

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
11. Kalenderwoche (10.3. bis 16.3.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist in der 11. KW weiter zurückgegangen. Bei sinkender Influenza-Aktivität und gleichbleibender bis leicht steigender RSV-Aktivität halten die Grippe- und RSV-Welle noch an. In der 11. KW wurden überwiegend Influenza B-Viren im ambulanten Bereich nachgewiesen. Bei schwer verlaufenden Erkrankungen unter älteren Patientinnen und Patienten wurden weiterhin am häufigsten Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen. Personen können das Risiko einer Influenzainfektion durch die bekannten Verhaltensweisen reduzieren (unabhängig vom Impfstatus): www.rki.de/are-faq-schutz.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 11. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 11. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 11. KW 2025 insgesamt 139 der 188 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (37 %). Von den 70 nachgewiesenen Influenzaviren waren 43 (61 %) B-, 20 (29 %) A(H1N1)pdm09- und sieben (10 %) A(H3N2)-Viren. Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in 11 % 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 11. KW 2025 erneut deutlich gesunken. Der Anteil der Influenza-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ging weiter zurück und lag in der 11. KW bei insgesamt 24 %. Hierbei erhielt jeder zweite SARI-Fall im Alter zwischen 15 und 34 Jahren eine Influenza-Diagnose. RSV-Infektionen wurden bei 8 % und COVID-19 bei unter 1 % der Fälle diagnostiziert.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 11. KW 2025 in 11 der 21 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter u. a. Influenza A- und B-Viren (5 %), RSV (14 %), hMPV (19 %) sowie Rhinoviren und hCoV (je 10 %).

In der 11. 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 relativ stabil geblieben.

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

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- Alle Personen können, unabhängig vom Impfstatus, das Risiko einer Influenzainfektion durch entsprechende Verhaltensweisen reduzieren, um sich (und Familienmitglieder, Freundeskreis und Kolleginnen und Kollegen) vor einer Erkrankung und nachfolgenden Komplikationen mit potentiell schwerem Krankheitsverlauf zu schützen: www.rki.de/are-faq-schutz.
- 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 11. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag bei rund 6.400 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.200; Abb. 1). Dabei sind die Werte sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen zurückgegangen. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5,4 Millionen akuten Atemwegserkrankungen. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

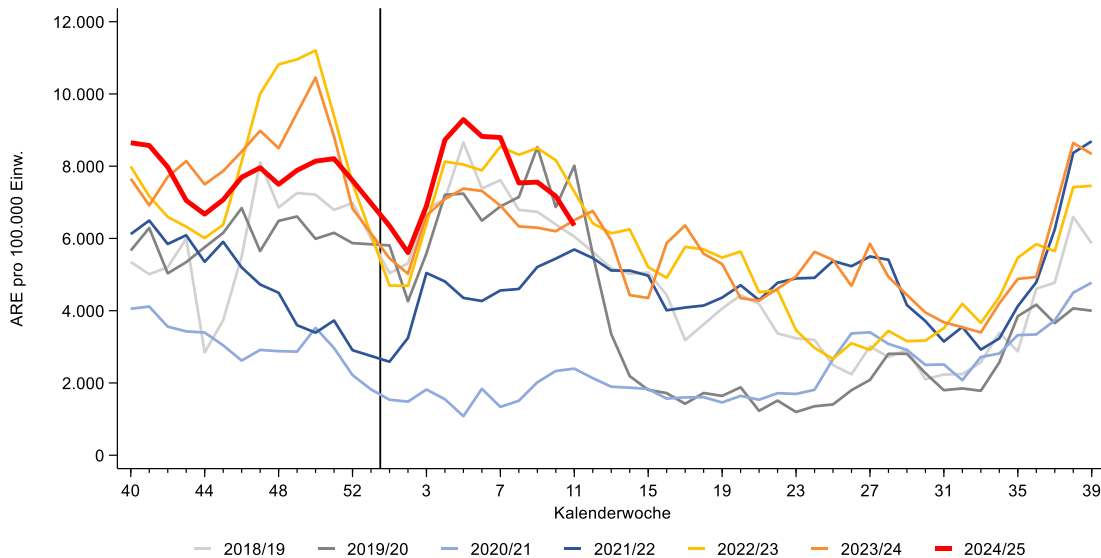


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 11. KW 2025). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 11. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag bei rund 1.800 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.800; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,5 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

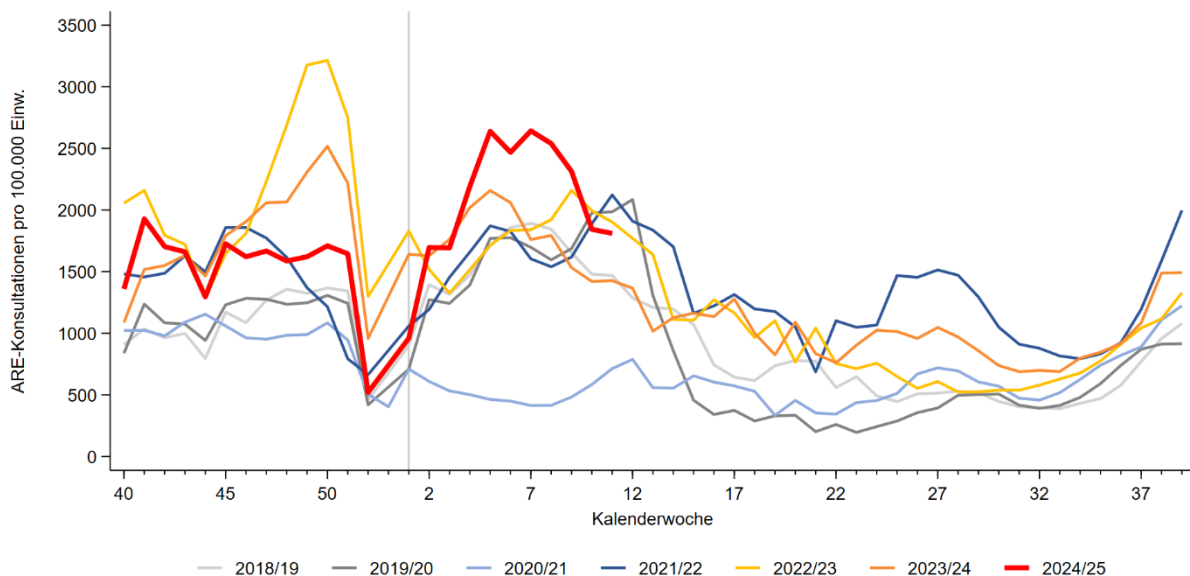


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 11. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 11. KW in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen weiter leicht gesunken und in den anderen Altersgruppen stabil geblieben (Abb. 3).

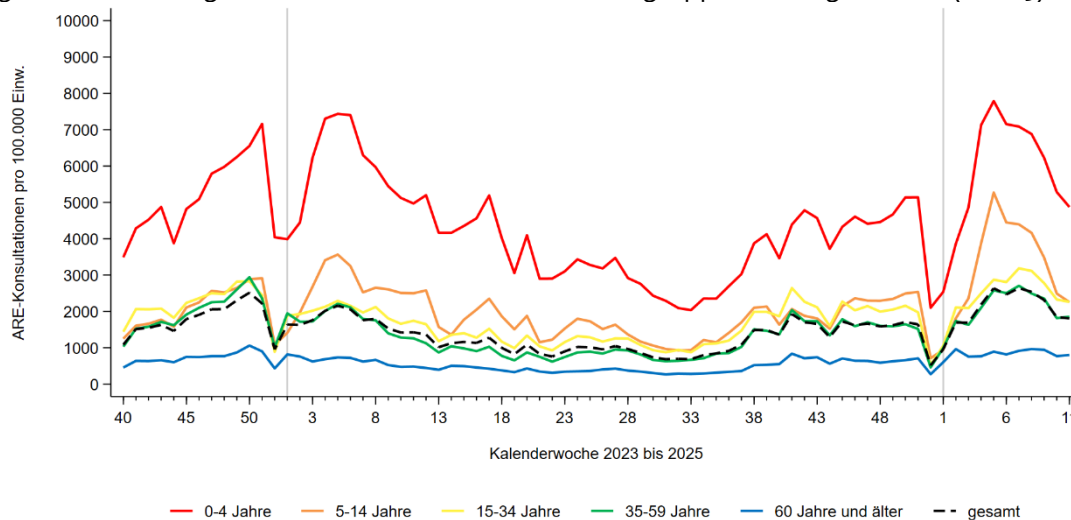


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 11. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 11. KW 2025 insgesamt 188 Sentinelproben von 64 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 139 (74 %) der 188 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulieren weiterhin hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (37 %; 95 %-Konfidenzintervall [30; 44]), mit Abstand gefolgt von humanen Metapneumoviren (hMPV; 13 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und Rhinoviren mit Positivenraten von jeweils 11 %, humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 6 %), Adenoviren (4 %), Parainfluenzaviren (PIV; 2 %) sowie SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren mit Positivenraten von jeweils 1 % (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab 18 Mehrfachinfektionen, darunter sechs mit Beteiligung von Influenzaviren.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 11. KW 2025), Stand 18.3.2025.

	8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	279	264	204	188	4.508
Probenanzahl mit Virusnachweis*	238	201	153	139	3.109
Positivenrate (PR)	85%	76%	75%	74%	69%
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	1	0	1	0	10
A(H3N2)	10	16	10	7	128
A(H1N1)pdm09	51	40	22	20	602
B	98	83	53	43	685
SARS-CoV-2	3	0	0	1	245
RSV	26	23	24	21	234
hMPV	26	20	19	25	261
PIV (1 – 4)	3	1	3	4	172
Rhinoviren	27	15	26	20	714
hCoV	26	20	17	11	332
Adenoviren	8	8	16	8	200
Influenza C-Viren**	0	0	0	1	3

* 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 70 nachgewiesenen Influenzaviren in der 11. KW waren 43 (61 %) B-, 20 (29 %) A(H1N1)pdm09- und sieben (10 %) 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 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 %.

Bei den 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 11. KW bei 24 % (95 %-Konfidenzintervall [13; 38]) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Insgesamt ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen in der Saison 2024/25 vorrangig durch RSV B (61 % bei 0- bis 4-jährigen) hervorgerufen wurden.

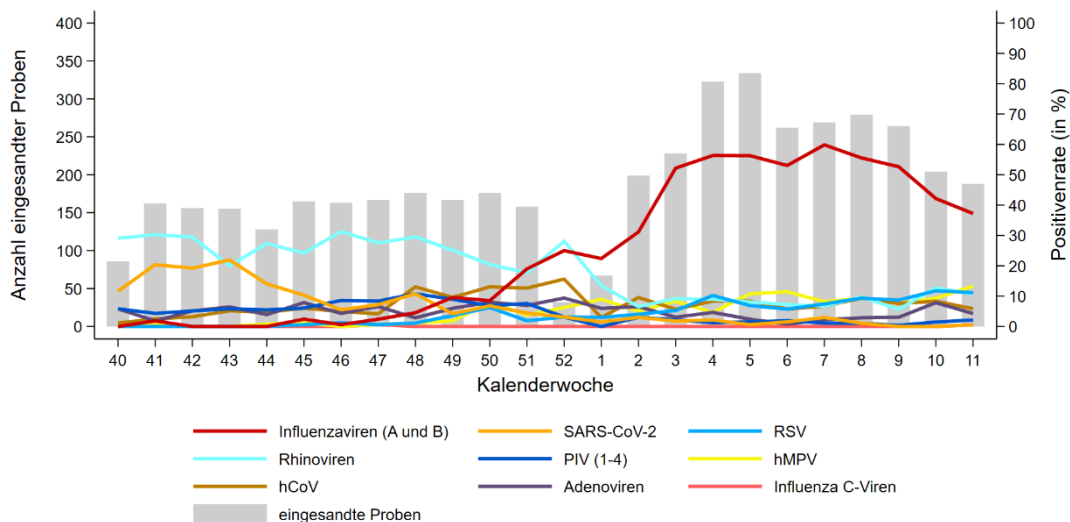


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 11. KW 2025.

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

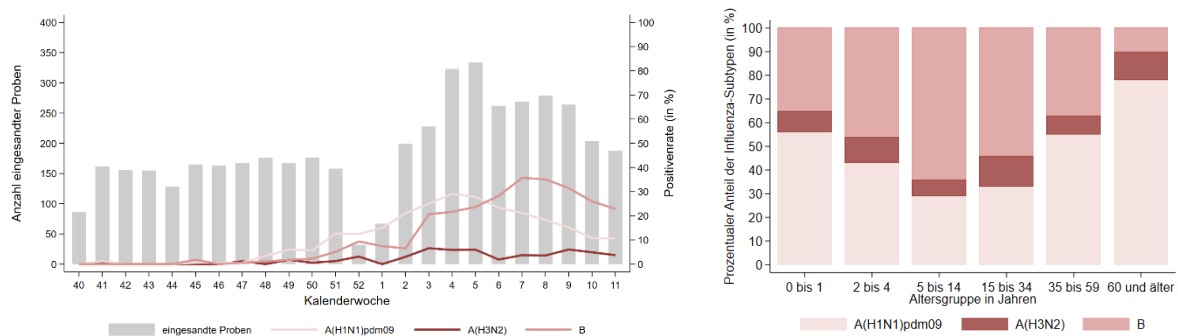


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 11. KW 2025. Rechts: Prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals von der 40. KW 2024 bis zur 11. KW 2025 detektiert wurden.

In der 11. KW 2025 wurden Influenzaviren in allen Altersgruppen nachgewiesen, besonders hoch war die Positivenrate in den Altersgruppen zwischen 5 und 59 Jahren. HMPV wurden ebenfalls in allen Altersgruppen detektiert. Bei den Säuglingen (0 bis 1 Jahr) dominierten Rhinoviren und RSV (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).

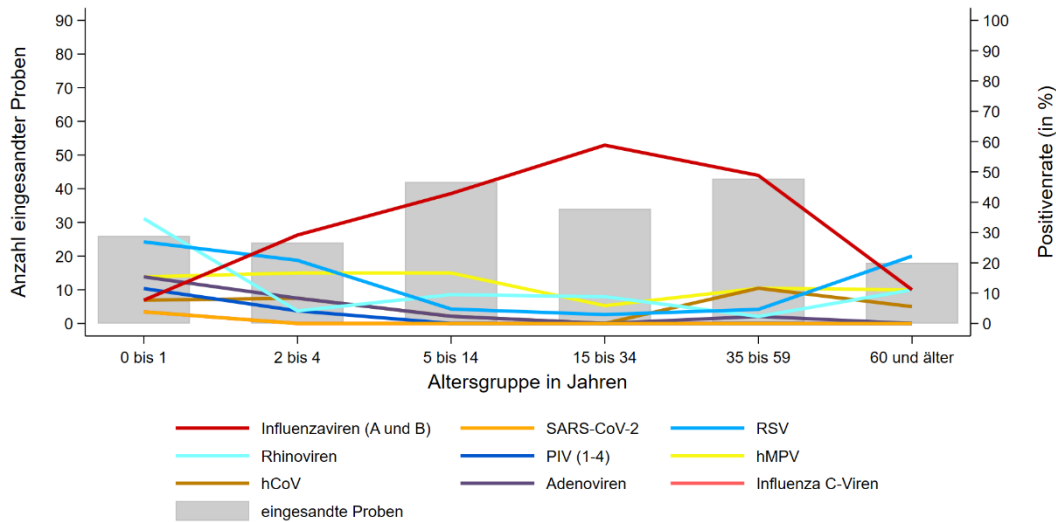


Abb. 6: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 11. KW 2025.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinals ($n = 263$), des SARI-Krankenhaus-Sentinals ($n = 17$) 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 dieser Woche erfolgt die Berichterstattung zu den SARS-CoV-2-Varianten im zweiwöchigen Rhythmus. Für die 8. und 9. KW 2025 stehen aktuell 81 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand: 18.3.2025). Unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2 Linien wurde die rekombinante Linie XEC (inklusive ihrer Sublinien) mit einem Anteil von 61 % weiterhin am häufigsten nachgewiesen (Vorwochen 6.-7. KW 2025: 60 %). Die Linie KP.3.1.1 folgt mit einem Anteil von 16 % (Vorwochen: 13 %). Die kürzlich von WHO und ECDC als VUM eingestufte SARS-CoV-2 Linie LP.8.1, deren weltweiter Anteil zuletzt etwas zurückging, wurde in Deutschland inklusive ihrer Sublinien, seit dem ersten Nachweis im August 2024, bis einschließlich der 9. KW 2025 19-mal in der Stichprobe detektiert. Für die 8. und 9. KW 2025 lag ihr Anteil bei 6 %, was einen weiteren Anstieg im Vergleich zu den Vorwochen (4 %) darstellt. Im Vergleich zur übergeordneten Linie JN.1 zeichnet sie sich durch eine Aminosäuredeletion und acht zusätzliche Aminosäureaustausche im S-Protein aus. Diese Veränderungen der Genomsequenz können zu einer erhöhten Bindung an den humanen Wirtszellrezeptor ACE2 und damit zu einer leichteren Übertragbarkeit der Variante beitragen. 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 11. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Die SARI-Inzidenz lag in der 11. KW auf einem erhöhten Niveau (im Vergleich zu den durchschnittlichen Jahresverläufen), etwas über den Werten des Vorjahres zu dieser Zeit (Abb. 7).

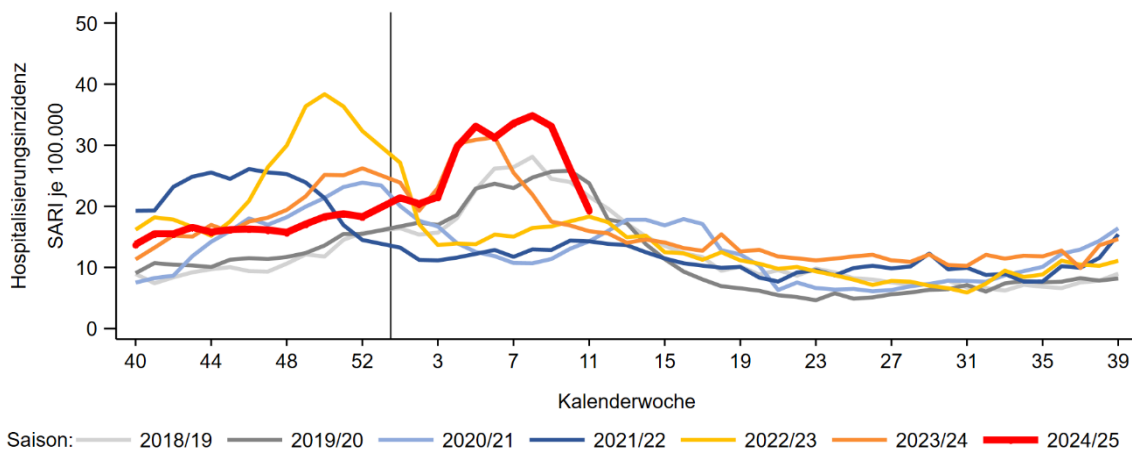


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 11. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 11. KW 2025 weiterhin in allen Altersgruppen deutlich 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 übrigen Altersgruppen lagen die SARI-Fallzahlen in der 11. KW 2025 auf einem erhöhten Niveau.

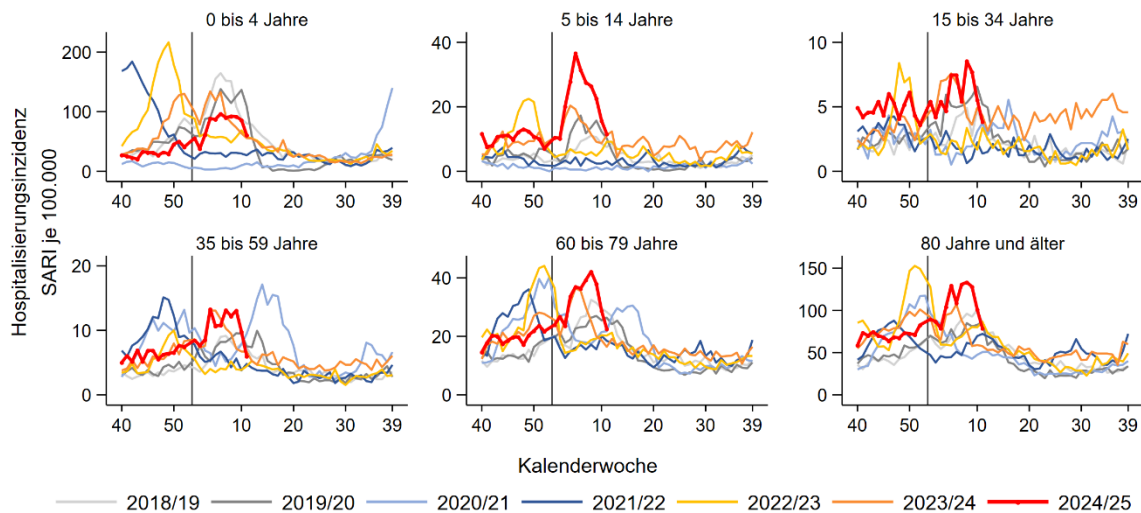


Abb. 8: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 11. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Der Anteil an Influenza-Diagnosen ist seit der 6. KW 2025 rückläufig; dieser Rückgang setzte sich auch in der 11. KW 2025 fort. So erhielten 24 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose (Vorwoche: 29 %). Seit der 9. KW 2025 hat sich der Anteil der RSV-Diagnosen nicht verändert und lag in der 11. KW 2025 somit weiterhin bei 8 % (Vorwoche: 8 %). Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag auf sehr niedrigem Niveau bei unter 1 % (Vorwoche: 1 %; Abb. 9).

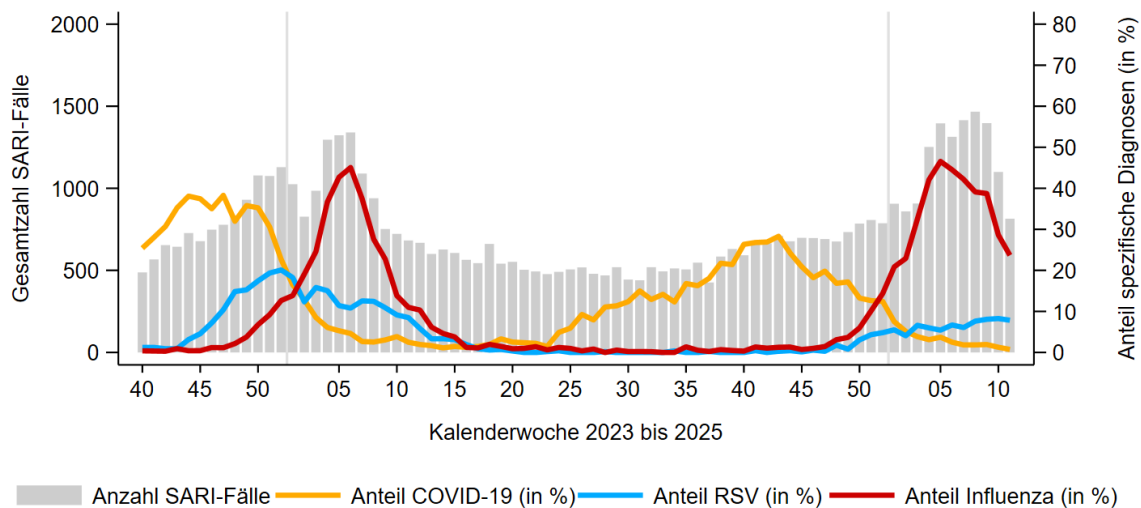


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 11. 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 11. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen vergeben, mit Anteilen zwischen 19 % und 53 %. Besonders betroffen waren hierbei junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre). Hier erhielt etwa jeder zweite SARI-Fall eine Influenza-Diagnose. RSV-Erkrankungen wurden vorwiegend bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) mit einem Anteil von 51 % diagnostiziert. Darüber hinaus wurden auch in weiteren Altersgruppen vereinzelt RSV-Diagnosen vergeben. COVID-19-Diagnosen wurden in der 11. KW 2025 nur bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren vergeben, der Anteil lag hierbei unter 2 % (Abb. 10).

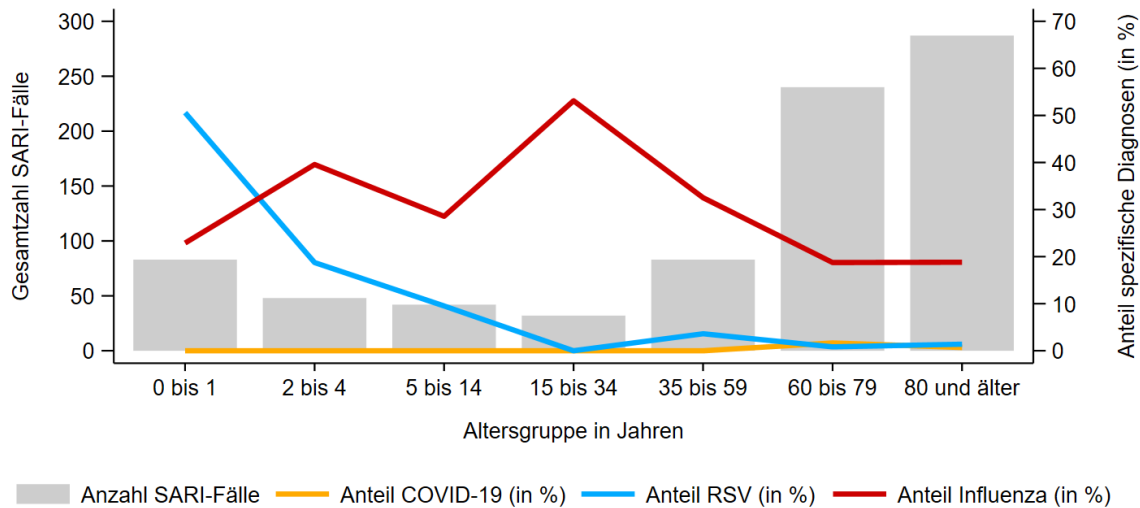


Abb. 10: Anzahl der in der 11. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Seit dem Jahresbeginn 2025 wurden vorwiegend Influenza-Diagnosen bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten vergeben. In der 11. KW 2025 wurde bei 18 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, womit dieser Anteil weiterhin rückläufig ist. Bei 6 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle wurde eine RSV- und bei 5 % eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abb. 11).

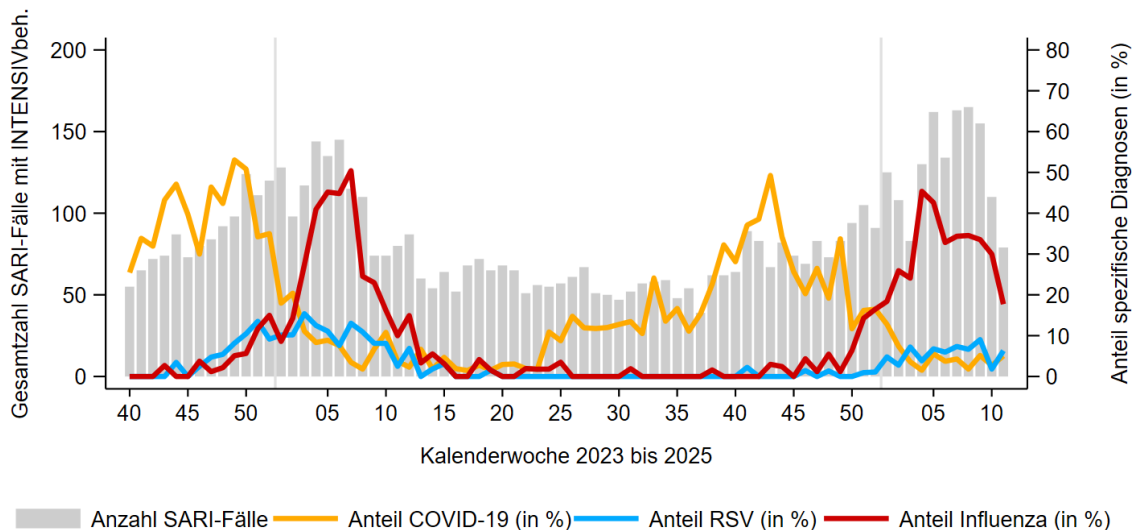


Abb. 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 11. 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 11. KW 2025 aus fünf der 15 teilnehmenden Kliniken 21 Sentinelproben zugesandt. In 11 (52 %) der 21 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). In der 11. KW 2025 wurden Influenza A- und B-Viren (5 %), RSV (14 %), hMPV (19 %) sowie Rhinoviren und hCoV (je 10 %) detektiert (Abb. 12). SARS-CoV-2, PIV, Adenoviren sowie Influenza C-Viren wurden nicht nachgewiesen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 11. KW 2025), Stand 18.3.2025.

		8. KW	9. KW	10. KW	11. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben		62	58	45	21	1.177
Probenanzahl mit Virusnachweis*		42	35	31	11	619
	Positivenrate (PR)	68 %	60 %	69 %	52 %	53 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	4
	A(H ₃ N ₂)	2	1	2	0	16
	A(H ₁ N ₁)pdm09	10	10	5	1	113
	B	5	6	4	0	47
SARS-CoV-2		4	0	0	0	100
RSV		8	9	6	3	97
hMPV		0	4	4	4	49
PIV (1 – 4)		0	1	1	0	31
Rhinoviren		8	5	3	2	155
hCoV		6	0	6	2	47
Adenoviren		3	1	4	0	37
Influenza C-Viren**		0	0	0	0	0

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

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

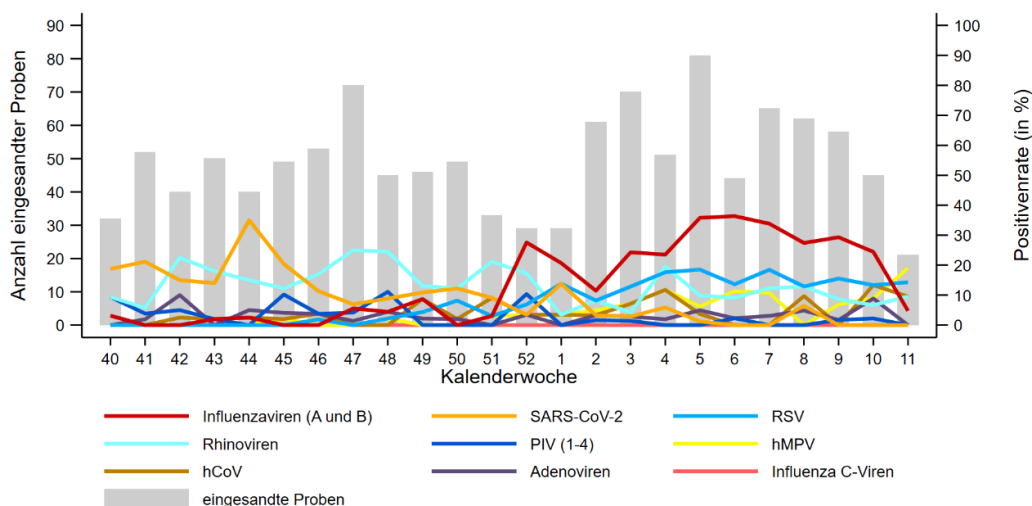


Abb. 12: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 11. KW 2025.

In der gesamten Saison 2024/25 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H₁N₁)pdm09-Viren (64 %) nachgewiesen, gefolgt von Influenza B-Viren (27 %). 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 überwo-

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).

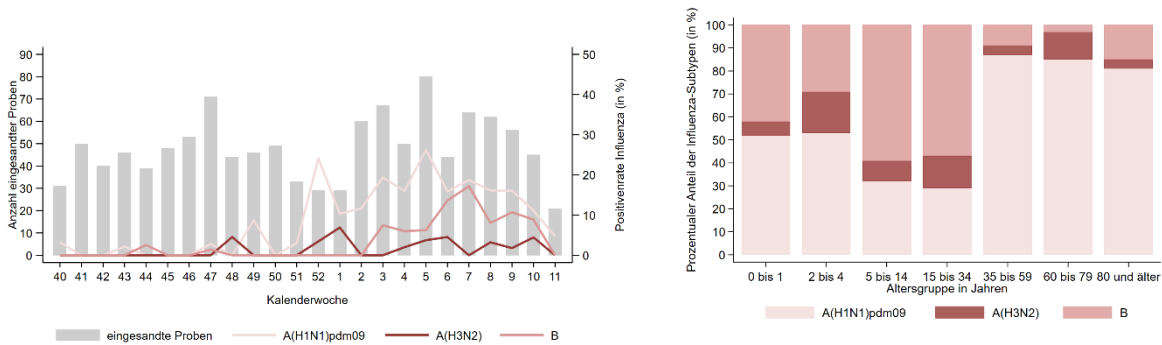


Abb. 13: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der SARI-Sentinel-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 11. KW 2025. Rechts: prozentuale Verteilung 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 8. KW bis 11. KW 2025 wurden Influenzaviren (A und B) in allen Altersgruppen identifiziert. RSV wurden überwiegend bei Kindern unter 5 Jahren nachgewiesen. Zudem wurden bei Kindern bis 14 Jahren vermehrt Rhinoviren identifiziert. In fast allen Altersgruppen wurden hMPV nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurden noch vereinzelt bei Erwachsenen ab 35 Jahren detektiert. Zudem wurden in den meisten Altersgruppen sporadisch weitere Viren des Erregerpanels nachgewiesen (Abb. 14).

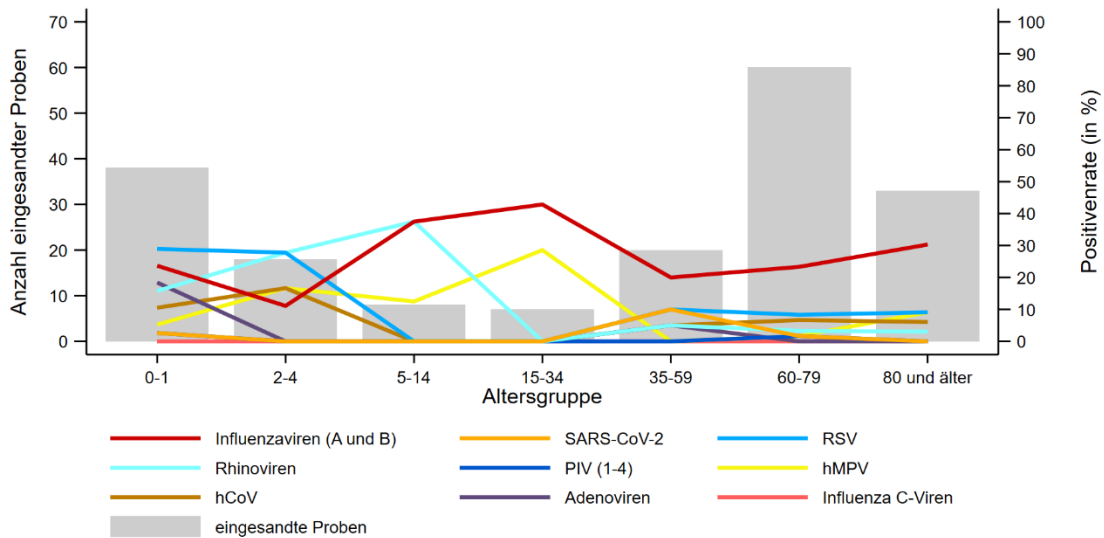


Abb. 14: Anteil (Positivitäten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (8. KW bis 11. KW 2025).

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 11. MW 2025 wurden bislang insgesamt 21.182 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 21.156 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 11. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Bei 2.835 (13 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 18.3.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 357.712 Fälle übermittelt. Davon entfallen 356.039 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 60.461 (17 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 1.218 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 89 % 60 Jahre oder älter.

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

	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	26.205	24.986	23.038	21.530	13.557	10.654	208.248
A(H1N1)pdm09	550	453	374	321	182	128	3.976
A(H3N2)	43	32	37	41	42	22	373
nicht nach A / B differenziert	843	844	786	782	389	351	6.732
B	18.607	20.882	20.171	19.183	12.665	10.001	136.710
Gesamt	46.248	47.197	44.406	41.857	26.835	21.156	356.039
Hospitalisierte Fälle	7.493	7.404	7.125	6.875	4.113	2.835	60.461

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

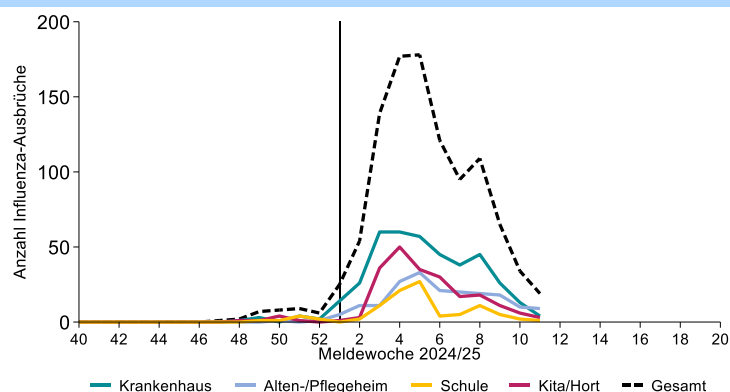
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 1.049 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 19 Ausbrüche in der 11. MW 2025 übermittelt (Tab. 4).¹

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.

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	1.049
Krankenhaus	398
Alten- und Pflegeheime	186
Schule	97
Kita/Hort	217
sonstige Settings*	151
Anzahl Ausbruchsfälle	13.927
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,3

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



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

COVID-19

Für die 11. MW 2025 wurden bislang 974 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt (Tab. 5). Bei 296 (30 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 18.3.2025). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 135.341 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 50.827 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.439 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)

	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	2.228	1.946	1.756	1.469	1.113	974	135.341
Hospitalisierte Fälle	750	666	629	554	375	296	50.827

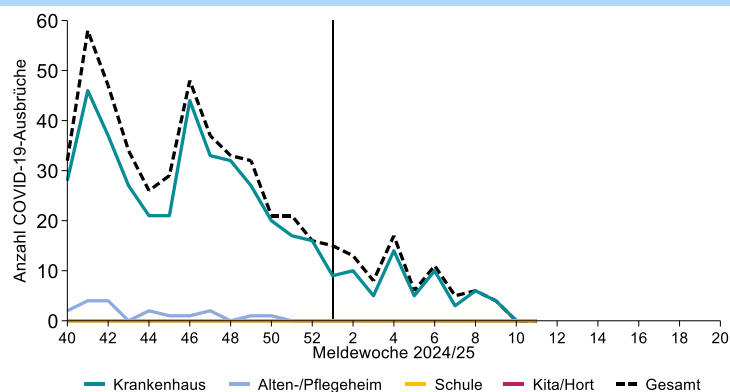
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 519 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 11. MW 2025 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 6).

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2024/25. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition berücksichtigt (laborbestätigte Fälle). Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	519
Krankenhaus	435
Alten- und Pflegeheime	18
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	66
Anzahl Ausbruchsfälle	4.237
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,2



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

RSV-Infektionen

Für die 11. MW 2025 wurden bislang insgesamt 5.328 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 5.282 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben. Bei 1.088 (21 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für 11. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 18.3.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 46.783 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 46.196 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 11.284 (24 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 162 Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 91 % 60 Jahre oder älter.

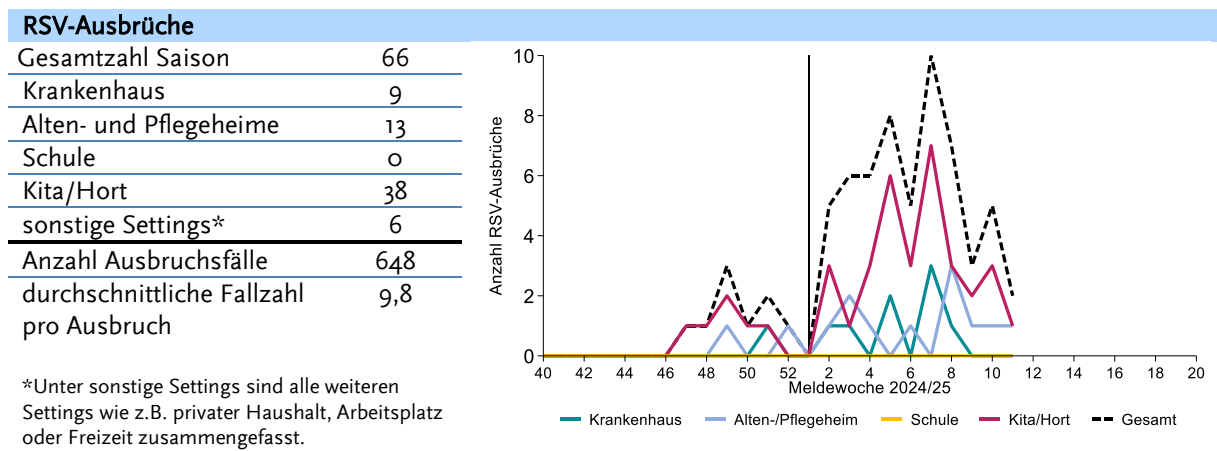
Tab. 7: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinienskategorie C-E)

	6. MW	7. MW	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	4.325	4.926	5.414	5.712	5.460	5.282	46.196
Hospitalisierte Fälle	1.041	1.190	1.275	1.357	1.233	1.088	11.284

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 66 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden zwei Ausbrüche in der 11. 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-Falldefinienskategorien 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 11. KW wurden Daten aus 47 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.

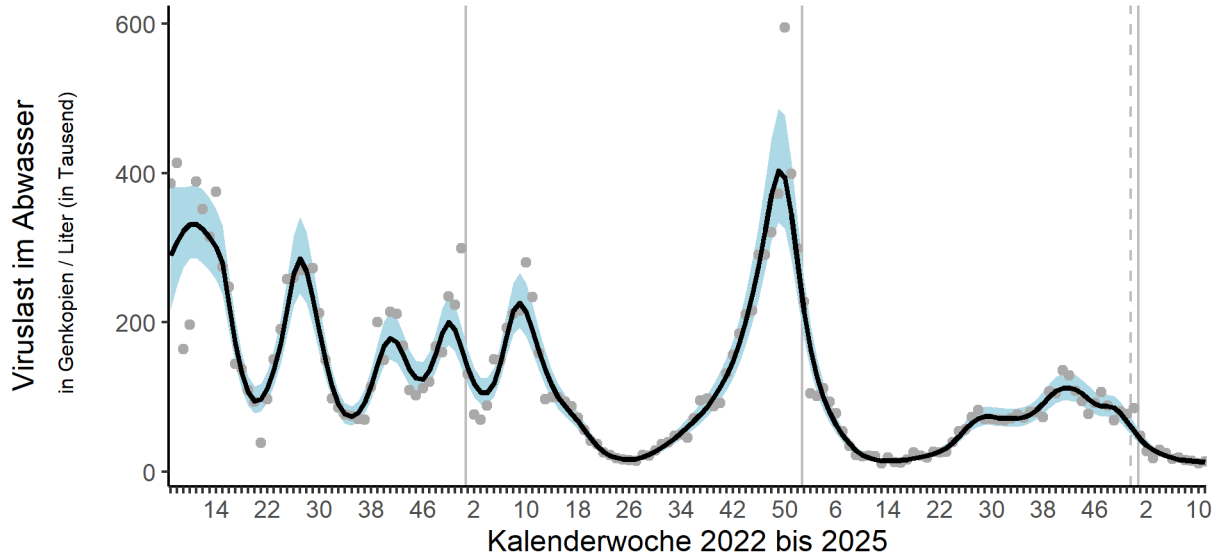


Abb. 15: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (12.3.2025, 11. KW). Gezeigt 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.

Inflenzaviren

Für die 11. KW wurden Daten aus 47 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser sind rückläufig, sie liegen aber weiterhin auf einem hohen Niveau (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

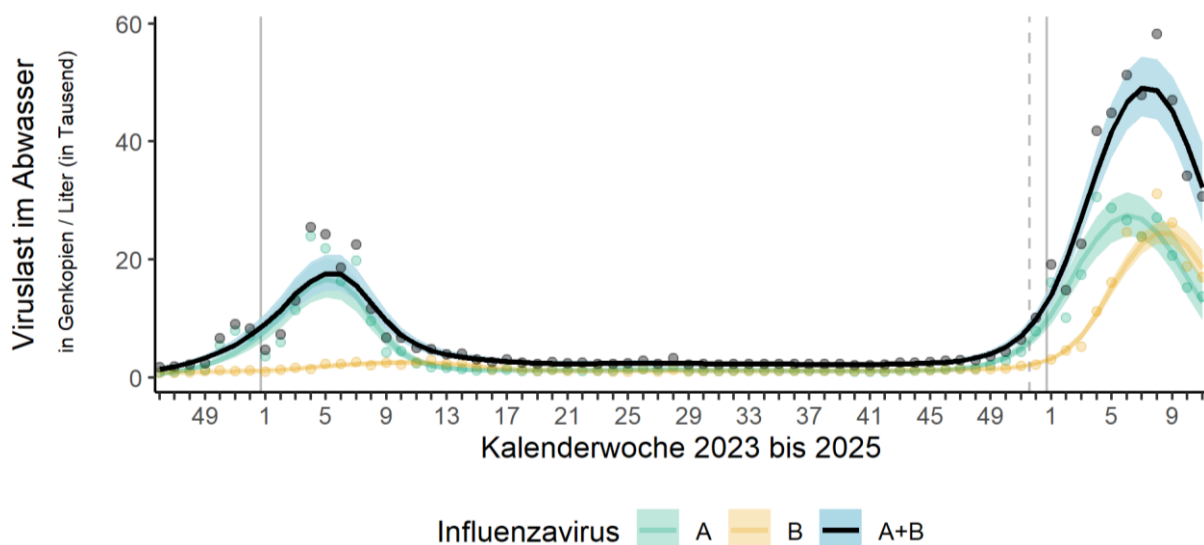


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.3.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (12.3.2025, 10. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Kläranlagen werden nachgeliefert. Senkrechte Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einem starken Rückgang an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

RSV

Für die 11. KW wurden Daten aus 30 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind in den letzten Wochen angestiegen, wobei die Werte für RSV B rascher gestiegen sind als für RSV A (Abb. 17). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

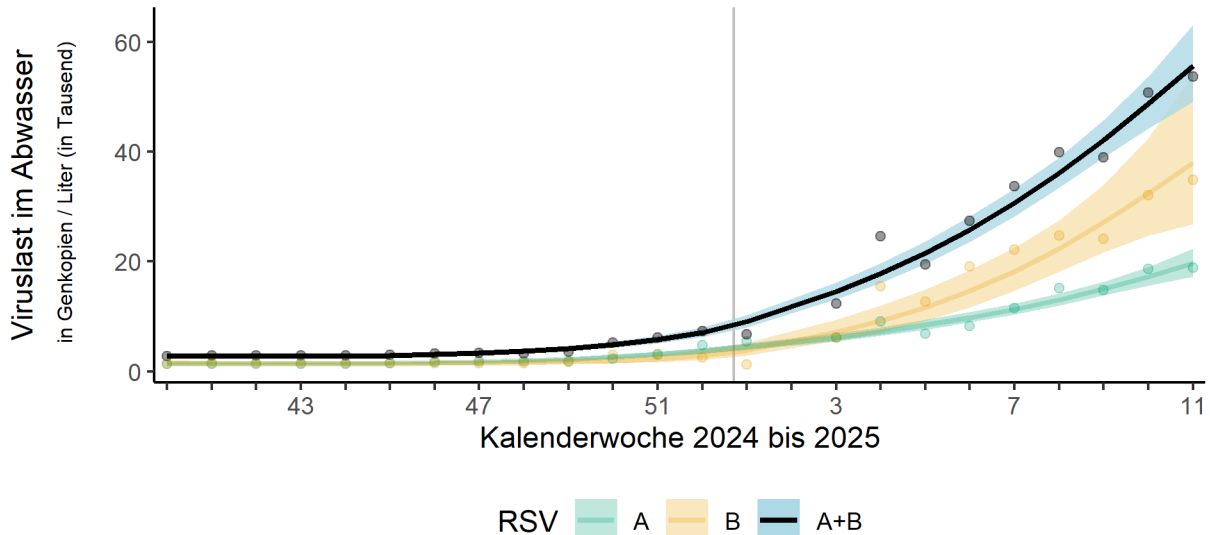


Abb. 17: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 18.3.2025, 10 Uhr). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Kläranlagen werden nachgeliefert. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

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

Weitere Daten und Berichte zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in Deutschland

Daten zu verschiedenen Indikatoren werden als Open Data in Zenodo und auf GitHub bereitgestellt: <https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut> und <https://github.com/robert-koch-institut>.

Die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 7 und Abb. 8 im ARE-Wochenbericht) werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

- Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel): <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340322> bzw. https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts
- 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 11/2025 | DOI: 10.25646/13067