

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
12. Kalenderwoche (17.3. bis 23.3.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist in der 12. KW weiter zurückgegangen. Bei sinkender Influenza-Aktivität und gleichbleibender RSV-Aktivität halten die Grippe- und RSV-Welle noch an. In der 12. 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.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 12. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 12. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2025 in insgesamt 112 der 146 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (32 %). Von den 50 nachgewiesenen Influenzaviren waren 27 (54 %) B-, zwölf (24 %) A(H1N1)pdm09- und zehn (20 %) A(H3N2)-Viren. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in 12 % der Proben nachgewiesen, SARS-CoV-2 in 1 % der Proben.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 12. KW 2025 weiter gesunken. Der Anteil der Influenza-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ging ebenfalls weiter zurück und lag in der 12. KW bei insgesamt 17 %. Schulkinder sind hierbei weiter deutlich betroffen, fast jeder zweite SARI-Fall im Alter zwischen 5 und 14 Jahren erhielt eine Influenza-Diagnose. RSV-Infektionen wurden bei 7 % und COVID-19 bei weniger als 1 % der Fälle diagnostiziert.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2025 in 28 der 45 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter u. a. Influenza A- und B-Viren (24 %), Rhinoviren und hMPV (je 11 %), Adenoviren (9 %) und RSV (6 %).

In der 12. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle weiter deutlich gesunken, die Zahl der übermittelten RSV-Fälle ist im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Im Abwassermonitoring ist die Viruslast von Influenza A- und B-Viren gesunken. Die Werte der RSV-Last im Abwasser deuten auf einen Rückgang hin.

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

- Interaktives Dashboard mit wöchentlicher Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>.
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 12. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben und lag bei rund 6.400 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.200; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den Kindern leicht gestiegen und bei den Erwachsenen stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,4 Millionen akuten Atemwegserkrankungen. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

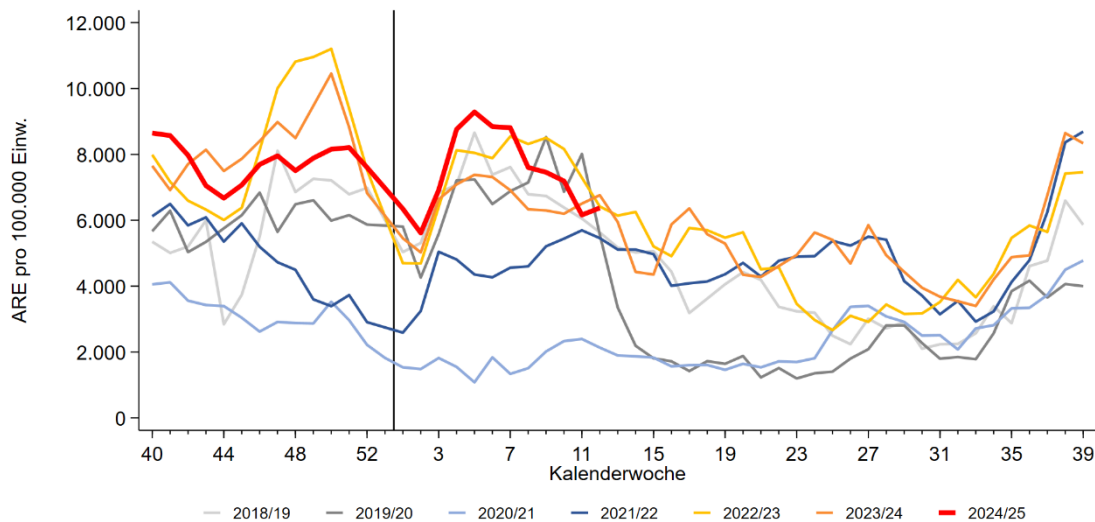


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 12. KW 2025). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 12. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken und lag bei rund 1.400 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. und damit im Bereich der Vorjahreswerte zu dieser Zeit (Vorwoche: 1.800; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,2 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

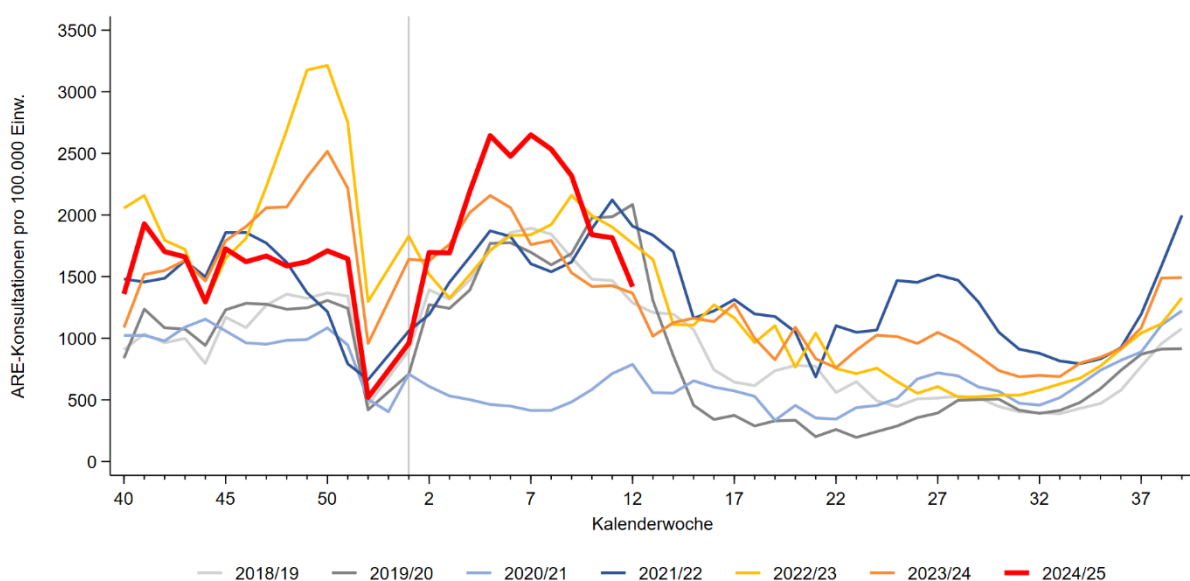


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 12. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 12. KW in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3).

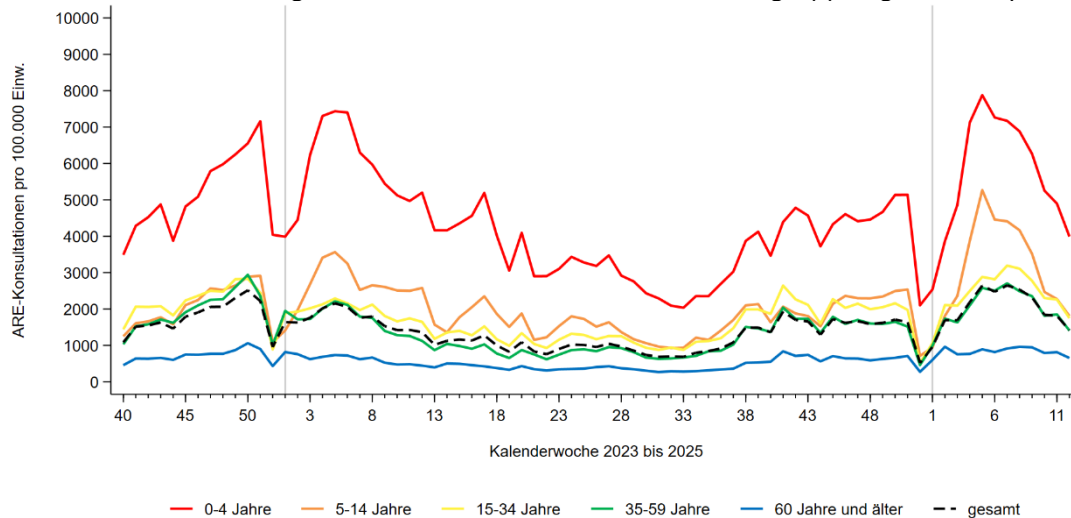


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 12. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 12. KW 2025 insgesamt 146 Sentinelproben von 49 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 112 (77 %) der 146 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulieren weiterhin hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (32 %; 95 %-Konfidenzintervall [24; 41]), mit Abstand gefolgt von Rhinoviren (16 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 13 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 12 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 8 %), Adenoviren (6 %), Parainfluenzaviren (PIV; 2 %) sowie SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren mit Positivenraten von jeweils 1 % (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab 20 Mehrfachinfektionen zumeist unter Beteiligung von Rhino- oder 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 12. KW 2025), Stand 26.3.2025.

		9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben		264	206	197	146	4.666
Probenanzahl mit Virusnachweis*		201	155	142	112	3.226
	Positivenrate (PR)	76 %	75 %	72 %	77 %	69 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	2	0	1	12
	A(H3N2)	16	10	7	10	138
	A(H1N1)pdm09	40	22	21	12	615
	B	83	53	44	27	713
SARS-CoV-2		0	0	1	1	246
RSV		23	24	21	17	251
hMPV		20	19	26	19	281
PIV (1 – 4)		1	3	4	3	175
Rhinoviren		15	26	21	24	739
hCoV		20	18	11	12	345
Adenoviren		8	16	9	9	210
Influenza C-Viren**		0	0	1	1	4

* 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 50 nachgewiesenen Influenzaviren in der 12. KW waren 27 (54 %) B-, zwölf (24 %) A(H1N1)pdm09- und zehn (20 %) A(H3N2)-Viren. In der gesamten Saison 2024/25 wurden bisher Influenza B-Viren und Influenza A(H1N1)pdm09-Viren ähnlich häufig identifiziert (48 % bzw. 42 %). Seit der 6. KW 2025 wurden wöchentlich 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 10. KW 2025 wieder unter 50 %, die Grippewelle hält jedoch noch an.

Bei den 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 12. KW bei 19 % (95 %-Konfidenzintervall [8; 33]) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Insgesamt ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die RSV-Welle hält weiter an.

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.

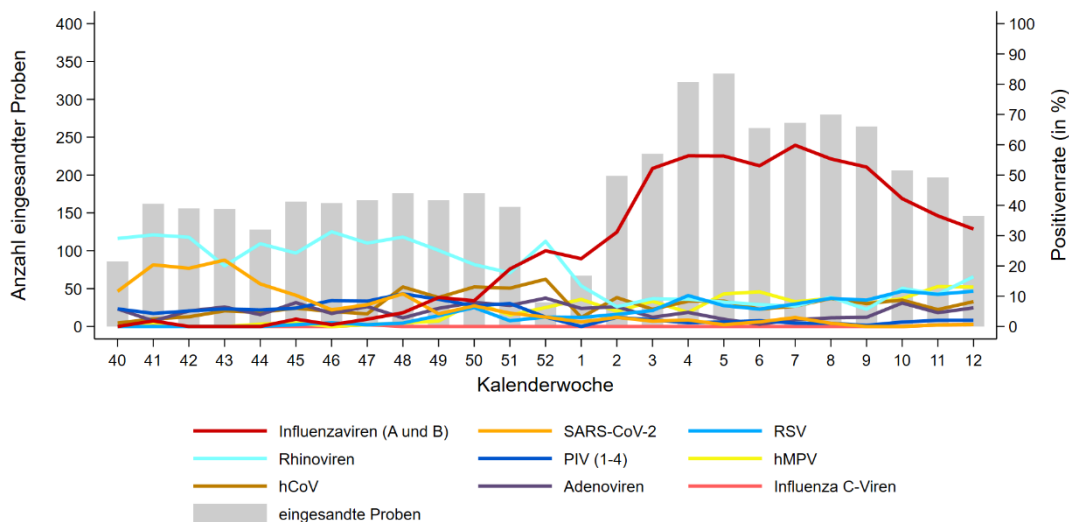


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 12. KW 2025.

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

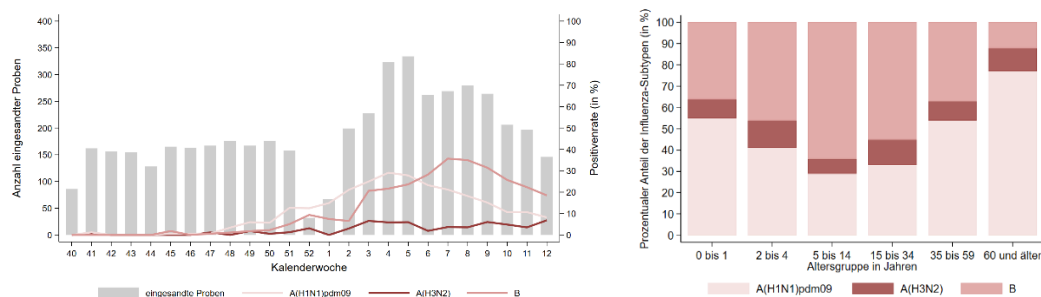


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 12. KW 2025. Rechts: Prozentuale Verteilung der 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 12. KW 2025 detektiert wurden.

In der 12. KW 2025 wurden Influenzaviren in allen Altersgruppen nachgewiesen, besonders hoch war die Positivenrate in den Altersgruppen zwischen 2 und 59 Jahren. Rhinoviren, RSV und hMPV wurden ebenfalls in allen Altersgruppen detektiert. Rhinoviren wurden besonders häufig bei den unter 4-jährigen (Abb. 6). 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).

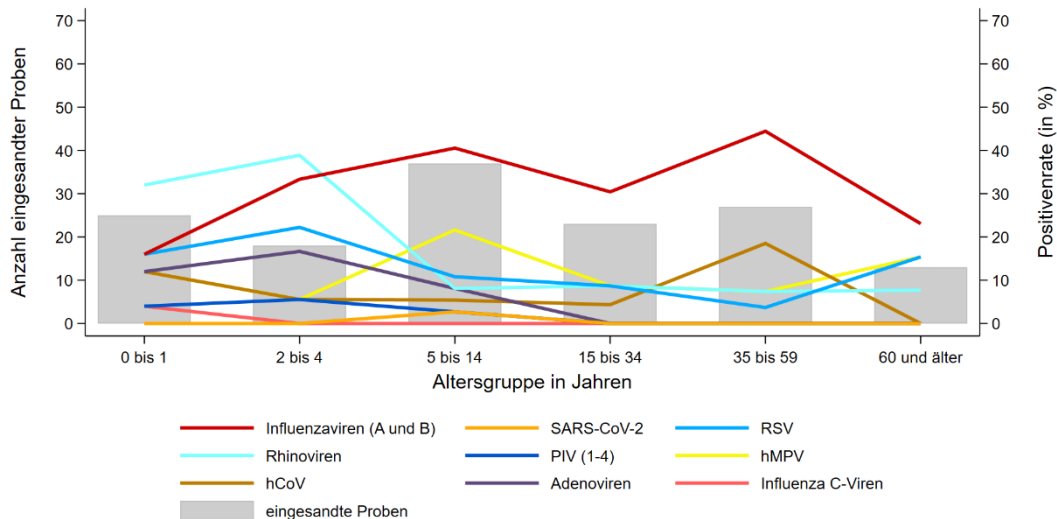


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 12. KW 2025.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinelns ($n = 263$), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ($n = 17$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 32$) wurden 312 Influenzaviren der Saison 2024/25 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehören 196 zum Subtyp A(H1N1)pdm09, 24 zum Subtyp A(H3N2) und 92 Viren zur B/Victoria-Linie. Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurden die Viren zu Referenzviren und entsprechenden Kladen und Subkladen zugeordnet: 190 der 196 sequenzierten A(H1N1)pdm09-Viren gehören zur Klade 5a.2a und der Subklade C.1.9. Sechs A(H1N1)pdm09-Viren finden sich in der Klade 5a.2a.1 und der Subklade D. Von den 92 sequenzierten Influenzaviren der B/Victoria-Linie gehören alle zur Klade V1A.3a.2. Diese verteilen sich auf folgenden Subkladen: C.5.1 ($n = 45$), C.5.6 ($n = 30$) und C.5.7 ($n = 17$). Alle 24 sequenzierten A(H3N2)-Viren stammen aus der Klade 2a.3a.1. Diese verteilen sich wie folgt: Subklade J.2 ($n = 17$) und J.2.2 ($n = 7$).

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)

Seit der 11. KW 2025 erfolgt die Berichtserstattung zu den SARS-CoV-2-Varianten im zweiwöchigen Rhythmus.

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.

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 12. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Die SARI-Inzidenz lag in der 12. KW im Wertebereich der Vorjahre zu dieser Zeit (Abb. 7).

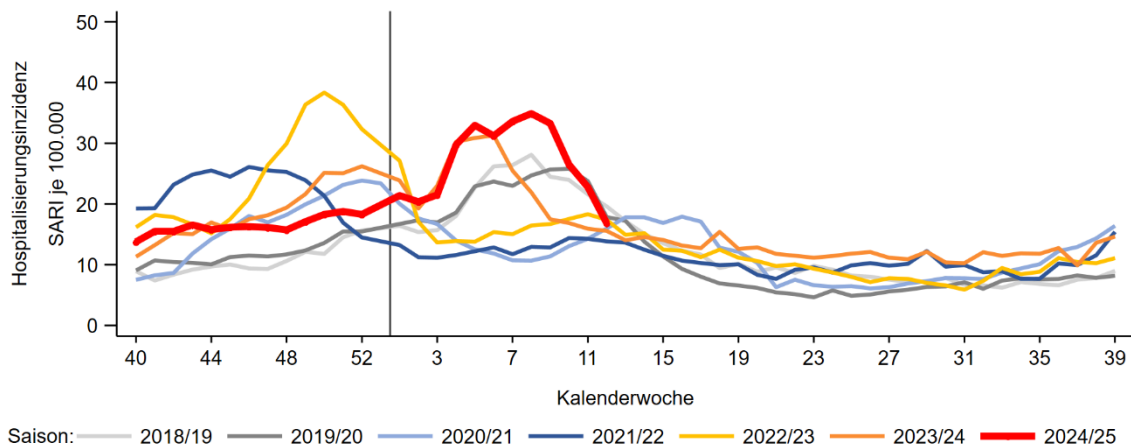


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 12. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 12. KW 2025 erneut in allen Altersgruppen zurückgegangen (Abb. 8). In der Altersgruppe der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) lag die Inzidenz trotz des Rückgangs noch auf einem vergleichsweise hohen Niveau. In den Altersgruppen ab 60 Jahre verblieb die SARI-Inzidenz noch etwas über den Werten aus dem Vorjahr zu dieser Zeit. In den übrigen Altersgruppen lagen die SARI-Fallzahlen in der 12. KW 2025 auf einem niedrigen Niveau, vergleichbar zu den Werten aus den Vorsaisons zu dieser Zeit.

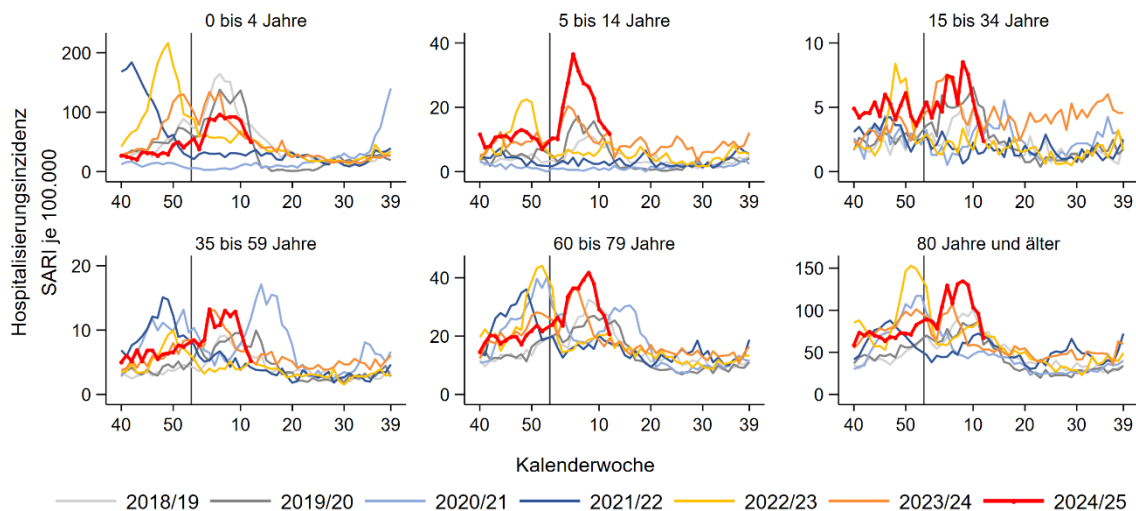


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 12. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen ist seit der 6. KW 2025 rückläufig; dieser Rückgang setzte sich auch in der 12. KW 2025 fort. So erhielten 17 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose (Vorwoche: 25 %). Seit der 8. KW 2025 ist der Anteil der RSV-Diagnosen weitestgehend stabil und lag in der 12. KW 2025 bei 7 % (Vorwoche: 9 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen blieb auf sehr niedrigem Niveau unter 1 % (Abb. 9).

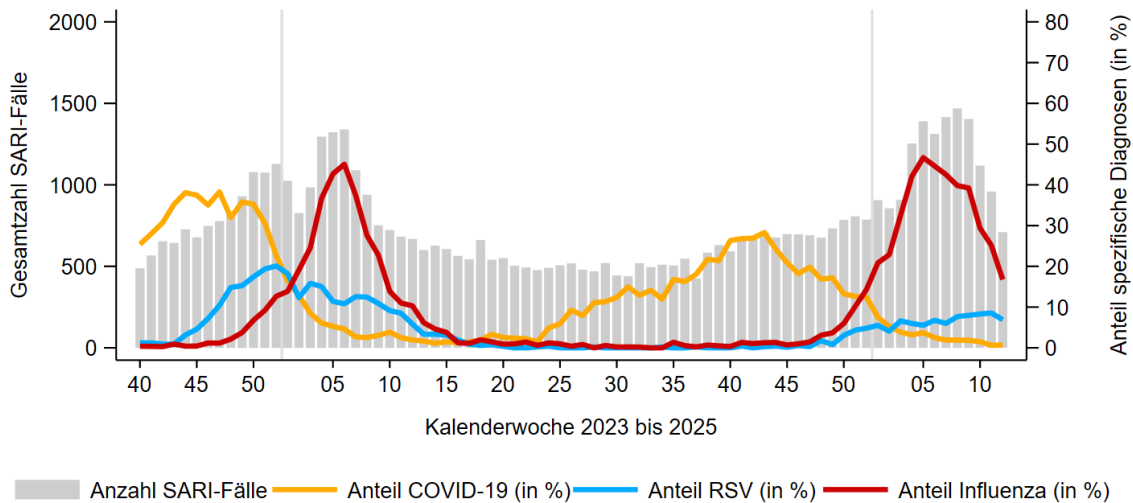


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 12. 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 12. KW 2025 weiterhin bei SARI-Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen vergeben, besonders betroffen waren Schulkinder (5 bis 14 Jahre). Hier erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall eine Influenza-Diagnose (47 %).

RSV-Erkrankungen wurden vorwiegend bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) und Kleinkindern (2 bis Jahre) mit Anteilen von 43 % bzw. 23 % diagnostiziert. Darüber hinaus wurden auch in weiteren Altersgruppen vereinzelt RSV-Diagnosen vergeben. COVID-19-Diagnosen wurden in der 12. KW 2025 nur vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 80 Jahren vergeben (Abb. 10).

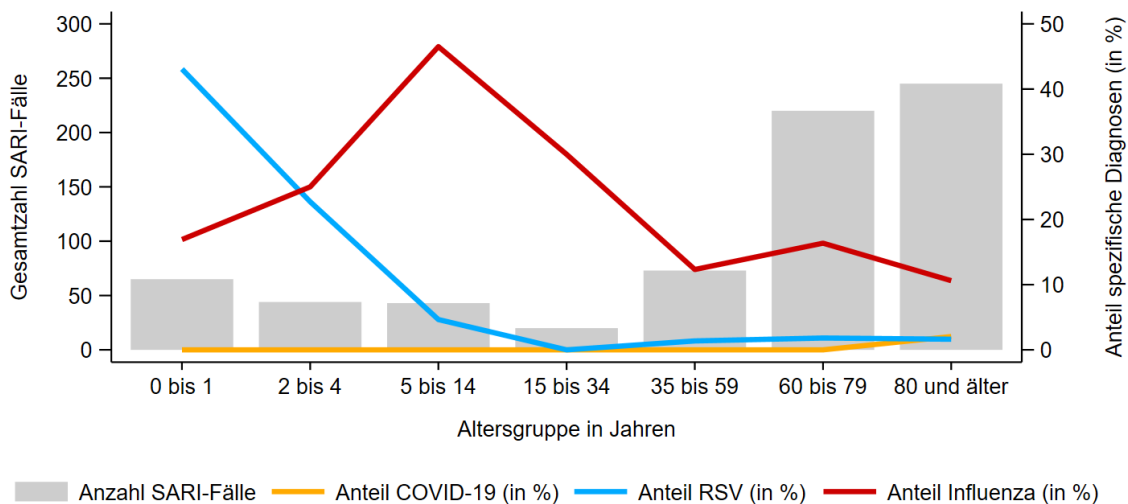


Abb. 10: Anzahl der in der 12. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. 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, allerdings nahm diese Anzahl in den letzten Wochen stark ab. In der 12. KW 2025 wurde bei 8 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, bei 5 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle wurde eine RSV-Diagnose vergeben. Es wurden keine COVID-19-Erkrankungen bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen diagnostiziert (Abb. 11).

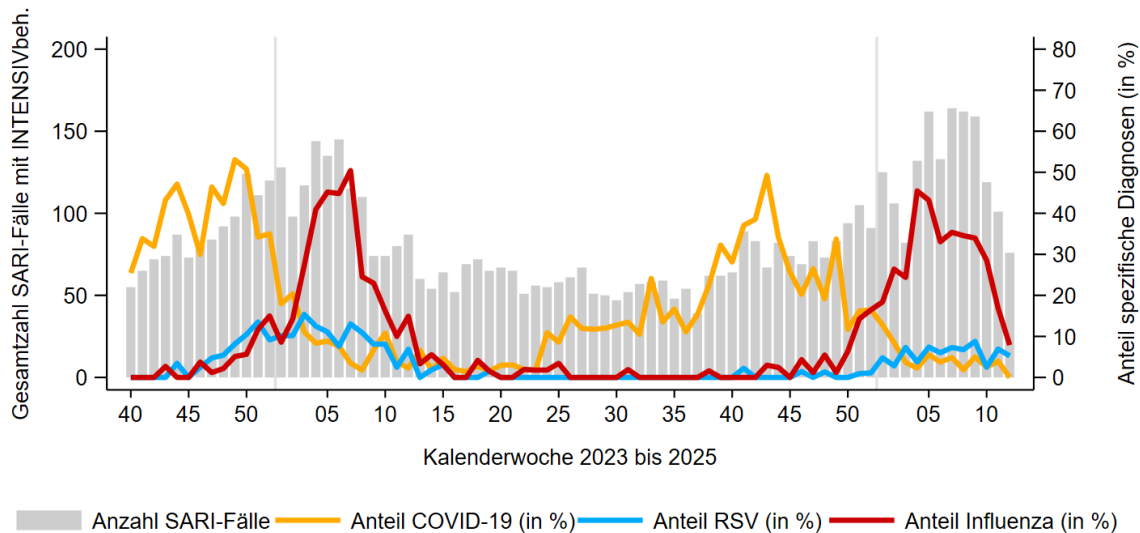


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 12. 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 12. KW 2025 aus sieben der 15 teilnehmenden Kliniken 45 Sentinelproben zugesandt. In 28 (62 %) der 45 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). In der 12. KW 2025 wurden Influenza A- und B-Viren (24 %), Rhinoviren und hMPV (je 11 %), Adenoviren (9 %), RSV (6 %), sowie hCoV und SARS-CoV-2 (je 2 %) detektiert (Abb. 12). PIV und 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 12. KW 2025), Stand 26.3.2025.

	9. KW	10. KW	11. KW	12. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	59	47	37	45	1.241
Probenanzahl mit Virusnachweis*	36	31	19	28	656
Positivenrate (PR)	61 %	66 %	51 %	62 %	53 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	4
A(H3N2)	1	2	2	0	18
A(H1N1)pdm09	10	5	1	8	121
B	6	4	1	3	51
SARS-CoV-2	0	0	0	1	101
RSV	10	6	4	3	102
hMPV	4	4	5	5	55
PIV (1 – 4)	1	1	0	0	31
Rhinoviren	5	3	4	5	162
hCoV	0	6	3	1	49
Adenoviren	1	4	0	4	41
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

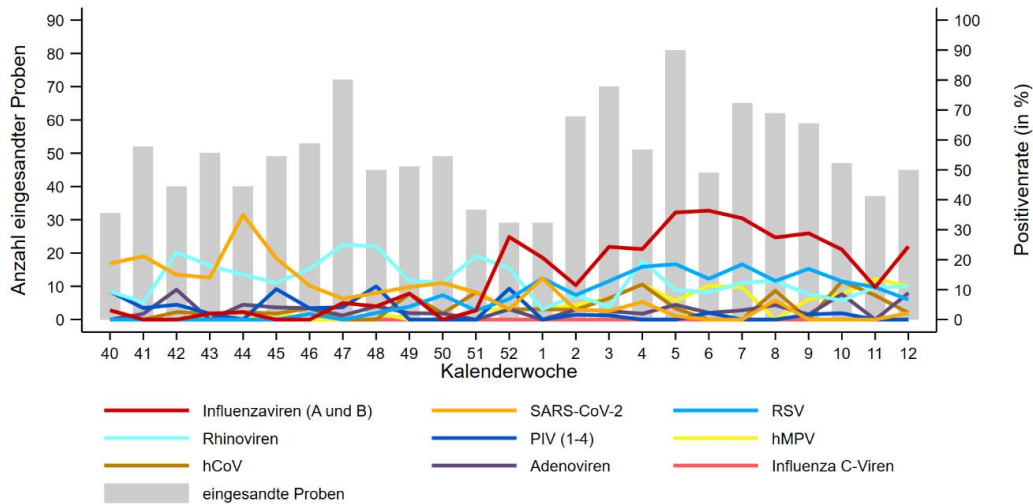


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivitäten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur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

In der gesamten Saison 2024/25 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (62 %) nachgewiesen, gefolgt von Influenza B-Viren (26 %). Der Anteil der Influenza A(H1N1)pdm09-Viren an allen Influenzavirusnachweisen war damit höher als im ambulanten Bereich (42 % Influenza A(H1N1)pdm09-Viren seit der 40. KW) und der Anteil der Influenza B-Viren niedriger als im ambulanten Bereich (48 % 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).

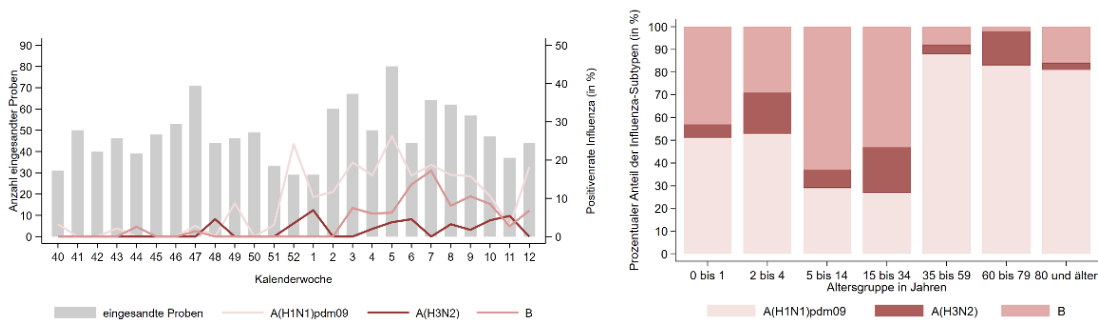


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivitäten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der SARI-Sentinel-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 11. KW 2025. Rechts: prozentuale Verteilung 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 11. KW 2025 detektiert wurden.

Von der 9. KW bis 12. KW 2025 wurden Influenzaviren (A und B) in fast allen Altersgruppen identifiziert. Auch RSV wurden in fast allen Altersgruppen nachgewiesen, am häufigsten betroffen waren jedoch Kinder von 2 bis 4 Jahren. Zudem wurden bei Kindern bis 14 Jahren vermehrt Rhinoviren identifiziert. In allen Altersgruppen wurden hMPV nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurden noch vereinzelt bei Erwachsenen ab 60 Jahren detektiert. Zudem wurden in den meisten Altersgruppen sporadisch weitere Viren des Erregerpanels nachgewiesen (Abb. 14).

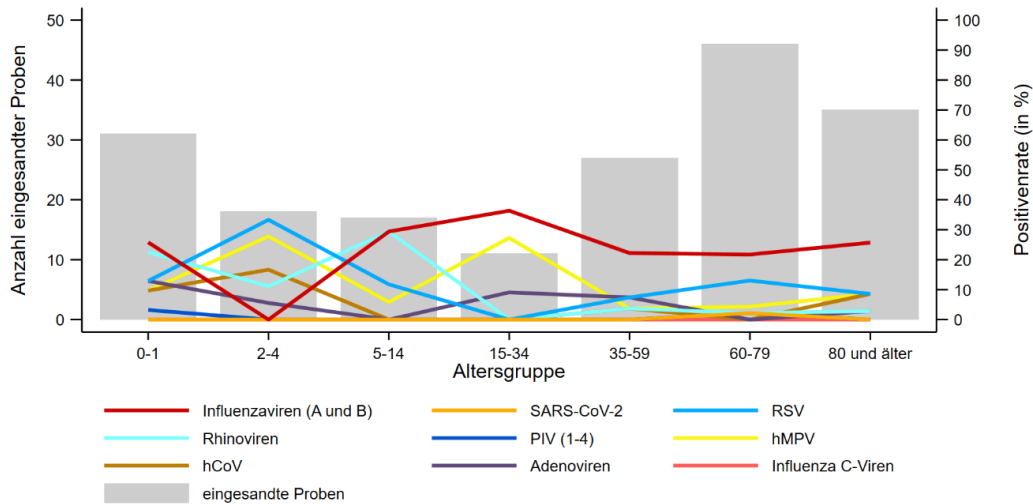


Abb. 14: Anteil (Positivitäten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV (1-4), Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (9. KW bis 12. KW 2025).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 12. MW 2025 wurden bislang insgesamt 12.424 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 12.402 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 12. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Bei 1.919 (15 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 25.3.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 370.768 Fälle übermittelt. Davon entfallen 369.061 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 63.116 (17 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 1.362 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-Falldefinitionskategorien C-E)

	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	25.001	23.050	21.540	13.569	10.904	6.550	215.142
A(H1N1)pdm09	453	375	321	182	135	73	4.059
A(H3N2)	33	37	41	44	31	33	418
nicht nach A / B differenziert	844	787	783	391	357	202	6.947
B	20.882	20.169	19.191	12.678	10.214	5.544	142.495
Gesamt	47.213	44.418	41.876	26.864	21.641	12.402	369.061
Hospitalisierte Fälle	7.436	7.194	6.993	4.245	3.179	1.919	63.116

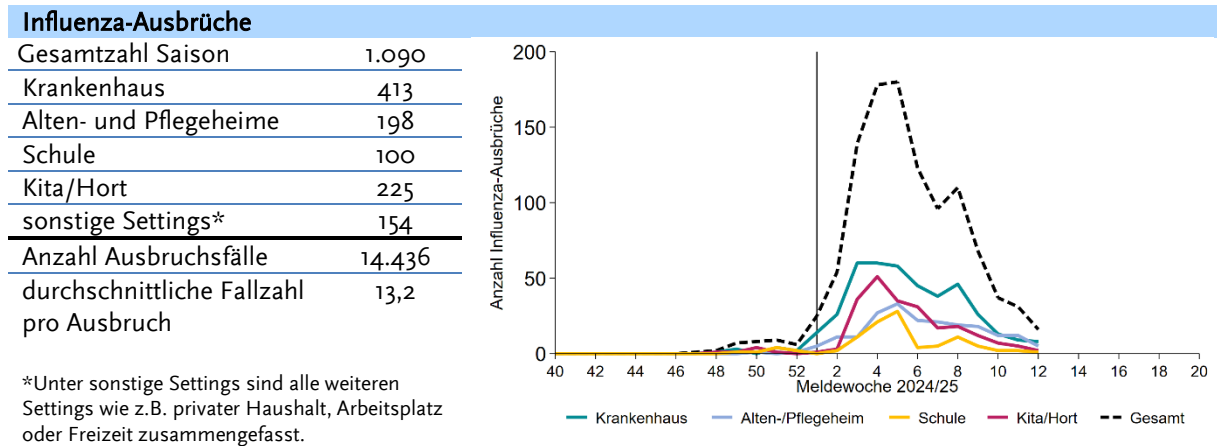
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 1.090 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 16 Ausbrüche in der 12. MW 2025 übermittelt (Tab. 4).¹

¹ Eine ausführliche Beschreibung zu Ausbrüchen und Ausbruchsfällen mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in der Saison 2023/24 wurden im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/39_24.pdf

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



COVID-19

Für die 12. MW 2025 wurden bislang 788 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt (Tab. 5). Bei 298 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 25.3.2025). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 136.164 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 51.180 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.467 Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

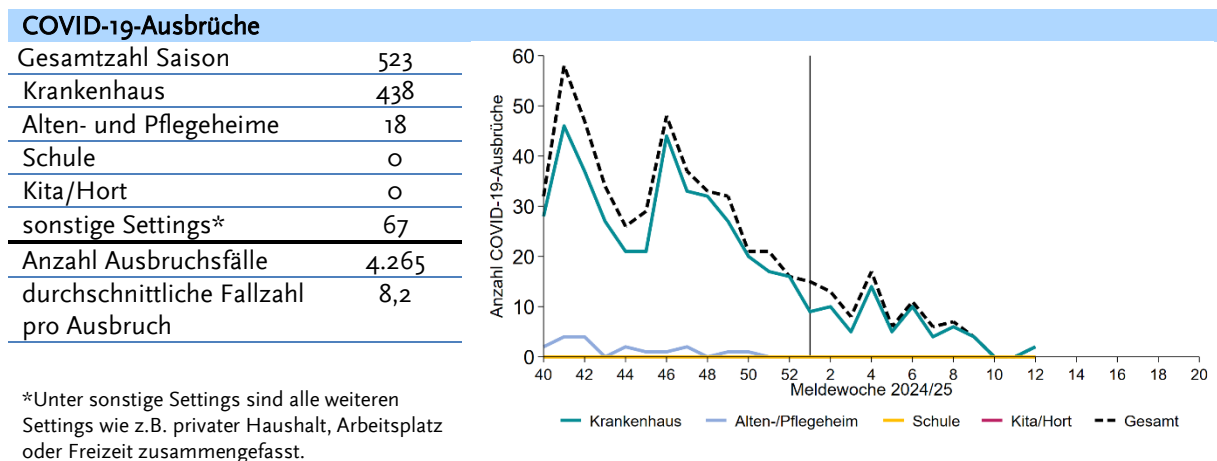
Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	1.945	1.757	1.469	1.111	1.013	788	136.164
Hospitalisierte Fälle	668	634	560	382	328	298	51.180

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 523 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden zwei Ausbrüche in der 12. 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 12. MW 2025 wurden bislang insgesamt 4.516 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 4.465 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Bei 894 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für 12. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 25.3.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 51.396 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 50.740 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 12.406 (24 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 189 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-Falldefiniationskategorie C-E)

	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	4.926	5.413	5.714	5.464	5.352	4.465	50.740
Hospitalisierte Fälle	1.194	1.291	1.389	1.284	1.202	894	12.406

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

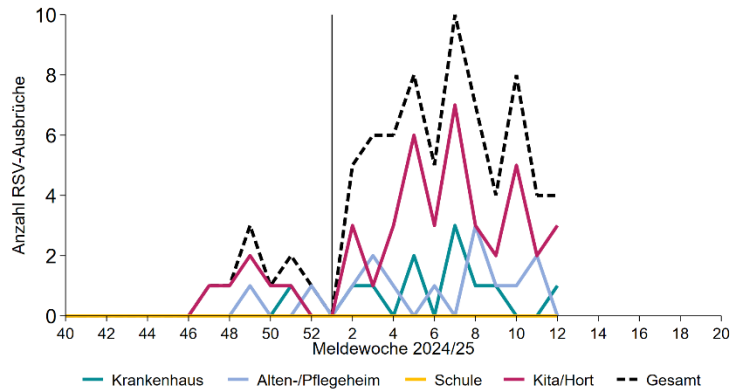
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 76 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden vier Ausbrüche in der 12. MW 2025 übermittelt (Tab. 8).

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

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	76
Krankenhaus	11
Alten- und Pflegeheime	14
Schule	0
Kita/Hort	44
sonstige Settings*	7
Anzahl Ausbruchsfälle	726
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,6

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



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 12. KW wurden Daten aus 70 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.

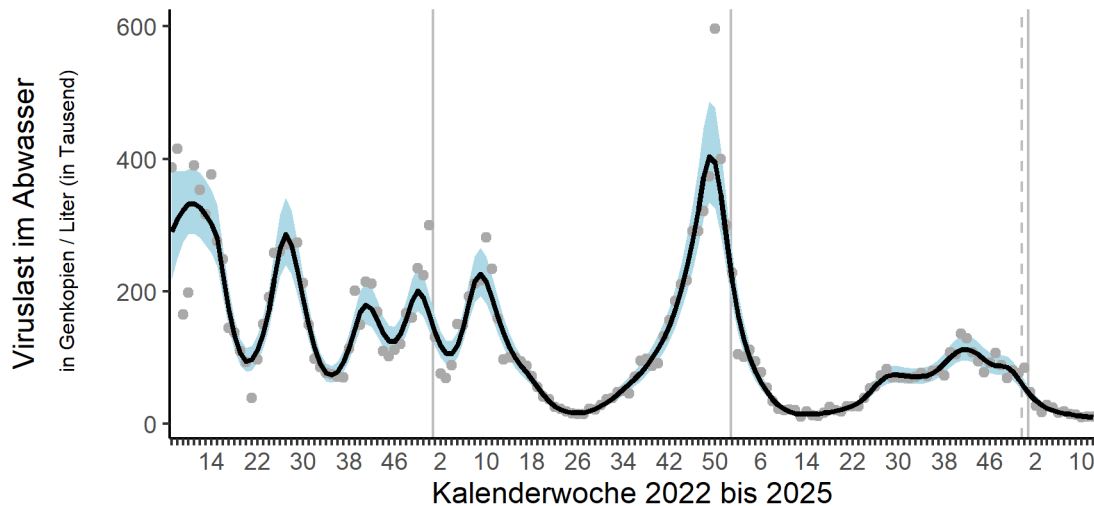


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 26.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (19.3.2025, 12. KW). Gezeigt 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 12. KW wurden Daten aus 69 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser sind seit einigen Wochen rückläufig (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

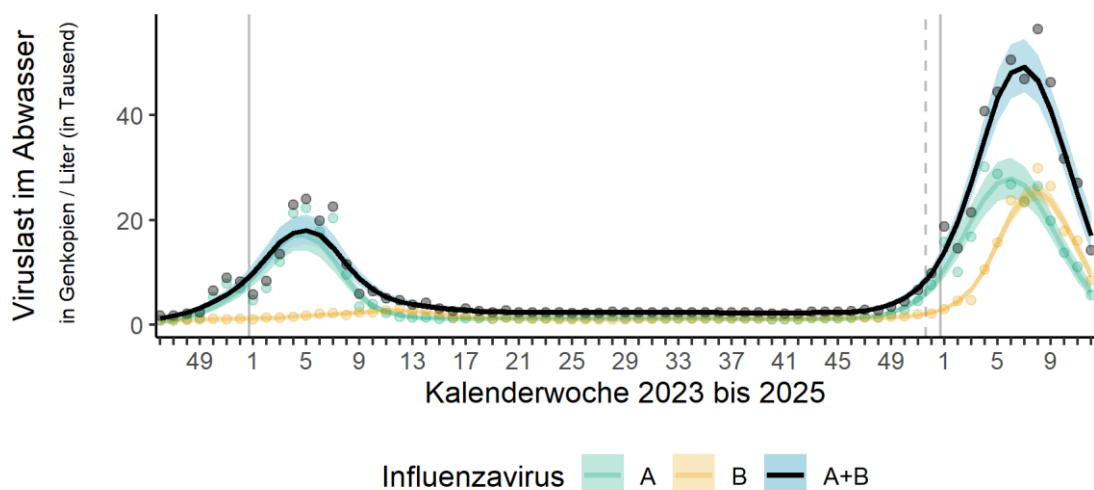


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 26.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (19.3.2025, 12. 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

Für die 12. KW wurden Daten aus 32 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind in den letzten zwei Monaten im Durchschnitt angestiegen, die aktuellsten Werte deuten jedoch auf einen Rückgang von RSV A und RSV B hin (Abb. 17). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

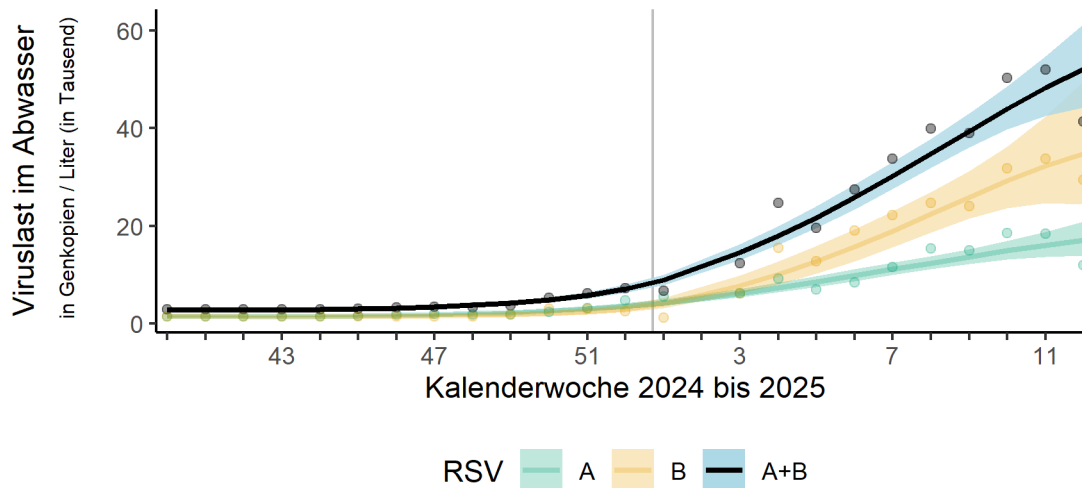


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95%-Konfidenzintervallen (Stand 26.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (19.3.2025, 12. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. 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
- 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, Influenza A- und B-Viren sowie RSV werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt: https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance_AMELAG bzw. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10782701>.

Informationen zum 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 12/2025 | DOI: 10.25646/13074