

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
9. Kalenderwoche (24.2. bis 2.3.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität bleibt weiterhin auf hohem Niveau. Wie in den Vorwochen dominiert die starke Zirkulation der Influenzaviren das ARE-Geschehen. In der 9. KW wurden überwiegend Influenza B-Viren im ambulanten Bereich nachgewiesen. Influenzaerkrankungen werden in allen Altersgruppen verzeichnet. Bei schwer verlaufenden Erkrankungen unter älteren Patientinnen und Patienten wurden weiterhin 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.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 9. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 9. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 9. KW 2025 insgesamt 196 der 256 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (53 %). Von den 136 nachgewiesenen Influenzaviren waren 82 (60 %) B-, 38 (28 %) A(H1N1)pdm09- und 16 (12 %) A(H3N2)-Viren. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in 9 % der Proben nachgewiesen, SARS-CoV-2 wurden nicht detektiert.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 9. KW 2025 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 9. KW insgesamt bei 35 %. Unter Schulkindern (5 bis 14 Jahre), die mit einer SARI hospitalisiert waren, erhielten 80 % eine Influenza-Diagnose. RSV wurden bei 8 % und COVID-19 bei 1 % der Fälle diagnostiziert.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 9. KW 2025 in acht der 14 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter Influenza A- und B-Viren (36 %), RSV (14 %) und hMPV (7 %).

In der 9. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle gesunken und die der RSV-Fälle leicht gestiegen.

Im Abwassermonitoring ist die Viruslast von Influenza A- und B-Viren gesunken. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind weiter angestiegen.

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.
- 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 (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.

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

- Empfehlung der WHO für die Influenza-Impfstoffkomponenten für die Nordhalbkugel in der Saison 2025/26 sind auf S. 14 dieses Berichtes zu finden.
- 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 9. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag bei rund 8.100 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.700; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den Schulkindern und den 15- bis 59-jährigen leicht gestiegen, bei den 0- bis 4-jährigen gesunken und bei den ab 60-jährigen stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,9 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

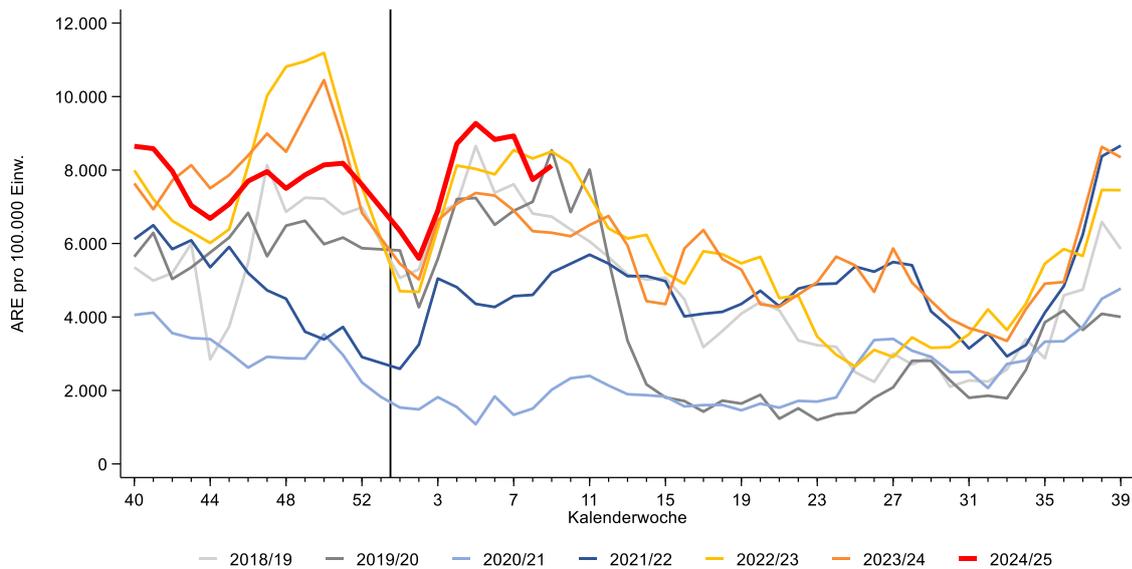


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 9. KW 2025). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 9. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag bei rund 2.200 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 1,9 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

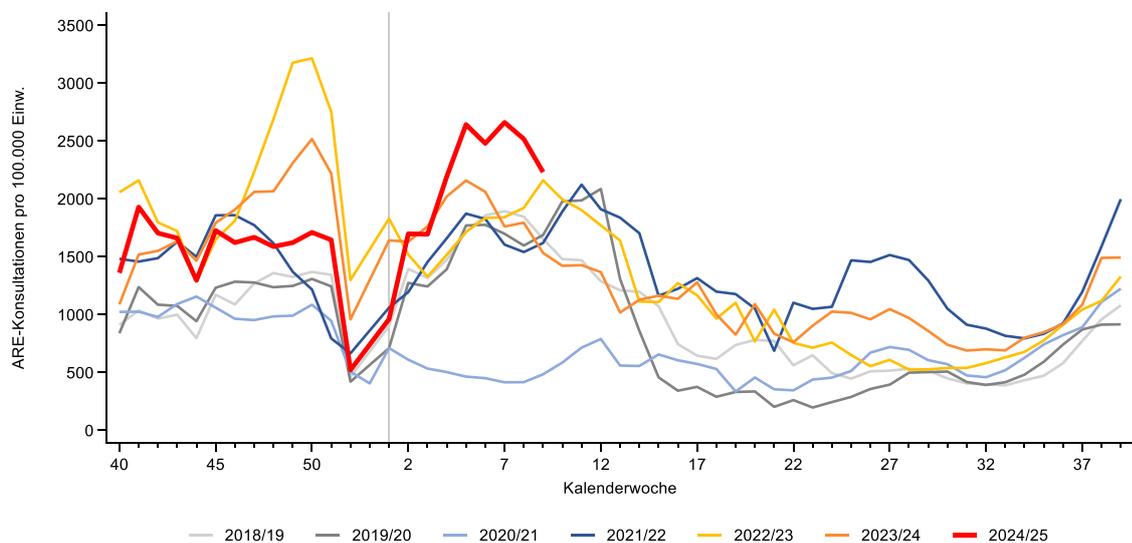


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 9. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert mit 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 9. KW im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3).

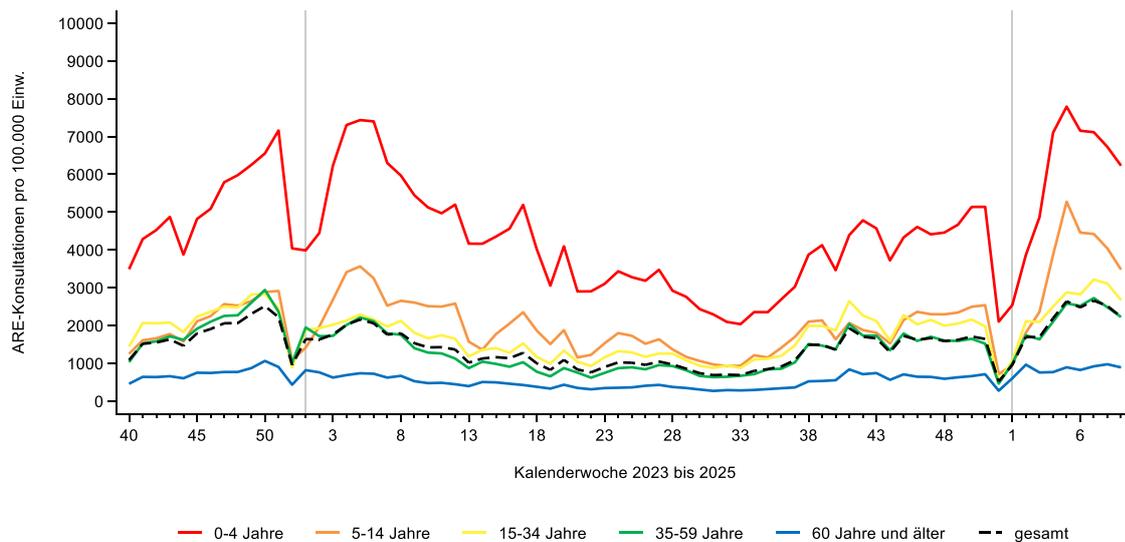


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 9. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 9. KW 2025 insgesamt 256 Sentinelproben von 74 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 196 (77 %) der 256 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulieren weiterhin hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (53 %; 95 %-Konfidenzintervall [46; 60]), mit Abstand gefolgt von Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 9 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) und humanen Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 7 %, Rhinoviren (5 %), Adenoviren (3 %) und Parainfluenzaviren (PIV; < 1 %). SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren wurden in der 9. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab 22 Mehrfachinfektionen, darunter zwölf mit Beteiligung von Influenzaviren.

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 9. KW 2025), Stand 4.3.2025.

	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	262	269	277	256	4.104
Probenanzahl mit Virusnachweis*	206	222	237	196	2.810
Positivenrate (PR)	79 %	83 %	86 %	77 %	68 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	3	0	1	0	9
A(H ₃ N ₂)	5	10	9	16	110
A(H ₁ N ₁)pdm09	61	57	51	38	557
B	74	96	98	82	588
SARS-CoV-2	4	8	3	0	244
RSV	15	20	26	23	189
hMPV	30	22	26	19	216
PIV (1 – 4)	5	3	3	1	165
Rhinoviren	19	18	27	14	667
hCoV	15	18	26	19	303
Adenoviren	2	6	8	8	176
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 136 nachgewiesenen Influenzaviren in der 9. KW waren 82 (60 %) B-, 38 (28 %) A(H1N1)pdm09- und 16 (12 %) A(H3N2)-Viren. In der gesamten Saison 2024/25 wurden bisher Influenza B-Viren und Influenza A(H1N1)pdm09-Viren ähnlich häufig identifiziert (47 % bzw. 44 %). Seit der 6. KW 2025 wurden mehr Influenza B- als Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen. Influenza A(H3N2)-Viren wurden bisher seltener identifiziert (Tab. 1, Abb. 5). Die Influenzavirus-Positivenrate liegt seit der 3. KW 2025 über 50 %.

Bei den 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 9. KW bei 22 % (95 %-Konfidenzintervall [12; 35]) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Insgesamt ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls 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 wurden.

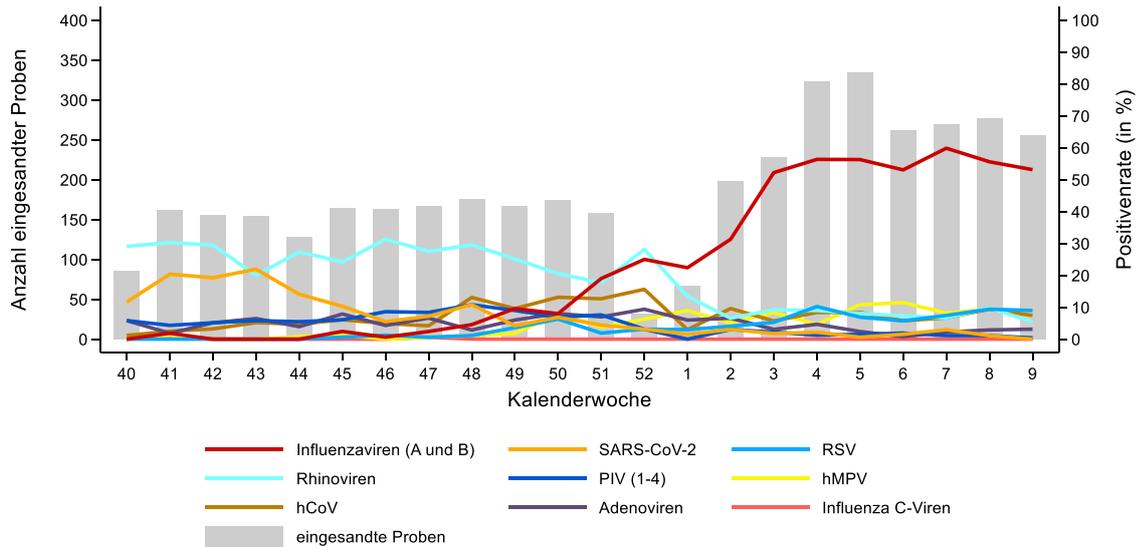


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 9. KW 2025.

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

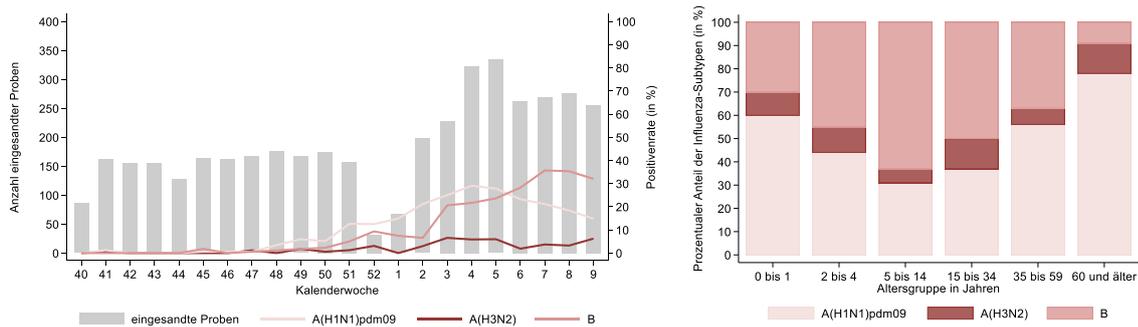


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 9. KW 2025. Rechts: prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels von der 40. KW 2024 bis zur 9. KW 2025 detektiert wurden.

In der 9. KW 2025 wurden Influenzaviren in allen Altersgruppen nachgewiesen, besonders hoch war die Positivenrate in den Altersgruppen zwischen 2 und 59 Jahren (Abb. 6). Bei den Säuglingen (0 bis 1 Jahr) wurden RSV etwas häufiger als Influenzaviren nachgewiesen. Bei den 5- bis 34-jährigen wurden in der gesamten Saison 2024/25 bislang überwiegend Influenza B-Viren nachgewiesen, in der Altersgruppe 60 Jahre und älter wurde dagegen hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09 detektiert (Abb. 5; rechts).

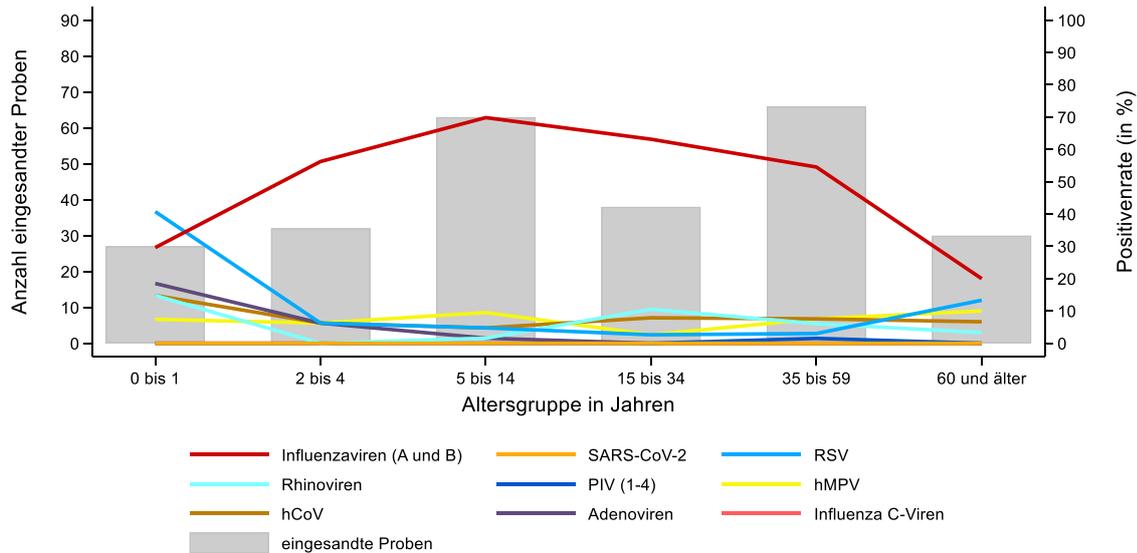


Abb. 6: Anteil (Positivitäten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 9. KW 2025.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinelns ($n = 195$), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ($n = 15$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 24$) wurden 234 Influenzaviren der Saison 2024/25 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehören 166 zum Subtyp A(H1N1)pdm09, 21 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: 163 der 166 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 47 sequenzierten Influenzaviren der B/Victoria-Linie gehören alle zur Klade V1A.3a.2. Diese verteilen sich auf folgenden Subkladen: C.5.6 ($n = 23$), C.5.1 ($n = 18$) und C.5.7 ($n = 6$). Alle 21 sequenzierten A(H3N2)-Viren stammen aus der Klade 2a.3a.1. Diese verteilen sich wie folgt: Subklade J.2 ($n = 15$) 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.

Diese werden während der Grippewelle alle 14 Tage aktualisiert.

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

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

Für die 7. KW 2025 stehen aktuell 62 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 4.3.2025). Unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien wurde die rekombinante Linie XEC (inklusive ihrer Sublinien) mit einem Anteil von 63 % weiterhin am häufigsten nachgewiesen (Vorwoche: 59 %). Die Linie KP.3.1.1 folgt mit einem Anteil von 11 % (Vorwoche: 16 %). Die kürzlich von WHO und ECDC 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 7. KW 2025 14-mal (Vorwoche: 11-mal) 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 WHO¹² 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.

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 9. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die SARI-Inzidenz lag in der 9. KW 2025 weiterhin auf einem hohen Niveau (im Vergleich zu den durchschnittlichen Jahresverläufen), über den Werten des Vorjahres zu dieser Zeit (Abb. 7).

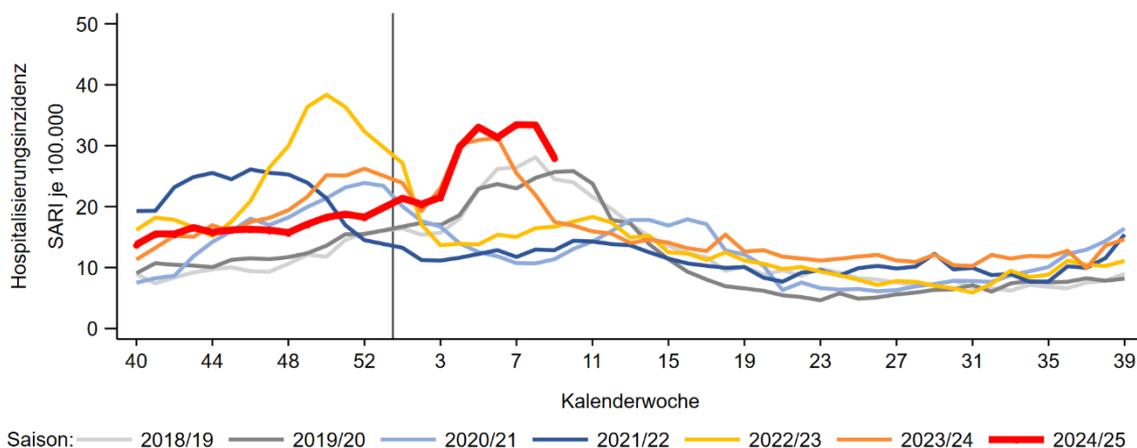


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 9. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 9. KW 2025 in allen Altersgruppen zurückgegangen. Bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) ist sie leicht gesunken und bleibt nach wie vor unter den Höchstwerten des Vorjahres. In der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) lag die Inzidenz weiterhin auf einem sehr hohen Niveau, deutlich über den Werten aus den Vorsaisons (Abb. 8). Die SARI-Fallzahlen bei den ab 15-Jährigen verblieben trotz Rückgang in der 9. KW 2025 noch auf einem hohen Niveau.

¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/09122024_xec_ire.pdf

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

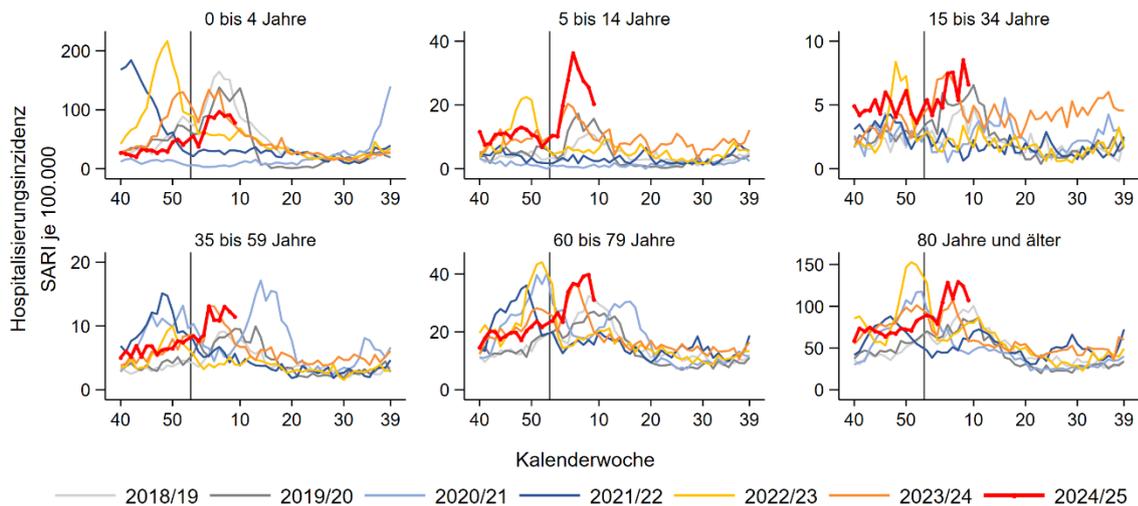


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 9. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen geht seit der 6. KW 2025 zurück. In der 9. KW 2025 erhielten 35 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose (Vorwoche: 37 %). RSV-Diagnosen wurden seit dem Jahreswechsel etwas häufiger vergeben, jedoch kam es bisher zu keinem deutlichen Anstieg. In der 9. KW 2025 lag der Anteil der RSV-Diagnosen bei 8 % (Vorwoche: 8 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag auf niedrigem Niveau bei 1 % (Vorwoche: 2 %; Abb. 9).

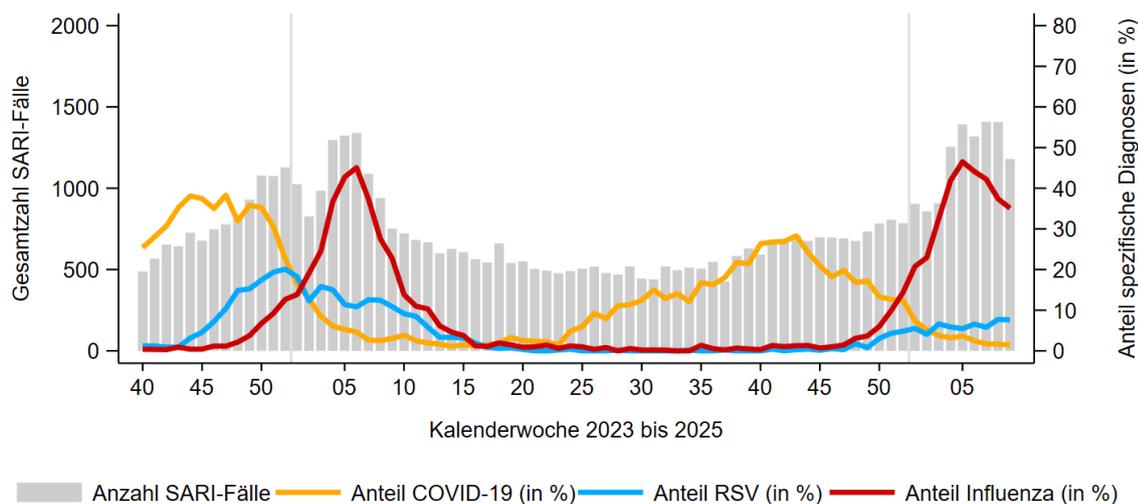


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 9. 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 9. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen vergeben mit Anteilen zwischen 25 % und 80 %. Besonders betroffen waren hierbei die Schulkinder (5 bis 14 Jahre), hier erhielten vier von fünf SARI-Patientinnen und Patienten eine Influenza-Diagnose.

RSV-Erkrankungen wurden vorwiegend bei Kleinkindern unter 5 Jahren mit einem Anteil von 39 % (0 bis 1 Jahre) bzw. 29 % (2 bis 4 Jahre) diagnostiziert. Darüber hinaus wurden auch in allen anderen Altersgruppen vereinzelt RSV-Diagnosen vergeben. COVID-19-Diagnosen wurden in der 9. KW 2025 gelegentlich bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren vergeben, der Anteil lag hierbei unter 5 % (Abb. 10).

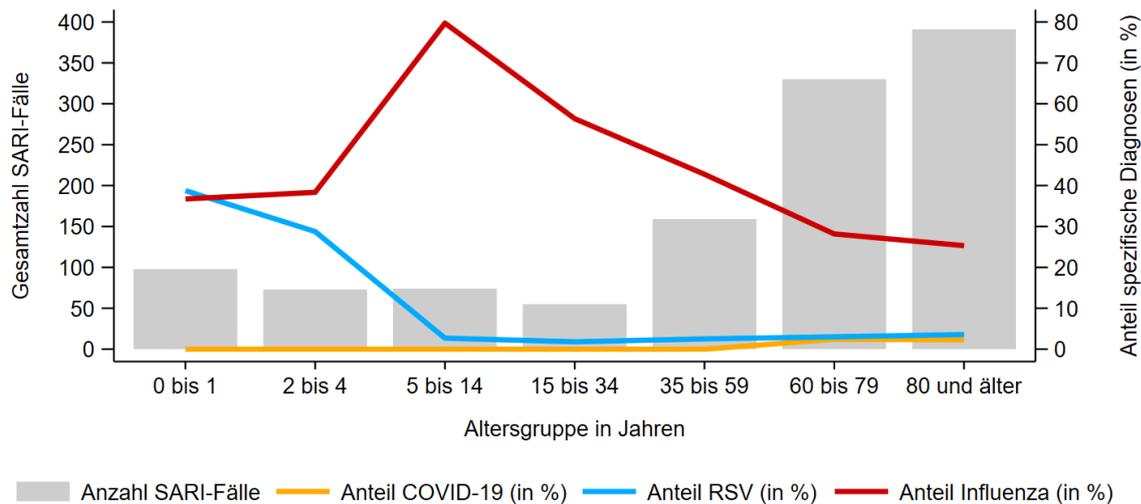


Abb. 10: Anzahl der in der 9. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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 9. KW 2025 wurde bei 28 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, bei 8 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle wurde eine RSV-Diagnose und bei 4 % eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 11).

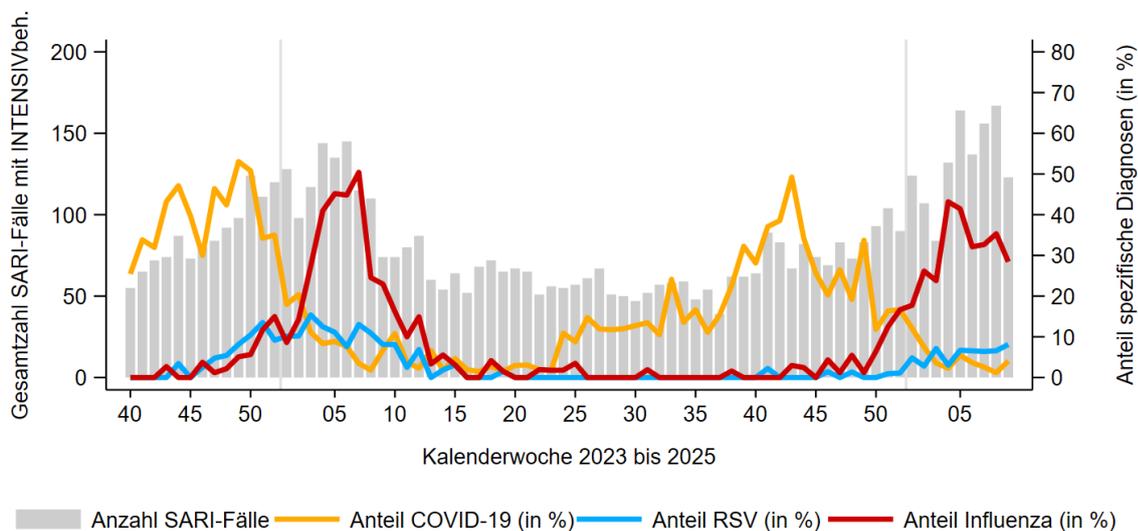


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 9. 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 9. KW 2025 14 Sentinelproben aus vier der 15 teilnehmenden Kliniken zugesandt. In acht (57 %) der 14 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). In der 9. KW 2025 wurden Influenza A- und B-Viren (36 %), RSV (14 %) und hMPV (7 %) detektiert (Abb. 12). SARS-CoV-2, PIV, Rhinoviren, hCoV, Adenoviren sowie Influenza C-Viren wurden nicht nachgewiesen.

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 9. KW 2025), Stand 4.3.2025.

	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	44	63	56	14	1.059
Probenanzahl mit Virusnachweis*	30	42	36	8	542
Positivenrate (PR)	68 %	67 %	64 %	57 %	51 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	1	0	0	0	4
A(H3N2)	2	0	2	0	13
A(H1N1)pdm09	7	11	10	5	101
B	6	11	5	0	37
SARS-CoV-2	0	0	3	0	99
RSV	6	12	6	2	79
hMPV	5	7	0	1	38
PIV (1 – 4)	1	0	0	0	29
Rhinoviren	4	7	6	0	142
hCoV	0	0	5	0	38
Adenoviren	1	2	3	0	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

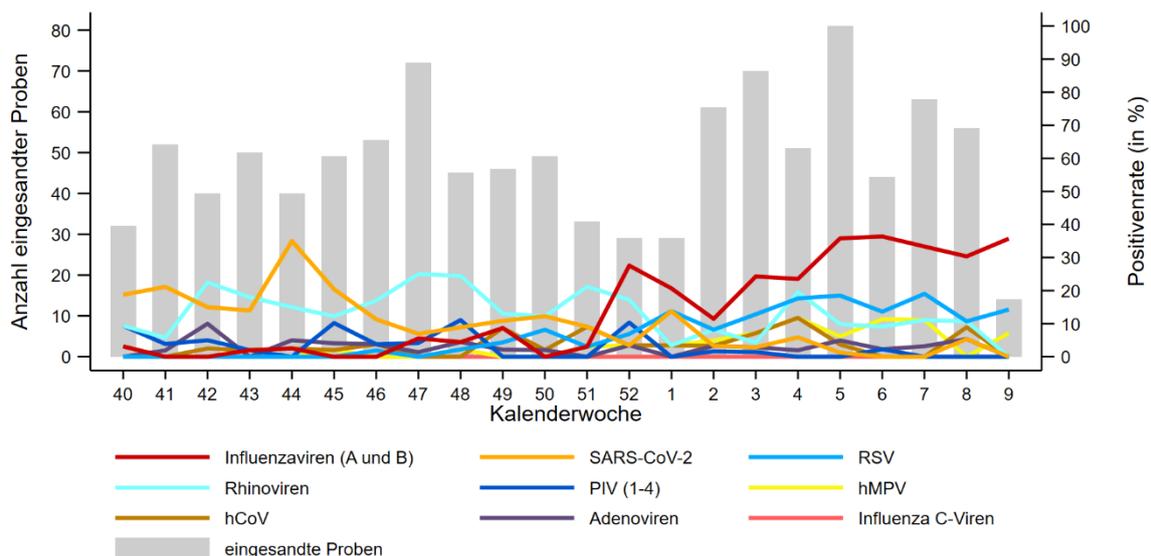


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 9. KW 2025.

In der gesamten Saison 2024/25 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (65 %) nachgewiesen, gefolgt von Influenza B-Viren (24 %). Der Anteil der Influenza A(H1N1)pdm09-Viren an allen Influenzavirusnachweisen war damit höher als im ambulanten

Bereich (44 % Influenza A(H1N1)pdm09-Viren seit der 40. KW) und der Anteil der Influenza B-Viren niedriger als im ambulanten Bereich (47 % Influenza B-Viren seit der 40. KW). Influenza A(H3N2)-Viren wurden bisher selten identifiziert (Tab. 1, Abb. 13). In den Altersgruppen ab 35 Jahren überwiegen Nachweise von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, während in den jüngeren Altersgruppen Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren ähnlich häufig nachgewiesen wurden (Tab. 2, Abb. 13, rechts).

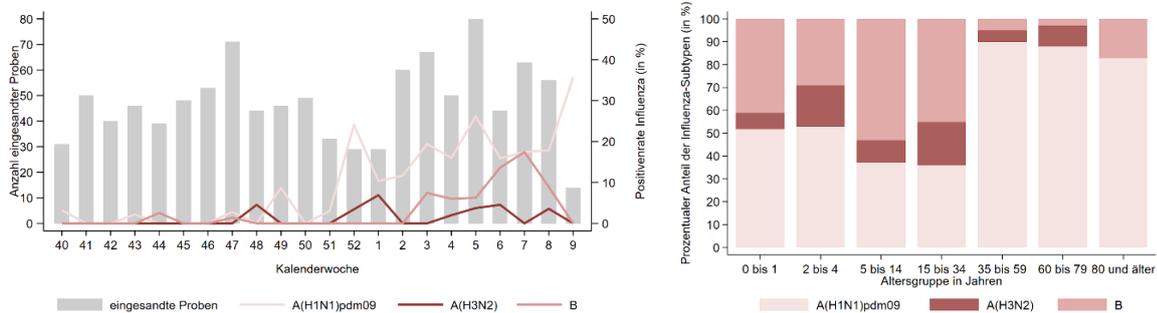


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der SARI-Sentinel-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 8. KW 2025. Rechts: prozentuale Verteilung 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 9. KW 2025 detektiert wurden.

Von der 6. KW bis 9. KW 2025 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. RSV wurden überwiegend bei Kindern unter 2 Jahren nachgewiesen. Zudem wurden bei Kindern zwischen 2 und 14 Jahren vermehrt Rhinoviren und hMPV identifiziert. SARS-CoV-2 wurden noch vereinzelt bei Erwachsenen ab 35 Jahren detektiert. Zudem wurden in den meisten Altersgruppen sporadisch weitere Viren des Erregerpanels nachgewiesen (Abb. 14).

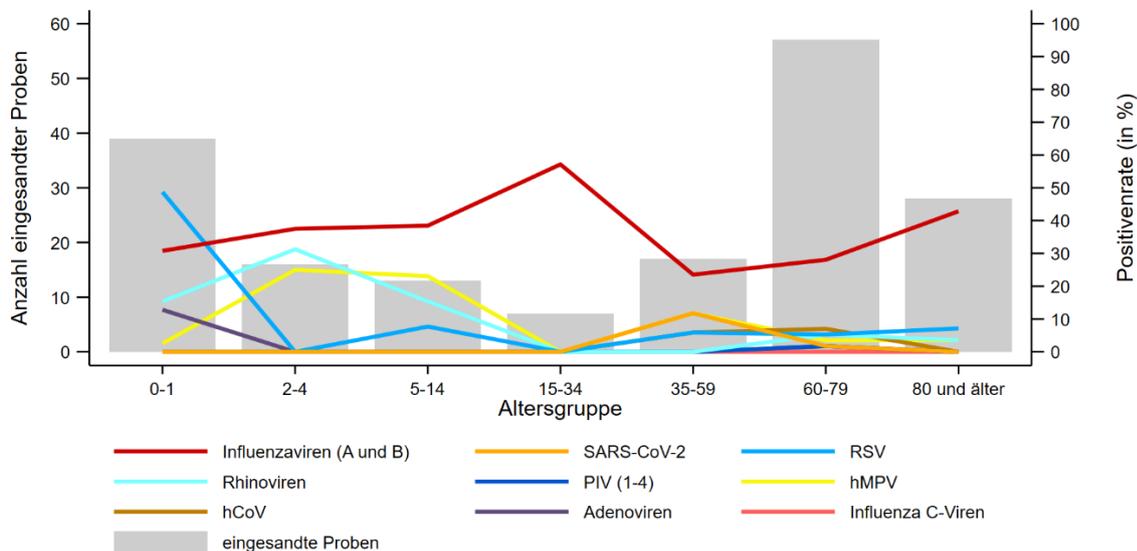


Abb. 14: Anteil (Positivraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (6. KW bis 9. KW 2025).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 9. MW 2025 wurden bislang insgesamt 40.579 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 40.499 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 9. MW im Vergleich zur Vorwoche gesunken, der Anteil der übermittelten Fälle mit Influenza B ist relativ stabil geblieben. Bei 5.938 (15 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 4.3.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 307.706 Fälle übermittelt. Davon entfallen 306.235 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 51.850 (17 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 931 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 89 % 60 Jahre oder älter.

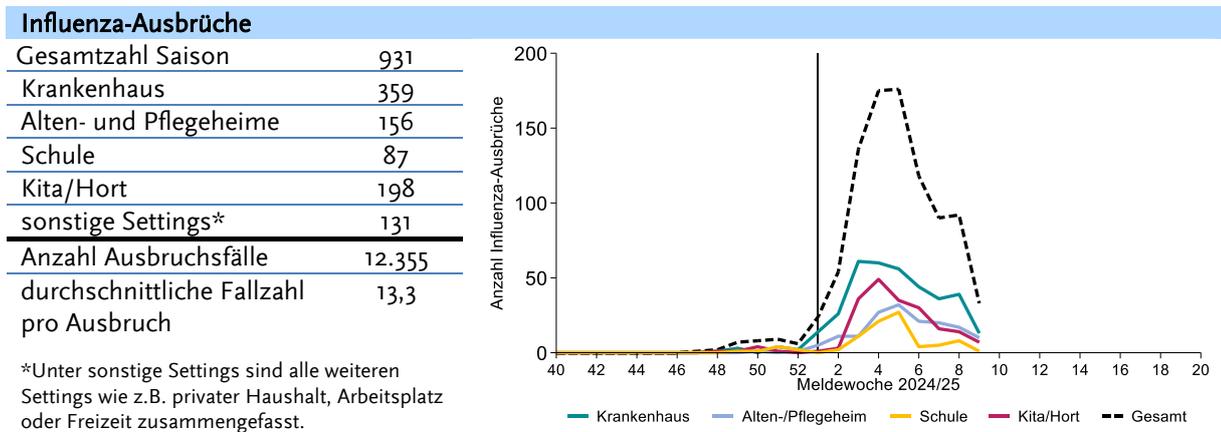
Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labor-diagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	22.537	30.746	26.142	24.951	22.968	20.830	183.035
A(H1N1)pdm09	505	612	545	451	368	308	3.629
A(H3N2)	45	48	43	31	36	32	298
nicht nach A / B differenziert	586	887	840	839	787	766	5.967
B	8.519	16.151	18.588	20.871	20.119	18.563	113.306
Gesamt	32.192	48.444	46.158	47.143	44.278	40.499	306.235
Hospitalisierte Fälle	5.723	8.157	7.406	7.266	6.748	5.938	51.850

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 931 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 33 Ausbrüche in der 9. 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-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.



COVID-19

Für die 9. MW 2025 wurden bislang 1.412 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt (Tab. 5). Bei 493 (35 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 4.3.2025). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 133.184 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 50.028 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.348 Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

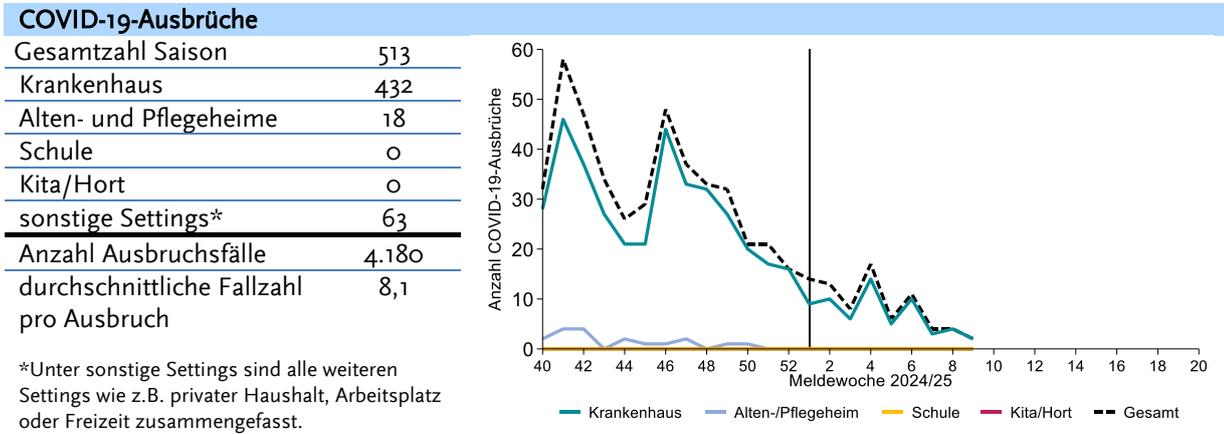
Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	4 MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	2.908	2.903	2.225	1.946	1.753	1.412	133.184
Hospitalisierte Fälle	1.043	1.053	740	654	610	493	50.028

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 513 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden zwei Ausbrüche in der 9. 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 9. MW 2025 wurden bislang insgesamt 5.551 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 5.522 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Bei 1.069 (19 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für 9. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 4.3.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 35.727 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 35.253 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 8.500 (24 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 98 Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

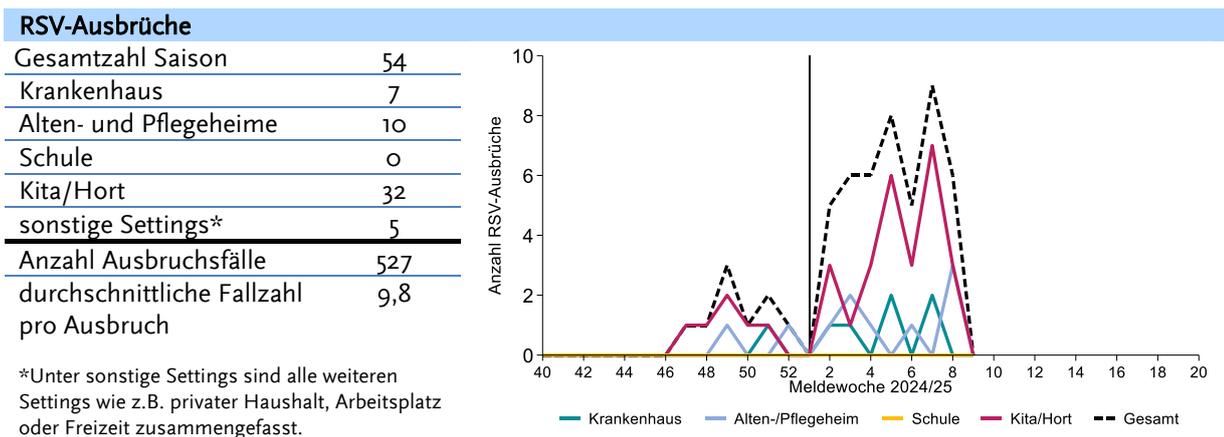
Tab. 7: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	4. MW	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	3.015	3.905	4.323	4.920	5.412	5.522	35.253
Hospitalisierte Fälle	718	960	1.029	1.146	1.178	1.069	8.500

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

Bisher wurden insgesamt 54 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden keine Ausbrüche in der 9. 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 9. KW wurden Daten aus 61 Kläranlagen ausgewertet. 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.

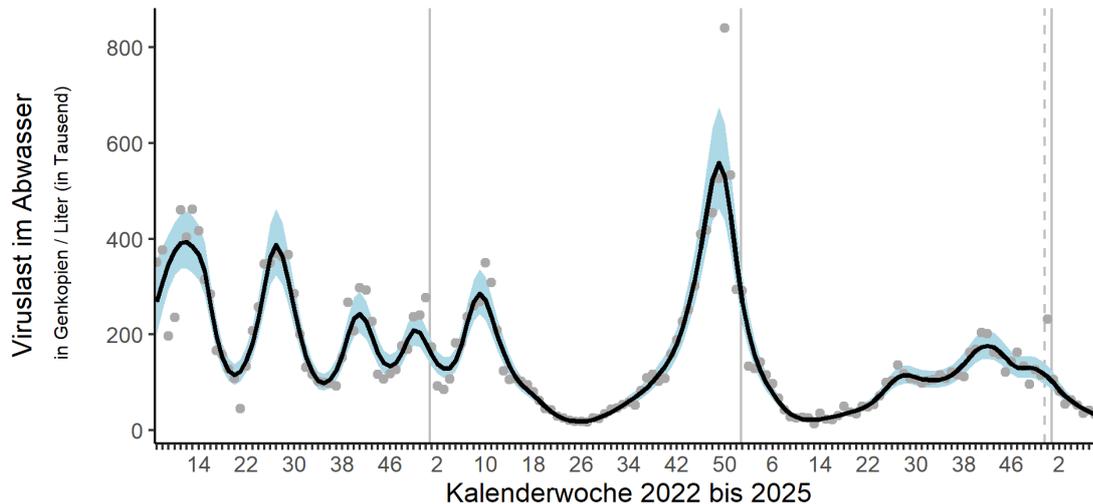


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 5.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.2.2025, 9. KW). Gezeigt werden 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 9. KW wurden Daten aus 61 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten Influenza A-Viruslast sinken seit etwa einem Monat, ein abrupter Rückgang ist nun auch das erste Mal für Influenza B-Viren im Abwasser zu sehen (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

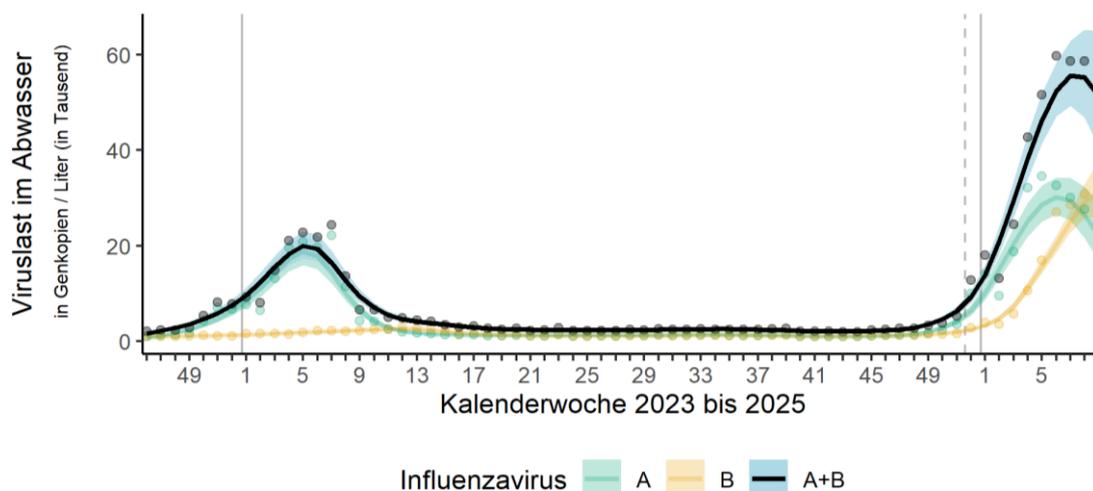


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 5.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.2.2025, 9. 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 9. KW wurden Daten aus 26 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind in den letzten Wochen angestiegen, 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.

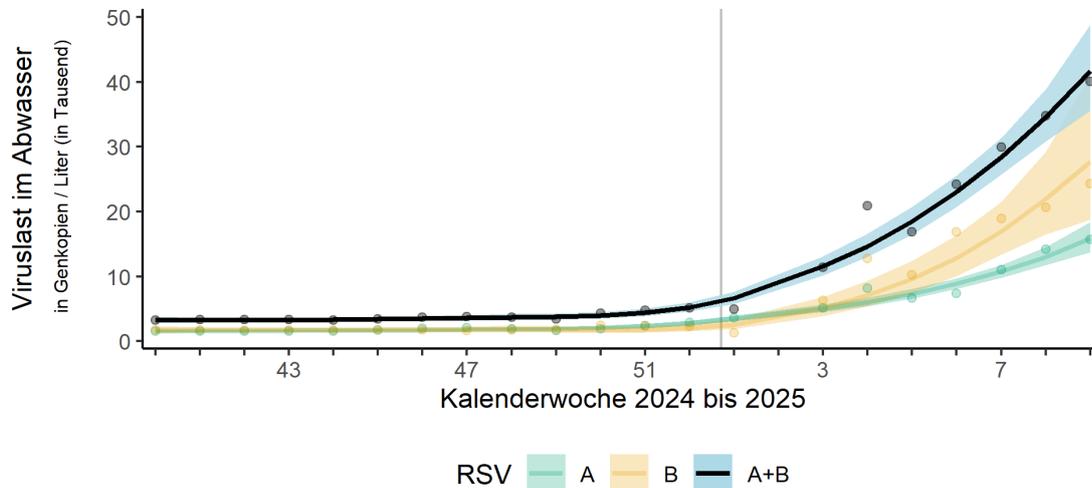


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 5.3.2025, 10 Uhr). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Kläranlagen werden nachgeliefert. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

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

Zusätzliche Informationen zu Influenza (international)

Empfehlung für die Influenza-Impfstoffkomponenten für die Nordhalbkugel in der Saison 2025/26

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 28.2.2025 die Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs in der nördlichen Hemisphäre für die Saison 2025/26 veröffentlicht.

Gegenüber der Empfehlung für die Saison 2024/25 für die Nordhalbkugel wurde die Komponente im Impfstoff gegen Influenza A(H3N2) aktualisiert, gegenüber der Empfehlung für 2025 für die Südhalbkugel wurden alle Komponenten beibehalten.

Weitere Informationen und der ausführliche Bericht zur Empfehlung sind abrufbar (in englischer Sprache) unter: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-2026-nh-influenza-season>. Eine hilfreiche Zusammenfassung findet sich in den Antworten auf häufig gestellte Fragen (in englischer Sprache) unter: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-influenza-recommendations/vcm-northern-hemisphere-recommendation-2025-2026/202502_frequently-asked-questions.pdf.

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
- 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.

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 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 9/2025 | DOI: 10.25646/13019