

# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
16. Kalenderwoche (14.4. bis 20.4.2025)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Wie in den Vorjahren ging die ARE-Aktivität mit den Osterferien zurück, jedoch muss mit verstärkten Schwankungen der Werte sowie mit Nachmeldungen gerechnet werden. Das ARE-Geschehen wird zunehmend durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt, es zirkulieren aber weiterhin auch RSV. Die Grippewelle endete entsprechend der Definition des RKI nach 16 Wochen (51. KW 2024 bis 14. KW 2025). Die Zahl der schwer verlaufenden ARE ist seit einigen Wochen rückläufig.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 16. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 16. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 16. KW 2025 in insgesamt 32 (64 %) der 50 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (22 %) und Respiratorische Synzytialviren (RSV; 14 %), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 12 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 12 %) sowie Influenza A- und B-Viren (8 %). Zudem wurden Parainfluenzaviren (PIV; 4 %) und Adenoviren (2 %) nachgewiesen. SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren wurden nicht detektiert.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 16. KW 2025 weiter gesunken. Der Anteil der Influenza-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ging ebenfalls weiter zurück und lag in der 16. KW bei insgesamt 4 %. RSV-Infektionen wurden bei 6 % der Fälle diagnostiziert und COVID-19-Diagnosen sind bei weniger als 1 % der SARI-Fälle vergeben worden.

Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser sind seit mehreren Wochen rückläufig und befinden sich für Influenza A und B mittlerweile wieder auf einem niedrigen Niveau.

Aufgrund der Osterferien können sich die syndromischen und virologischen Daten durch Nachmeldungen noch stärker verändern.

## Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: [www.rki.de/are](http://www.rki.de/are)
- Alle Personen können das Risiko einer Infektion durch Atemwegserreger 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).
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 11.2.2025): [www.rki.de/Zoonotische-influenza](http://www.rki.de/Zoonotische-influenza).

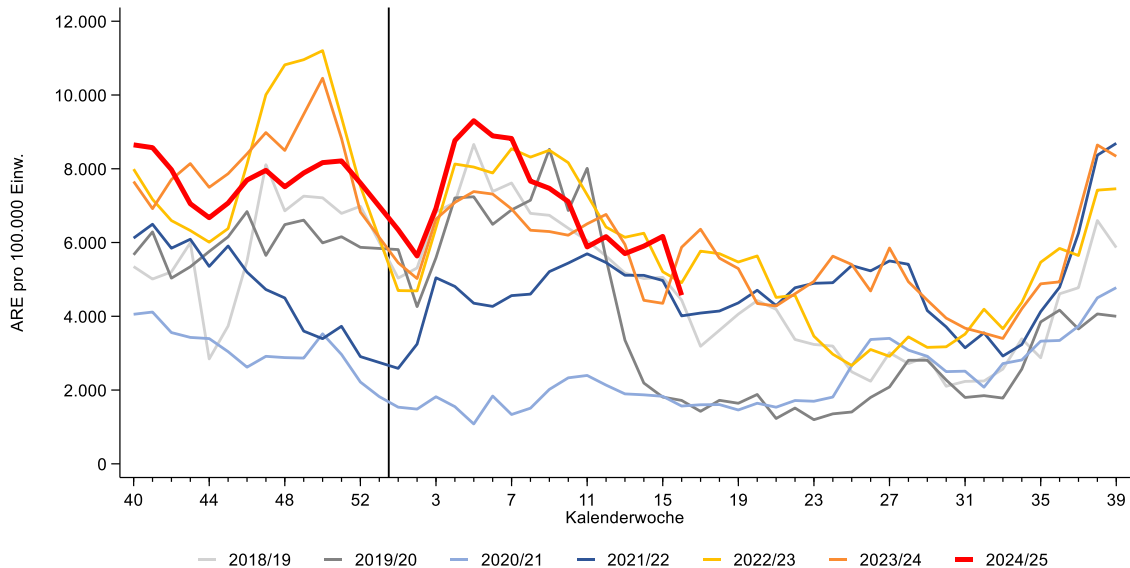
## Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

- 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)

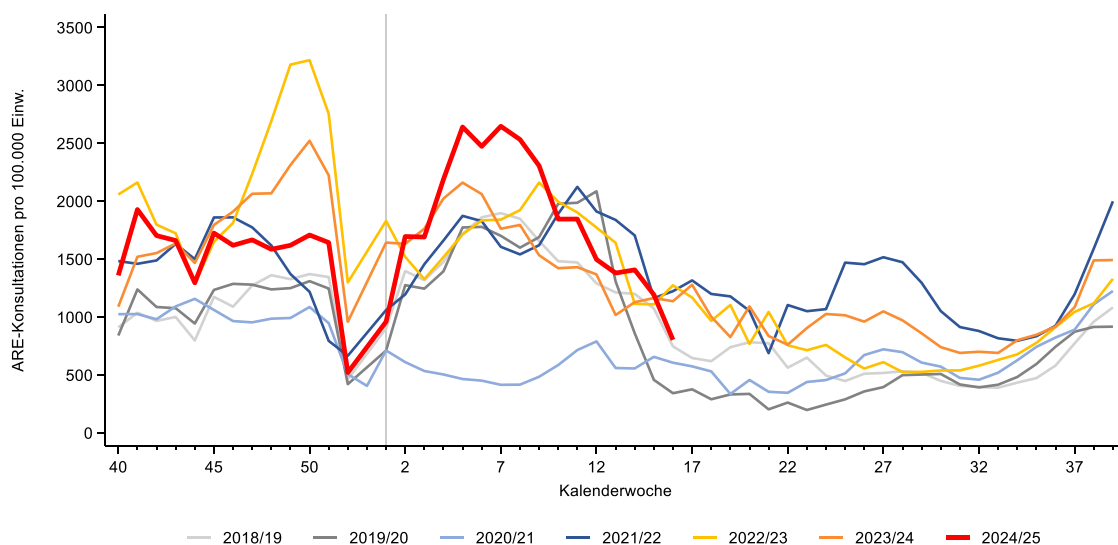
Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 16. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen zurückgegangen und lag bei rund 4.600 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.200; Abb. 1). Dabei sind die Werte bei den Schulkindern sowie den ab 60-Jährigen am deutlichsten gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,9 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 16. 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.

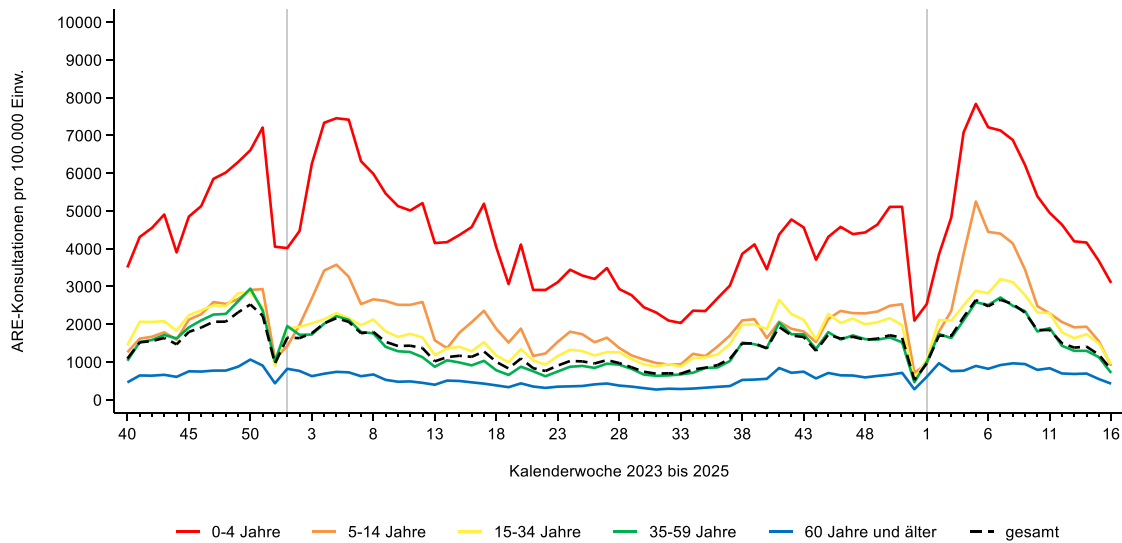
### Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 16. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag bei rund 800 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.200) und damit unter den Werten des Vorjahres zu dieser Zeit (Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 680.000 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 16. 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 16. KW in allen Altersgruppen gesunken, insbesondere bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre; Abb. 3). Aufgrund der Osterferien können sich die Werte durch ein geändertes Konsultationsverhalten und nachträgliche Meldungen stärker verändern.



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 16. 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 16. KW 2025 insgesamt 50 Sentinelproben von 25 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 32 (64 %) der 50 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (22 %) und Respiratorische Synzytialviren (RSV; 14 %), gefolgt von humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 12 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 12 %), Influenza A- und B-Viren (8 %; 95 %-Konfidenzintervall [2; 20]), Parainfluenzaviren (PIV; 4 %) sowie Adenoviren (2 %). SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren wurden in der 16. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab sechs Doppelinfectionen zumeist unter Beteiligung von Rhinoviren.

**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 16. KW 2025), Stand 22.4.2025.

	13. KW	14. KW	15. KW	16. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	133	126	97	50	5.095
Probenanzahl mit Virusnachweis*	101	89	66	32	3.530
Positivenrate (PR)	76 %	71 %	68 %	64 %	69 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	1	0	0	13
A(H3N2)	5	3	2	1	154
A(H1N1)pdm09	7	6	1	1	633
B	34	13	6	2	771
SARS-CoV-2	0	1	0	0	247
RSV	9	13	15	7	297
hMPV	16	18	7	6	328
PIV (1 – 4)	3	7	8	2	195
Rhinoviren	23	29	28	11	832
hCoV	12	8	8	6	381
Adenoviren	3	6	4	1	224
Influenza C-Viren**	0	0	0	0	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.

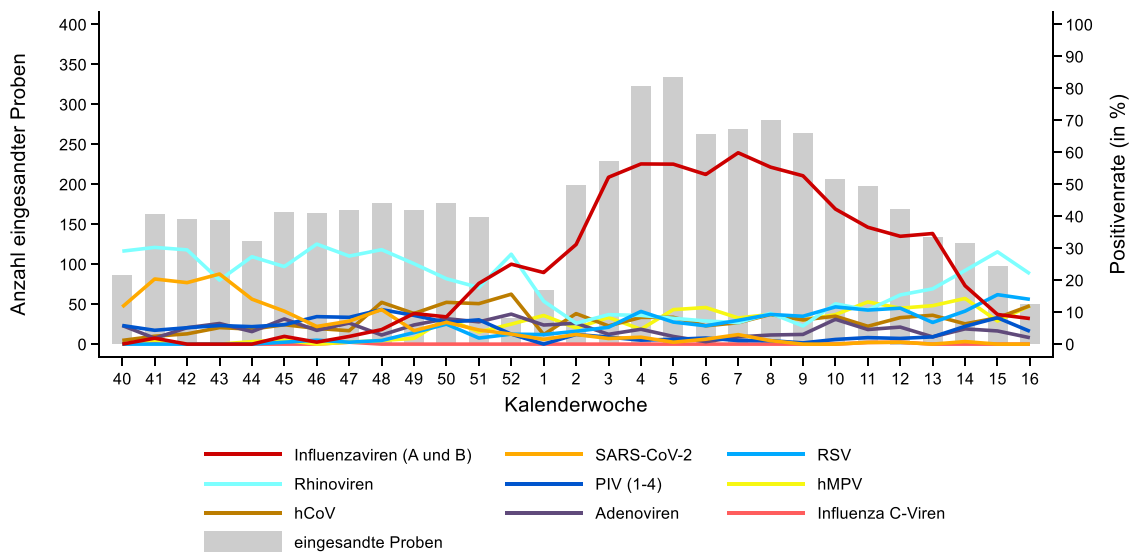
\*\* Influenza C-Viren werden ab der Saison 2024/25 ausgewiesen.

Da das untere Konfidenzintervall der Influenzavirus-Positivenrate die zweite Woche in Folge unter 10 % lag, endete die Grippewelle in Deutschland nach Definition des RKI mit der 14. KW 2025. Sie hielt 16 Wochen an (51. KW 2024 bis 14. KW 2025).

In der gesamten Saison 2024/25 wurden bisher Influenza B-Viren und Influenza A(H1N1)pdm09-Viren ähnlich häufig identifiziert (49 % bzw. 40 %). 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).

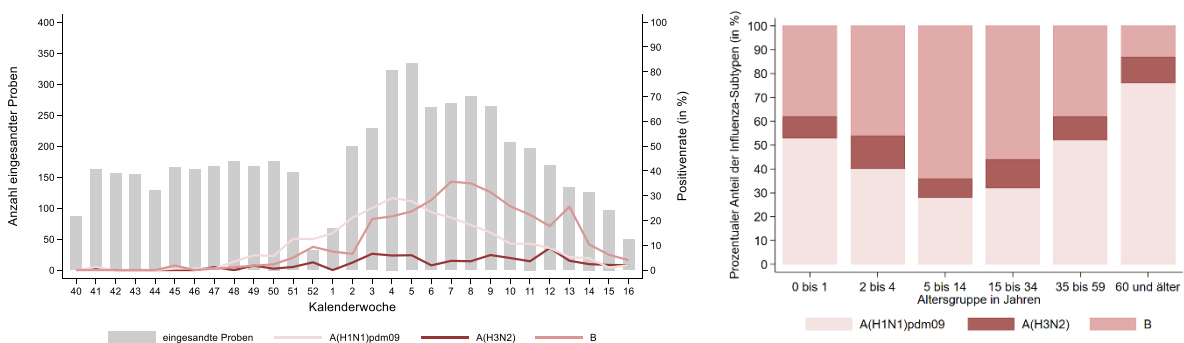
Bei den 0- bis 4-Jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 16. KW 2025 bei 25 % (95 %-Konfidenzintervall [5; 57]) und ist im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die RSV-Welle hält nach Definition des RKI noch an. Insgesamt ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen in der Saison 2024/25 vorrangig durch RSV B (59 % bei 0- bis 4-Jährigen) hervorgerufen wurden.



**Abb. 4:** Anteil der Nachweise für Influzaviren (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 16. KW 2025.

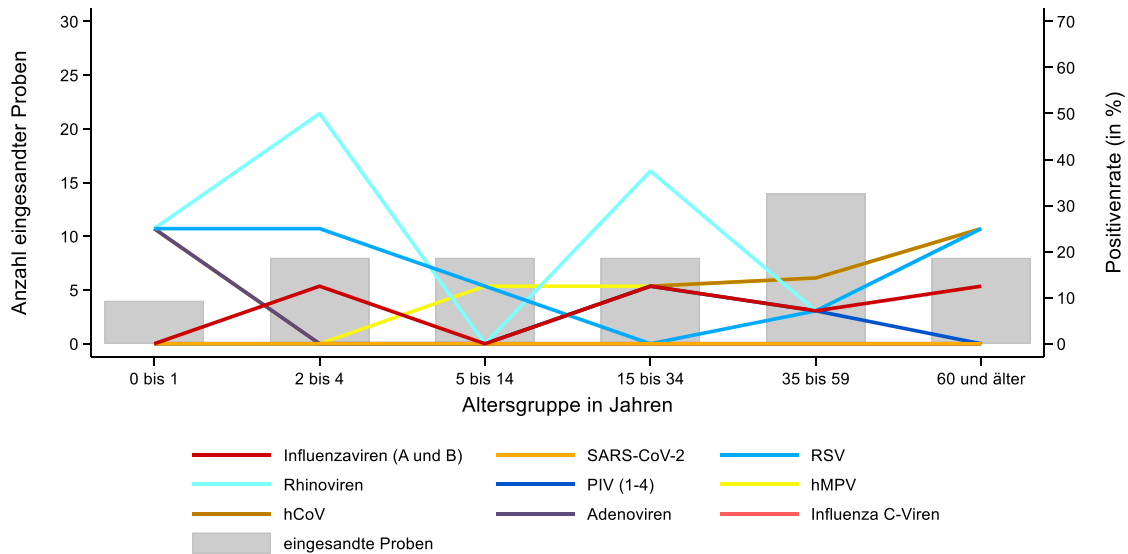
Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.



**Abb. 5:** Links: Anteil der Nachweise für Influzavirus-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 16. KW 2025. Rechts: prozentuale Verteilung der Nachweise für Influzavirus-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 16. KW 2025. Rechts: prozentuale Verteilung der Nachweise für Influzavirus-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 16. KW 2025.

In der 16. KW wurden Rhinoviren in fast allen Altersgruppen detektiert. RSV wurden etwa gleich häufig bei Kindern bis 4 Jahren und den ab 60-Jährigen nachgewiesen. Influzaviren zirkulierten im geringen Maße sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen (Abb. 6). Aufgrund der geringen Anzahl eingesandter Proben ist die Aussagekraft der Ergebnisse für die 16. KW eingeschränkt.

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-Viren detektiert (Abb. 5; rechts).



**Abb. 6:** Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influzaviren (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 16. KW 2025.

## Charakterisierung der Influzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinals ( $n = 656$ ), des SARI-Krankenhaus-Sentinals ( $n = 57$ ) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ( $n = 34$ ) wurden 747 Influzaviren der Saison 2024/25 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influzaviren gehören 313 zum Subtyp A(H1N1)pdm09, 49 zum Subtyp A(H3N2) und 385 Viren zur B/Victoria-Linie.

Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurden die Viren zu Referenzviren und entsprechenden Kladen und Subkladen zugeordnet: 298 der 313 sequenzierten A(H1N1)pdm09-Viren gehören zur Klade 5a.2a und der Subklade C.1.9. Weitere 15 A(H1N1)pdm09-Viren finden sich in der Klade 5a.2a.1 und der Subklade D. Von den 385 sequenzierten Influzaviren der B/Victoria-Linie gehören alle zur Klade V1A.3a.2. Diese verteilen sich auf folgenden Subkladen: C.5.1 ( $n = 210$ ), C.5.6 ( $n = 113$ ) und C.5.7 ( $n = 62$ ). Alle 49 sequenzierten A(H3N2)-Viren stammen aus der Klade 2a.3a.1, diese verteilen sich wie folgt: Subklade J.1 ( $n = 2$ ), J.2 ( $n = 31$ ), J.2.1 ( $n = 1$ ) und J.2.2 ( $n = 15$ ).

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

Ausführlichere Informationen des NRZ zu den zirkulierenden Influzaviren 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.

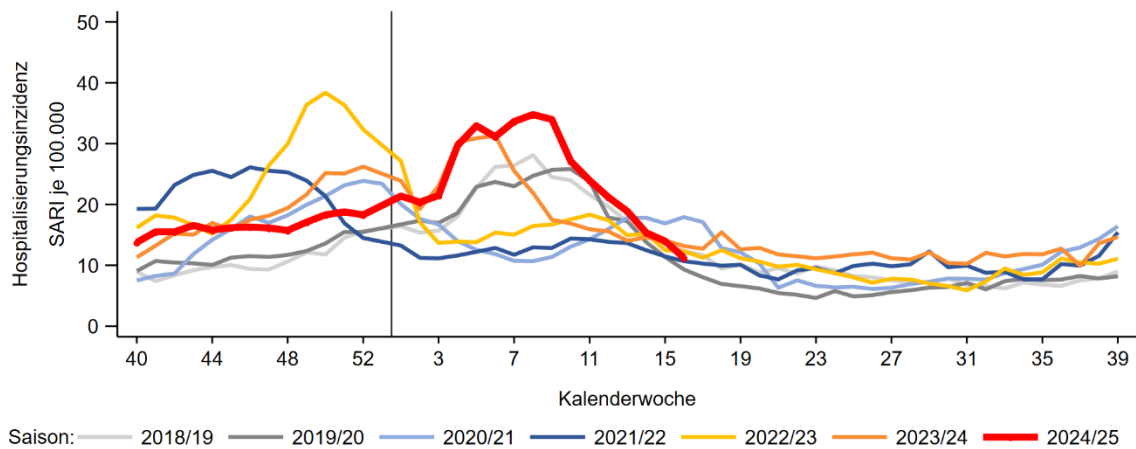
Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ sind abrufbar unter: [www.rki.de/nrz-influenza](http://www.rki.de/nrz-influenza).

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

Aufgrund der aktuell geringen Anzahl an SARS-CoV-2-Nachweisen wird an dieser Stelle bis auf Weiteres 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).

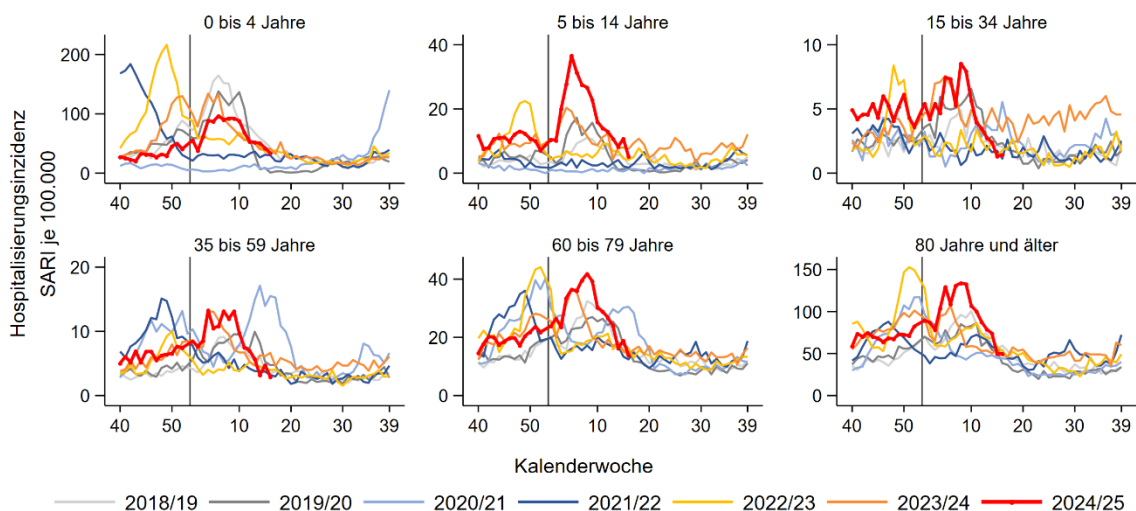
## Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 16. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Die SARI-Inzidenz lag in der 16. KW im Bereich der Vorjahreswerte 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 16. KW 2025). Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

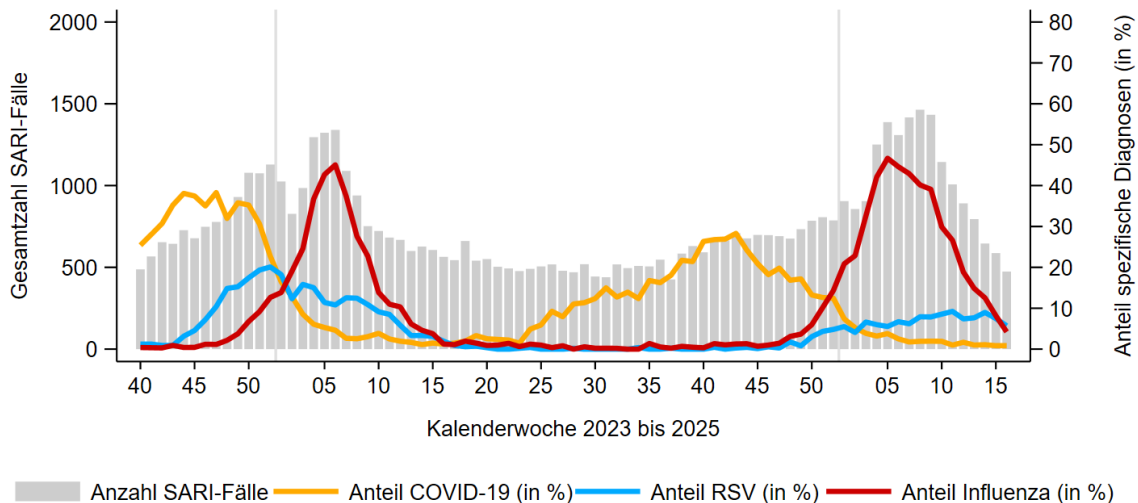
Die SARI-Inzidenz stagnierte in der 16. KW 2025 bei den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) sowie den ab 80-jährigen, in allen anderen Altersgruppen ging sie weiterhin zurück (Abb. 8). In allen Altersgruppen lagen die SARI-Fallzahlen in der 16. KW 2025 auf einem niedrigen Niveau.



**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 16. 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.

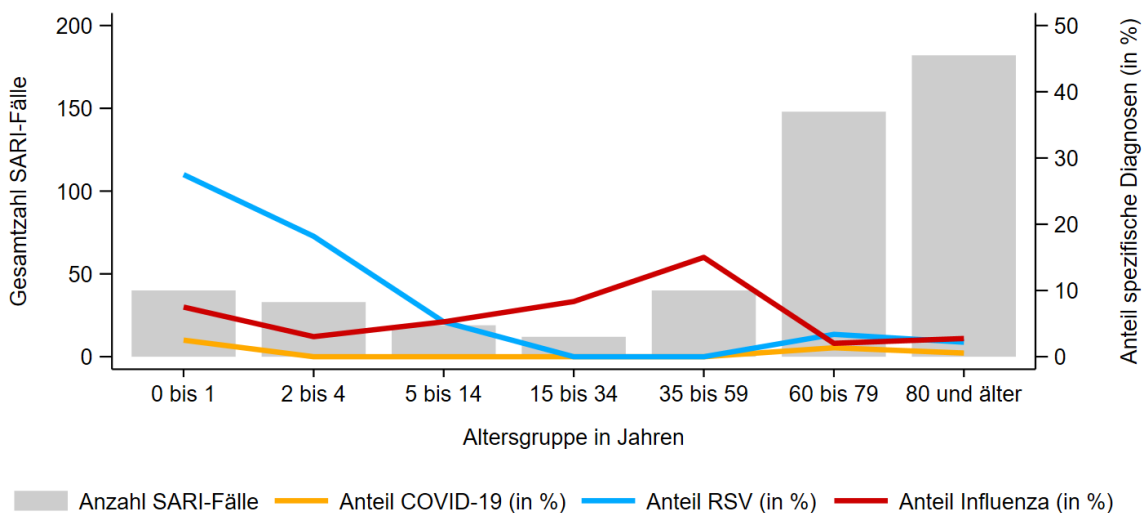
Der Anteil an Influenza-Diagnosen ist seit der 6. KW 2025 rückläufig; dieser Rückgang setzte sich auch in der 16. KW 2025 fort. So erhielten 4 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose (Vorwoche: 8 %). Eine RSV-Erkrankung wurde mit einem Anteil von 6 % ebenso häufig diagnostiziert (Vorwoche: 7 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen blieb mit 1 % auf sehr niedrigem Niveau (Abb. 9).





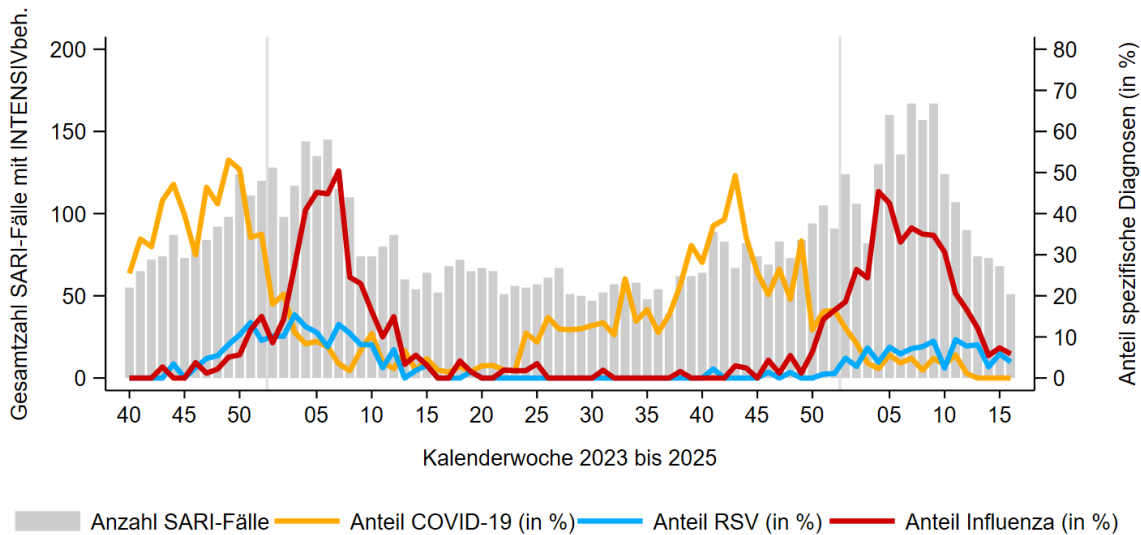
**Abb. 9:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 16. 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 16. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und -Patienten aller Altersgruppen vergeben. RSV-Erkrankungen wurden in der 16. KW 2025 vorwiegend bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) und Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) mit Anteilen von 28 % bzw. 18 % diagnostiziert. Darüber hinaus wurden auch in anderen Altersgruppen sporadisch RSV-Diagnosen vergeben. COVID-19-Diagnosen wurden in der 16. KW 2025 nur vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten im Alter unter 1 Jahr sowie ab 60 Jahren vergeben (Abb. 10).



**Abb. 10:** Anzahl der in der 16. 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. In den letzten Wochen nahm der Anteil an Influenza-Diagnosen bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten deutlich ab. Es wurden bei 6 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, bei 4 % 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 16. 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 virologische SARI-Sentinel-Surveillance umfasst 15 Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren.

Da aktuell nur wenige Proben eingehen, erfolgt die Berichterstattung bis auf Weiteres monatlich. Die jüngste Auswertung wurde im ARE-Wochenbericht der 15. KW 2025 veröffentlicht und ist abrufbar unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/12654>.

### Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

#### Influenza

Für die 16. MW 2025 wurden bislang insgesamt 1.655 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 1.655 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 16. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Bei 329 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 22.4.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 391.121 Fälle übermittelt. Davon entfallen 389.403 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 68.021 (17 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 1.754 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 labor-diagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinienskategorien C-E)

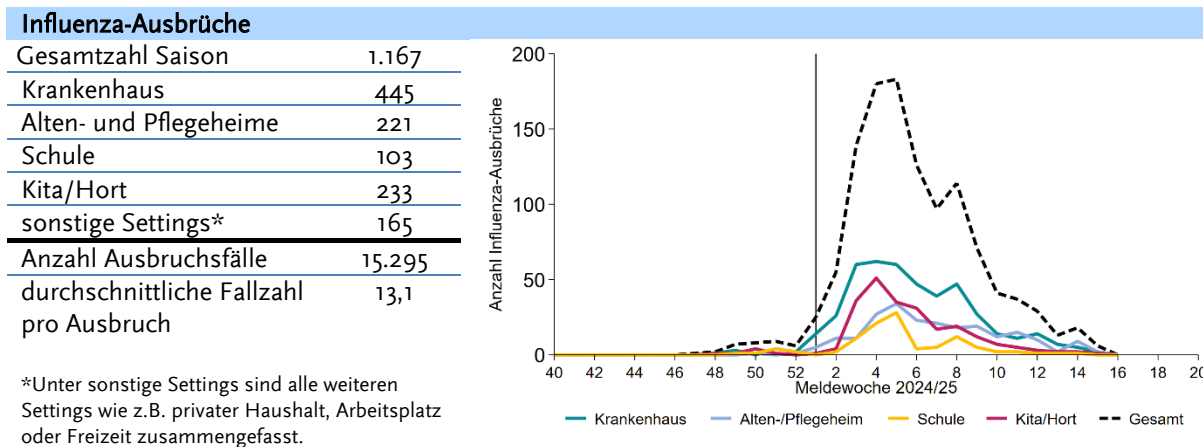
	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	10.922	6.749	5.152	3.011	1.977	1.086	226.851
A(H1N1)pdm09	136	80	86	46	24	13	4.245
A(H3N2)	31	38	37	16	15	10	502
nicht nach A / B differenziert	358	207	142	74	68	53	7.302
B	10.233	5.696	3.909	2.129	1.185	493	150.503
<b>Gesamt</b>	<b>21.680</b>	<b>12.770</b>	<b>9.326</b>	<b>5.276</b>	<b>3.269</b>	<b>1.655</b>	<b>389.403</b>
Hospitalisierte Fälle	3.361	2.254	1.773	1.064	649	329	68.021

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 1.167 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 16. MW 2025 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).<sup>1</sup>

**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 16. MW 2025 wurden bislang 458 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt (Tab. 5). Bei 149 (33 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 22.4.2025). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 138.845 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 52.181 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.576 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)

	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	1.017	813	833	657	672	458	138.845
Hospitalisierte Fälle	353	321	318	218	225	149	52.181

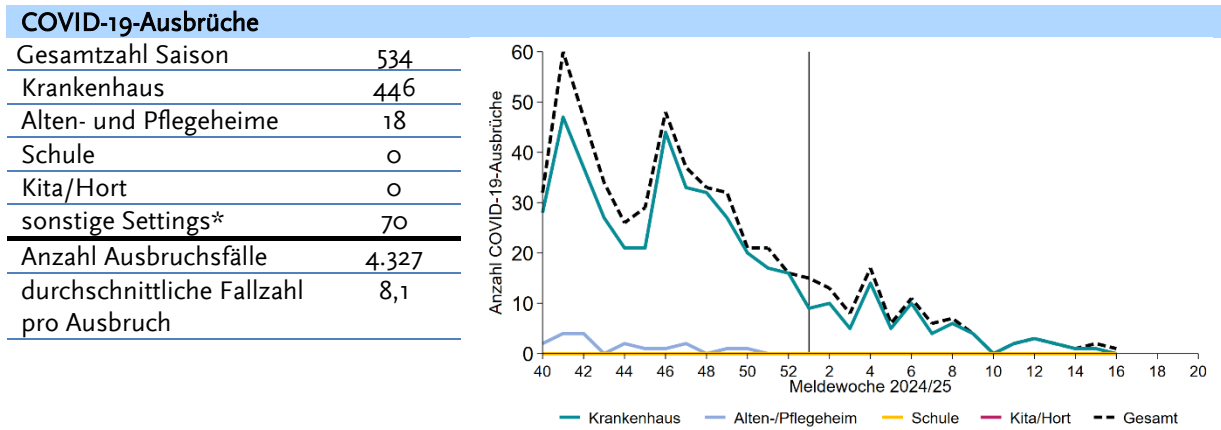
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 534 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurde ein Ausbruch in der 16. MW 2025 übermittelt (Tab. 6).

<sup>1</sup> 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](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/39_24.pdf)

**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 16. MW 2025 wurden bislang insgesamt 1.741 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 1.716 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 478 (28 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 22.4.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 64.076 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 63.241 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 16.196 (26 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 280 Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 92 % 60 Jahre oder älter.

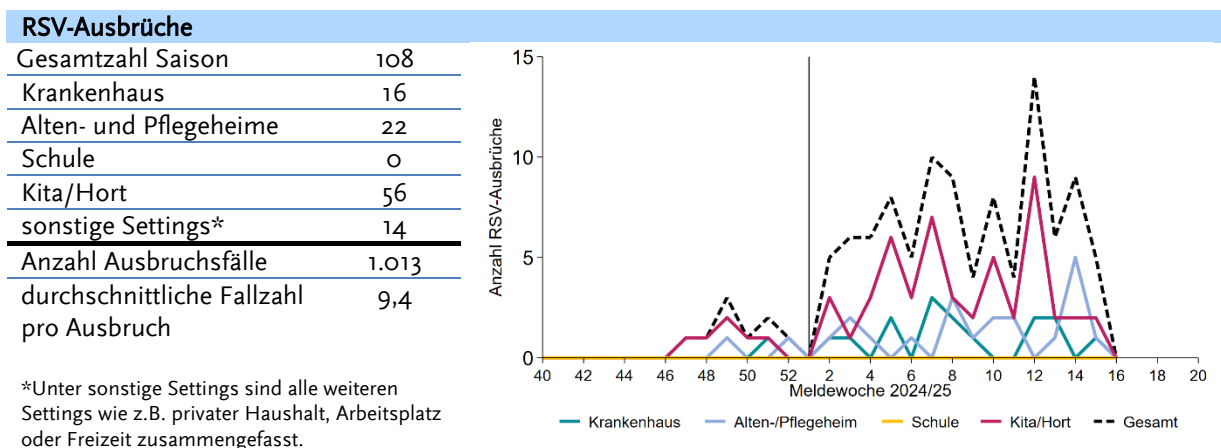
**Tab. 7:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorie C-E)

	11. MW	12. MW	13. MW	14. MW	15. MW	16. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	5.360	4.545	4.318	3.501	2.856	1.716	63.241
Hospitalisierte Fälle	1.326	1.098	1.122	947	775	478	16.196

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 108 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 16. MW 2025 wurde bisher kein Ausbruch 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-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

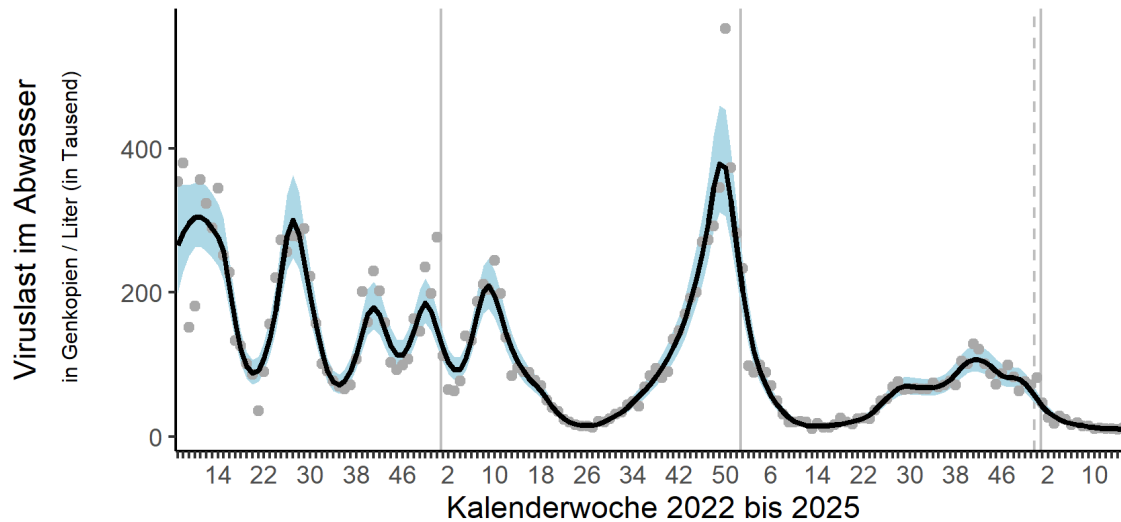


## Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

### SARS-CoV-2

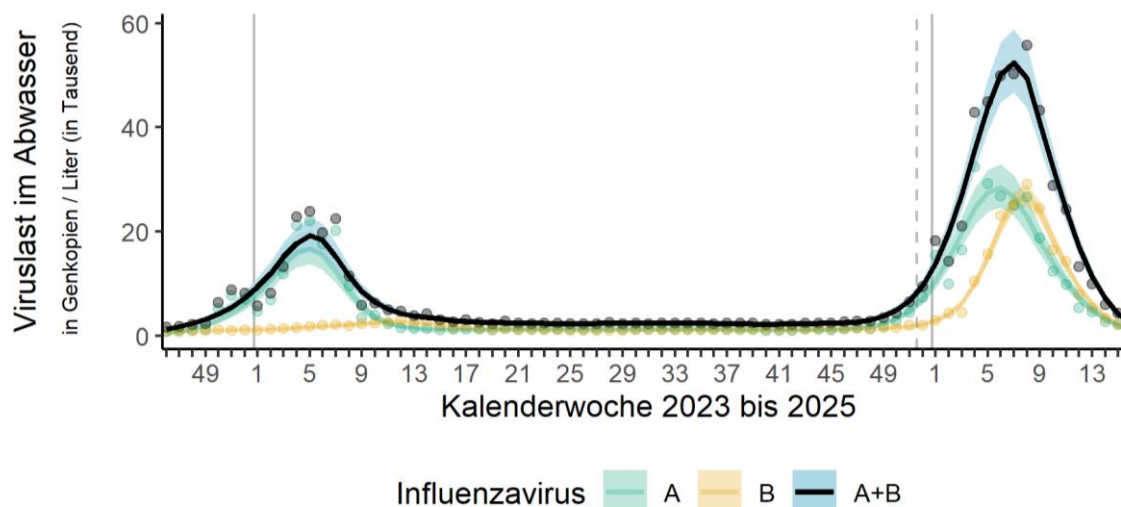
Für die 16. KW wurden Daten aus 49 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser befindet sich auf einem niedrigen Niveau (Abb. 15). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.



**Abb. 15:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 22.4.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (16.4.2025, 16. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

### Inflenzaviren

Für die 16. KW wurden Daten aus 48 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser sind seit mehreren Wochen rückläufig und befinden sich für Influenza A und B mittlerweile wieder auf einem niedrigen Niveau (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

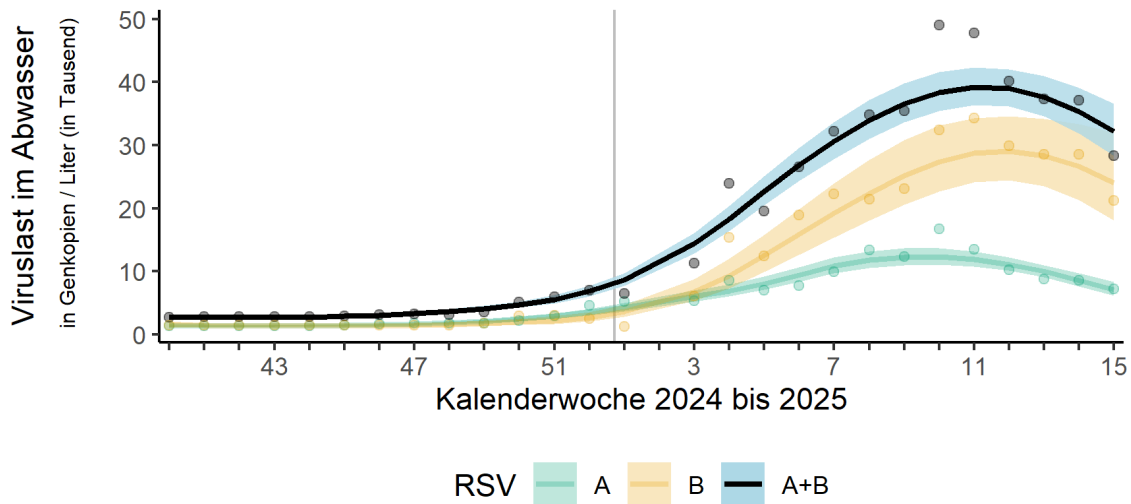


Inflenzavirus ■ A ■ B ■ A+B

**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 22.4.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (16.4.2025, 16. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

## RSV

Für die 16. KW konnten aufgrund fehlender Daten keine aggregierten Viruslasten für RSV A und RSV B berechnet werden. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind bis zur 15. KW für RSV A und RSV B rückläufig (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 22.4.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (16.4.2025, 16. 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](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:

Tolksdorf K, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, 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 16/2025 | DOI: 10.25646/13117