

ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
28. bis 31. Kalenderwoche (7.7. bis 3.8.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ausführliche Berichterstattung erfolgt bis zur 39. KW monatlich, der nächste ARE-Monatsbericht erscheint am 3.9.2025 (KW 36). Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert und zusammengefasst auf www.rki.de/are-bericht veröffentlicht, zudem sind wöchentlich aktualisierte Daten und Analysen aus verschiedenen Systemen, wie z.B. das ARE-Dashboard, [verfügbar](#).

Die ARE-Aktivität wird aktuell hauptsächlich durch Rhinoviren und Parainfluenzaviren bestimmt. In den letzten Wochen ist die SARS-CoV-2-Aktivität in einigen Systemen leicht angestiegen, sie ist jedoch weiterhin deutlich niedriger als im Sommer 2024. Auf Bevölkerungsebene wurde in der 31. KW ein Anstieg der ARE-Aktivität verzeichnet. Im ambulanten und stationären Bereich zeigte sich dagegen keine Zunahme akuter Atemwegserkrankungen, die Werte blieben auf einem niedrigen Niveau.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist von der 28. bis zur 30. KW stabil geblieben und stieg zur 31. KW an.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE von der 28. bis zur 31. KW 2025 insgesamt stabil geblieben.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 28. bis zur 31. KW 2025 in insgesamt 72 (51 %) der 142 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (24 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 20 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) im Zeitraum von der 28. bis zur 31. KW 2025 weiter auf einem niedrigen, für die Sommerzeit üblichen Niveau. COVID-19-, RSV- und Influenza-Erkrankungen wurden in der 28. bis zur 31. KW 2025 nur vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert. In der 31. KW 2025 lag der Anteil der SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose bei 1 %. Influenza- und RSV-Erkrankungen wurden in der 31. KW 2025 nicht diagnostiziert.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden im Juli 2025 in 32 der 139 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (8 %) und PIV (7 %).

Von der 28. bis zur 31. Meldewoche (MW) 2025 war die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion oder RSV-Infektion niedrig, die Zahl der übermittelten COVID-19-Fälle ist im Berichtszeitraum leicht angestiegen.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde von der 26. bis 29. KW 2025 mit einem Anteil von 42 % und somit am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien detektiert.

Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast sowie der SARS-CoV-2- und RSV-Last im Abwasser befinden sich auf einem niedrigen Niveau.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are.
- Die Zahl des Monats für August 2025: <https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Neuigkeiten-und-Presse/Zahl-des-Monats/zahl-des-monats-node.html>.
- Artikel (31.7.2025) im Epidemiologischen Bulletin zur Krankheitslast akuter Atemwegserkrankungen im ambulanten und stationären Bereich in der Saison 2024/25: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/31_25.pdf?
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 14.5.2025): 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 von der 28. KW bis zur 30. KW stabil geblieben und stieg zur 31. KW an. Dabei sind die Werte insbesondere in den Altersgruppen der Erwachsenen gestiegen. Die ARE-Inzidenz lag in der 31. KW bei rund 4.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 3.600; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,7 Millionen akuten Atemwegserkrankungen.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden blieb weiterhin auf niedrigem Niveau und lag in der 31. KW bei rund 200 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter:

<https://www.rki.de/grippeweb>.

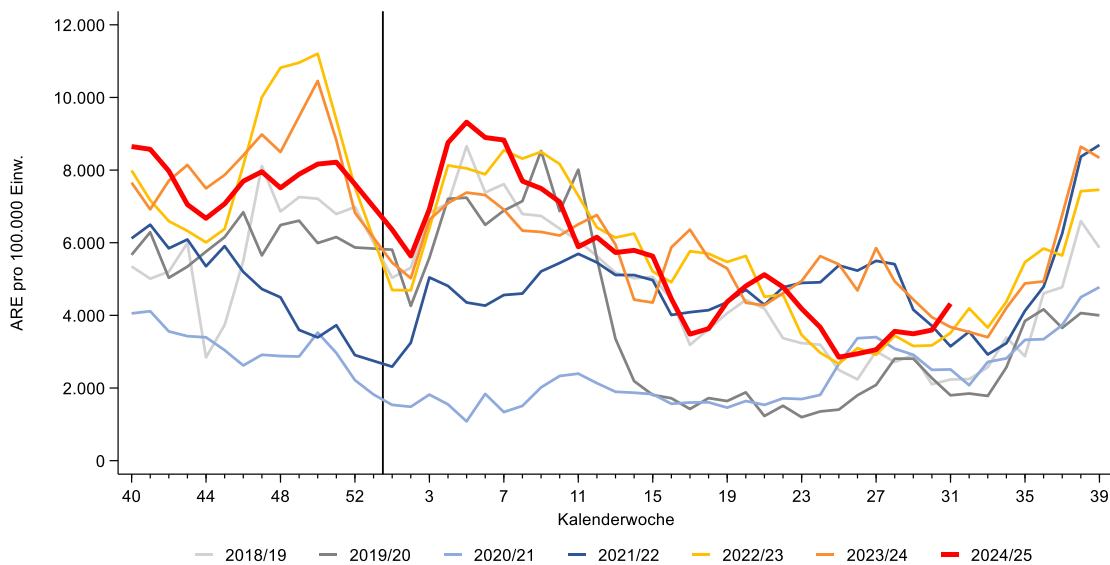


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 31. KW 2025). Daten von durchschnittlich etwa 12.400 Wochenmeldungen in der Saison 2024/25. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 von der 28. bis zur 31. KW 2025 insgesamt stabil geblieben. Der Wert lag in der 31. KW bei rund 600 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 600; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 500.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

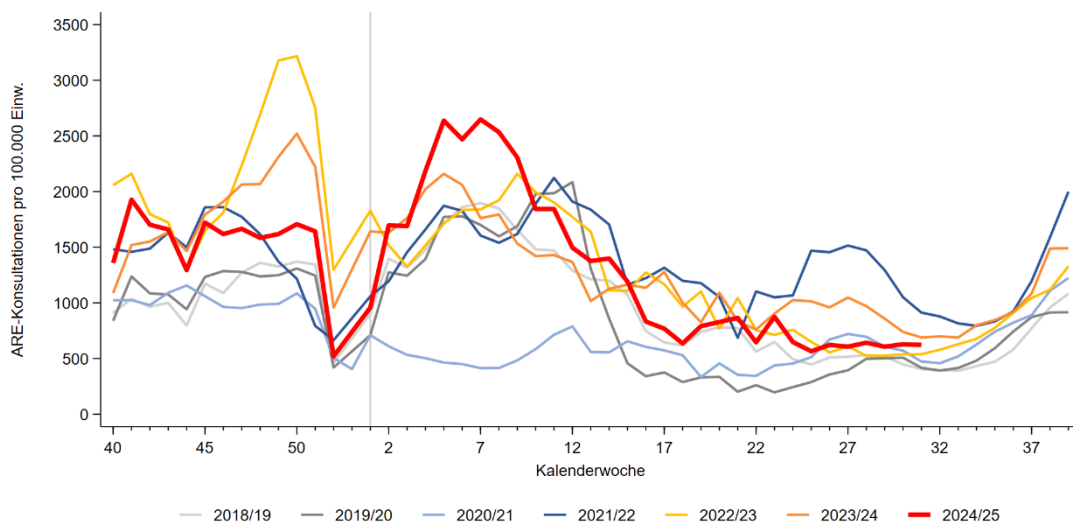


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 31. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Im Berichtszeitraum sind die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz in allen fünf Altersgruppen ebenfalls stabil geblieben (Abb. 3).

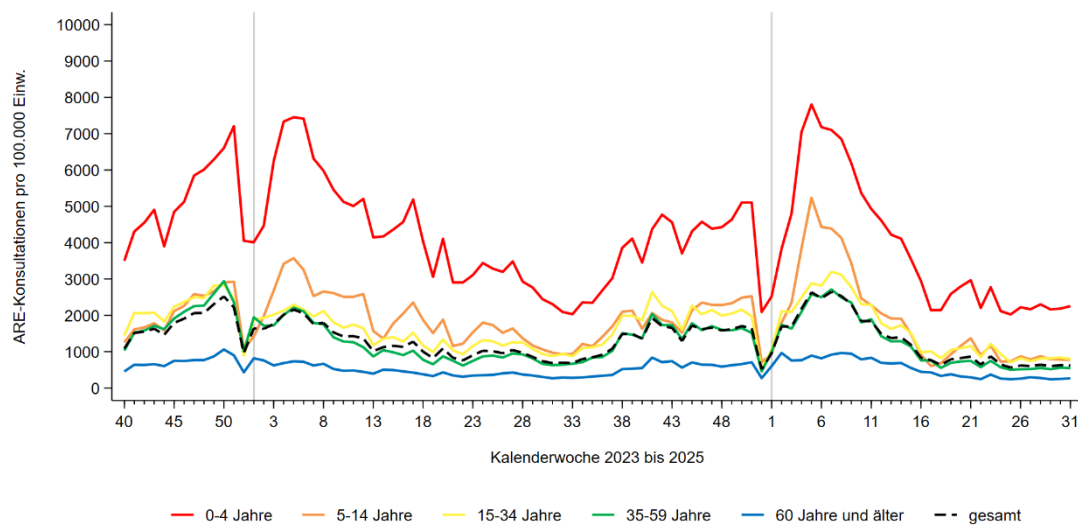


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 31. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 28. bis zur 31. KW 2025 insgesamt 142 Sentinelproben von 34 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Es wurden von der 28. bis zur 31. KW 2025 in insgesamt 72 (51 %) der 142 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1), darunter hauptsächlich Rhinoviren (24 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 20 %), gefolgt von Adenoviren und SARS-CoV-2 mit jeweils 6 %. Humane Metapneumoviren (hMPV), Influenza A- und B-Viren sowie Influenza C-Viren wurden mit jeweils 1 % nachgewiesen. Respiratorische Synzytialviren (RSV) oder humane saisonale Coronaviren wurden im Berichtszeitraum nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4).

Es gab im Berichtszeitraum zehn Mehrfachinfektionen vorrangig bei Kindern, hauptsächlich mit Beteiligung von Rhinoviren und PIV bzw. Adenoviren.

Aufgrund der niedrigen Probenanzahl ist eine Trendeinschätzung nur eingeschränkt möglich.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 31. KW 2025), Stand 5.8.2025.

	28. KW	29. KW	30. KW	31. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	40	39	40	23	5.820
Probenanzahl mit Virusnachweis*	22	18	17	15	3.928
Positivenrate (PR)	55 %	46 %	43 %	65 %	67 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	13
A(H3N2)	0	0	0	1	157
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	641
B	0	0	0	0	771
SARS-CoV-2	2	0	4	2	268
RSV	0	0	0	0	307
hMPV	0	1	0	0	350
PIV (1 – 4)	9	7	11	2	303
Rhinoviren	12	10	5	7	1.043
hCoV	0	0	0	0	398
Adenoviren	3	1	0	5	269
Influenza C-Viren**	1	0	0	0	7

* 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.

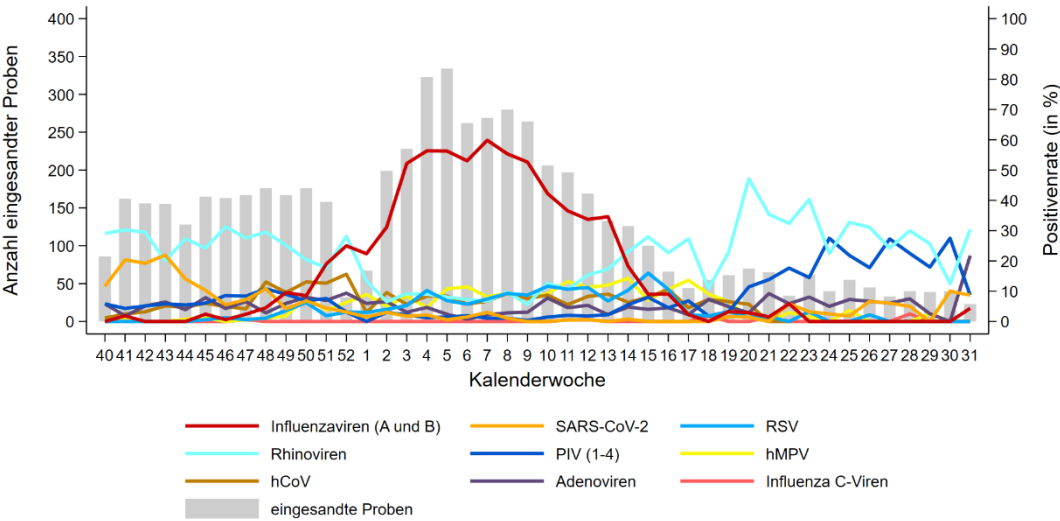


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 31. KW 2025.

Von der 28. bis 31. KW 2025 dominierten Rhinoviren in fast allen Altersgruppen, mit Ausnahme der Altersgruppe der 0- bis 1-jährigen und der 15- bis 34-jährigen, in der PIV am häufigsten nachgewiesen wurden. Bei den Kindern (0- bis 14-jährige) wurden auch Adenoviren relativ häufig detektiert. SARS-CoV-2 wurde am häufigsten bei den 15- bis 59-jährigen nachgewiesen (Abb. 5).

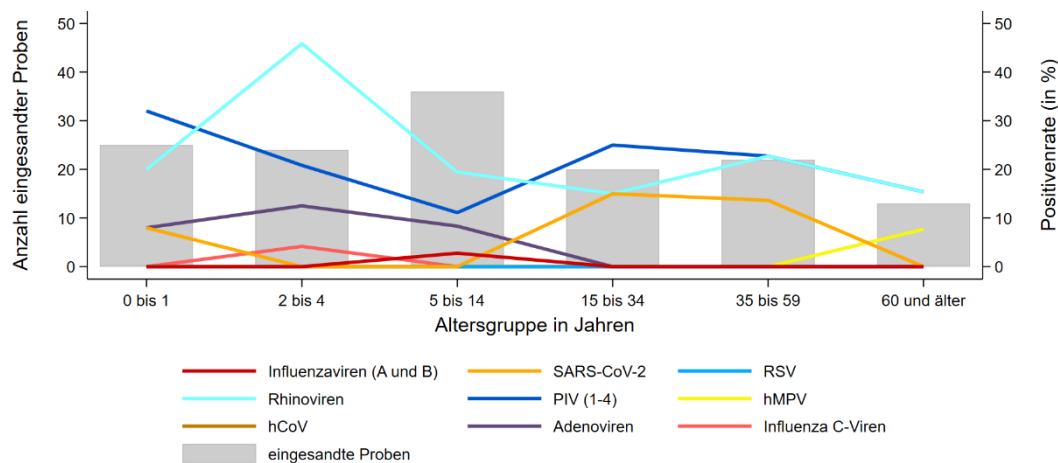


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 28. bis 31. 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>.

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

In eigener Sache: Wir bitten alle an der virologischen Sentinelsurveillance beteiligten Praxen, weiterhin kontinuierlich Patientinnen und Patienten mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion zu beproben, um Änderungen der ARE-Aktivität bezüglich der verursachenden viralen Erreger besser einschätzen zu können.

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

Für die monatlichen Berichterstattung sind die SARS-CoV-2-Variantenanteile für die 26. bis 29. KW 2025 zusammengefasst. Für diesen Zeitraum stehen aktuell 103 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zu Verfügung (Stand 5.8.2025).

Die rekombinante Linie XFG (Stratus) wurde einschließlich ihrer Sublinien mit einem Anteil von 42 % am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen (22.-25. KW 2025: 18 %). Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) folgt mit einem stabilen Anteil von 37 %, die Linie LP.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) mit einem sinkenden Anteil von 11 % (22.-25. KW 2025: NB.1.8.1 mit 36 %, LP.8.1 mit 18 %).

Auch weltweit wird die Linie XFG am häufigsten unter allen zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen, gefolgt von NB.1.8.1 (Nimbus). Trotz zunehmender Nachweise von XFG wird in Deutschland derzeit weiterhin kein erhöhtes Risiko für die öffentliche Gesundheit gesehen. WHO¹² und ECDC³ stufen das von XFG ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein und es werden keine signifikanten Auswirkungen auf die Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe gegen schwere Erkrankungen erwartet.

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.

¹ <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

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

³ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2025-WCP-0043%20Final.pdf>

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 18. KW 2025 auf einem für die Sommermonate üblichen niedrigen Niveau (Abb. 6).

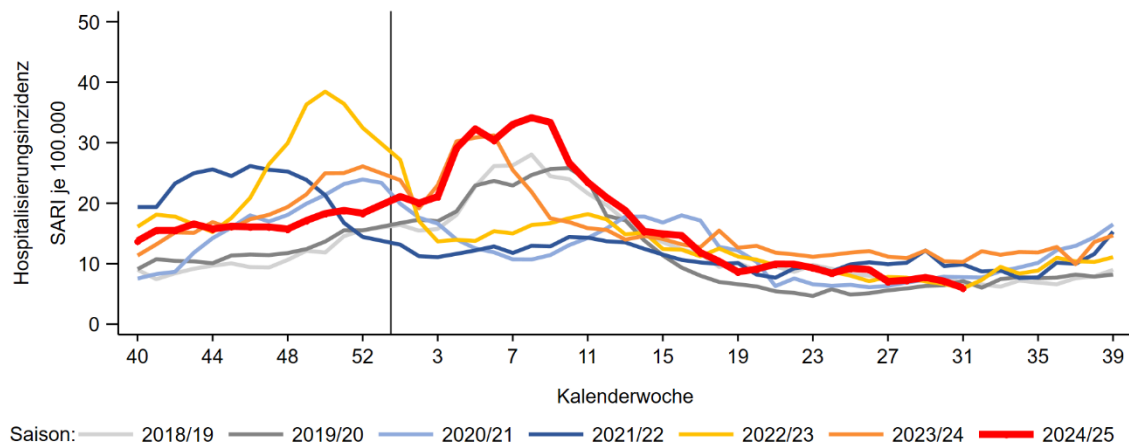


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 31. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz lag im Zeitraum zwischen der 28. und 31. KW 2025 in allen Altersgruppen weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

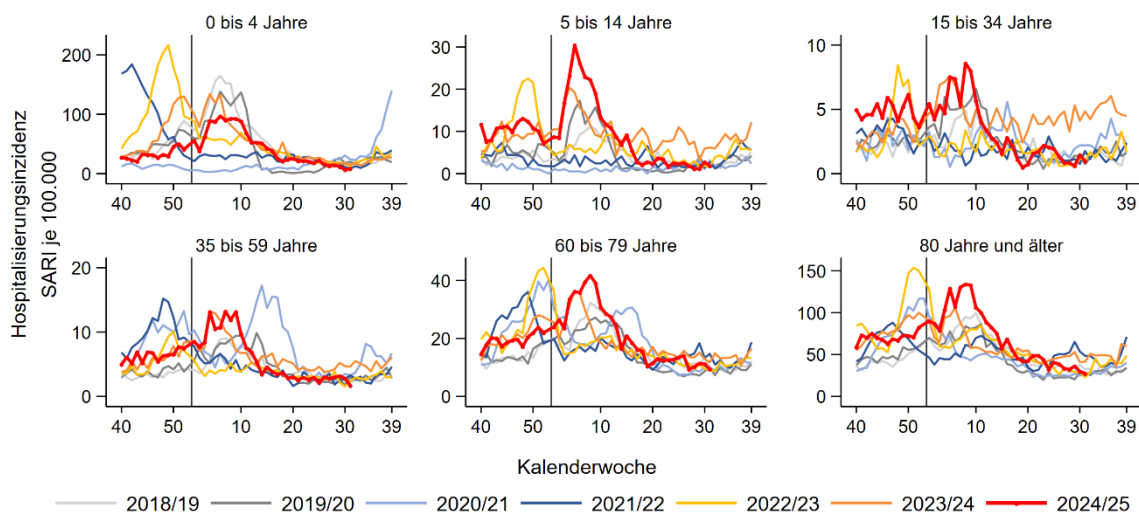


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 31. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Im Zeitraum von der 28. bis zur 31. KW 2025 blieb der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen niedrig und lag in der 31. KW bei 1 % (Abb. 8). Influenza- und RSV-Diagnosen sind in den vergangenen vier Wochen nur sporadisch (unter 1 %) und in der 31. KW 2025 gar nicht vergeben worden.

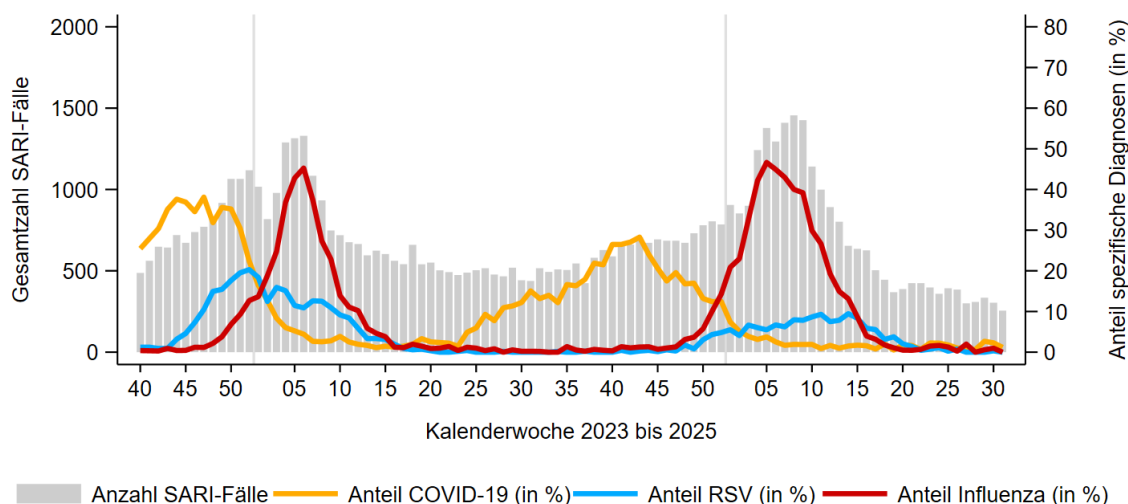


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 31. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

Influenza-Diagnosen wurden in der 28. bis zur 31. KW 2025 sporadisch bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 15 Jahren vergeben (Abb. 9). RSV-Erkrankungen wurden vereinzelt bei Säuglingen (0 bis 1 Jahre) diagnostiziert. COVID-19-Erkrankungen wurden im Zeitraum zwischen der 28. und 31. KW 2025 selten bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab einem Alter von 15 Jahren diagnostiziert.

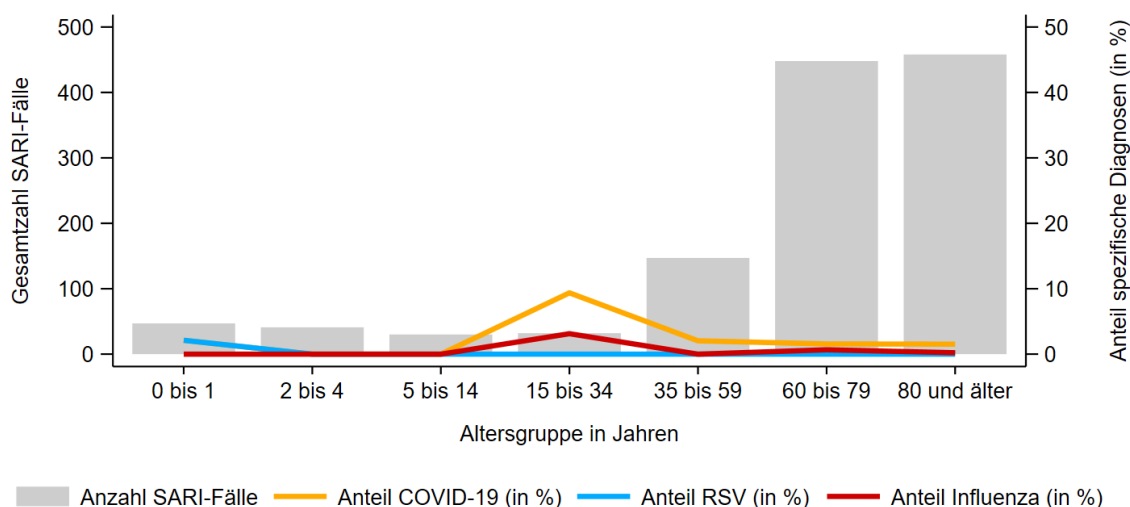


Abb. 9: Anzahl der in der 28. bis 31. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 10 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. In der 28. bis zur 31. KW 2025 wurden nur sehr vereinzelt Influenza- und COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung diagnostiziert, RSV-Diagnosen wurden nicht vergeben (Abb. 10).

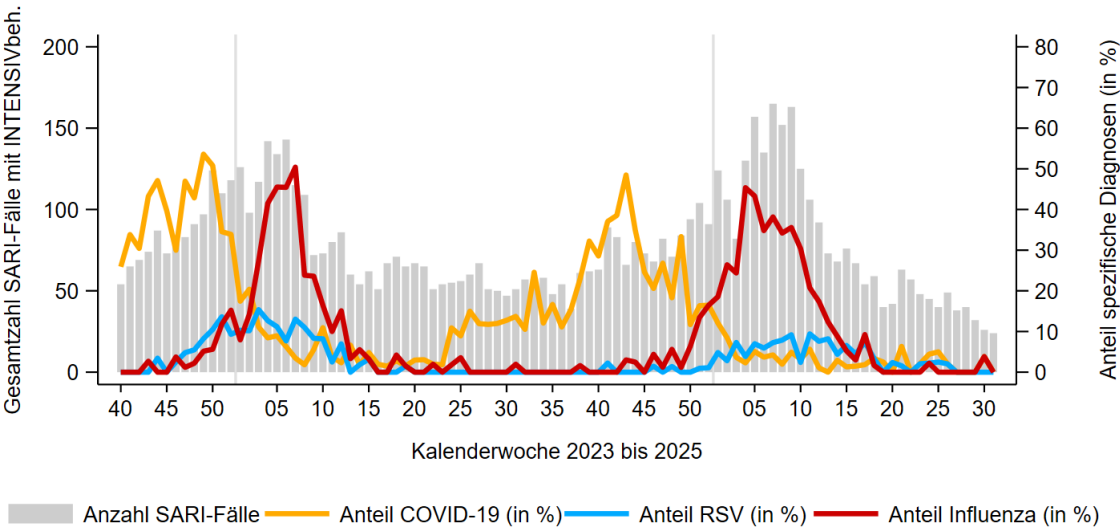


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 31. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinellkliniken.

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. Da aktuell nur wenige Proben eingehen, erfolgt die Berichterstattung bis auf Weiteres monatlich. Dem NRZ wurden im Juli 2025 aus sieben der 15 teilnehmenden Kliniken 139 Sentinelproben zugesandt. In 32 (23 %) der 139 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Im Juli 2025 wurden Rhinoviren (8 %), PIV (7 %), SARS-CoV-2 (5 %), Adenoviren (3 %) sowie Influenza A- und B-Viren (1 %) detektiert (Abb. 12). RSV, hMPV, hCoV 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 zum 31.7.2025), Stand 5.8.2025.

		April	Mai	Juni	Juli	Gesamt ab Oktober 2024
Anzahl eingesandter Proben		101	129	142	139	1.836
Probenanzahl mit Virusnachweis*		43	40	39	32	852
	Positivenrate (PR)	43 %	31 %	27 %	23 %	46 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	4
	A(H3N2)	1	0	0	1	21
	A(H1N1)pdm09	5	0	1	0	132
	B	2	0	0	1	56
SARS-CoV-2		1	0	4	7	114
RSV		4	0	0	0	116
hMPV		9	2	1	0	76
PIV (1 – 4)		3	7	14	10	66
Rhinoviren		16	23	19	11	243
hCoV		6	5	2	0	67
Adenoviren		0	5	1	4	53
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

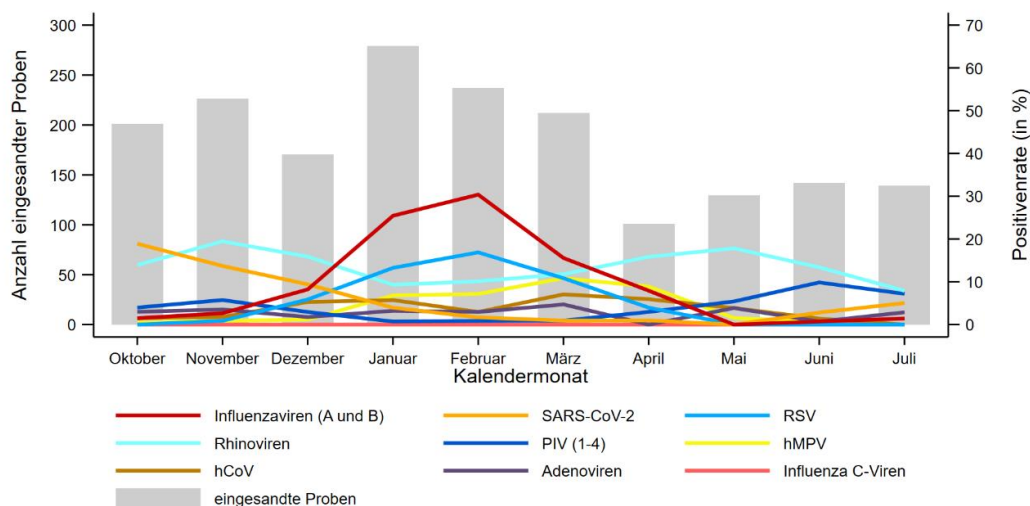


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2024 bis Juli 2025.

Im Juli 2025 stammte die überwiegende Zahl der Proben aus den Altersgruppen der 60- bis 79-jährigen ($n = 60$) sowie der ab 80-jährigen ($n = 27$). Rhinoviren und PIV wurden bei Kindern (0 bis 14 Jahre) sowie bei ab 60-jährigen nachgewiesen. Adenoviren wurden vor allem bei Kindern (0 bis 14 Jahre) detektiert. SARS-CoV-2 wurden vermehrt bei 0- bis 1-jährigen sowie bei 15- bis 59-jährigen nachgewiesen.

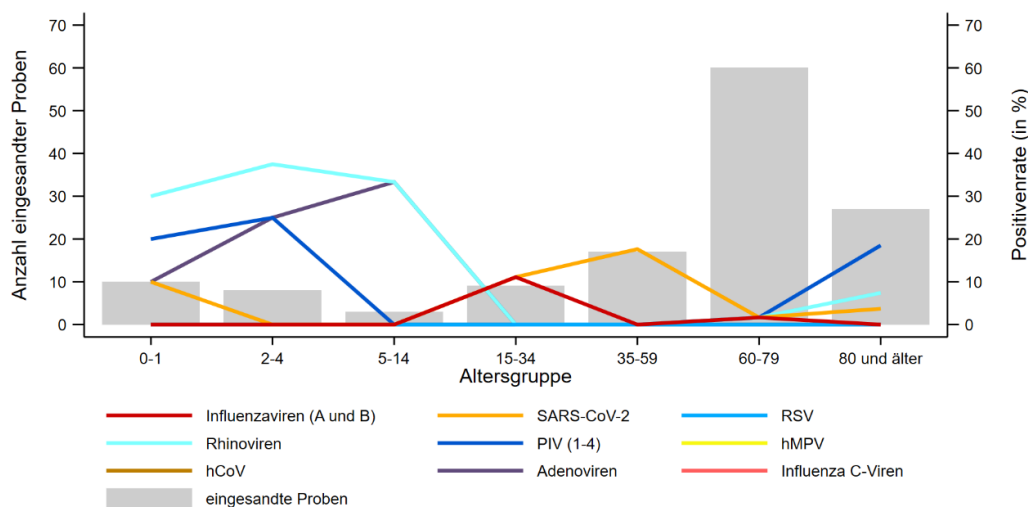


Abb. 12: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) im Juli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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 28. bis 31. MW 2025 wurden bislang insgesamt 312 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 312 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen blieben von der 28. KW bis zur 31. KW auf niedrigem Niveau. Bei 83 (27 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 5.8.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 395.079 Fälle übermittelt. Davon entfallen 393.358 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 69.723 (18 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 2.063 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

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

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW
Influenza A (nicht subtypisiert)	76	96	45	65	62	60	229.670
A(H1N1)pdm09	5	2	1	0	3	0	4.312
A(H3N2)	1	2	0	0	0	0	526
nicht nach A / B	1	2	4	2	4	4	7.407
B	18	16	20	19	12	11	151.443
Gesamt	101	118	70	86	81	75	393.358
Hospitalisierte Fälle	28	35	21	24	24	14	69.723

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

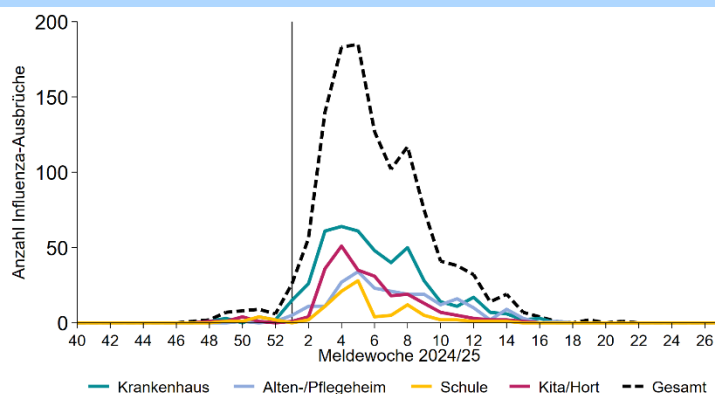
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 1.204 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Seit der 22. MW wurde kein Ausbruch mehr übermittelt (Tab. 4).⁴

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

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	1.204
Krankenhaus	463
Alten- und Pflegeheime	225
Schule	103
Kita/Hort	235
sonstige Settings*	178
Anzahl Ausbruchsfälle	15.636
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,0

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



COVID-19

Für die 28. bis 31. MW 2025 wurden bislang 2.893 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 2.866 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind von der 28. KW bis zur 30. KW leicht gestiegen und blieben danach bis zur 31. KW stabil. Die Fallzahlen liegen weiterhin deutlich unter den Werten, die im Vorjahr im Vergleichszeitraum übermittelt wurden. Bei 878 (31 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 5.8.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 148.308 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 148.271 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 55.393 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

⁴ 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

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.718 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter 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 der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	699	577	622	706	770	768	148.271
Hospitalisierte Fälle	195	180	212	208	231	227	55.393

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

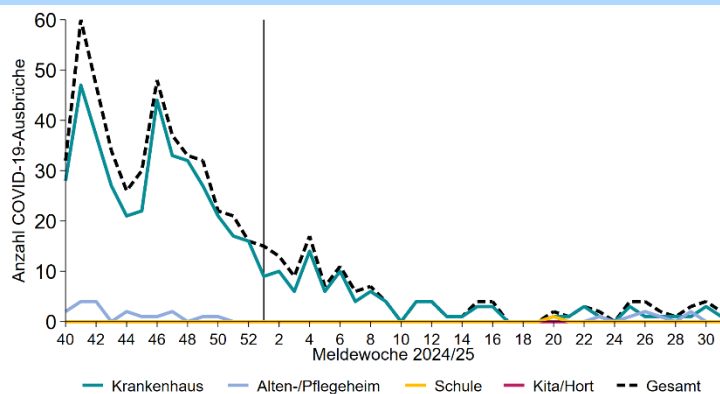
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 573 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden zehn Ausbrüche zwischen der 28. und 31. MW 2025 übermittelt (Tab. 6).

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 (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	573
Krankenhaus	474
Alten- und Pflegeheime	25
Schule	1
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	73
Anzahl Ausbruchsfälle	4.657
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,1

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



RSV-Infektionen

Für die 28. bis 31. MW 2025 wurden bislang insgesamt 120 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 113 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen blieben im Berichtszeitraum auf niedrigem Niveau. Bei 40 (35 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 5.8.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 69.118 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 68.157 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 18.249 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 403 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter 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-Falldefinitions-kategorie C-E)

	26. MW	27. MW	28. MW	29. MW	30. MW	31. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	67	56	31	31	26	25	68.157
Hospitalisierte Fälle	22	19	14	10	6	10	18.249

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

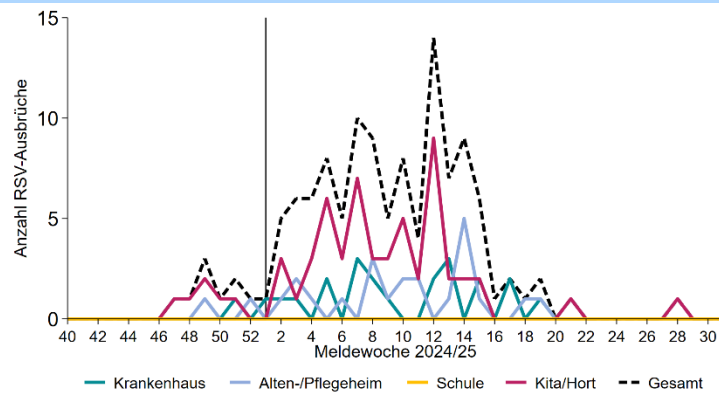
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 120 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurde ein Ausbruch zwischen der 28. und 31. MW 2025 übermittelt (Tab. 8).

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.

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	120
Krankenhaus	22
Alten- und Pflegeheime	24
Schule	0
Kita/Hort	59
sonstige Settings*	15
Anzahl Ausbruchsfälle	1.132
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,4

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 28. bis 31. KW wurden Daten aus insgesamt 76 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der SARS-CoV-2-Last im Abwasser befinden sich aktuell auf einem niedrigen Niveau, zeigten aber in den letzten Wochen einen leichten Anstieg (Abb. 13).

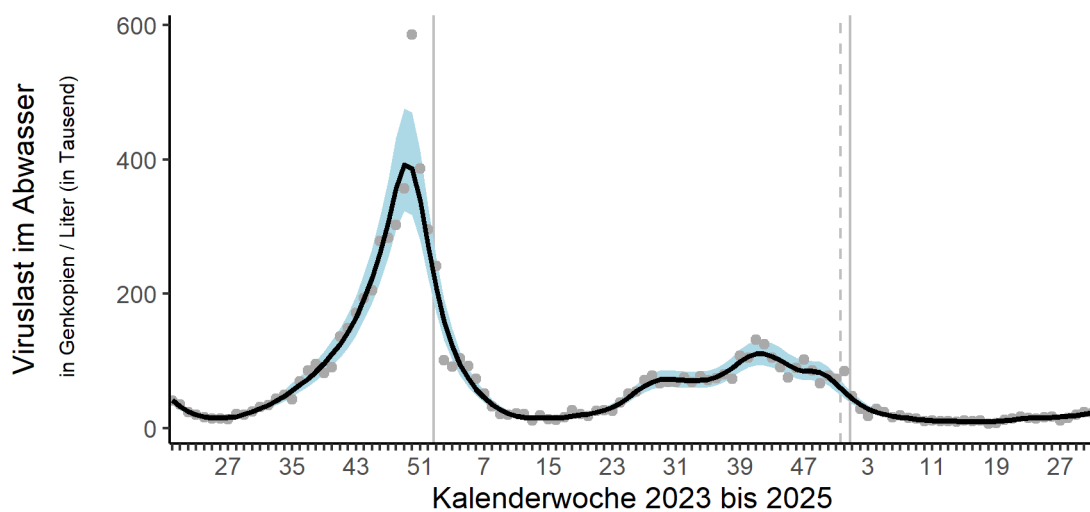


Abb. 13: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95%-Konfidenzintervallen (Stand 5.8.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (30.7.2025, 31. KW). Gezeigt werden 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.

Influenzaviren

Für die 28. bis 31. KW wurden Daten aus insgesamt 76 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich aktuell auf einem niedrigen Niveau (Abb. 14).

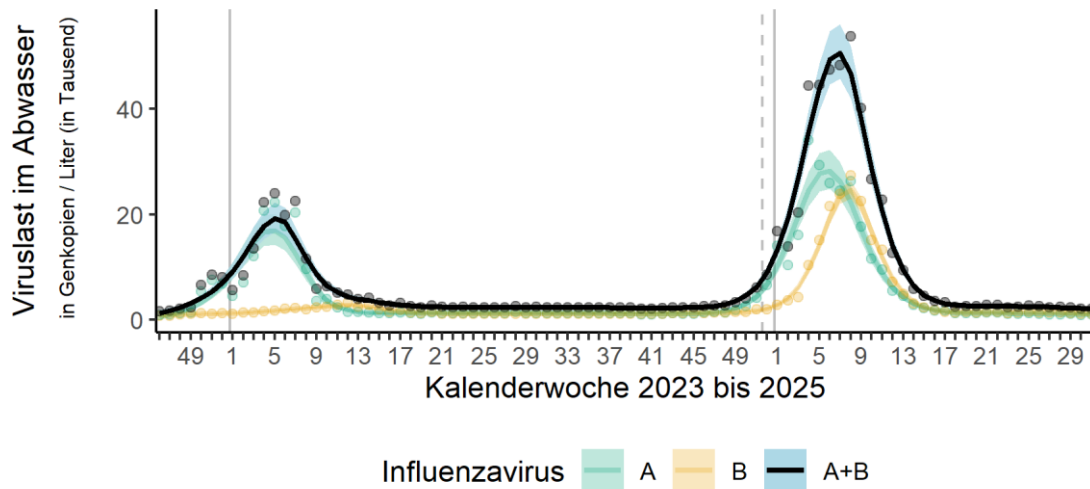


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95%-Konfidenzintervallen (Stand 5.8.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (30.7.2025, 31. 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 28. bis 31. KW wurden Daten aus insgesamt 43 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befinden sich aktuell auf einem niedrigen Niveau (Abb. 15).

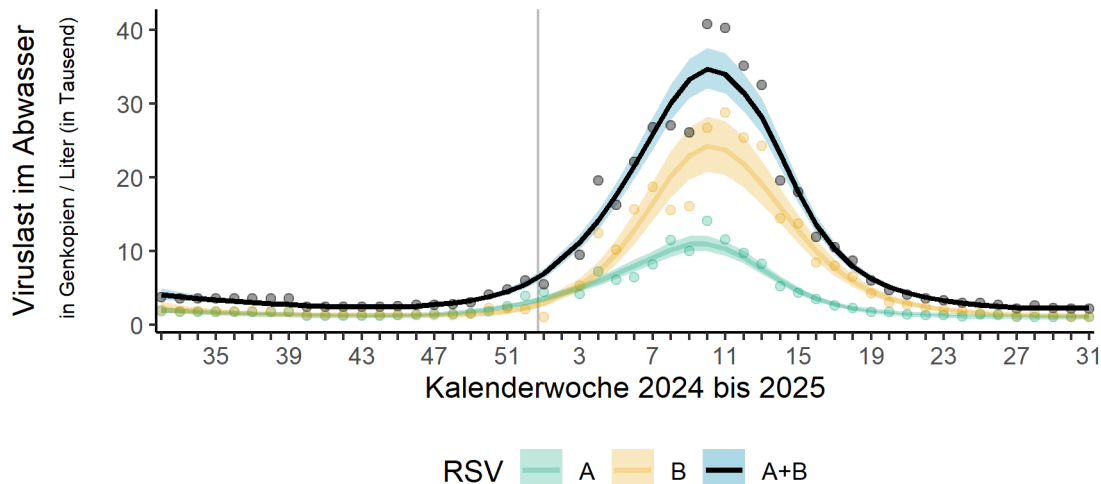


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95%-Konfidenzintervallen (Stand 5.8.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (30.7.2025, 31. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

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. 6 und Abb. 7 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:

Tolksdorf K, Krupka S, Prahm K, Preuß U, GrippeWeb-Team, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Wedde M, Duwe S, Gvaladze T, Wunderlich J, Staat D, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Kröger S, Hackmann C, Erdwiens A, AMELAG-Team, Hilbig A, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Monatsbericht KW 28-31/2025 | DOI: 10.25646/13283