

# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
10. Kalenderwoche (3.3. bis 9.3.2025)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität geht nach mehreren Wochen auf hohem Niveau inzwischen deutlich zurück, weiterhin dominiert die Zirkulation der Influenzaviren das ARE-Geschehen. In der 10. KW wurden überwiegend Influenza B-Viren im ambulanten Bereich nachgewiesen. 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](http://www.rki.de/are-faq-schutz).

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 10. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 10. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 10. KW 2025 in insgesamt 145 der 190 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (43 %). Von den 82 nachgewiesenen Influenzaviren waren 50 (61 %) B-, 21 (26 %) A(H1N1)pdm09-, zehn (12 %) A(H3N2)-Viren sowie ein nicht subtypisiertes A-Virus (1 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in 13 % 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 10. KW 2025 deutlich gesunken, sie lag jedoch weiterhin auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Der Anteil der Influenza-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ging beträchtlich zurück und lag in der 10. KW bei insgesamt 27 %. Hierbei erhielt jeder zweite SARI-Fall im Alter zwischen 5 und 34 Jahre 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 10. KW 2025 in 18 der 27 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter u. a. Influenza A- und B-Viren (26 %), RSV (15 %) und Adenoviren (11 %).

In der 10. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle deutlich gesunken.

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

## Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

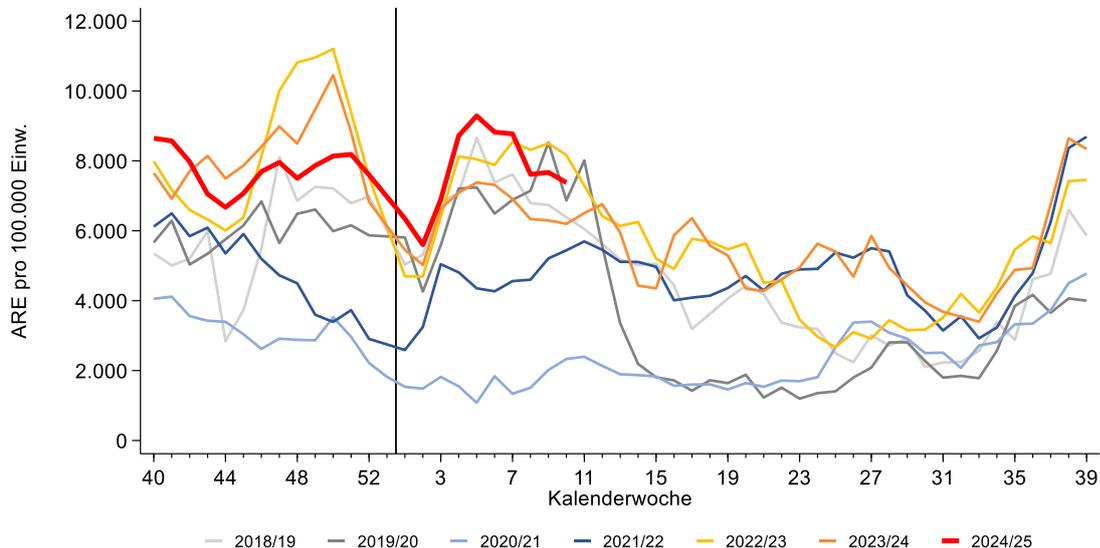
- Alle Personen können, unabhängig vom Impfstatus, das Risiko einer Influenzainfektion durch entsprechende Verhaltensweisen reduzieren, um sich (und Familienmitglieder, Freundeskreis und Kolleginnen und Kollegen) vor einer Erkrankung und nachfolgenden Komplikationen mit potentiell schwerem Krankheitsverlauf zu schützen: [www.rki.de/are-faq-schutz](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

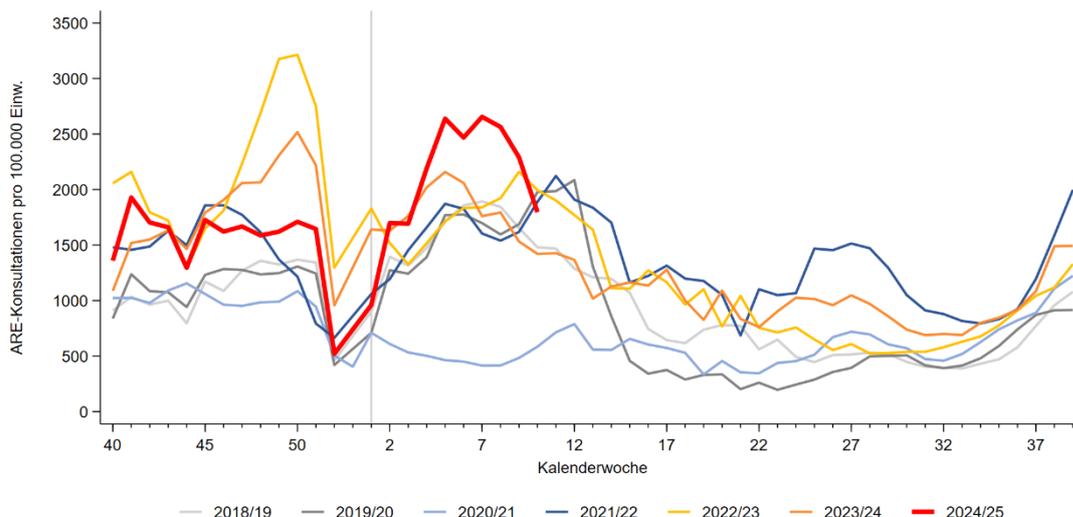
Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 10. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben und lag bei rund 7.400 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.700; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den Kleinkindern gestiegen, bei den Schulkindern gesunken und bei den Erwachsenen relativ stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,2 Millionen akuten Atemwegserkrankungen. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.



**Abb. 1:** Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 10. 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.

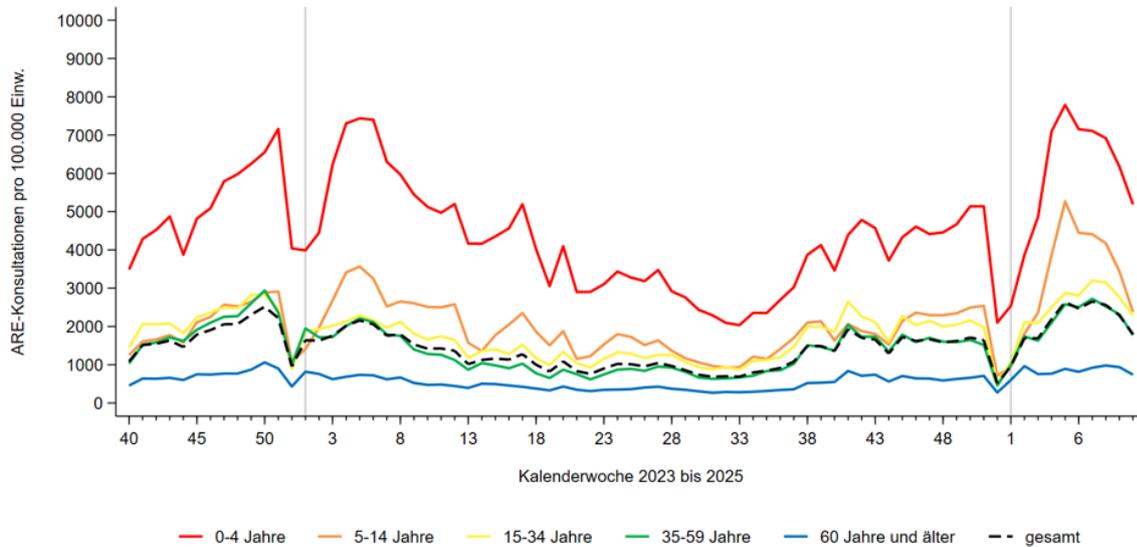
## Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 10. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag bei rund 1.800 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 2.300; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,5 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 10. 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 10. KW in allen Altersgruppen weiter gesunken (Abb. 3).



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 10. 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 10. KW 2025 insgesamt 190 Sentinelproben von 62 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 145 (76 %) der 190 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulieren weiterhin hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (43 %; 95 %-Konfidenzintervall [36; 51]), mit Abstand gefolgt von Rhinoviren (14 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 13 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 10 %), Adenoviren (8 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 7 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 1 %). SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren wurden in der 10. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab 31 Mehrfachinfektionen, darunter 14 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 10. KW 2025), Stand 11.3.2025.

	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	269	279	263	190	4.305
Probenanzahl mit Virusnachweis*	222	238	200	145	2.961
Positivenrate (PR)	83 %	85 %	76 %	76 %	69 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	1	0	1	10
A(H3N2)	10	10	16	10	121
A(H1N1)pdm09	57	51	40	21	581
B	96	98	83	50	639
SARS-CoV-2	8	3	0	0	244
RSV	20	26	23	24	213
hMPV	22	26	19	19	235
PIV (1 – 4)	3	3	1	2	167
Rhinoviren	18	27	14	26	693
hCoV	18	26	20	13	317
Adenoviren	6	8	8	15	191
Influenza C-Viren**	0	0	0	0	2

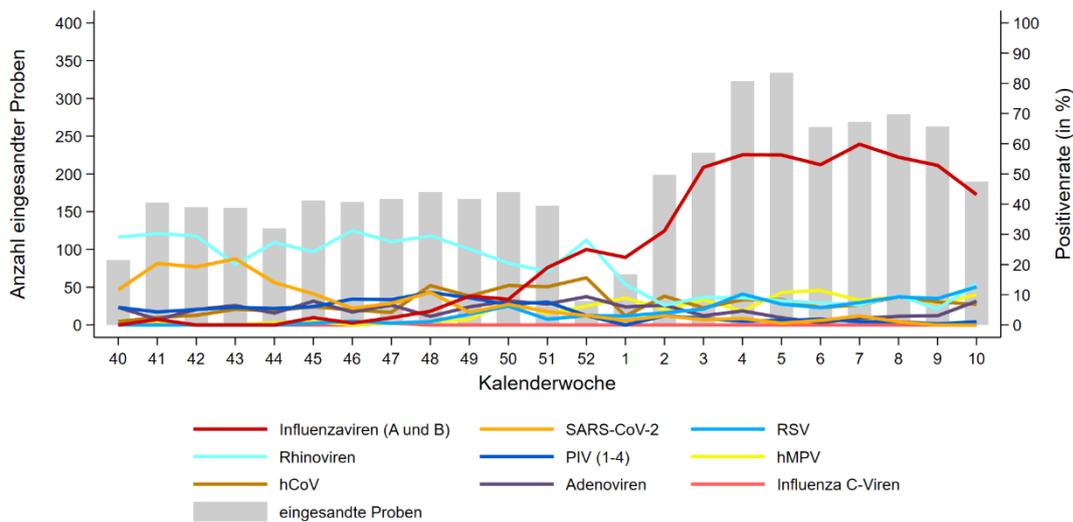
\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

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

Von den 82 nachgewiesenen Influenzaviren in der 10. KW waren 50 (61 %) B-, 21 (26 %) A(H1N1)pdm09-, zehn (12 %) A(H3N2)-Viren sowie ein nicht subtypisiertes A-Virus (1 %). In der gesamten Saison 2024/25 wurden bisher Influenza B-Viren und Influenza A(H1N1)pdm09-Viren ähnlich häufig identifiziert (47 % bzw. 43 %). 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 mit 43 % erstmals seit der 3. KW 2025 wieder unter 50 %.

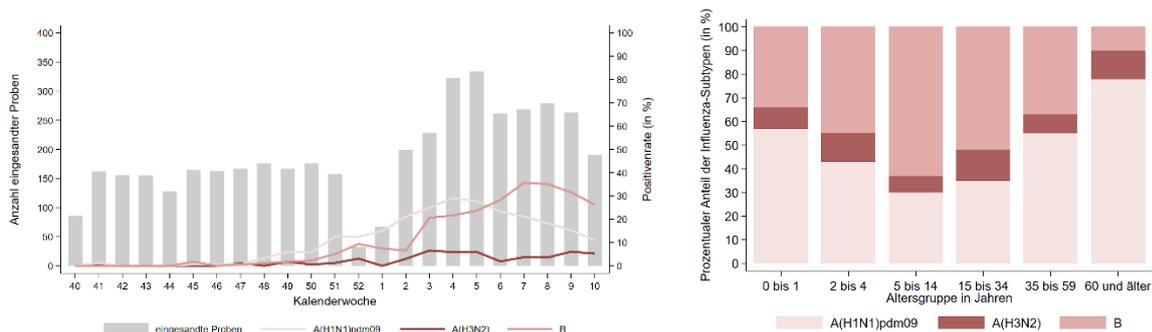
Bei den 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 10. KW bei 23 % (95 %-Konfidenzintervall [13; 35]) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Insgesamt ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen.

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-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 10. KW 2025.

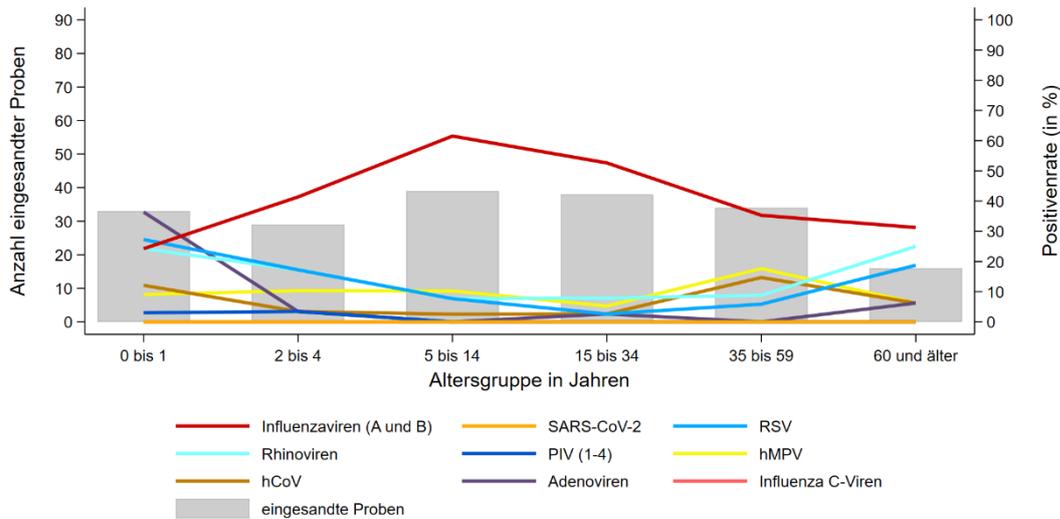
Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.



**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 10. 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 10. KW 2025 detektiert wurden.

In der 10. KW 2025 wurden Influenzaviren in allen Altersgruppen nachgewiesen, besonders hoch war die Positivenrate in den Altersgruppen zwischen 5 und 34 Jahren. Bei den Säuglingen (0 bis 1 Jahr) wurden Adenoviren und RSV etwas häufiger als Influenzaviren nachgewiesen (Abb. 6). Bei den 5- bis 34-jährigen wurden in der gesamten Saison 2024/25 bislang überwiegend Influenza B-Viren nachge-

wiesen, 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-Sentinals eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 10. KW 2025.

### Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinals ( $n = 195$ ), des SARI-Krankenhaus-Sentinals ( $n = 15$ ) 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](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).

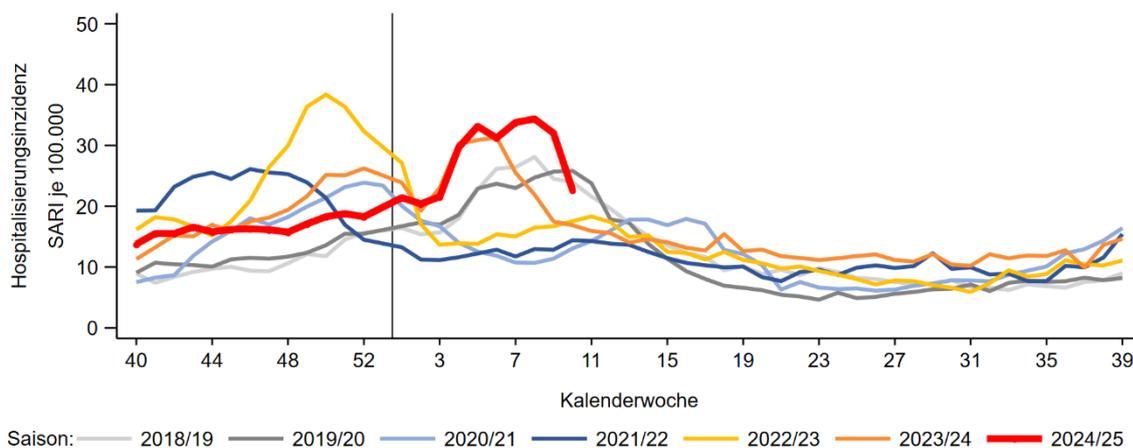
## Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

Für die 8. KW 2025 stehen aktuell 51 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 11.3.2025). Unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien wurde die rekombinante Linie XEC (inklusive ihrer Sublinien) mit einem Anteil von 59 % weiterhin am häufigsten nachgewiesen (Vorwoche: 62 %). Die Linie KP.3.1.1 folgt mit einem Anteil von 14 % (Vorwoche: 11 %). 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 8. KW 2025 insgesamt 15-mal (bis 7. KW: 14-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.

Das derzeit niedrige SARS-CoV-2 Infektionsgeschehen (siehe Abb. 4) spiegelt sich auch in einer geringen Anzahl auswertbarer Proben wider (siehe „Anzahl Genomsequenzierungen“ im [Dashboard zu SARS-CoV-2 Varianten](#)). Aus diesem Grund wird, beginnend mit dem nächsten ARE-Wochenbericht (für die 11. KW), im zweiwöchigen Rhythmus über die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland berichtet. Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind weiterhin 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).

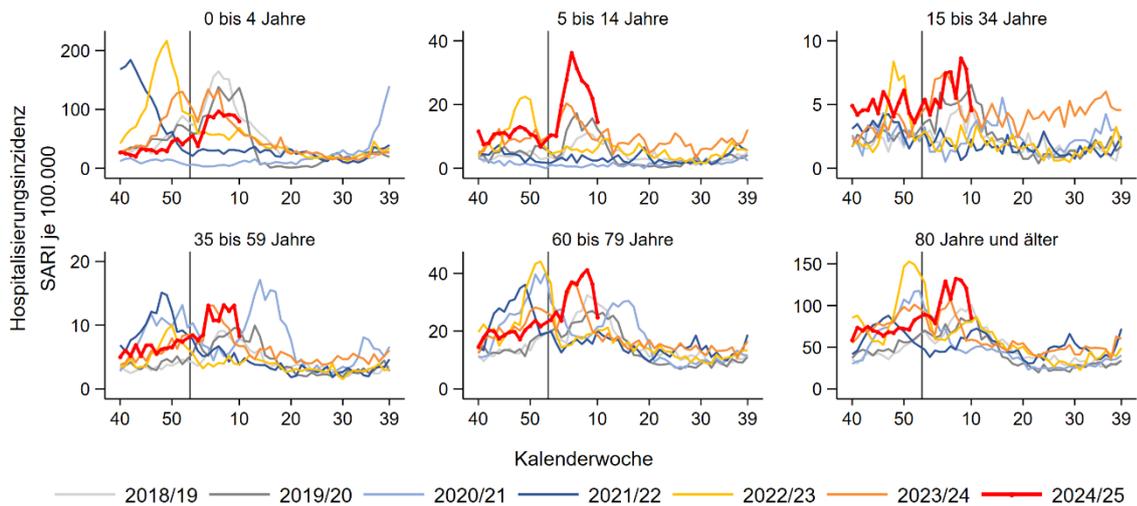
## Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

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



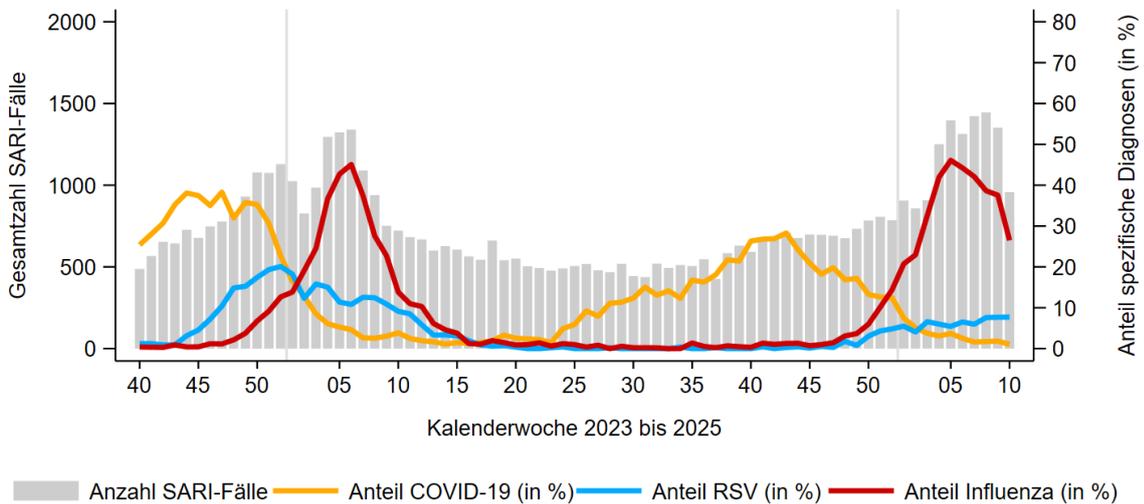
**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 10. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 10. KW 2025 in allen Altersgruppen zumeist deutlich zurückgegangen. Bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) ist sie nur leicht gesunken und bleibt nach wie vor unter den Höchstwerten des Vorjahres (Abb. 8). In der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) lag die Inzidenz trotz des Rückgangs noch auf einem hohen Niveau über den Werten aus der Vorsaison. In den übrigen Altersgruppen lagen die SARI-Fallzahlen in der 10. KW 2025 auf einem erhöhten Niveau.



**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 10. 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.

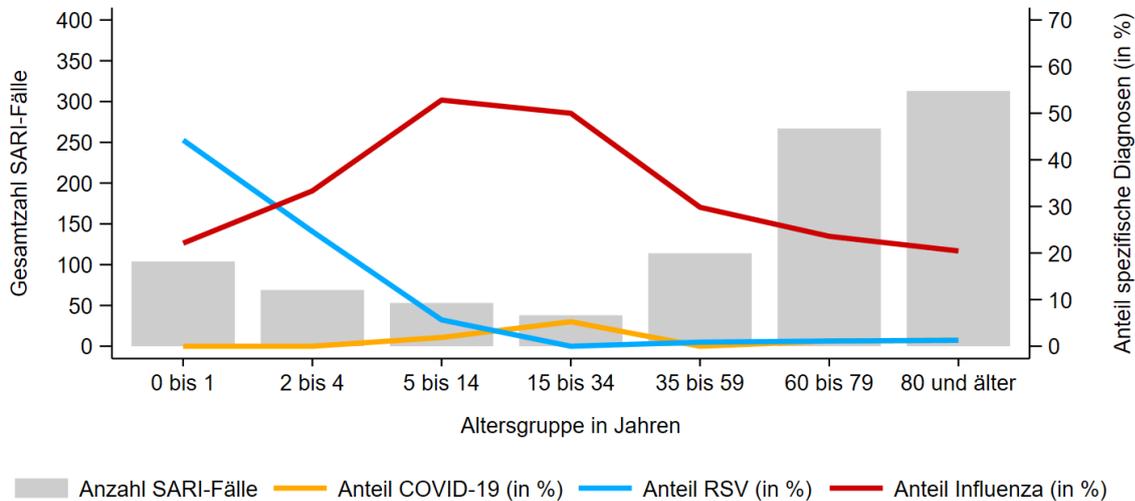
Der Anteil an Influenza-Diagnosen geht seit der 6. KW 2025 zurück, in der 10. KW kam es zu einem weiteren deutlichen Rückgang. So erhielten 27 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose (Vorwoche: 38 %). RSV-Diagnosen wurden seit dem Jahreswechsel etwas häufiger vergeben, jedoch kam es bisher zu keinem deutlichen Anstieg. In der 10. 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 10. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 66 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

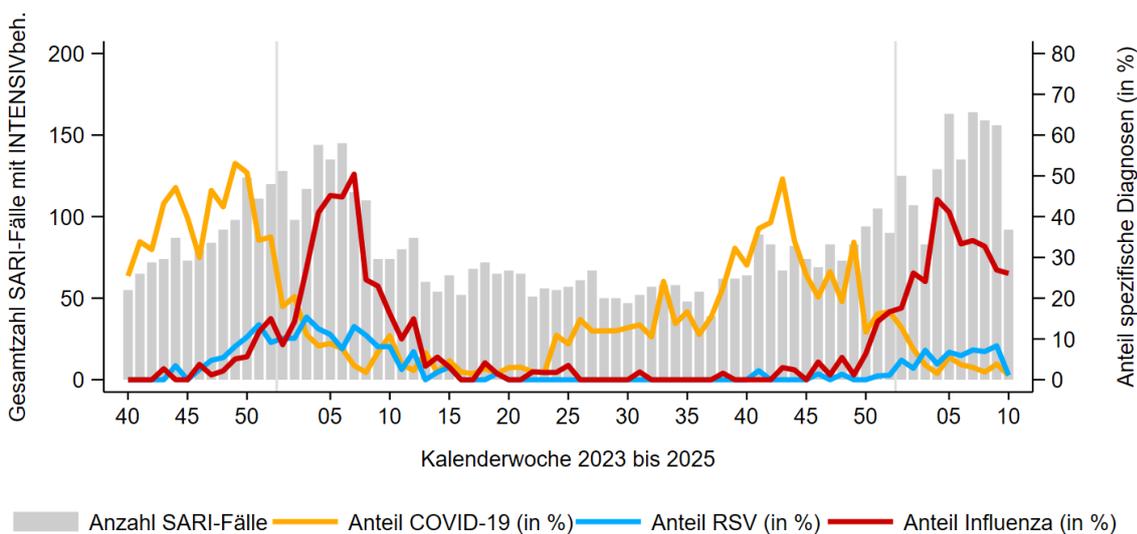
Influenza-Diagnosen wurden in der 10. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen vergeben, mit Anteilen zwischen 20 % und 53 %. Besonders betroffen waren hierbei die Schulkinder (5 bis 14 Jahre) und jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre). Hier erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall eine Influenza-Diagnose.

RSV-Erkrankungen wurden vorwiegend bei Kleinkindern unter 5 Jahren mit einem Anteil von 44 % (0 bis 1 Jahre) bzw. 25 % (2 bis 4 Jahre) diagnostiziert. Darüber hinaus wurden auch in weiteren Altersgruppen vereinzelt RSV-Diagnosen vergeben. COVID-19-Diagnosen wurden in der 10. KW 2025 gelegentlich bei SARI-Patientinnen und -Patienten zwischen 5 und 34 Jahren sowie ab 60 Jahren vergeben, der Anteil lag hierbei zwischen 1 % und 5 % (Abb. 10).



**Abb. 10:** Anzahl der in der 10. 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 10. KW 2025 wurde bei 26 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, bei jeweils 1 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle wurde eine RSV- bzw. 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 10. 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)

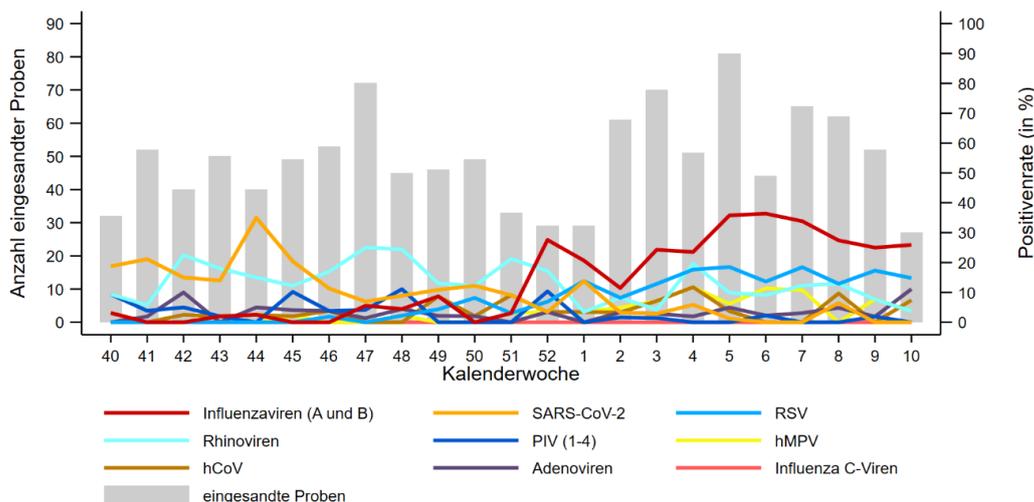
Die Berichterstattung zur virologischen SARI-Sentinel-Surveillance umfasst 15 Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren. Dem NRZ wurden in der 10. KW 2025 aus fünf der 15 teilnehmenden Kliniken 27 Sentinelproben zugesandt. In 18 (67 %) der 27 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). In der 10. KW 2025 wurden Influenza A- und B-Viren (26 %), RSV (15 %), Adenoviren (11 %), hCoV (7 %) sowie Rhinoviren und hMPV (je 4 %) detektiert (Abb. 12). SARS-CoV-2, PIV 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 10. KW 2025), Stand 11.3.2025.

		7. KW	8. KW	9. KW	10. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben		65	62	52	27	1.132
Probenanzahl mit Virusnachweis*		44	42	30	18	590
	Positivenrate (PR)	68 %	68 %	58 %	67 %	52 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	4
	A(H3N2)	0	2	1	2	16
	A(H1N1)pdm09	12	10	10	4	111
	B	11	5	2	1	40
SARS-CoV-2		0	4	0	0	100
RSV		12	8	9	4	92
hMPV		7	0	4	1	42
PIV (1 – 4)		0	0	1	0	30
Rhinoviren		8	8	4	1	150
hCoV		0	6	0	2	41
Adenoviren		2	3	1	3	36
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.

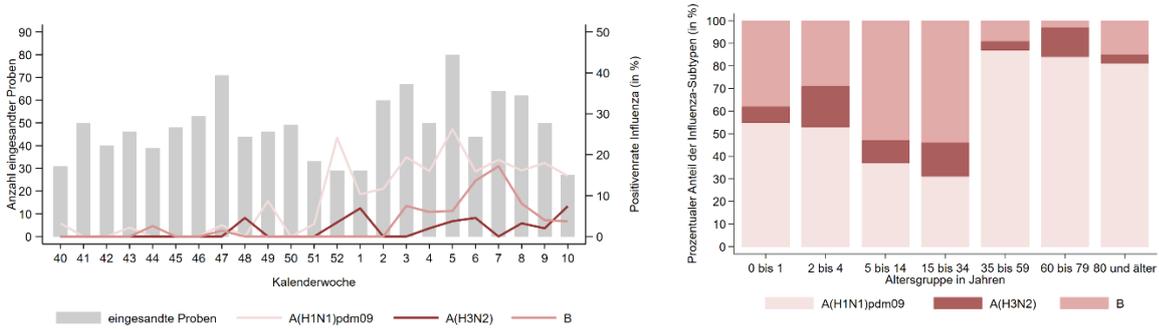
\*\* Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen



**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 10. KW 2025.

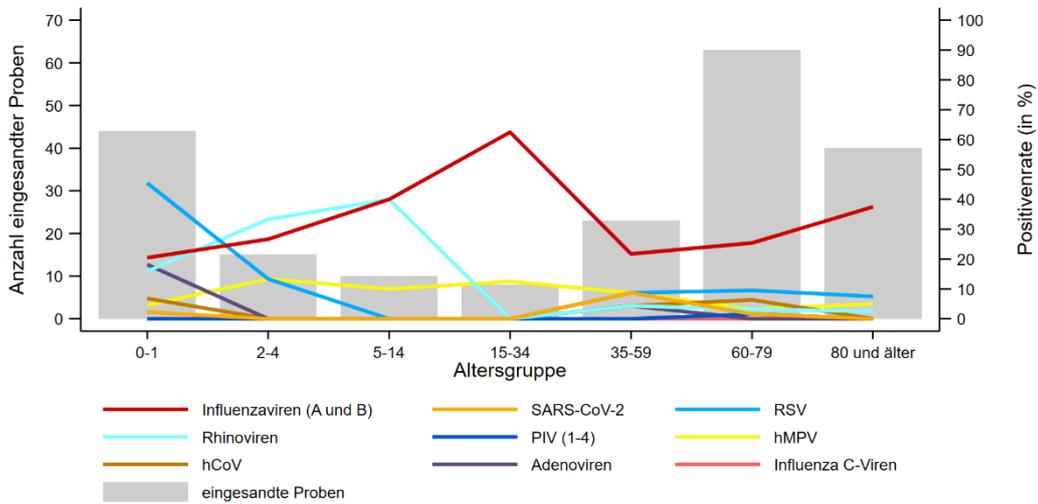
In der gesamten Saison 2024/25 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (65 %) nachgewiesen, gefolgt von Influenza B-Viren (23 %). Der Anteil der Influenza A(H1N1)pdm09-Viren an allen Influenzavirusnachweisen war damit höher als im ambulanten Bereich (43 % Influenza 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 überwogen Nachweise von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, während in den Altersgruppen von 5 bis 34 Jahren Influenza B-Viren häufiger 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 10. 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 10. KW 2025 detektiert wurden.

Von der 7. KW bis 10. 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 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 (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 (7. KW bis 10. KW 2025).

## Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 10. MW 2025 wurden bislang insgesamt 25.989 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 25.928 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 10. MW im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken. Bei 3.609 (14 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 11.3.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 335.317 Fälle übermittelt. Davon entfallen 333.695 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 56.580 (17 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 1.090 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 89 % 60 Jahre oder älter.

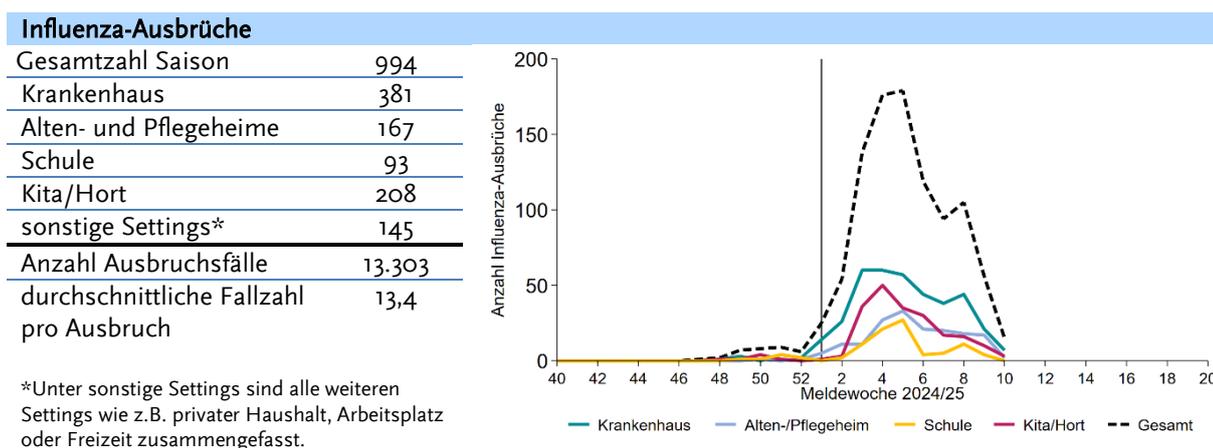
**Tab. 3:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	30.777	26.188	24.972	23.008	21.482	13.085	196.961
A(H1N1)pdm09	616	547	451	369	320	168	3.816
A(H3N2)	48	43	31	37	40	41	348
nicht nach A / B differenziert	887	841	843	786	771	375	6.351
B	16.161	18.599	20.875	20.158	19.142	12.259	126.219
<b>Gesamt</b>	<b>48.489</b>	<b>46.218</b>	<b>47.172</b>	<b>44.358</b>	<b>41.755</b>	<b>25.928</b>	<b>333.695</b>
Hospitalisierte Fälle	8.186	7.461	7.355	7.009	6.587	3.609	56.580

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 994 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 15 Ausbrüche in der 10. 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 10. MW 2025 wurden bislang 1.077 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt (Tab. 5). Bei 336 (31 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 11.3.2025). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 134.323 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 50.445 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.401 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)

	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	2.904	2.225	1.946	1.754	1.465	1.077	134.323
Hospitalisierte Fälle	1.056	745	662	621	535	336	50.445

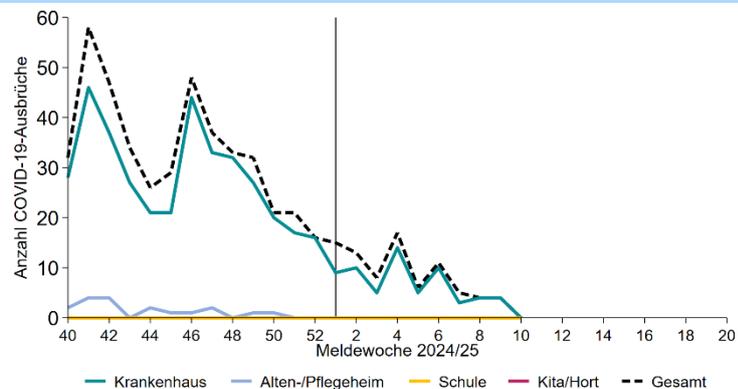
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 517 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurde bisher kein Ausbruch in der 10. 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.

### COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	517
Krankenhaus	433
Alten- und Pflegeheime	18
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	66
Anzahl Ausbruchsfälle	4.216
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,2



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

### RSV-Infektionen

Für die 10. MW 2025 wurden bislang insgesamt 5.428 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 5.388 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Bei 1.072 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für 10. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 11.3.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 41.366 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 40.830 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 9.916 (24 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 123 Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 92 % 60 Jahre oder älter.

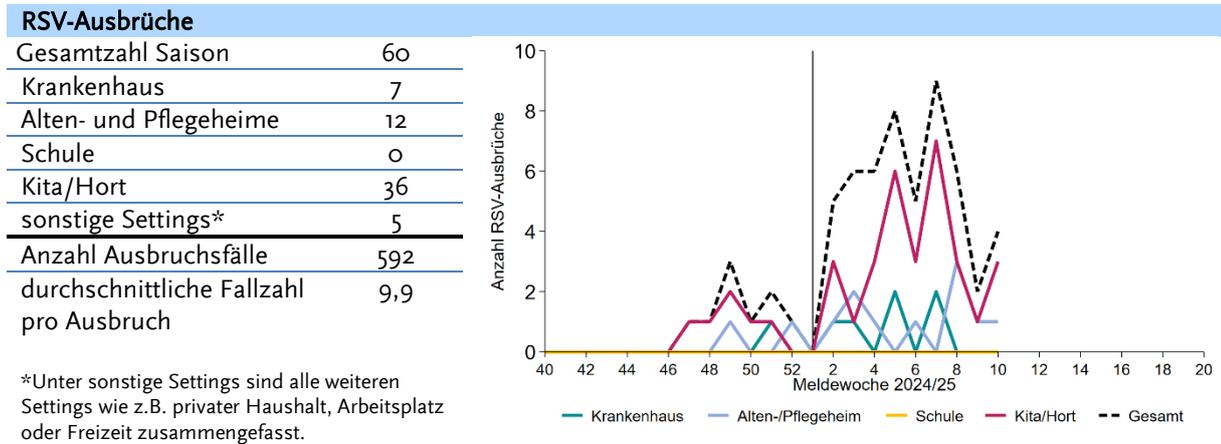
**Tab. 7:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorie C-E)

	5. MW	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	3.905	4.326	4.921	5.412	5.706	5.388	40.830
Hospitalisierte Fälle	966	1.035	1.174	1.251	1.292	1.072	9.916

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

Bisher wurden insgesamt 60 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden vier Ausbrüche in der 10. 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.

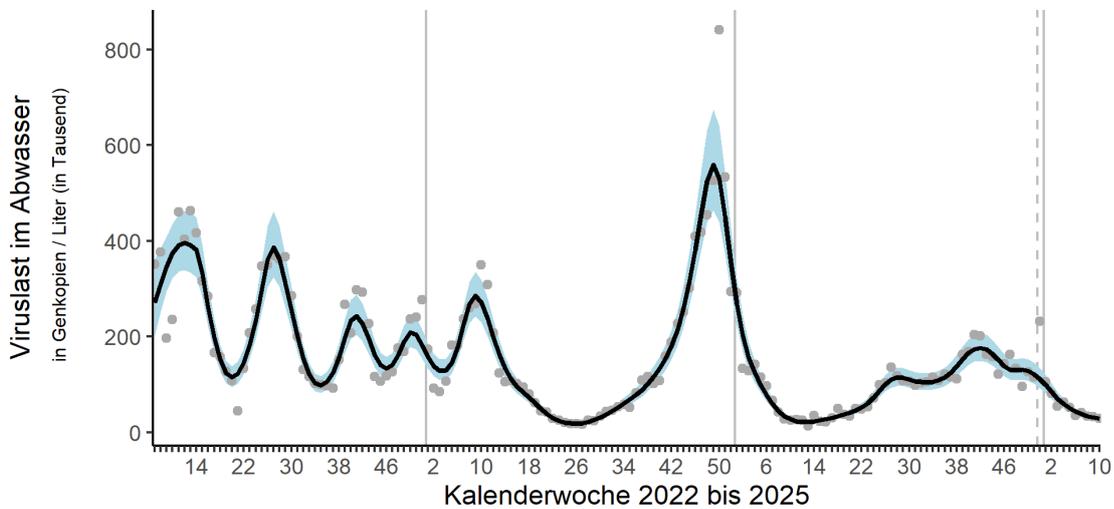


### Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

#### SARS-CoV-2

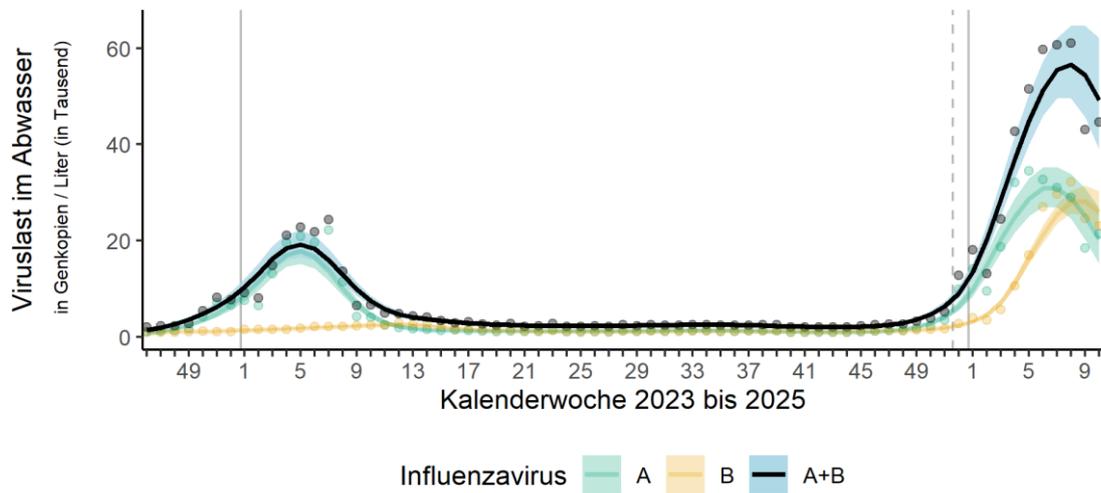
Für die 10. KW wurden Daten aus 60 Kläranlagen ausgewertet. In den letzten Monaten war ein kontinuierlicher Rückgang der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser zu erkennen (Abb. 15). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnern nachmelden.



**Abb. 15:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 11.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (5.3.2025, 10. 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

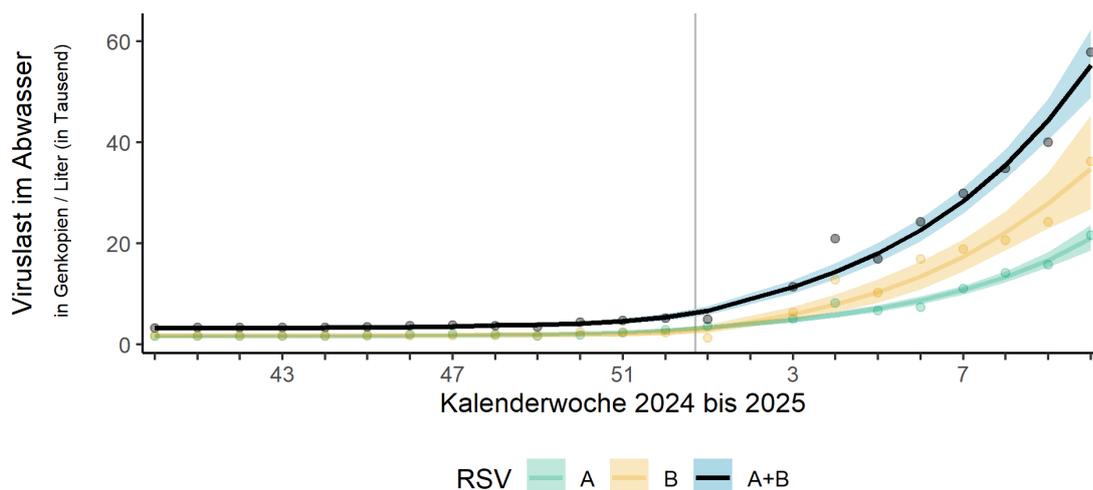
Für die 10. KW wurden Daten aus 60 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser sind rückläufig, sie liegen aber weiterhin auf einem hohen Niveau (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.



**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 11.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (5.3.2025, 10. 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 10. KW wurden Daten aus 31 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 punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 11.3.2025, 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>.

## 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, Influenza A- und B-Viren sowie RSV werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt: [https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance\\_AMELAG](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 10/2025 | DOI: 10.25646/13057