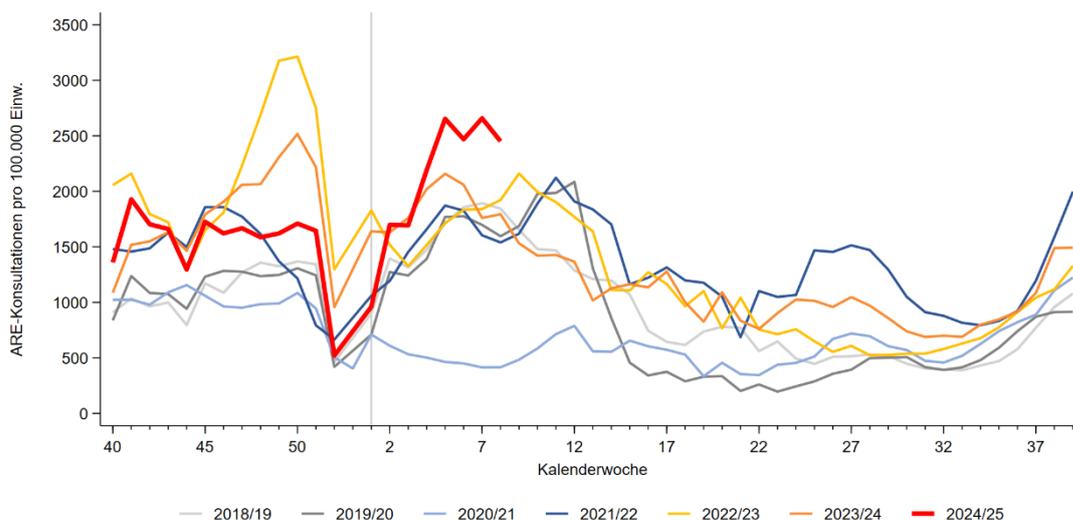
Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 8. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag bei rund 7.900 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 9.000; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den Schulkindern und den ab 60-jährigen stabil geblieben und in den anderen Altersgruppen gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,7 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 8. 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.

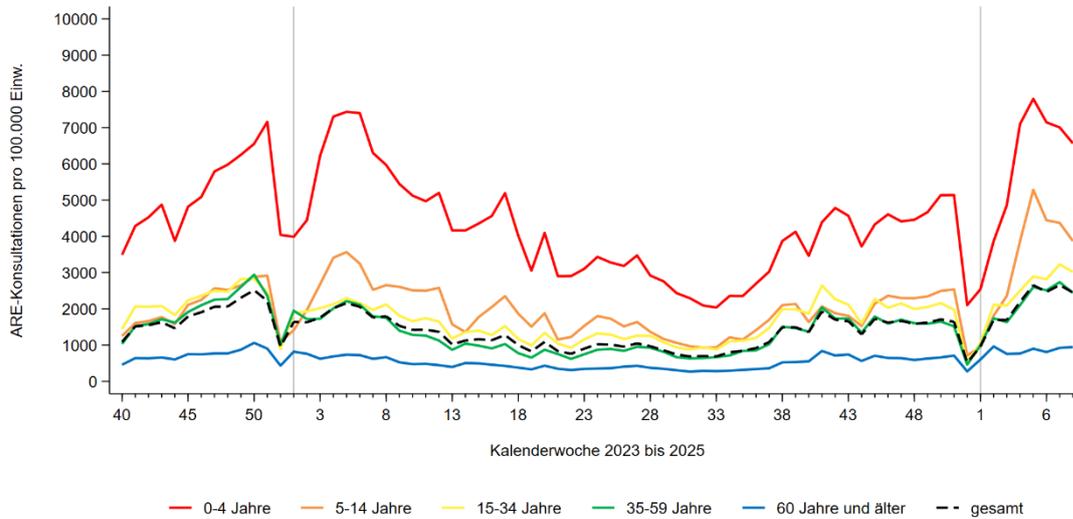
### Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 8. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag bei rund 2.500 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 2.700; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 2,1 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 8. 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 8. KW im Vergleich zur Vorwoche in fast allen Altersgruppen gesunken, bei den ab 60-jährigen sind die Werte stabil geblieben (Abb. 3).



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 8. 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 8. KW 2025 insgesamt 265 Sentinelproben von 80 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 228 (86 %) der 265 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulieren hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (55 %; 95 %-Konfidenzintervall [49; 62]), mit Abstand gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), humanen Metapneumoviren (hMPV) und Rhinoviren mit jeweils 10 % sowie Respiratorischen Synzytialviren (RSV) mit 9 %. Außerdem wurden Adenoviren (3 %), SARS-CoV-2 (1 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 1 %) detektiert. Influenza C-Viren wurden in der 8. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab 37 Mehrfachinfektionen, darunter fünf 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 8. KW 2025), Stand 25.2.2025.

	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	334	262	269	265	3.836
Probenanzahl mit Virusnachweis*	270	206	222	228	2.605
Positivenrate (PR)	81 %	79 %	83 %	86 %	68 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	2	3	0	1	9
A(H3N2)	20	5	10	9	94
A(H1N1)pdm09	93	61	57	51	519
B	79	74	96	91	499
SARS-CoV-2	2	4	8	3	244
RSV	23	15	20	24	164
hMPV	36	30	22	26	197
PIV (1 – 4)	5	5	3	3	164
Rhinoviren	27	19	18	27	653
hCoV	28	15	18	26	284
Adenoviren	8	2	6	8	168
Influenza C-Viren**	0	0	0	0	2

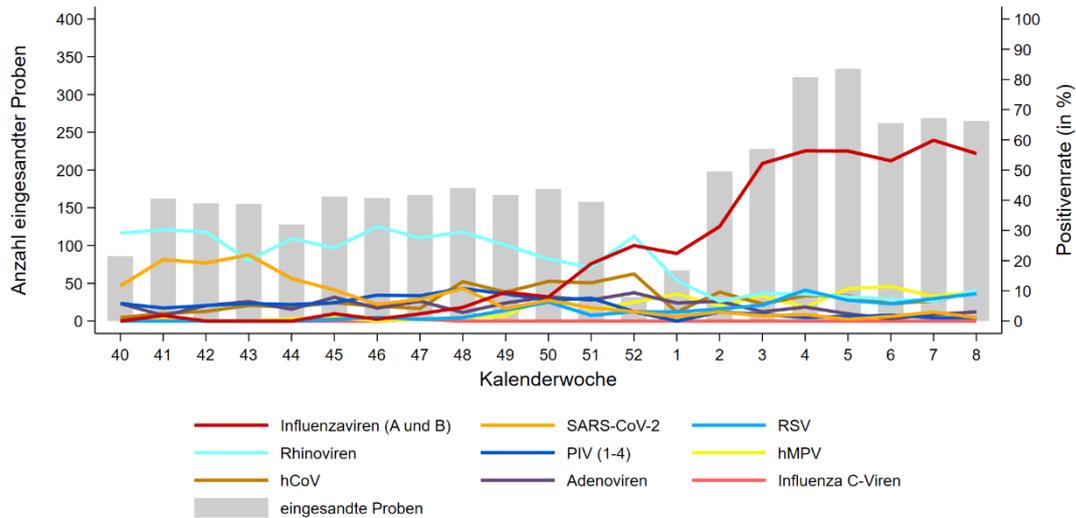
\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

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

Von den 152 nachgewiesenen Influenzaviren in der 8. KW waren 91 (60 %) B-, 51 (34 %) A(H1N1)pdm09- und neun (6 %) A(H3N2)-Viren. In der gesamten Saison 2024/25 wurden bisher Influenza A(H1N1)pdm09-Viren und Influenza B-Viren gleich häufig identifiziert (46 % bzw. 45 %). 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 %.

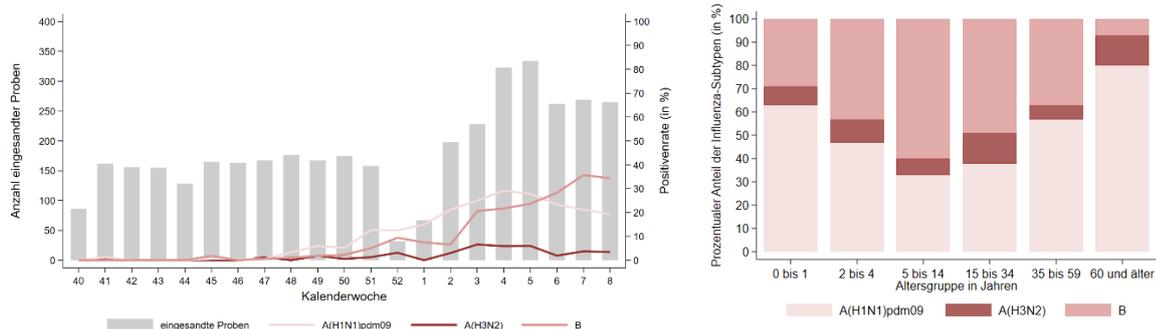
Bei den 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 8. KW bei 20 % (95 %-Konfidenzintervall [11; 32]). Insgesamt (in Bezug auf alle Altersgruppen) ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen in der Saison 2024/25 vorrangig durch RSV B (61 % bei 0- bis 4-jährigen) hervorgerufen werden.



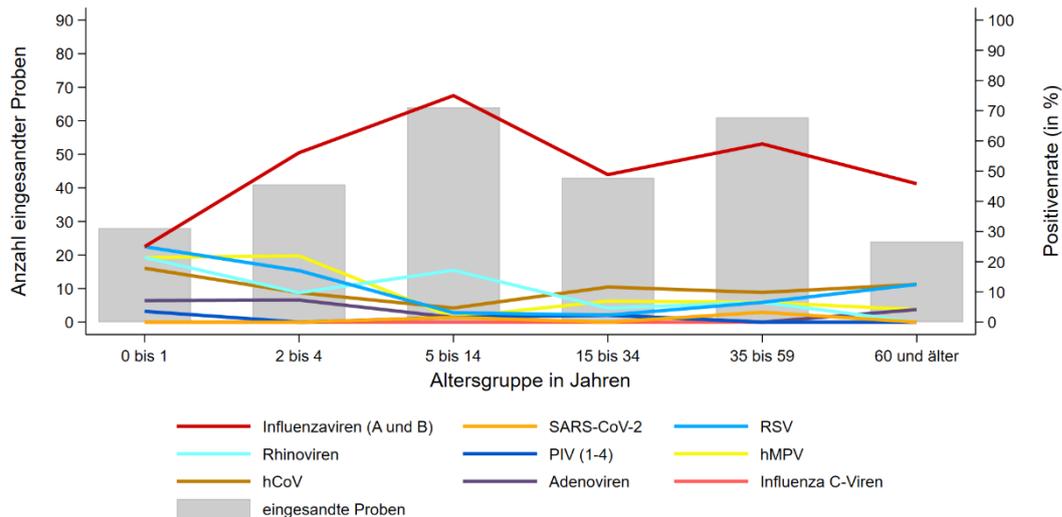
**Abb. 4:** Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 8. KW 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-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 8. 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-Sentinals von der 40. KW 2024 bis zur 8. KW 2025 detektiert wurden.

In der 8. KW 2025 wurden Influenzaviren in allen Altersgruppen häufig nachgewiesen, besonders hoch war die Positivenrate weiterhin 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 (Positivitäten; 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 8. KW 2025.

### Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinelns ( $n = 155$ ), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ( $n = 13$ ) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ( $n = 14$ ) wurden 182 Influenzaviren der Saison 2024/25 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehören 132 zum Subtyp A(H1N1)pdm09, 21 zum Subtyp A(H3N2) und 29 Viren zur B/Victoria-Linie. Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurden die Viren zu Referenzviren und entsprechenden Kladen und Subkladen zugeordnet: 129 der 132 sequenzierten A(H1N1)pdm09-Viren gehören zur Klade 5a.2a und der Subklade C.1.9. Drei A(H1N1)pdm09-Viren finden sich in der Klade 5a.2a.1 und der Subklade D. Von den 29 sequenzierten Influenzaviren der B/Victoria-Linie gehören alle zur Klade V1A.3a.2. Diese verteilen sich auf folgenden Subkladen: C.5.6 ( $n = 14$ ), C.5.1 ( $n = 10$ ) und C.5.7 ( $n = 5$ ). Alle 21 sequenzierten A(H3N2)-Viren stammen aus der Klade 2a.3a.1. Diese verteilen sich wie folgt: Subklade J.2 ( $n = 10$ ) und J.2.2 ( $n = 6$ ).

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)

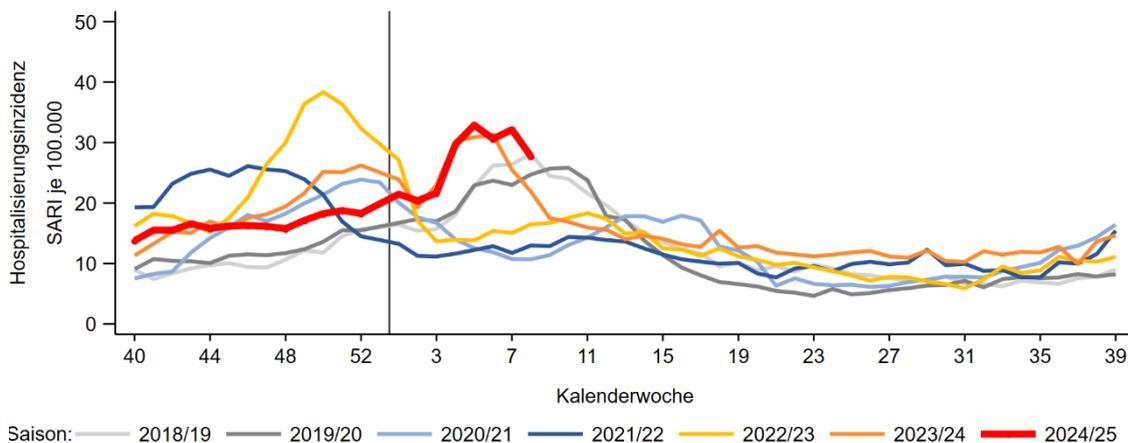
Für die 6. KW 2025 stehen aktuell 65 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 25.2.2025). Unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien wurde die rekombinante Linie XEC (inklusive ihrer Sublinien) mit einem Anteil von 58 % weiterhin am häufigsten nachgewiesen (Vorwoche: 56 %). Die Linie KP.3.1.1 folgt mit einem Anteil von 17 % (Vorwoche: 20 %). Die seit 24.1.2025 von der WHO als VUM eingestufte SARS-CoV-2-Linie LP.8.1 wird weltweit mit steigendem Anteil nachgewiesen. In Deutschland wurde LP.8.1 (inklusive ihrer Sublinien), nach dem ersten Nachweis im August 2024, bis einschließlich der 6. KW 2025 elfmal in der Stichprobe detektiert. Im Vergleich zur übergeordneten Linie JN.1 zeichnet sie sich durch eine Aminosäuredeletion und acht zusätzliche Aminosäureaustausche im S-Protein aus. Diese Veränderungen der Genomsequenz können zu einer erhöhten Bindung an den humanen Wirtszellrezeptor ACE2 und damit zu einer leichteren Übertragbarkeit der Variante beitragen.

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 8. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Die SARI-Inzidenz lag in der 8. KW 2025 auf einem hohen Niveau (im Vergleich zu durchschnittlichen Jahresverläufen), über den Werten des Vorjahres zu dieser Zeit (Abb. 7).

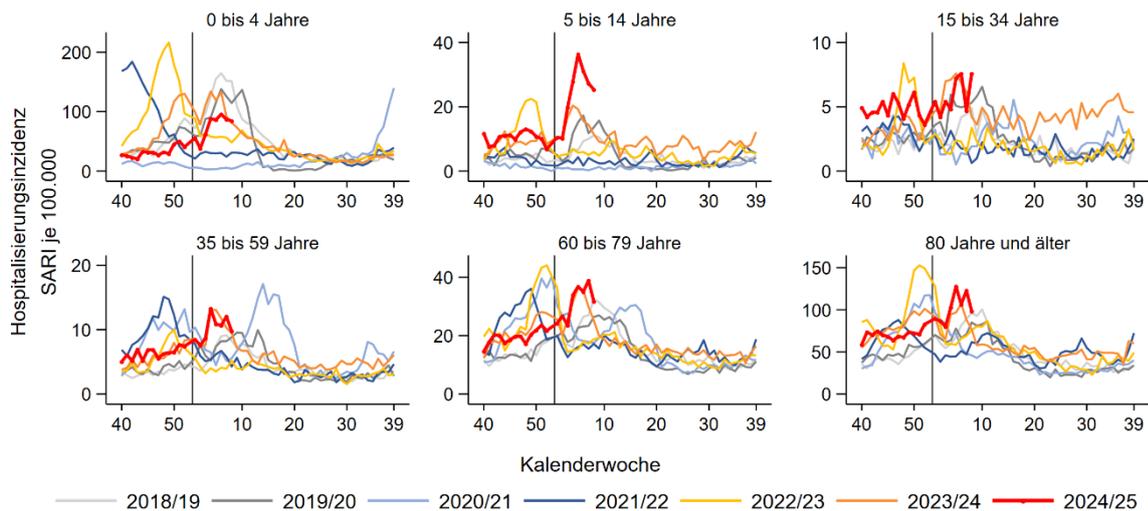


**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 8. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 8. KW 2025 in der Altersgruppe der Kleinkinder (0 bis 4 Jahre) stabil geblieben und blieb bisher unter den Höchstwerten des Vorjahres. In der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) ist die Inzidenz leicht gesunken, lag jedoch weiterhin auf einem sehr hohen Niveau deutlich über den Werten aus den beiden Vorsaisons (Abb. 8). Nach dem deutlichen Rückgang in der Vorwoche sind die SARI-Fallzahlen bei den 15- bis 34-Jährigen in der 8. KW wieder stark gestiegen und lagen auf einem hohen Niveau. In den Altersgruppen ab 35 Jahren gingen die Fallzahlen zurück und lagen etwas über den Werten des Vorjahres um diese Zeit.

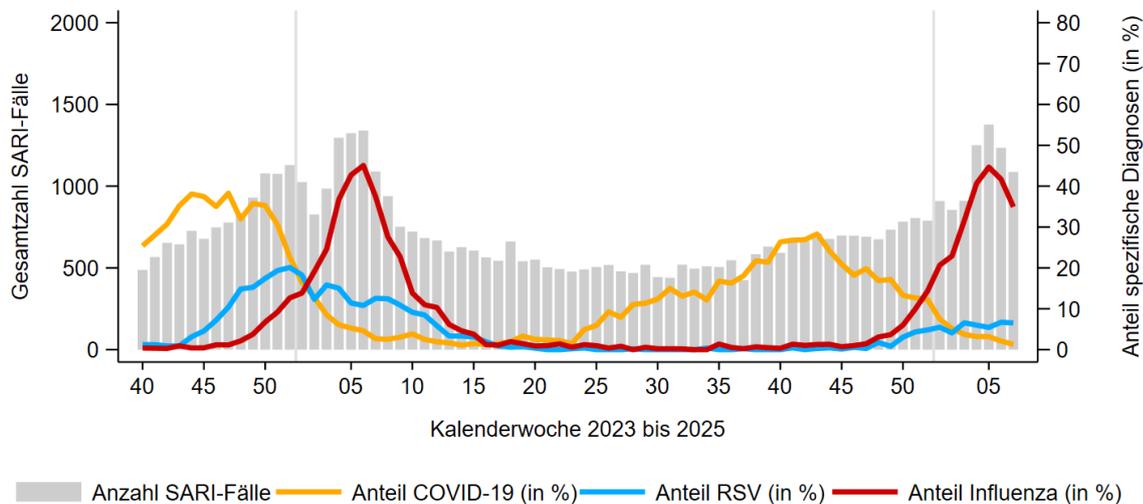
<sup>1</sup> [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/09122024\\_xec\\_ire.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/09122024_xec_ire.pdf)

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



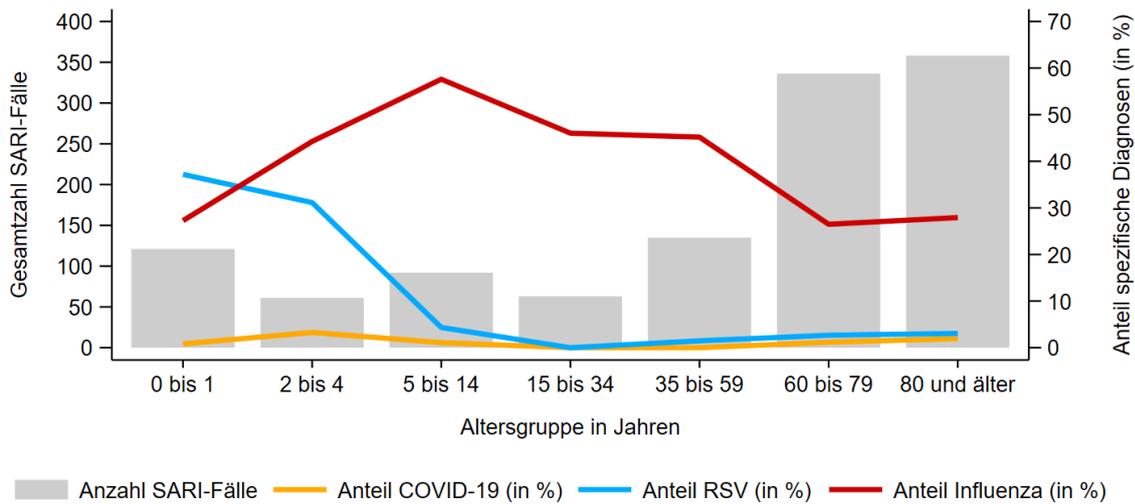
**Abb. 8:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 8. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen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

Der Anteil an Influenza-Diagnosen geht seit der 6. KW 2025 zurück. In der 8. KW 2025 erhielten 34 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose (Vorwoche: 40 %). RSV-Diagnosen wurden seit dem Jahreswechsel etwas häufiger vergeben, jedoch kam es bisher zu keinem deutlichen Anstieg. In der 8. KW 2025 lag der Anteil der RSV-Diagnosen bei 8 % (Vorwoche: 6 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag auf niedrigem Niveau bei 1 % (Vorwoche: 1 %; Abb. 9).



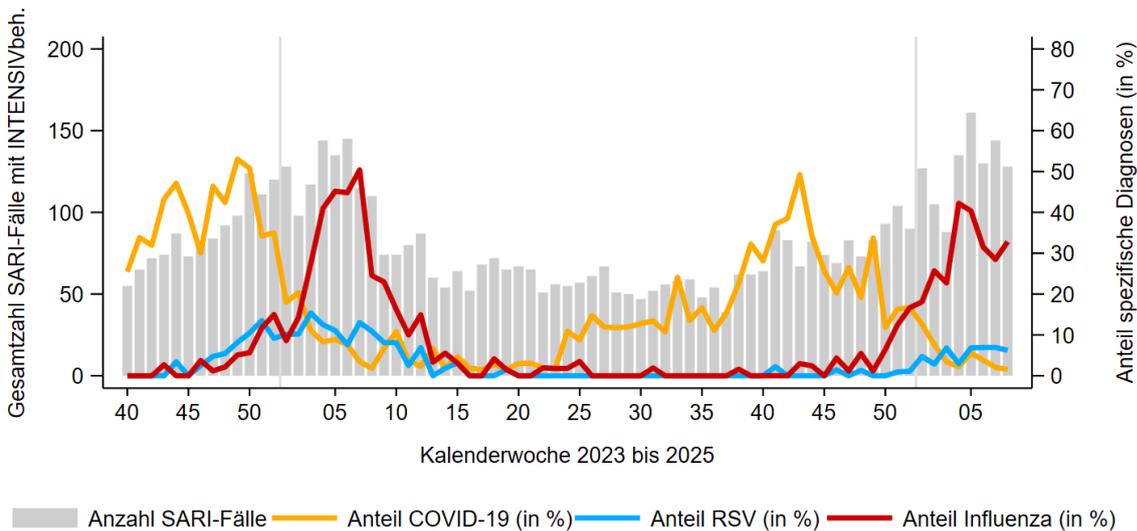
**Abb. 9:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 8. 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 8. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen vergeben mit Anteilen zwischen 26 % und 58 %. Besonders betroffen waren hierbei Schulkinder (5 bis 14 Jahre), hier erhielt mehr als jeder zweite SARI-Patient eine Influenza-Diagnose. RSV-Erkrankungen wurden bei etwa jedem dritten SARI-Fall unter 2 Jahren (37 %) bzw. von 2 bis 4 Jahren (31 %) diagnostiziert. Darüber hinaus wurden auch bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre) und älteren Erwachsenen ab 60 Jahren RSV-Diagnosen vergeben. COVID-19-Diagnosen wurden in der 8. 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 8. 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.o) 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 8. KW 2025 wurde bei 33 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, bei 6 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle wurde eine RSV-Diagnose und bei 2 % eine COVID-19-Diagnose vergeben (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.o) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 8. 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)

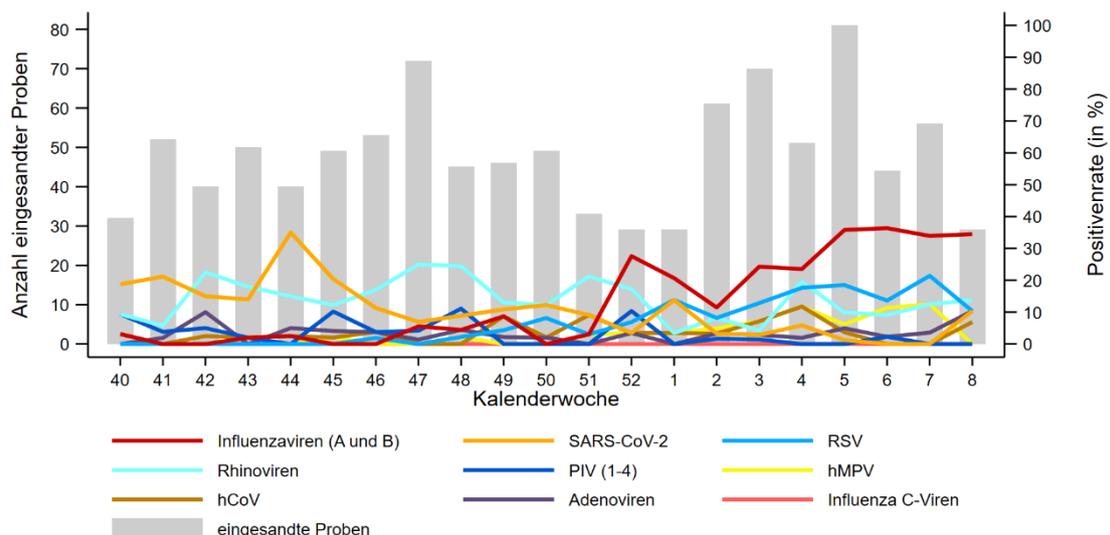
Die Berichterstattung zur virologischen SARI-Sentinel-Surveillance umfasst 15 Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren. Dem NRZ wurden in der 8. KW 2025 29 Sentinelproben aus fünf der 15 teilnehmenden Kliniken zugesandt. In 21 (72 %) der 29 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). In der 8. KW 2025 wurden Influenza A- und B-Viren (35 %), Rhinoviren (14 %), SARS-CoV-2, RSV und Adenoviren (je 10 %) sowie hCoV (7 %) detektiert (Abb. 12). Es lagen vier Doppelinfektionen vorwiegend mit Adenoviren in Kombination mit anderen Viren aus dem Erregerspektrum vor.

**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 8. KW 2025), Stand 25.2.2025.

	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	81	44	56	29	1.011
Probenanzahl mit Virusnachweis*	57	30	40	21	517
Positivenrate (PR)	70 %	68 %	71 %	72 %	51 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	1	0	0	4
A(H <sub>3</sub> N <sub>2</sub> )	3	2	0	2	13
A(H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> )pdm09	21	7	10	5	90
B	5	6	10	3	34
SARS-CoV-2	1	0	0	3	99
RSV	15	6	12	3	74
hMPV	5	5	7	0	37
PIV (1 – 4)	0	1	0	0	29
Rhinoviren	8	4	7	4	140
hCoV	3	0	0	2	35
Adenoviren	4	1	2	3	32
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.

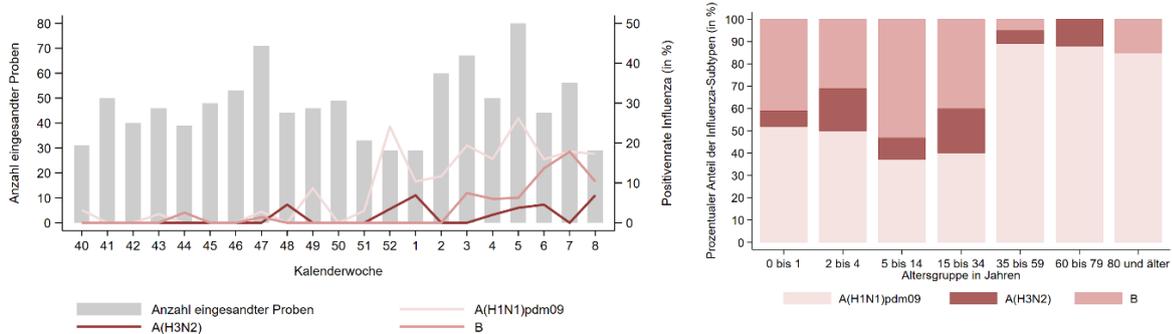
\*\* Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen



**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 8. KW 2025.

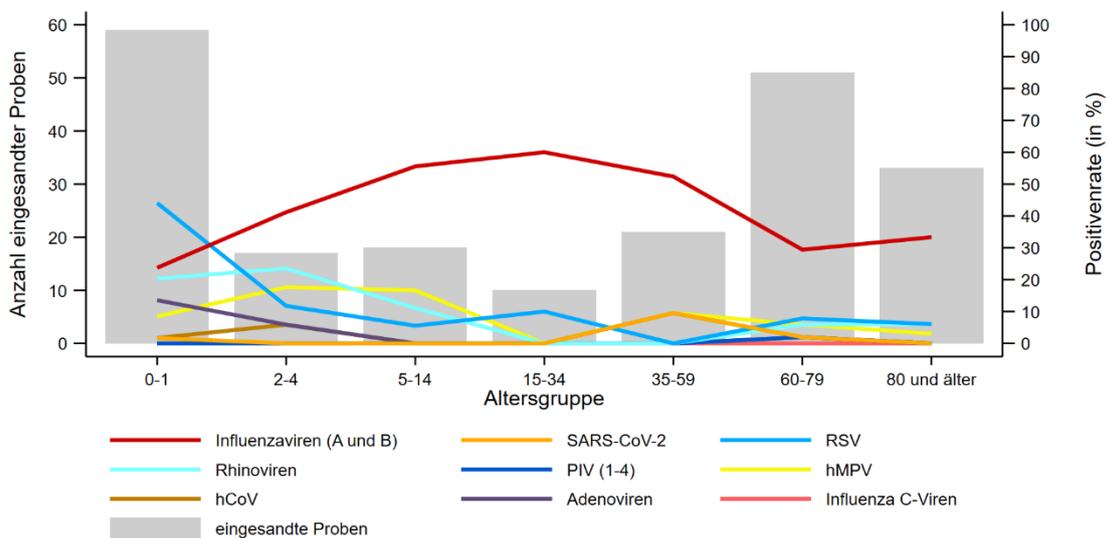
In der gesamten Saison 2024/25 zirkulierten bisher hauptsächlich Influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren (65 %), gefolgt von Influenza B-Viren (25 %). Der Anteil der Influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren an allen Influenzavirusnachweisen ist damit höher als im ambulanten Bereich (46 % Influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdm09-Viren seit der 40. KW) und der Anteil der Influenza B-Viren niedriger als im ambulanten Bereich (45 %

Influenza B-Viren). In den letzten Wochen wurden zunehmend Influenza B-Viren detektiert, während Influenza A(H3N2)-Viren bisher seltener identifiziert wurden (Tab. 1, Abb. 13). Der Anteil an Influenza A(H1N1)pdm09 ist wesentlich höher in den Altersgruppen ab 35 Jahren, während Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren in den jüngeren Altersgruppen ähnlich häufig nachgewiesen wurden (Tab. 2, Abb. 13, rechts).



**Abb. 13:** Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivensrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der SARI-Sentinel-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 8. 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 der SARI-Sentinel-Surveillance von der 40. KW 2024 bis zur 8. KW 2025 detektiert wurden.

Von der 5. KW bis 8. KW 2025 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. RSV wurden überwiegend bei Kindern unter 2 Jahren nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurden noch vereinzelt bei Erwachsenen zwischen 35 bis 59 Jahren nachgewiesen. Zudem wurden in allen Altersgruppen vereinzelt weitere Viren des Erregerpanels nachgewiesen (Abb. 14).



**Abb. 14:** Anteil (Positivensraten; 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 (5. KW bis 8. KW 2025).

## Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 8. MW 2025 wurden bislang insgesamt 43.202 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 43.115 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 8. MW im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken, der Anteil der übermittelten Fälle mit Influenza B ist relativ stabil geblieben. Bei 6.060 (14 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 25.2.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 265.773 Fälle übermittelt. Davon entfallen 264.382 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.725 (17 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 773 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

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

	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	12.561	22.527	30.740	26.128	24.889	22.287	161.419
A(H1N1)pdm09	284	503	608	544	445	341	3.277
A(H3N2)	25	45	48	43	30	29	258
nicht nach A / B differenziert	378	586	887	840	840	780	5.193
B	3.828	8.513	16.140	18.558	20.858	19.678	94.235
<b>Gesamt</b>	<b>17.076</b>	<b>32.174</b>	<b>48.423</b>	<b>46.113</b>	<b>47.062</b>	<b>43.115</b>	<b>264.382</b>
Hospitalisierte Fälle	3.361	5.692	8.110	7.284	6.996	6.060	44.725

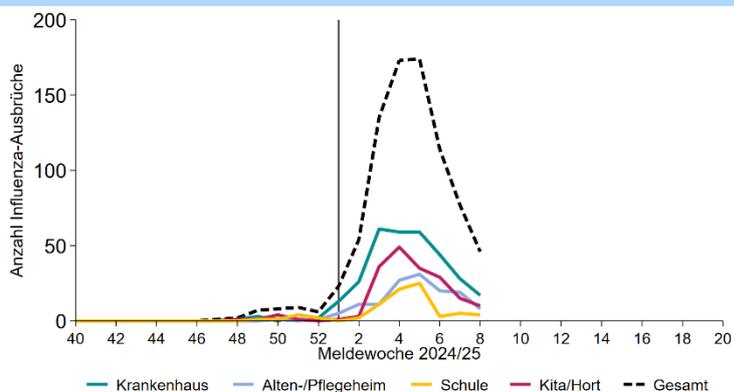
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 829 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 46 Ausbrüche in der 8. MW 2025 übermittelt (Tab. 4).

**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.

### Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	829
Krankenhaus	317
Alten- und Pflegeheime	134
Schule	79
Kita/Hort	185
sonstige Settings*	114
Anzahl Ausbruchsfälle	11.011
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,3



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

## COVID-19

Für die 8. MW 2025 wurden bislang 1.695 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt (Tab. 5). Bei 559 (33 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 25.2.2025). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 131.666 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 49.416 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5). In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.300 Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

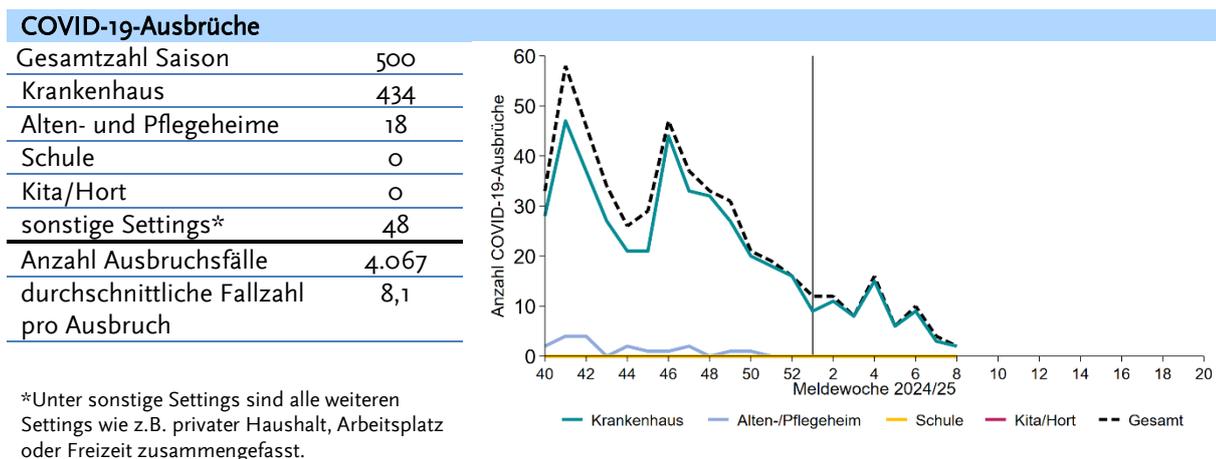
**Tab. 5:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	2.849	2.905	2.898	2.222	1.942	1.695	131.666
Hospitalisierte Fälle	1.111	1.036	1.042	735	641	559	49.416

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

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 500 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden zwei Ausbrüche in der 8. MW 2025 übermittelt (Tab. 6).

**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 8. MW 2025 wurden bislang insgesamt 5.381 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 5.311 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Bei 1.032 (19 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für 8. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 25.2.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 30.066 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 29.622 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 7.178 (24 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 68 Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 94 % 60 Jahre oder älter.

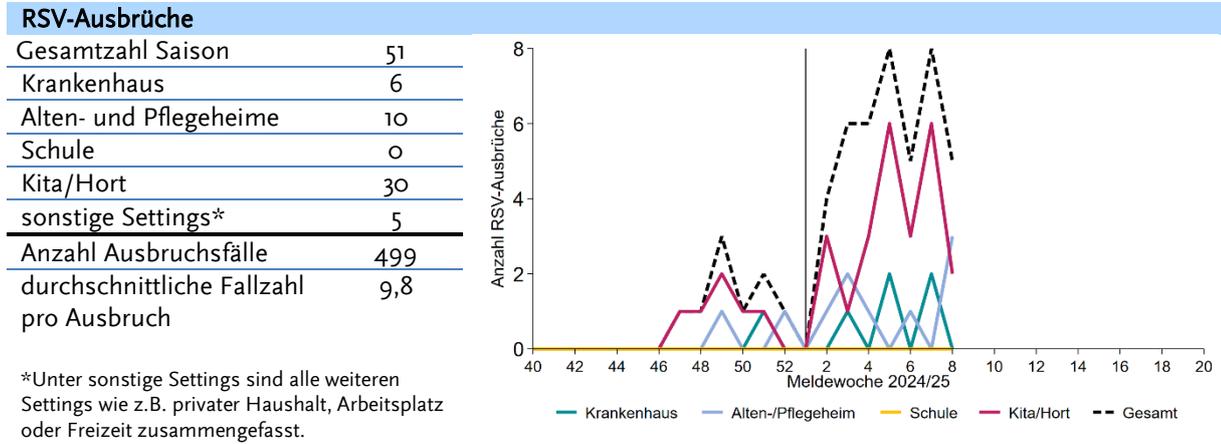
**Tab. 7:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	3. MW	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	1.851	3.015	3.905	4.323	4.915	5.311	29.622
Hospitalisierte Fälle	476	712	949	1.012	1.081	1.032	7.178

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

Bisher wurden insgesamt 51 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden fünf Ausbrüche in der 8. MW 2025 übermittelt (Tab. 8).

**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-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

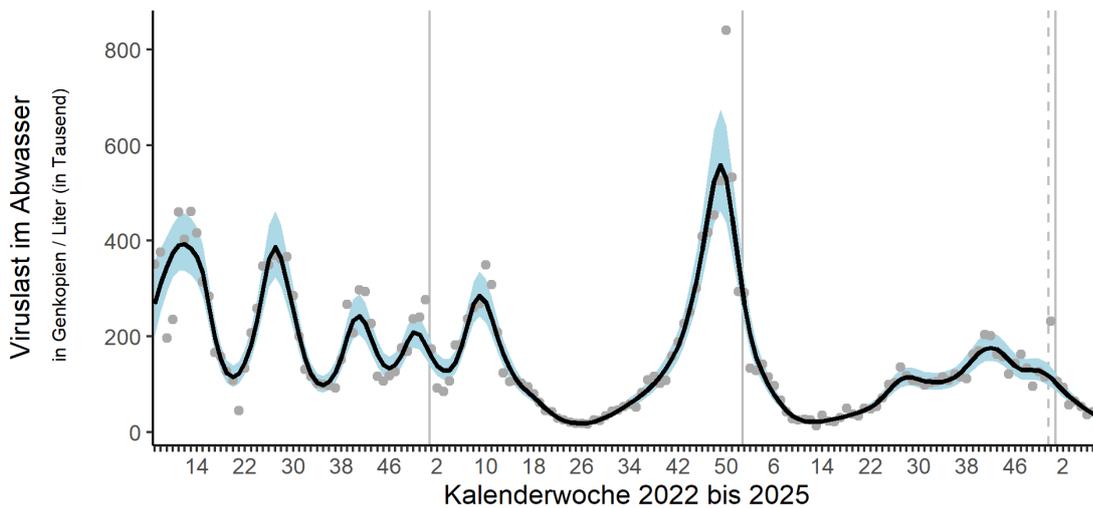


## Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

### SARS-CoV-2

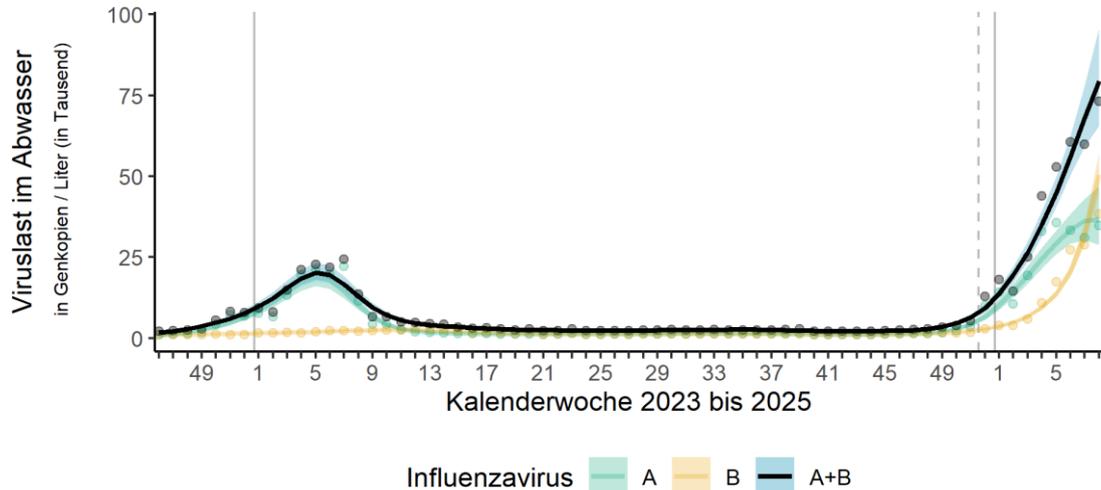
Für die 8. KW lagen Daten aus 54 Kläranlagen vor. In den letzten Monaten war ein kontinuierlicher Rückgang der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser zu erkennen (Abb. 15). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnern nachmelden.



**Abb. 15:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 25.2.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (19.2.2025, 8. 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

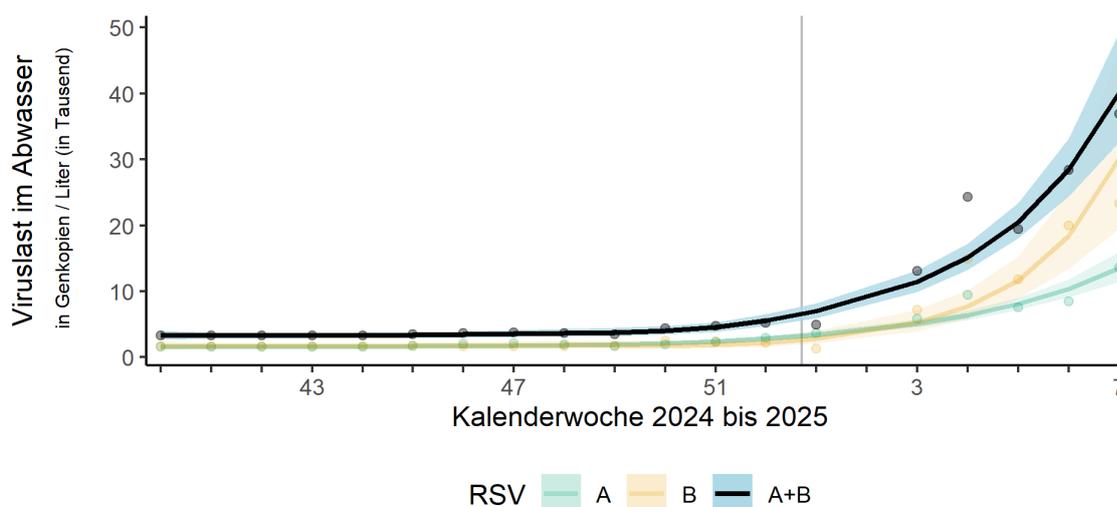
Für die 8. KW lagen Daten aus 51 Kläranlagen vor. Die Werte der Influenza A- und B-Viruslast stiegen seit dem Jahreswechsel deutlich an, wobei sich der Anstieg für Influenza A-Viren in den letzten Wochen nicht fortgesetzt hat (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.



**Abb. 16:** 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 25.2.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (19.2.2025, 8. 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 werden auch Daten zur Viruslast von RSV im Abwasser berichtet. Für die 8. KW lagen Daten aus 26 Kläranlagen vor. Die Werte der RSV-Last im Abwasser stiegen in den letzten Wochen an, wobei die Werte für RSV B rascher gestiegen sind als für RSV A (Abb. 17). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.



**Abb. 17:** Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 25.2.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (19.2.2025, 8. 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 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>.

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 sowie Influenza A- und B-Viren 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 8/2025 | DOI: 10.25646/13018