

# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
13. Kalenderwoche (24.3. bis 30.3.2025)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ARE-Aktivität ist in der 13. KW weiter zurückgegangen. Es deutet sich ein Ende der RSV-Welle an. In den letzten Wochen ging die Influenza-Aktivität zurück, die Grippewelle hält jedoch laut RKI-Definition weiter an. In der 13. KW wurden überwiegend Influenza B-Viren im ambulanten Bereich nachgewiesen. Auch die Zahl der schwer verlaufenden ARE ist seit einigen Wochen rückläufig.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 13. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 13. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 13. KW 2025 in insgesamt 88 der 114 eingesandten Proben aus dem ARE-Praxis-Sentinel respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (37 %). Von den 42 nachgewiesenen Influenzaviren waren 32 (76 %) B-, sechs (14 %) A(H1N1)pdm09- und vier (10 %) A(H3N2)-Viren. Zudem wurden Rhinoviren (17 %), humane Metapneumoviren (hMPV; 11 %), humane saisonale Coronaviren (hCoV; 10 %) und Respiratorische Synzytialviren (RSV; 7 %) nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde nicht detektiert.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 13. KW 2025 weiter gesunken. Der Anteil der Influenza-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten ging ebenfalls weiter zurück und lag in der 13. KW bei insgesamt 15 %. Schulkinder und junge Erwachsene waren hierbei weiterhin am stärksten betroffen. RSV-Infektionen wurden bei 7 % und COVID-19 bei weniger als 1 % der Fälle diagnostiziert.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 13. KW 2025 in acht der 14 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hMPV (21 %), RSV und Rhinoviren (je 14 %) sowie Influenza A- und B-Viren und PIV (je 7 %).

In der 13. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Influenza-Fälle weiter gesunken, die Zahl der übermittelten RSV-Fälle ist im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht zurückgegangen.

Im Abwassermonitoring ist die Viruslast von Influenza A- und B-Viren seit mehreren Wochen rückläufig. Es deutet sich ebenfalls ein Rückgang der Viruslast von RSV A und RSV B an.

## Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- Alle Personen können, unabhängig vom Impfstatus, das Risiko einer Influenzainfektion durch entsprechende Verhaltensweisen reduzieren, um sich (und Familienmitglieder, Freundeskreis und Kolleginnen und Kollegen) vor einer Erkrankung und nachfolgenden Komplikationen mit potentiell schwerem Krankheitsverlauf zu schützen: [www.rki.de/are-faq-schutz](http://www.rki.de/are-faq-schutz).
- Für erkrankte Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf sollte die Option einer frühzeitigen antiviralen Therapie erwogen werden.
- Informationen zu Erkrankungen durch saisonale Influenzaviren im RKI-Ratgeber: [https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Ratgeber\\_Influenza\\_saisonal.html](https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Ratgeber_Influenza_saisonal.html) (Stand 19.2.2025)
- RKI-Seiten zu Influenza: <https://www.rki.de/influenza>
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 11.2.2025): [www.rki.de/Zoonotische-influenza](http://www.rki.de/Zoonotische-influenza).

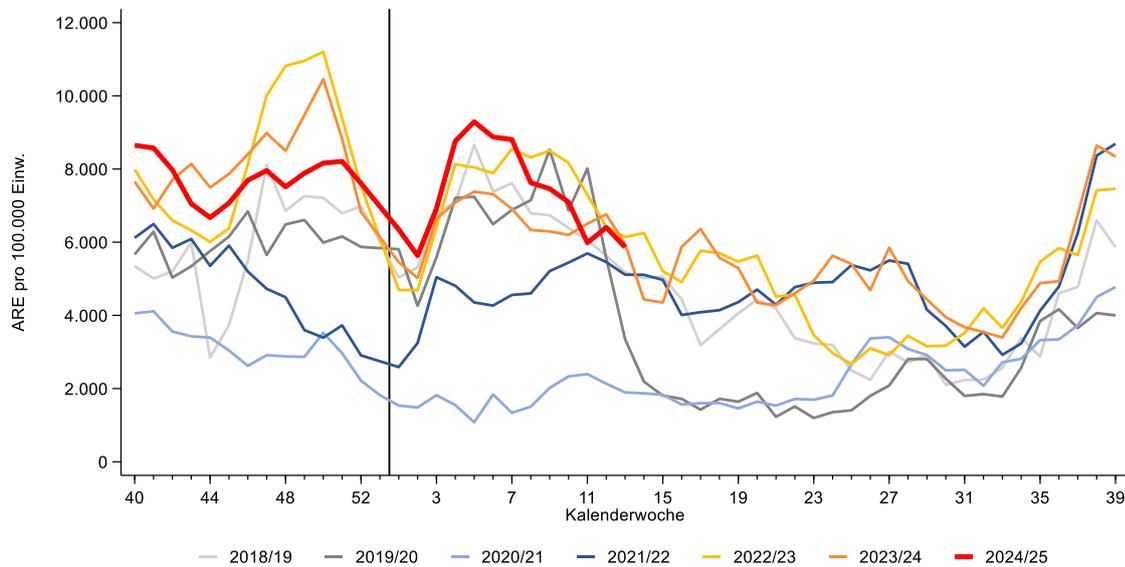
## Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

- 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)

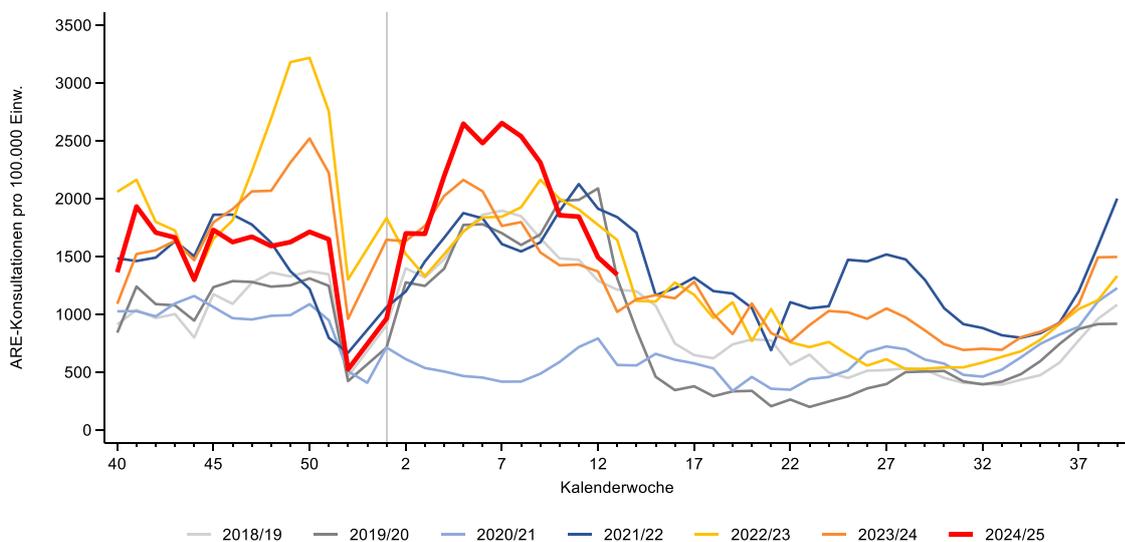
Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 13. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag bei rund 5.900 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.400; Abb. 1). Dabei war ein Rückgang insbesondere bei Personen ab 15 Jahren zu verzeichnen. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 5 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 13. 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.

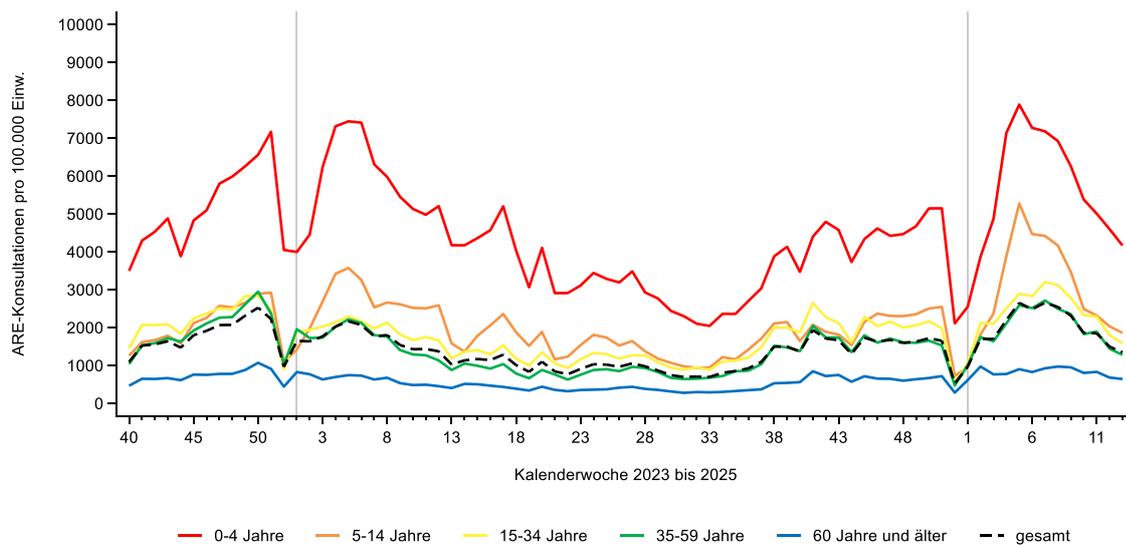
### Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 13. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken und lag bei rund 1.300 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. und damit im Bereich der Vorjahreswerte zu dieser Zeit (Vorwoche: 1.500; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,1 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 13. 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 13. KW in allen Altersgruppen gesunken (Abb. 3).



**Abb. 3:** Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 13. 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 13. KW 2025 insgesamt 114 Sentinelproben von 46 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 88 (77 %) der 114 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es zirkulieren weiterhin hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (37 %; 95 %-Konfidenzintervall [28; 47]), mit Abstand gefolgt von Rhinoviren (17 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 11 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 10 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 7 %), Adenoviren (2 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 2 %). SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren wurden in der 13. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab neun Doppelinfektionen zumeist unter Beteiligung von Rhino- oder Influenzaviren.

**Tab. 1:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 13. KW 2025), Stand 1.4.2025.

	10. KW	11. KW	12. KW	13. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	206	197	163	114	4.797
Probenanzahl mit Virusnachweis*	155	142	125	88	3.327
Positivenrate (PR)	75 %	72 %	77 %	77 %	69 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	2	0	1	0	12
A(H3N2)	10	7	14	4	146
A(H1N1)pdm09	22	21	14	6	623
B	53	44	30	32	748
SARS-CoV-2	0	1	1	0	246
RSV	24	21	18	8	260
hMPV	19	26	19	13	294
PIV (1 – 4)	3	4	3	2	177
Rhinoviren	26	21	26	19	760
hCoV	18	11	14	11	358
Adenoviren	16	9	9	2	212
Influenza C-Viren**	0	1	1	0	4

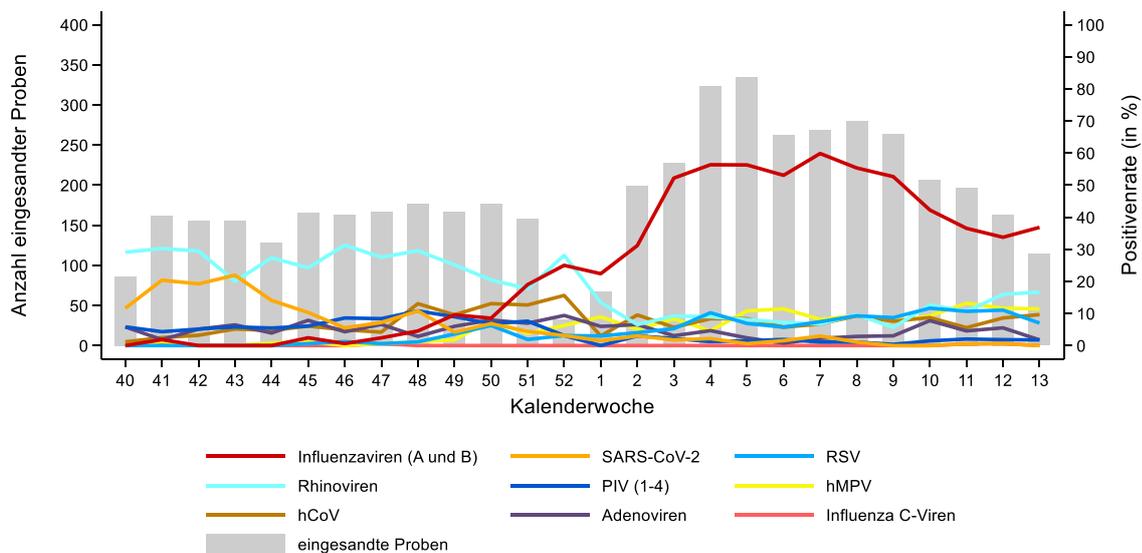
\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

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

Von den 42 nachgewiesenen Influenzaviren in der 13. KW waren 32 (76 %) B-, sechs (14 %) A(H1N1)pdm09- und vier (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. 41 %). Seit der 6. KW 2025 wurden wöchentlich mehr Influenza B- als Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen. Influenza A(H3N2)-Viren wurden bisher seltener identifiziert (Tab. 1, Abb. 5). Die Influenzavirus-Positivenrate liegt seit der 10. KW 2025 wieder unter 50 %, die Grippewelle hält jedoch nach Definition des RKI an.

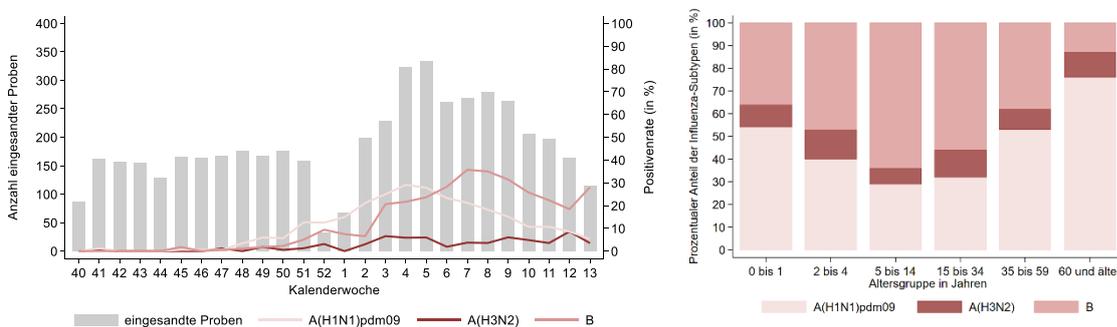
Bei den 0- bis 4-jährigen lag die RSV-Positivenrate in der 13. KW 2025 bei 10 % (95 %-Konfidenzintervall [3; 24]) und ist damit im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Es deutet sich ein Ende der RSV-Welle an. Wenn das untere Konfidenzintervall auch in der 14. KW unter 5 % liegen sollte, wäre die RSV-Welle nach Definition des RKI mit der 12. KW beendet. Insgesamt ist die RSV-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen.

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 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 13. KW 2025.

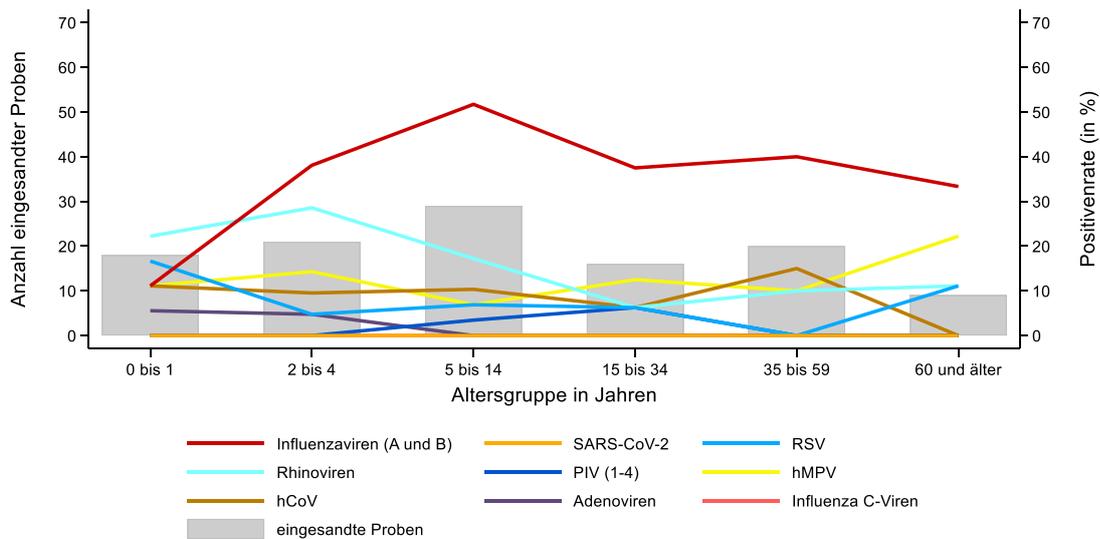
Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.



**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 13. 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 13. KW 2025 detektiert wurden.

In der 13. KW 2025 wurden Influenzaviren in allen Altersgruppen ab 2 Jahren am häufigsten detektiert mit Positivenraten bis zu 52 % (5 bis 14 Jahre). Bei den 0- bis 1-jährigen wurden am häufigsten Rhinoviren und RSV nachgewiesen. Rhinoviren und hMPV wurden ebenfalls in allen Altersgruppen detektiert (Abb. 6). Bei den 5- bis 34-jährigen wurden in der gesamten Saison 2024/25 bislang

überwiegend Influenza B-Viren nachgewiesen, in der Altersgruppe 60 Jahre und älter wurde dagegen hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09 detektiert (Abb. 5; rechts).



**Abb. 6:** Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 13. KW 2025.

## Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinelns ( $n = 494$ ), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ( $n = 50$ ) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ( $n = 34$ ) wurden 578 Influenzaviren der Saison 2024/25 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehören 313 zum Subtyp A(H1N1)pdm09, 49 zum Subtyp A(H3N2) und 216 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. 15 A(H1N1)pdm09-Viren finden sich in der Klade 5a.2a.1 und der Subklade D. Von den 216 sequenzierten Influenzaviren der B/Victoria-Linie gehören alle zur Klade V1A.3a.2. Diese verteilen sich auf folgenden Subkladen: C.5.1 ( $n = 115$ ), C.5.6 ( $n = 64$ ) und C.5.7 ( $n = 37$ ). 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 Influenzaviren reagieren.

Ausführlichere Informationen des NRZ zu den zirkulierenden Influenzaviren in der Saison 2024/25 sind abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen\\_2024\\_25.html](https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2024_25.html).

Diese werden während der Grippewelle alle 14 Tage aktualisiert.

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

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

Aufgrund der aktuell geringen Anzahl an SARS-CoV-2-Nachweisen sind im folgenden Abschnitt die Variantenanteile für die 10. KW und 11. KW 2025 zusammengefasst (Stand 1.4.2025). Für die 10. KW und 11. KW 2025 stehen 70 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zu Verfügung. Zudem wurden infolge einer Aktualisierung der verwendeten Software zur Linienzuordnung eine Reihe neu definierter Sublinien aufgenommen. Dadurch verändern sich auch Anteile einzelner Sublinien für zurückliegende Zeiträume, auch im Dashboard (Link s. u.).

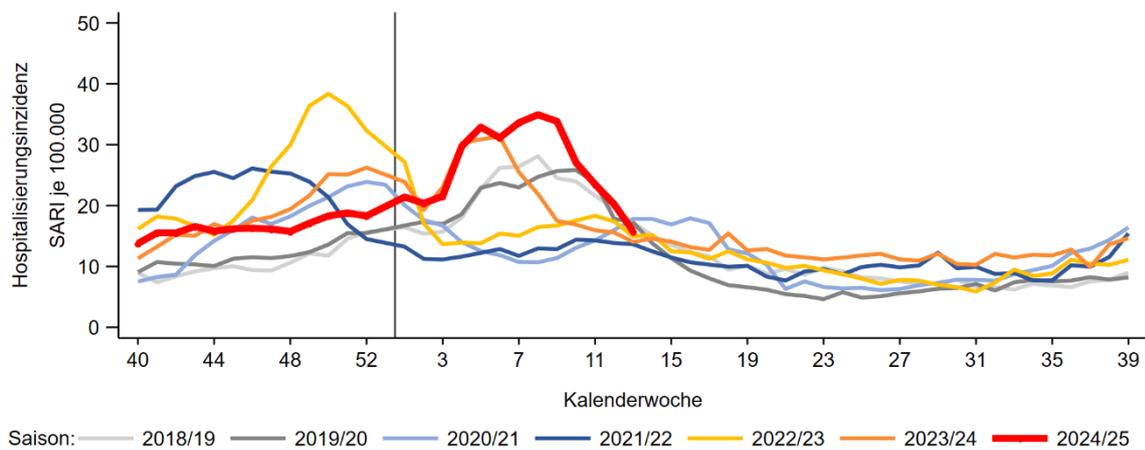
Unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien wurde die rekombinante Linie XEC (inklusive ihrer Sublinien) mit einem Anteil von 64 % weiterhin am häufigsten nachgewiesen (8. – 9. KW 2025: 61 %). Die Linie KP.3.1.1 folgt mit einem Anteil von 10 % (8. – 9. KW 2025: 16 %). Die

kürzlich von WHO und ECDC als VUM eingestufte SARS-CoV-2-Linie LP.8.1, wurde in Deutschland inklusive ihrer Sublinien, seit dem ersten Nachweis im August 2024, bis einschließlich der 11. KW 2025 26-mal in der Stichprobe detektiert. Für die 10. KW – 11. KW 2025 lag ihr Anteil bei 9 % (8. – 9. KW 2025; 7 %). 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](https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC).

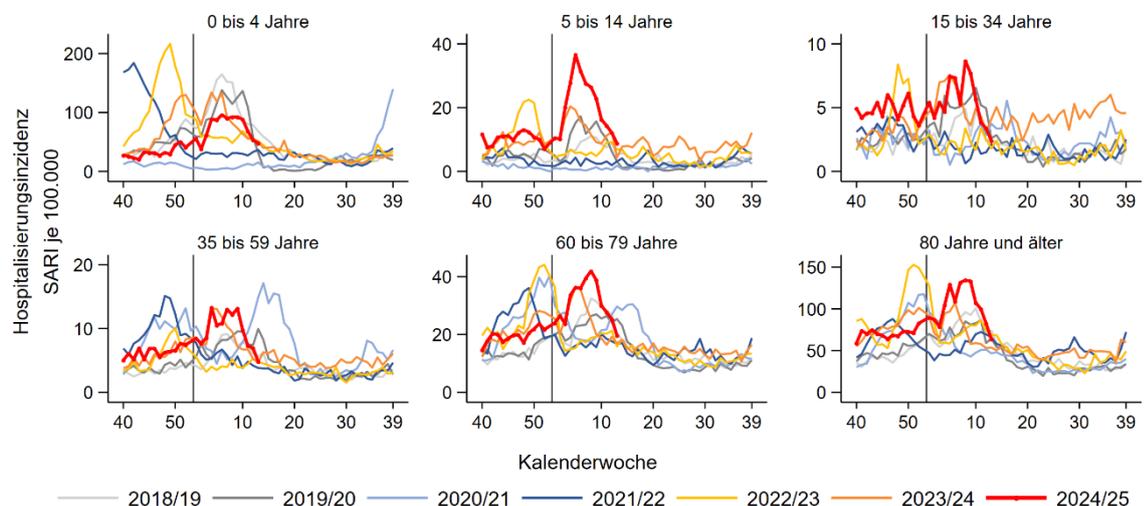
### Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 13. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Die SARI-Inzidenz lag in der 13. KW im Wertebereich der Vorjahre zu dieser Zeit (Abb. 7).



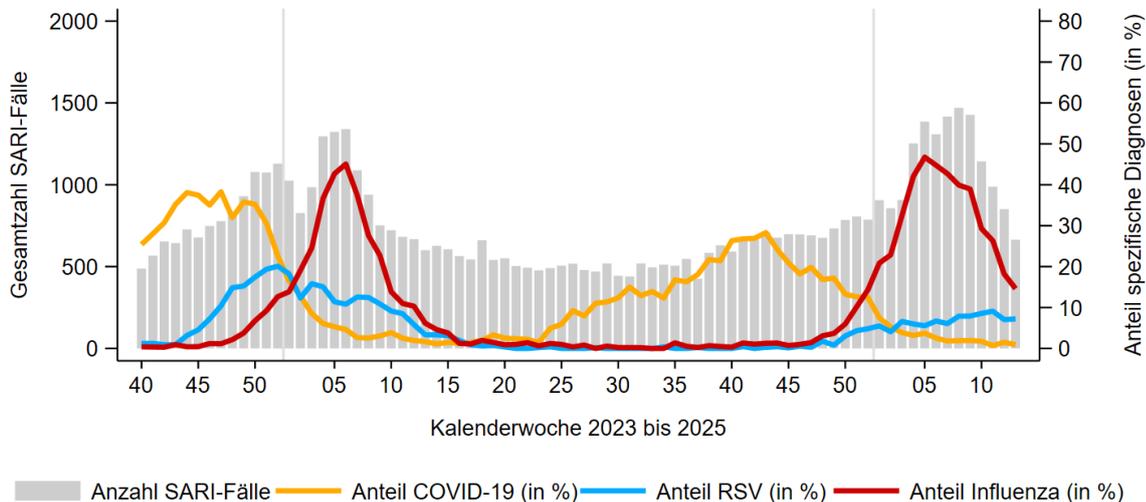
**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 13. KW 2025), Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz ist in der 13. KW 2025 in allen Altersgruppen weiter zurückgegangen (Abb. 8). In den Altersgruppen ab 60 Jahre verblieb die SARI-Inzidenz trotz des anhaltenden Rückgangs noch etwas über den Werten aus dem Vorjahr zu dieser Zeit. In den übrigen Altersgruppen lagen die SARI-Fallzahlen in der 13. KW 2025 auf einem niedrigen Niveau, vergleichbar zu den Werten aus den beiden Vorsaisons.



**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 13. 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.

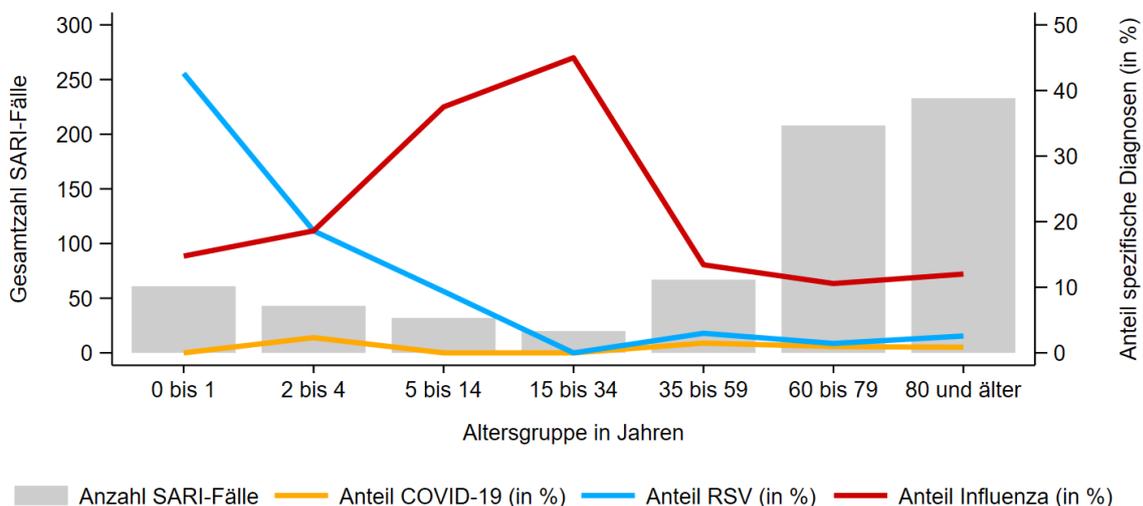
Der Anteil an Influenza-Diagnosen ist seit der 6. KW 2025 rückläufig; dieser Rückgang setzte sich auch in der 13. KW 2025 fort. So erhielten 15 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose (Vorwoche: 18 %). RSV-Diagnosen wurden in der 13. KW 2025 mit einem Anteil von 7 % (Vorwoche: 7 %) vergeben. Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen blieb mit unter 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 13. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 66 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

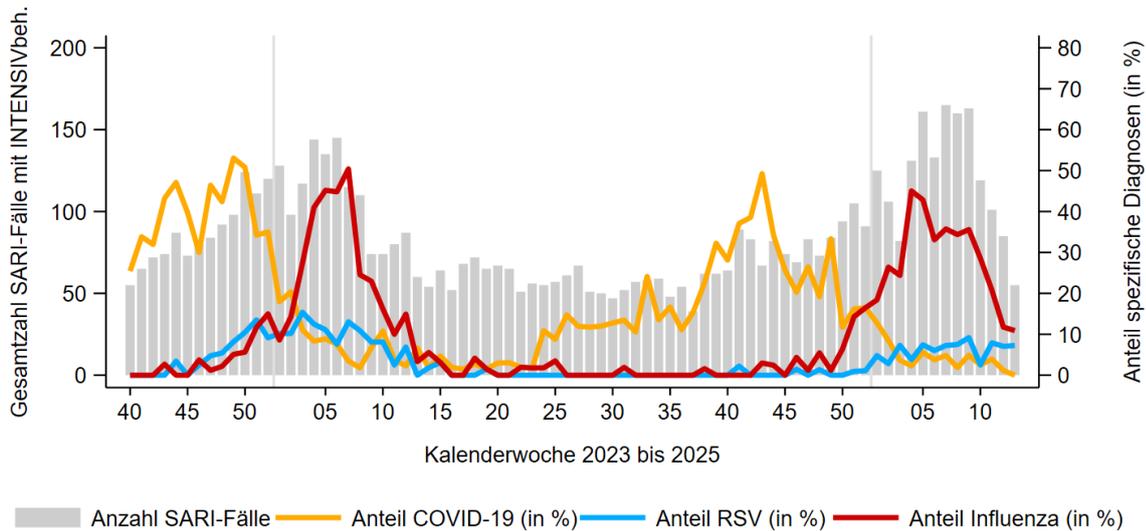
Influenza-Diagnosen wurden in der 13. KW 2025 weiterhin bei SARI-Patientinnen und -Patienten aller Altersgruppen vergeben, besonders betroffen waren Schulkinder und junge Erwachsene. Hier erhielten etwa zwei von fünf SARI-Fällen (38 %) im Alter zwischen 5 und 14 Jahren bzw. fast jeder zweite SARI-Fall (45 %) im Alter von 15 bis 34 Jahren eine Influenza-Diagnose.

RSV-Erkrankungen wurden vorwiegend bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) und Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) mit Anteilen von 43 % bzw. 19 % diagnostiziert. Darüber hinaus wurden auch in weiteren Altersgruppen vereinzelt RSV-Diagnosen vergeben. COVID-19-Diagnosen wurden in der 13. KW 2025 nur vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten im Alter von 2 bis 4 Jahren sowie ab 35 Jahren vergeben (Abb. 10).



**Abb. 10:** Anzahl der in der 13. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Seit dem Jahresbeginn 2025 wurden vorwiegend Influenza-Diagnosen bei intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten vergeben, allerdings nahm dieser Anteil in den letzten Wochen stark ab. In der 13. KW 2025 wurde bei 11 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert, bei 7 % 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 13. 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)

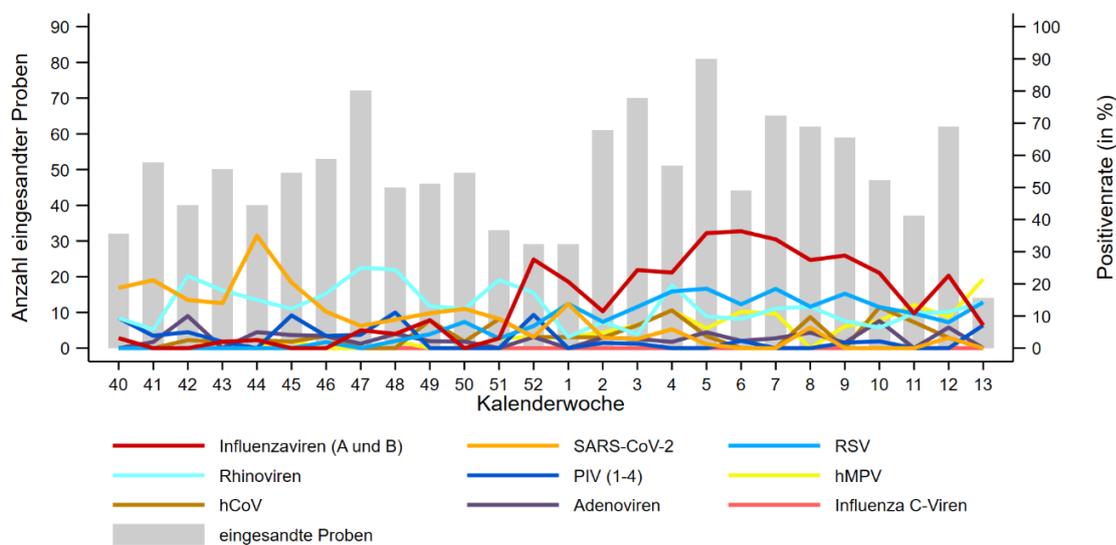
Die Berichterstattung zur virologischen SARI-Sentinel-Surveillance umfasst 15 Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren. Dem NRZ wurden in der 13. KW 2025 aus drei der 15 teilnehmenden Kliniken 14 Sentinelproben zugesandt. In acht (57 %) der 14 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). In der 13. KW 2025 wurden hMPV (21 %), RSV und Rhinoviren (je 14 %) sowie Influenza A- und B-Viren und PIV (je 7 %) detektiert (Abb. 12). SARS-CoV-2, hCoV sowie Adenoviren und Influenza C-Viren wurden nicht nachgewiesen.

**Tab. 2:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 13. KW 2025), Stand 1.4.2025.

		10. KW	11. KW	12. KW	13. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben		47	37	62	14	1.272
Probenanzahl mit Virusnachweis*		31	19	37	8	673
	Positivenrate (PR)	66 %	51 %	60 %	57 %	53 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	4
	A(H3N2)	2	2	1	0	19
	A(H1N1)pdm09	5	1	9	1	123
	B	4	1	4	0	52
SARS-CoV-2		0	0	2	0	102
RSV		6	4	5	2	106
hMPV		4	5	6	3	59
PIV (1 – 4)		1	0	0	1	32
Rhinoviren		3	4	7	2	166
hCoV		6	3	2	0	50
Adenoviren		4	0	4	0	41
Influenza C-Viren**		0	0	0	0	0

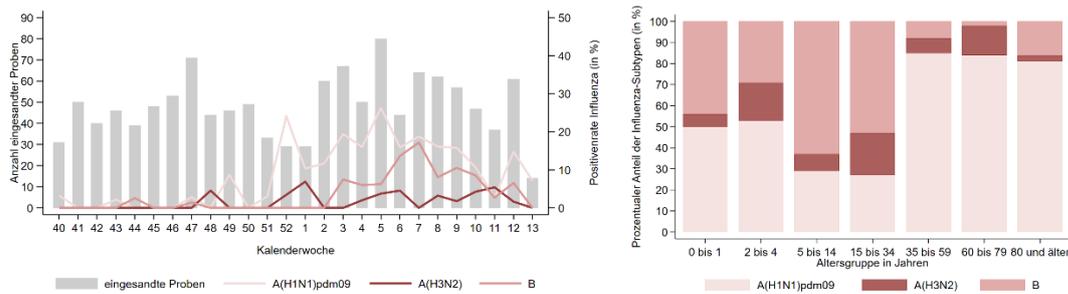
\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

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



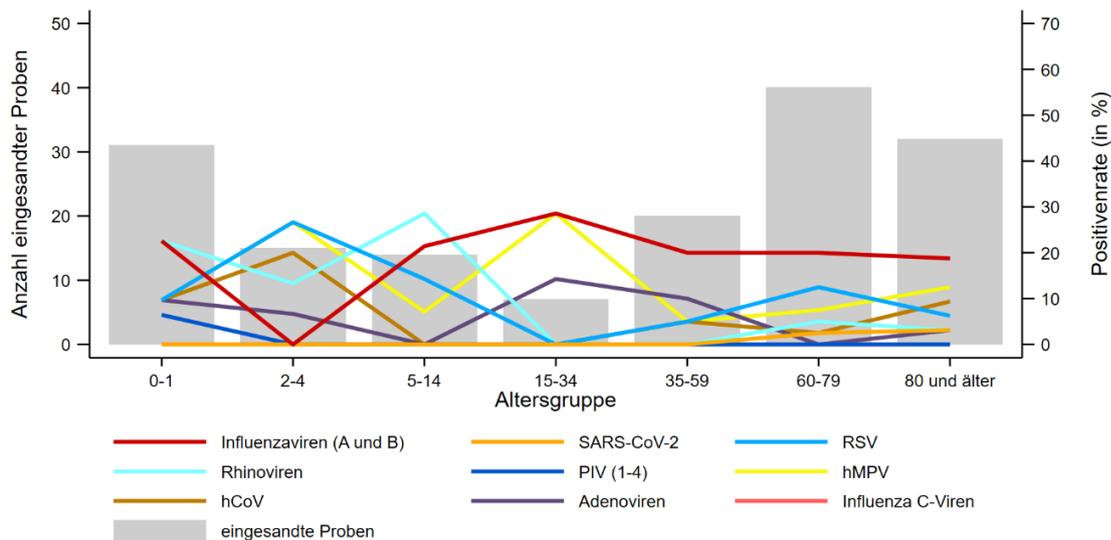
**Abb. 12:** Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 13. KW 2025.

In der gesamten Saison 2024/25 wurden im stationären Bereich bisher hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (63 %) 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 (41 % Influenza A(H1N1)pdm09-Viren seit der 40. KW) und der Anteil der Influenza B-Viren niedriger als im ambulanten Bereich (48 % Influenza B-Viren seit der 40. KW). Influenza A(H3N2)-Viren wurden bisher selten identifiziert (Tab. 1, Abb. 13). In den Altersgruppen ab 35 Jahren überwogen Nachweise von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren, während in den Altersgruppen von 5 bis 34 Jahren Influenza B-Viren häufiger nachgewiesen wurden (Tab. 2, Abb. 13, rechts).



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

Von der 10. KW bis 13. KW 2025 wurden Influenza A- und B-Viren in fast allen Altersgruppen identifiziert. Auch RSV wurden in den meisten Altersgruppen nachgewiesen, am häufigsten betroffen waren jedoch Kinder von 2 bis 4 Jahren. Zudem wurden bei Kindern bis 14 Jahren vermehrt Rhinoviren identifiziert. In allen Altersgruppen wurden hMPV nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurden noch vereinzelt bei Erwachsenen ab 60 Jahren detektiert. Zudem wurden in den meisten Altersgruppen sporadisch weitere Viren des Erregerpanels nachgewiesen (Abb. 14).



**Abb. 14:** Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (10. KW bis 13. KW 2025).

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 13. MW 2025 wurden bislang insgesamt 9.223 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 9.219 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 13. MW im Vergleich zur Vorwoche weiter deutlich gesunken. Bei 1.557 (17 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 1.4.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 380.543 Fälle übermittelt. Davon entfallen 378.831 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 65.220 (17 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

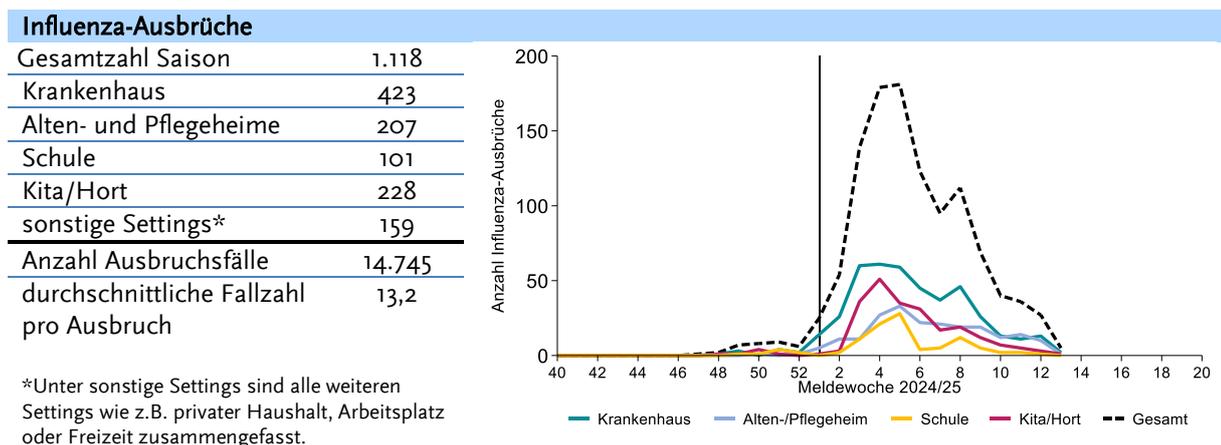
In der Saison 2024/25 wurden bislang 1.496 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

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

	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	23.068	21.551	13.602	10.919	6.738	5.101	220.551
A(H1N1)pdm09	375	321	182	136	77	79	4.147
A(H3N2)	37	41	45	31	37	36	459
nicht nach A / B differenziert	790	784	392	357	207	143	7.103
B	20.180	19.192	12.679	10.225	5.696	3.860	146.571
<b>Gesamt</b>	<b>44.450</b>	<b>41.889</b>	<b>26.900</b>	<b>21.668</b>	<b>12.755</b>	<b>9.219</b>	<b>378.831</b>
Hospitalisierte Fälle	7.220	7.045	4.329	3.290	2.139	1.557	65.220

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 1.118 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden fünf Ausbrüche in der 13. MW 2025 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-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

## COVID-19

Für die 13. MW 2025 wurden bislang 819 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt (Tab. 5). Bei 288 (35 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 1.4.2025). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 137.001 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 51.505 (38 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.497 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 labor-diagnostisch bestätigten Infektionen)

	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	1.756	1.469	1.112	1.014	809	819	137.001
Hospitalisierte Fälle	634	561	385	340	315	288	51.505

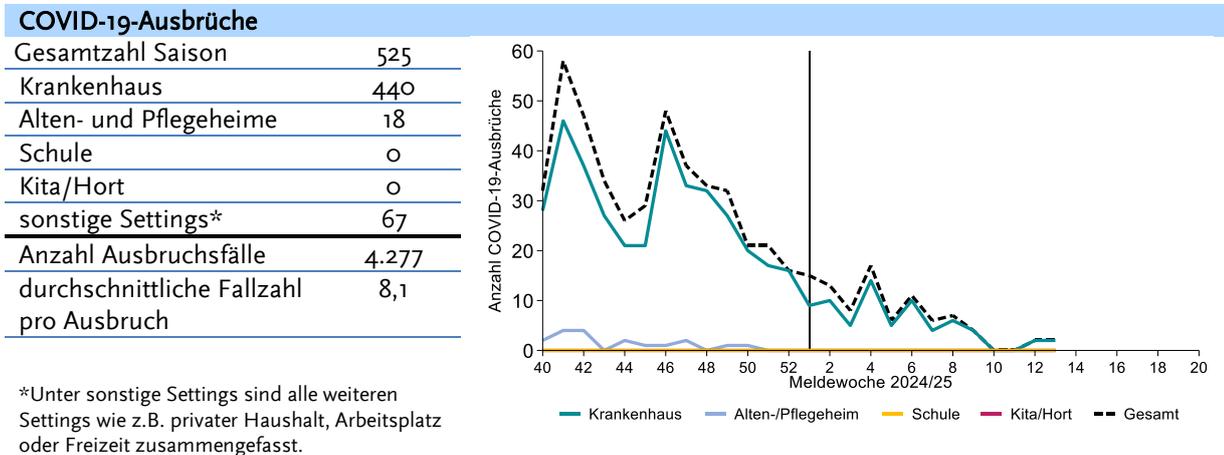
Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

<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)

Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 525 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden zwei Ausbrüche in der 13. MW 2025 übermittelt (Tab. 6).

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



### RSV-Infektionen

Für die 13. MW 2025 wurden bislang insgesamt 4.302 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 4.287 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Bei 946 (22 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für 12. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 1.4.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 55.803 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 55.110 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 13.607 (25 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 218 Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 92 % 60 Jahre oder älter.

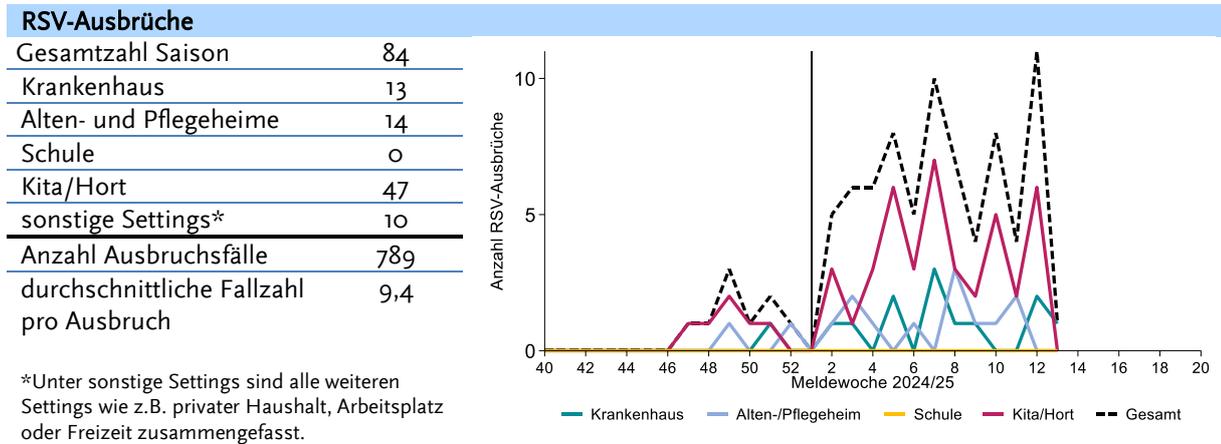
**Tab. 7:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	8. MW	9. MW	10. MW	11. MW	12. MW	13. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	5.414	5.714	5.464	5.357	4.540	4.287	55.110
Hospitalisierte Fälle	1.296	1.403	1.316	1.273	1.015	946	13.607

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 84 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurde ein Ausbruch in der 13. MW 2025 übermittelt (Tab. 8).

**Tab. 8:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2024/25. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

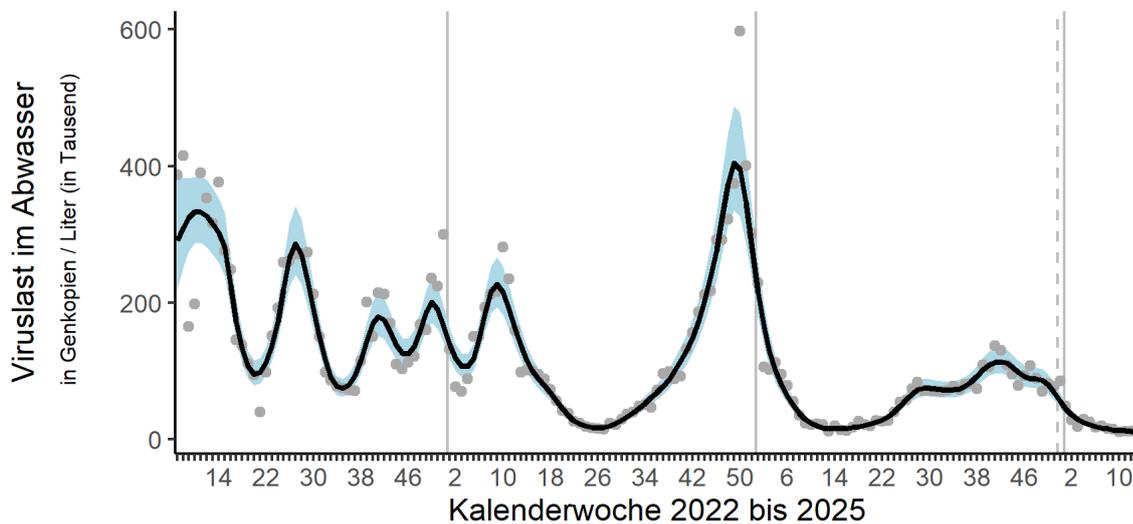


### Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

#### SARS-CoV-2

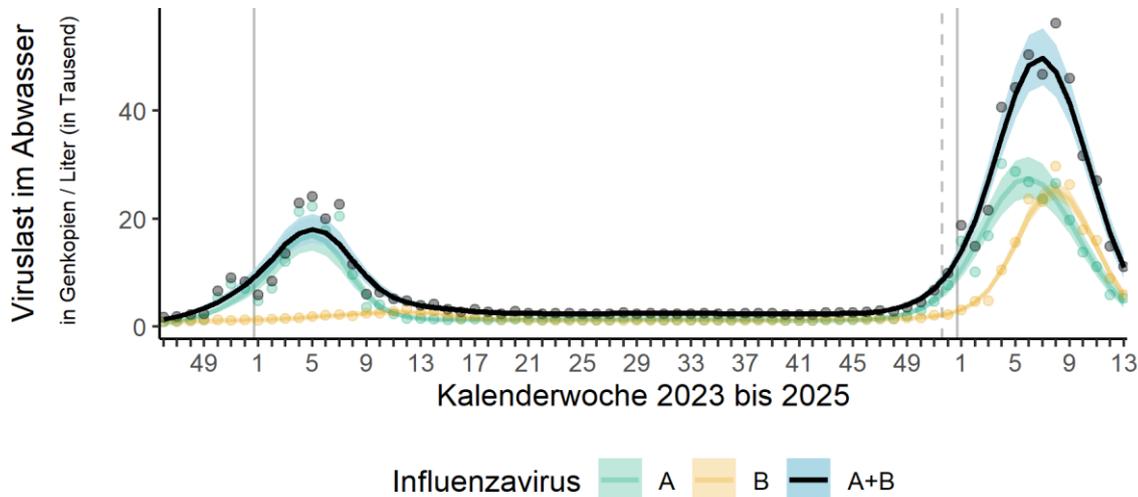
Für die 13. KW wurden Daten aus 70 Kläranlagen ausgewertet. Nach einem kontinuierlichen Rückgang in den letzten Monaten befindet sich die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser momentan auf einem niedrigen Niveau (Abb. 15). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.



**Abb. 15:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 1.4.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.3.2025, 13. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert. Senkrechte Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einem starken Rückgang an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

## Influenzaviren

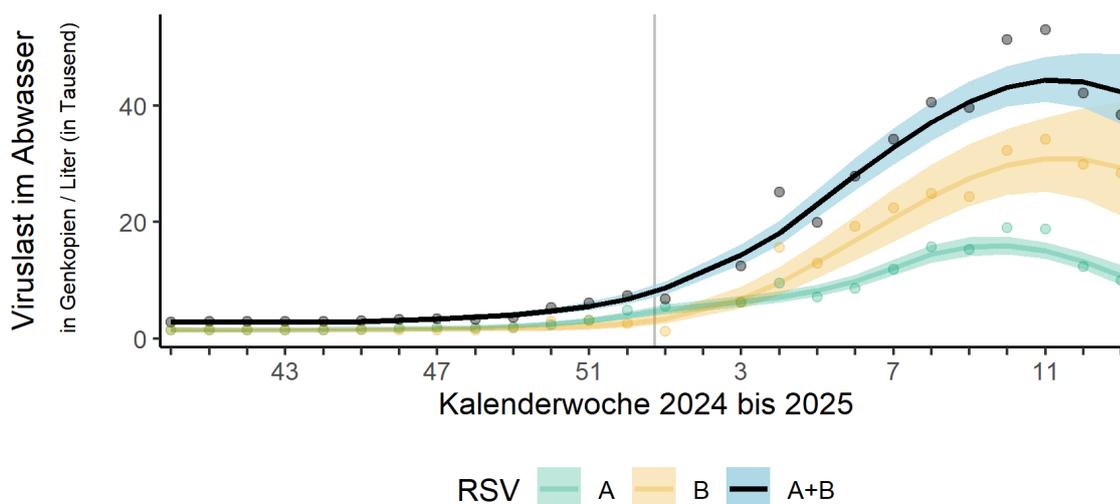
Für die 13. KW wurden Daten aus 69 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser sind seit mehreren Wochen rückläufig (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.



**Abb. 16:** Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 1.4.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.3.2025, 13. 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 13. KW wurden Daten aus 31 Kläranlagen ausgewertet. Es deutet sich ein Rückgang der Viruslast von RSV A und RSV B im Abwasser an (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 1.4.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (26.3.2025, 13. 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:

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 13/2025 | DOI: 10.25646/13084