

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
20. Kalenderwoche (12.5. bis 18.5.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Mit diesem ARE-Wochenbericht endet die ausführliche wöchentliche Berichterstattung in der Saison 2024/25. In der Sommersaison erfolgt die ausführliche Berichterstattung monatlich. Der nächste ARE-Monatsbericht erscheint am 11.6.2025.

Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert. Eine zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage wird weiterhin wöchentlich (mittwochs) unter www.rki.de/are-bericht veröffentlicht. Auch das [ARE-Dashboard](#) wird wöchentlich aktualisiert.

Das ARE-Geschehen wird aktuell hauptsächlich durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt, vereinzelt werden noch Influenzaviren und RSV nachgewiesen. Die Zahl schwer verlaufender ARE liegt seit einigen Wochen auf einem niedrigen Niveau. In der Saison 2024/25 war die ARE-Aktivität in den verschiedenen Sentinel-Systemen bereits im Herbst relativ hoch, wobei bis zum Jahresende hauptsächlich Rhinoviren und SARS-CoV-2 zirkulierten. Ab dem Jahreswechsel schloss sich eine ausgeprägte Influenza-Welle an mit einer besonders hohen Krankheitslast bei Schulkindern. Es zirkulierten überwiegend Influenza B- und A(H1N1)pdm09-Viren.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 20. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 20. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 20. KW 2025 in insgesamt 44 (71 %) der 62 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (50 %) sowie weitere Atemwegsviren des Erregerpanels.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 20. KW 2025 leicht gesunken. Der Anteil der COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Patientinnen und -Patienten lag in der 20. KW bei insgesamt 2 %. RSV- sowie Influenza-Diagnosen sind jeweils bei weniger als 1 % der SARI-Fälle vergeben worden.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden im April 2025 in 42 der 100 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter Rhinoviren (15 %), hMPV (9 %) sowie Influenza A- und B-Viren (8 %).

Im Vergleich zur Vorwoche ist in der 20. Meldewoche (MW) 2025 die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion oder RSV-Infektion gesunken.

Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich mittlerweile wieder auf einem niedrigen Niveau. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befinden sich für RSV A auf einem niedrigen Niveau und sinken weiter für RSV B.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are.
- FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen“: www.rki.de/are-faq-schutz.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) mit einer aktualisierten Risikoeinschätzung des FLI (Stand 7.5.2025): www.rki.de/Zoonotische-influenza.
- Zeitraum der Grippewelle: 51. KW 2024 bis 14. KW 2025 (Dauer: 16 Wochen)
- Zeitraum der RSV-Welle: 3. KW 2025 bis 15. KW 2025 (Dauer: 13 Wochen)

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 20. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen und lag bei rund 5.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.600; Abb. 1). Dabei sind die Werte in den meisten Altersgruppen gestiegen, bei den ab 60-Jährigen sind sie gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,5 Millionen akuten Atemwegserkrankungen.

Die ARE-Aktivität in der Bevölkerung befand sich bereits zu Saisonbeginn 2024/25 (d.h. ab Oktober 2024) auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Ähnlich zu den Vorjahren nahm die ARE-Inzidenz um den Jahreswechsel deutlich ab und stieg seit der 3. KW 2025 wieder sehr rasch an. Der Anstieg war dabei besonders deutlich bei den Klein- und Schulkindern ausgeprägt. In der 5. KW 2025 erreichte die ARE-Inzidenz mit rund 9.300 ARE pro 100.000 Einw. den höchsten Wert in der aktuellen Saison, das entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,9 Millionen akuten Atemwegserkrankungen. In den darauffolgenden Wochen ging die ARE-Inzidenz zurück.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

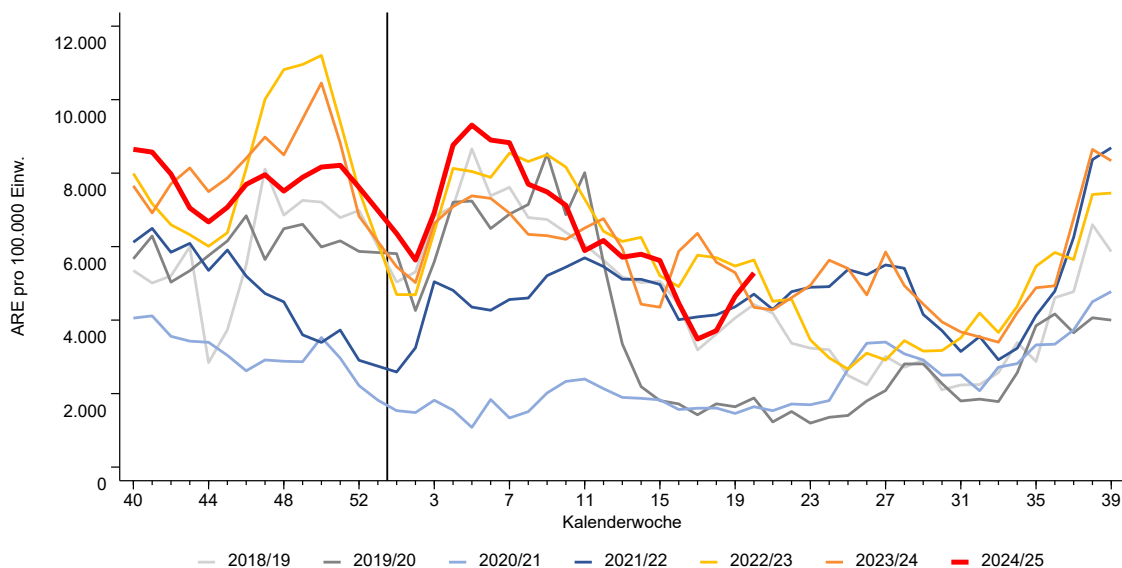


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 20. KW 2025). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 20. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Sie lag bei rund 800 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 800; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 700.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

Ähnlich wie bei den ARE-Inzidenzen auf Bevölkerungsebene (GrippeWeb) startete die Saison 2024/25 auch im ambulanten Bereich auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Nach dem Jahreswechsel stieg die ARE-Konsultationsinzidenz innerhalb der Grippe- und RSV-Welle bis zur 7. KW 2025 auf etwa 2.600 ARE-Arztbesuche pro 100.000 Einw. an und lag damit höher als in vielen Vorsaisons zu dieser Zeit (Abb. 2, nicht alle Saisons abgebildet). Zum Höhepunkt im Februar 2025 gab es in Deutschland bis zu 2,2 Millionen Arztbesuche wegen einer ARE pro Woche. Ab März gingen die Werte wieder deutlich zurück.

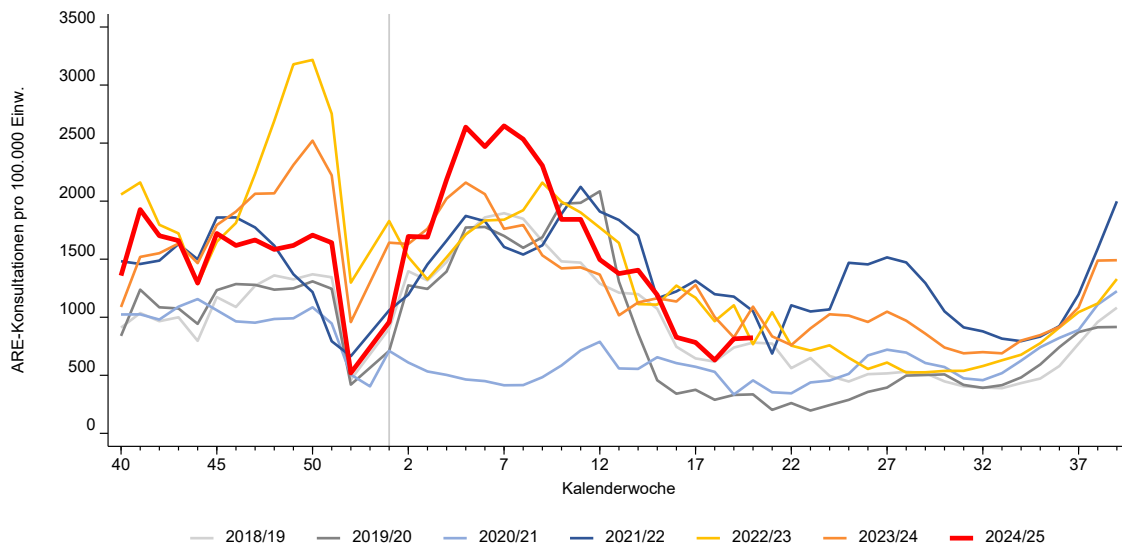


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 20. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 20. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den 5- bis 14-Jährigen gestiegen, bei den ab 60-Jährigen sind sie dagegen gesunken. In den übrigen Altersgruppen blieben die Werte stabil (Abb. 3).

Die ARE-Konsultationen stiegen in der Saison 2024/25 nach dem Jahreswechsel vor allem in den Altersgruppen der Kinder sehr schnell an. Insbesondere bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) gab es während der Grippewelle 2024/25 im Vergleich zu den Vorsaisons eine sehr hohe Zahl an Arztbesuchen wegen ARE.

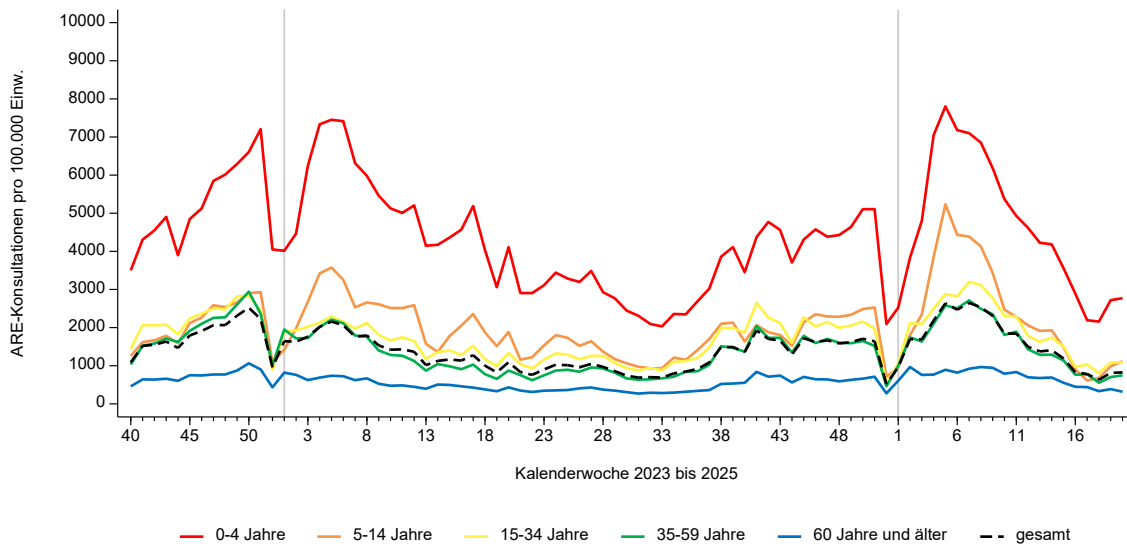


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 20. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Das Robert Koch-Institut (RKI) sucht ständig weitere Sentinelpraxen für die Überwachung akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in Deutschland. Wir bitten interessierte Praxen der Primärversorgung (Haus- und Kinderarztpraxen), über das elektronische SEED^{ARE}-System (Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen) zu melden. Alternativ ist eine Erfassung von aggregierten ARE-Daten auch über eine Online-Erfassungsmaske möglich. Informationen für interessierte Praxen können unter agi@rki.de angefordert werden.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 20. KW 2025 insgesamt 62 Sentinelproben von 27 Arztpraxen aus neun der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 44 (71 %) der 62 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1). Es wurden hauptsächlich Rhinoviren (50 %) nachgewiesen, gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 11 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 6 %), Influenza A- und B-Viren sowie Adenoviren mit jeweils 3 %, Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und humanen Metapneumoviren (hMPV) mit jeweils 2 %. SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren wurden in der 20. KW nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab vier Doppelinfektionen vorrangig bei Kindern, alle mit Beteiligung von Rhinoviren.

In der Wintersaison 2024/25 (40. KW 2024 – 20. KW 2025) konnte bei insgesamt 69 % der ambulant behandelten ARE-Patientinnen und -Patienten die Atemwegsinfektion auf mindestens einen der untersuchten Atemwegsviren zurückgeführt werden.

Zu Beginn der Saison zirkulierten neben Rhinoviren vermehrt SARS-CoV-2 als Ausläufer der SARS-CoV-2-Welle im Sommer 2024. Anschließend stieg die Zahl der Influenzavirusnachweise kontinuierlich an. Seit der 40. KW 2024 wurden Influenzaviren in 29 % der eingesandten Sentinelproben detektiert, darunter ähnlich häufig Influenza B-Viren und Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (50 % bzw. 41 %). Die Grippewelle 2024/25 hielt 16 Wochen an (51. KW 2024 bis 14. KW 2025). Seit der 6. KW 2025 wurden wöchentlich mehr Influenza B- als Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen. 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). Influenza A(H3N2)-Viren wurden deutlich seltener identifiziert. Seit der 17. KW 2025 wurden noch sporadisch Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen (Tab. 1; Abb. 5). Außerhalb der Grippewelle waren Rhinoviren die dominant zirkulierenden Atemwegsviren. Sie wurden in der gesamten Wintersaison in 17 % der eingesandten Sentinelproben nachgewiesen.

Die RSV-Welle 2024/25 begann kurz nach dem Start der Grippewelle und hielt 13 Wochen an (3. KW 2025 bis 15. KW 2025). Seit der 40. KW 2024 wurden RSV in 6 % der Proben nachgewiesen, in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen lag die RSV-Positivenrate bei insgesamt 13 %. Untersuchungen des Konsiliarlabors für RSV, hMPV und PIV zeigen, dass RSV-Infektionen in der Saison 2024/25 vorrangig durch RSV B (60 % bei 0- bis 4-Jährigen) hervorgerufen wurden.

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 20. KW 2025), Stand 20.5.2025.

	17. KW	18. KW	19. KW	20. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	44	55	60	62	5.334
Probenanzahl mit Virusnachweis*	24	20	28	44	3.657
Positivenrate (PR)	55 %	36 %	47 %	71 %	69 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	13
A(H3N2)	0	0	0	0	156
A(H1N1)pdm09	1	0	2	2	638
B	0	0	0	0	771
SARS-CoV-2	0	0	1	0	248
RSV	1	1	2	1	303
hMPV	6	5	4	1	345
PIV (1 – 4)	3	1	2	7	209
Rhinoviren	12	6	14	31	898
hCoV	2	4	4	4	396
Adenoviren	1	4	3	2	236
Influenza C-Viren**	0	1	0	0	5

* 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.

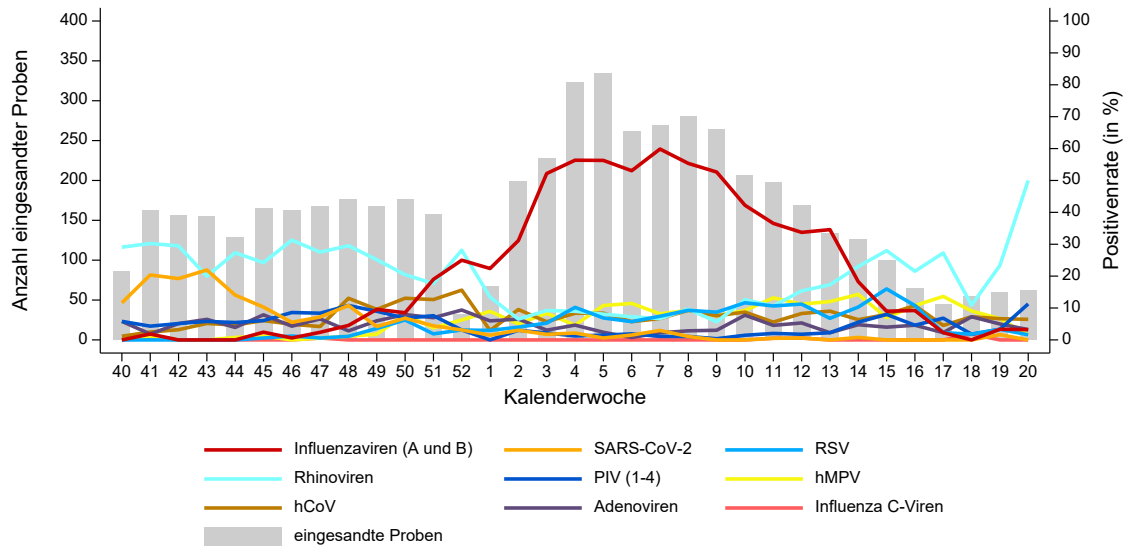


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 20. KW 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>.

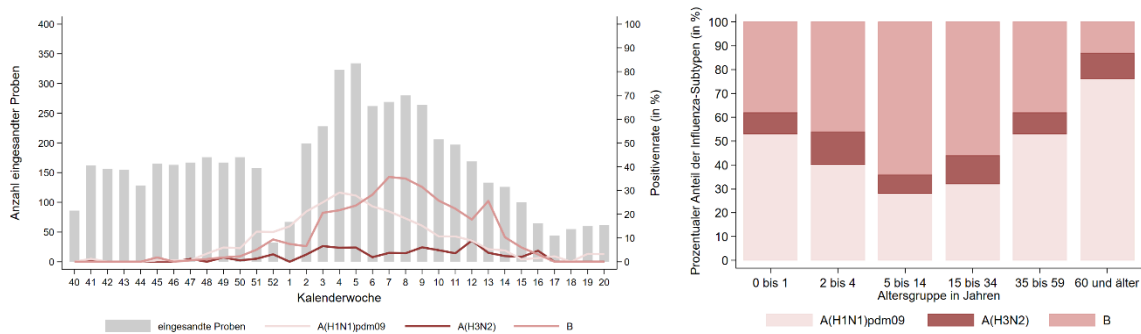


Abb. 5: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 20. KW 2025. Rechts: prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns von der 40. KW 2024 bis zur 20. KW 2025 detektiert wurden.

Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinelns ($n = 970$), des SARI-Krankenhaus-Sentinelns ($n = 92$) sowie aus Proben von anderen Einsendungen ($n = 45$) wurden 1.107 Influenzaviren der Saison 2024/25 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehören 460 zum Subtyp A(H1N1)pdm09, 105 zum Subtyp A(H3N2) und 542 Viren zur B/Victoria-Linie. Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurden die Viren zu Referenzviren und entsprechenden Kladen und Subkladen zugeordnet: 413 der 460 sequenzierten A(H1N1)pdm09-Viren gehören zur Klade 5a.2a und der Subklade C.1.9. Weitere 47 A(H1N1)pdm09-Viren finden sich in der Klade 5a.2a.1 und der Subklade D. Von den 542 sequenzierten Influenzaviren der B/Victoria-Linie gehören alle zur Klade V1A.3a.2. Diese verteilen sich auf folgenden Subkladen: C ($n = 1$), C.5 ($n = 1$), C.5.1 ($n = 308$), C.5.6 ($n = 160$) und C.5.7 ($n = 72$). Alle 105 sequenzierten A(H3N2)-Viren stammen aus der Klade 2a.3a.1, diese verteilen sich wie folgt: Subklade J.1 ($n = 2$), J.2 ($n = 69$), J.2.1 ($n = 1$) und J.2.2 ($n = 33$).

Die antigenen Analysen der isolierten Viren zeigen, dass Antisera 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.

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.

Charakterisierung von RSV

In der Saison 2024/25 wurden bislang 208 RSV aus Proben des ARE-Praxis-Sentinels ($n = 145$) sowie des SARI-Krankenhaus-Sentinels ($n = 63$) sequenziert und auf Basis der Vollgenomsequenzen mit Nextclade genetisch analysiert. Davon gehören 83 Viren zur RSV-Gruppe A, die sich vorrangig in den Lineages A.D.1 (33 %) und A.D.3 (20 %) einordnen. RSV-Gruppe B-Viren ($n = 125$) gehören vorrangig den Lineages B.D.E.1 (58 %) und B.D.4.1.1 (24 %) an.

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

Aufgrund der aktuell geringen Anzahl an SARS-CoV-2-Nachweisen wird an dieser Stelle bis auf Weiteres im monatlichen Rhythmus über die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland berichtet. Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden sind weiterhin im Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

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 20. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag somit etwas unter den Vorjahreswerten zu dieser Zeit (Abb. 6).

Anders als bei den ARE-Inzidenzen auf Bevölkerungsebene (GrippeWeb) und im ambulanten Bereich (ARE-Praxis-Sentinel) startete die Saison 2024/25 im stationären Bereich auf einem niedrigen Niveau, vergleichbar mit den Werten der beiden Vorsaisons zu dieser Zeit. Nach dem Jahreswechsel kam es zu einem deutlichen Anstieg der SARI-Inzidenz auf ein sehr hohes Niveau. In der 8. KW 2025 erreichte die SARI-Inzidenz mit rund 35 SARI pro 100.000 Einw. den höchsten Wert in der aktuellen Saison, das entspricht einer Gesamtzahl von etwa 29.000 Hospitalisierungen wegen schwerer akuter Atemwegserkrankungen. Ab der 10. KW 2025 kam es zu einem kontinuierlichen Rückgang der SARI-Fallzahlen. Seit der 14. KW 2025 befindet sich die SARI-Inzidenz auf einem niedrigen Niveau.

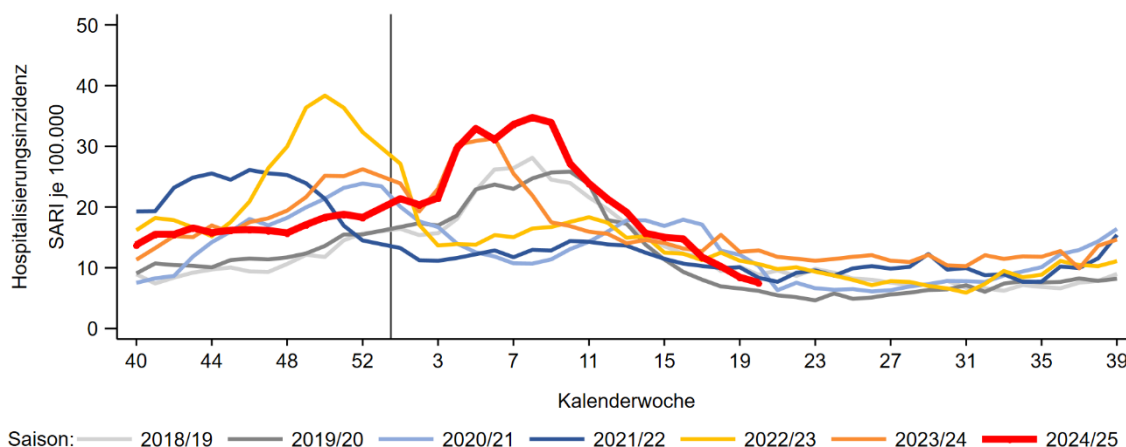


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 20. KW 2025). Daten aus 66 Sentinel-kliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz blieb in der 20. KW 2025 in den meisten Altersgruppen stabil, nur bei den ab 80-jährigen gingen die SARI-Fallzahlen weiter zurück (Abb. 7). In allen Altersgruppen lag die SARI-Inzidenz in der 20. KW 2025 auf einem niedrigen Niveau.

Im Vergleich zu den bisherigen Vorsaisons der letzten zehn Jahre waren in der Saison 2024/25 die Schulkinder außergewöhnlich häufig von einer SARI betroffenen. Dagegen mussten die Kleinkinder im Vergleich zu den Vorjahren seltener aufgrund einer SARI hospitalisiert werden.

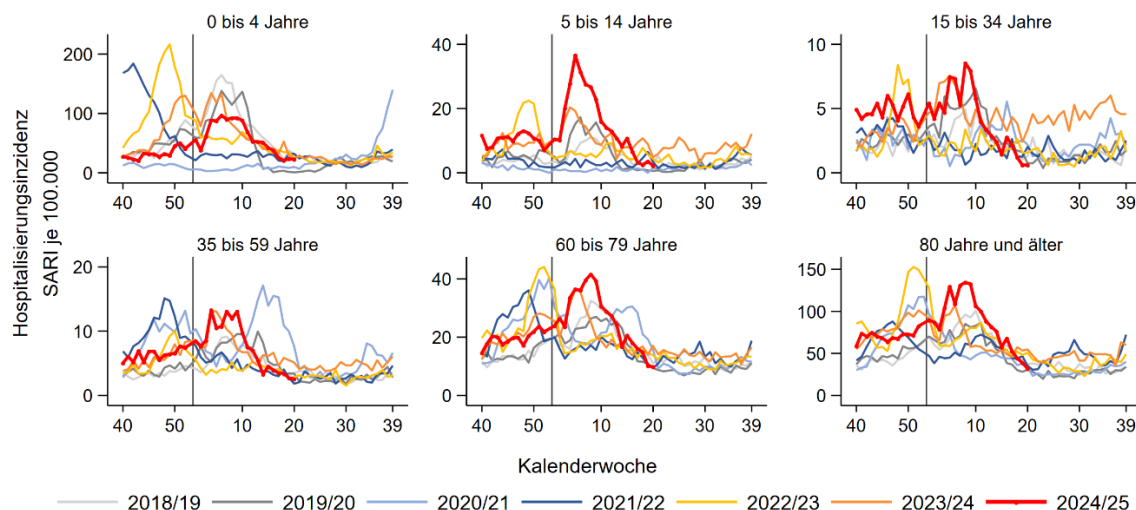


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 20. KW 2025). Daten aus 66 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In der 20. KW 2024 erhielten 2 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose. Der Anteil der SARI-Fälle mit RSV- bzw. Influenza-Diagnose lag in der 20. KW 2025 jeweils bei unter 1 % (Abb. 8).

Im Sommer 2024 und im darauffolgenden Herbst wurden unter SARI häufig COVID-19-Erkrankungen diagnostiziert. Nach dem Jahreswechsel erhielten SARI-Fälle überwiegend Influenza-Diagnosen und nur noch selten COVID-19-Diagnosen. Im Vergleich zur Vorsaison wurden RSV-Diagnosen etwas weniger häufig bei SARI-Fällen vergeben.

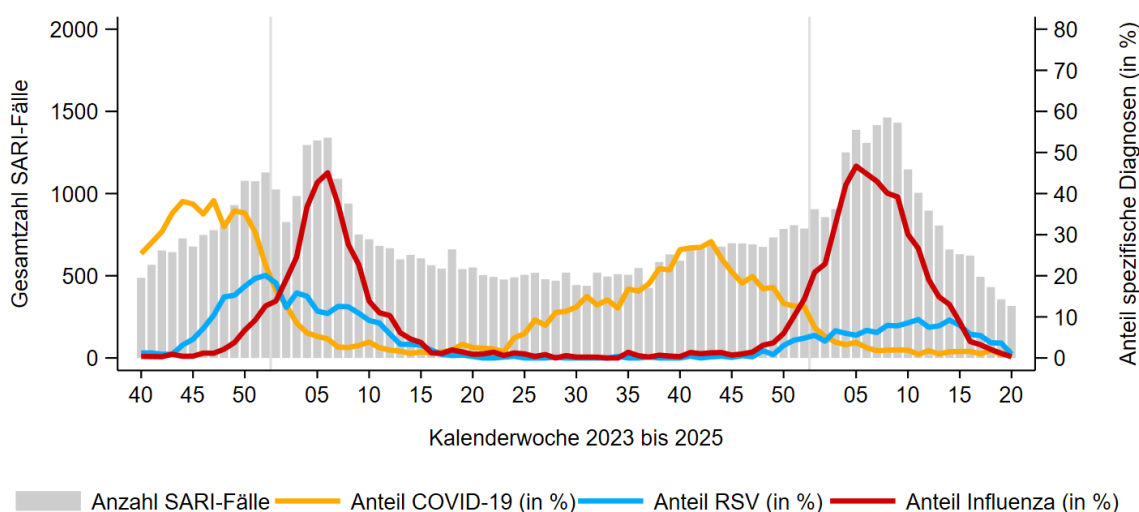


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 20. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 66 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

Einzelne RSV-Erkrankungen wurden in der 20. KW 2025 bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) und Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) diagnostiziert. COVID-19-Diagnosen sind nur sporadisch bei SARI-Patientinnen und -Patienten im Alter von 0 bis 1 Jahr sowie ab einem Alter von 35 Jahren vergeben worden. Influenza-Erkrankungen wurden in der 20. KW 2025 noch vereinzelt in der Altersgruppe der ab 80-jährigen diagnostiziert (Abb. 9).

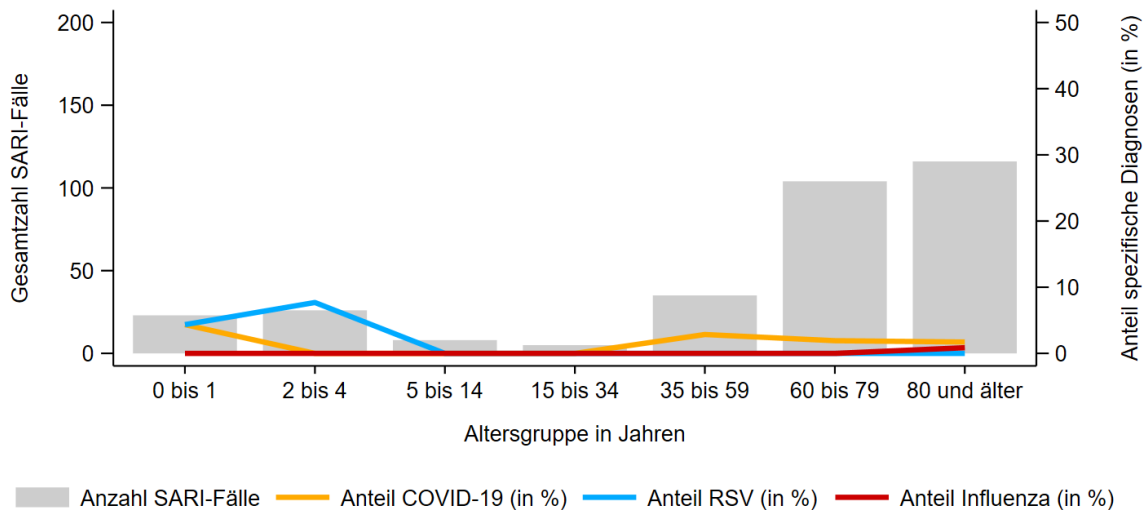


Abb. 9: Anzahl der in der 20. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer 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 20. KW 2025 wurde bei keinem der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine COVID-19-, RSV- oder Influenza-Erkrankung diagnostiziert (Abb. 10).

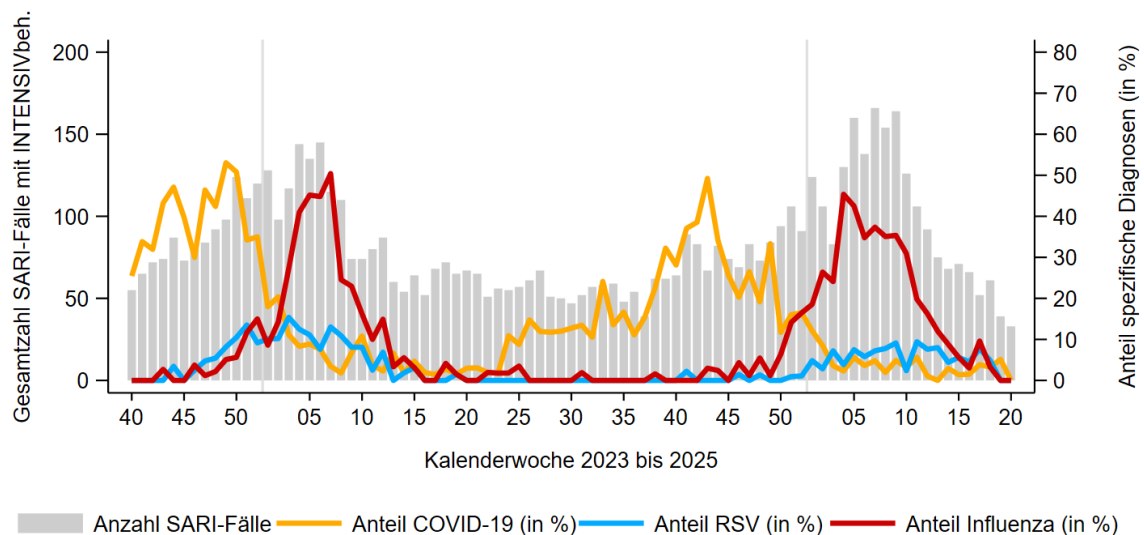


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 20. 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. Da aktuell nur wenige Proben eingehen, erfolgt die Berichterstattung bis auf Weiteres monatlich.

Dem NRZ wurden im April 2025 aus zehn der 15 teilnehmenden Kliniken 100 Sentinelproben zugesandt. In 42 (42 %) der 100 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Im April 2025 wurden Rhinoviren (15 %), hMPV (9 %), Influenza A- und B-Viren (8 %), hCoV (6 %), RSV (4 %), PIV (3 %) und SARS-CoV-2 (1 %) detektiert (Abb. 11). Adenoviren und Influenza C-Viren wurden nicht nachgewiesen. Es gab vier Doppelinfektionen unter Beteiligung von hMPV in Kombination mit weiteren Viren des Erregerspektrums, hauptsächlich bei Kindern von 0 bis 1 Jahren.

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 30.04.2025), Stand 20.5.2025.

		Januar	Februar	März	April	Gesamt ab Oktober 2024
Anzahl eingesandter Proben		279	236	211	100	1.423
Probenanzahl mit Virusnachweis*		166	156	119	42	739
	Positivenrate (PR)	60 %	66 %	56 %	42 %	52 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	2	1	0	0	4
	A(H3N2)	6	5	5	1	20
	A(H1N1)pdm09	52	39	18	5	131
	B	13	28	10	2	55
SARS-CoV-2		11	4	2	1	103
RSV		37	40	23	4	116
hMPV		19	17	23	9	73
PIV (1 – 4)		2	2	2	3	35
Rhinoviren		26	24	24	15	188
hCoV		16	7	15	6	60
Adenoviren		9	7	10	0	43
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

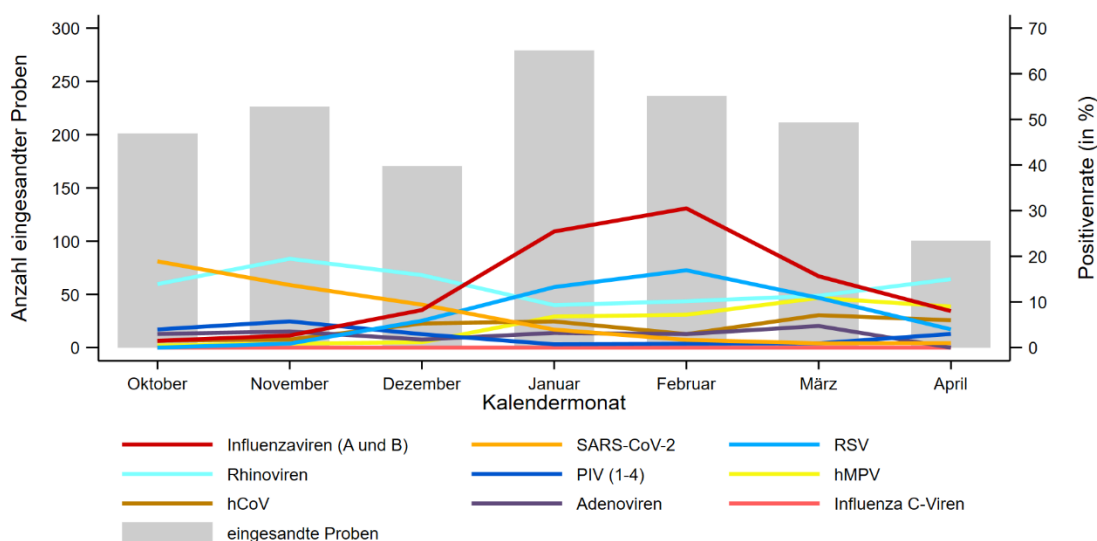


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2024 bis April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

Zu Saisonbeginn im Oktober 2024 wurden vermehrt SARS-CoV-2 nachgewiesen, gefolgt von einem stetigen Rückgang. Rhinoviren wurden über den gesamten Zeitraum identifiziert. Im Januar und Februar 2024 wurden hauptsächlich RSV und Influenzaviren nachgewiesen, seit März werden sie deutlich seltener detektiert.

Seit Saisonbeginn in der 40. KW 2024 wurden Influenzaviren in 14 % der Sentinelproben aus dem stationären Bereich nachgewiesen, darunter hauptsächlich Influenza A(H1N1)pdm09-Viren (63 %), 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 (50 % Influenza B-Viren seit der 40. KW). Influenza A(H3N2)-Viren wurden bisher selten identifiziert (Tab. 2, Abb. 12). 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. 12, rechts).

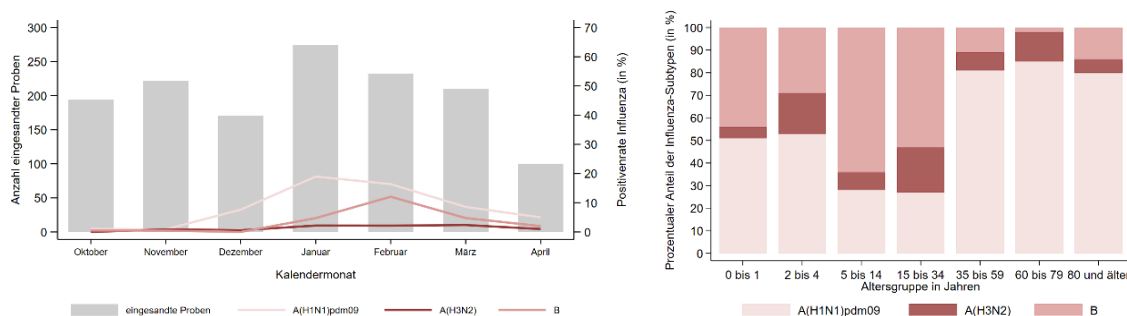


Abb. 12: Links: Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivensrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der SARI-Sentinel-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2024 bis April 2025. Rechts: prozentuale Verteilung der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren an allen Influenzavirusnachweisen pro Altersgruppe, die im Rahmen der SARI-Sentinel-Surveillance von Oktober 2024 bis April 2025 detektiert wurden.

Im April 2025 wurden Rhinoviren in allen Altersgruppen nachgewiesen, besonders häufig jedoch in den jüngeren Altersgruppen bis 14 Jahre. Influenza A- und B-Viren wurden in den Altersgruppen der 0- bis 1-jährigen, der 5- bis 14-jährigen und ab 60 Jahren identifiziert. Auch RSV wurden bei den 0- bis 1-jährigen und bei den ab 80-jährigen nachgewiesen, sowie bei den 15- bis 34-jährigen. Bei den 0- bis 1-jährigen und in den Altersgruppen ab 35 Jahren wurden hMPV nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurden vereinzelt bei Erwachsenen ab 80 Jahren detektiert. Zudem wurden in den meisten Altersgruppen sporadisch weitere Viren des Erregerpanels nachgewiesen (Abb. 13).

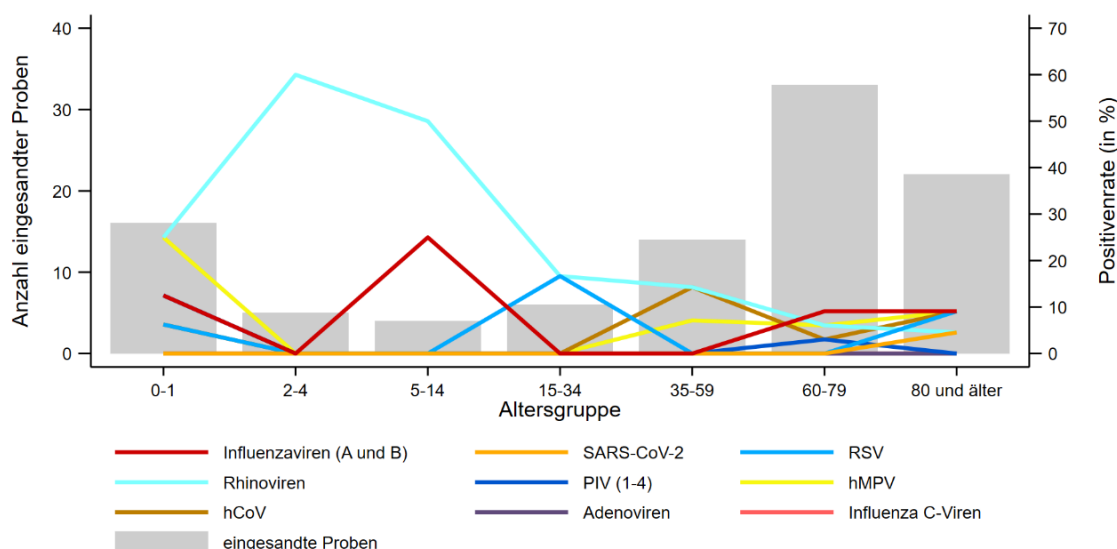


Abb. 13: Anteil (Positivensraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) im April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

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 20. MW 2025 wurden bislang insgesamt 291 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 291 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 20. MW im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Bei 66 (23 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 20.5.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 393.444 Fälle übermittelt. Davon entfallen 391.720 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 68.953 (18 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 1.954 labordiagnostisch bestätigte Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

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

	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	20. MW	Gesamt ab 40. MW
Influenza A (nicht subtypisiert)	1.988	1.194	636	274	259	216	228.406
A(H1N1)pdm09	24	15	16	2	4	7	4.280
A(H3N2)	15	11	7	2	0	1	513
nicht nach A / B	68	60	38	12	6	2	7.363
B	1.188	529	253	138	135	65	151.158
Gesamt	3.283	1.809	950	428	404	291	391.720
Hospitalisierte Fälle	710	448	270	115	75	66	68.953

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

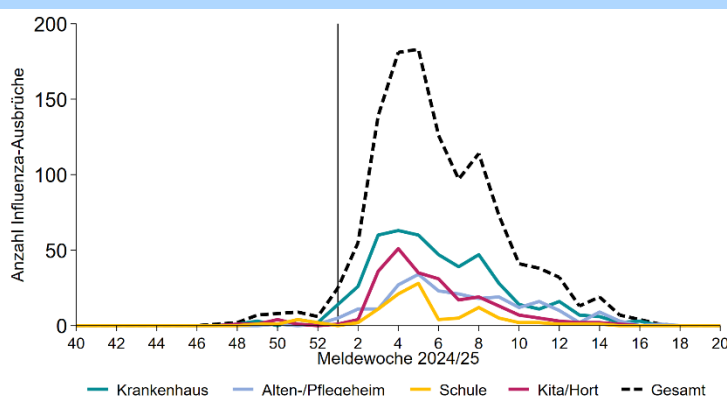
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 1.181 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Seit der 18. MW 2025 wurde kein Ausbruch mehr übermittelt (Tab. 4).¹

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

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	1.181
Krankenhaus	453
Alten- und Pflegeheime	224
Schule	103
Kita/Hort	234
sonstige Settings*	167
Anzahl Ausbruchsfälle	15.445
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,1

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



COVID-19

Für die 20. MW 2025 wurden bislang 469 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 469 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche relativ stabil geblieben. Bei

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

160 (34 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 20.5.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 140.767 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 140.767 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 52.891 (38 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.629 labordiagnostisch bestätigte Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

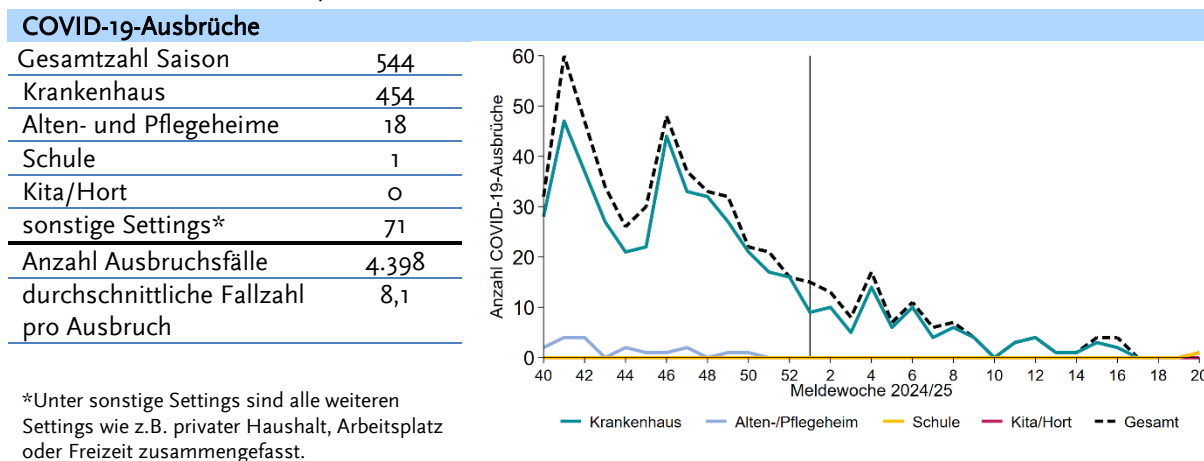
Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	20. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	676	532	494	426	453	469	140.767
Hospitalisierte Fälle	233	189	184	150	146	160	52.891

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 544 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurde ein Ausbruch in der 20. 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.



RSV-Infektionen

Für die 20. MW 2025 wurden bislang insgesamt 501 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 491 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken. Bei 127 (26 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 20.5.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 67.869 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 66.959 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.686 (26 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 356 labordiagnostisch bestätigte Todesfälle mit RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 92 % 60 Jahre oder älter.

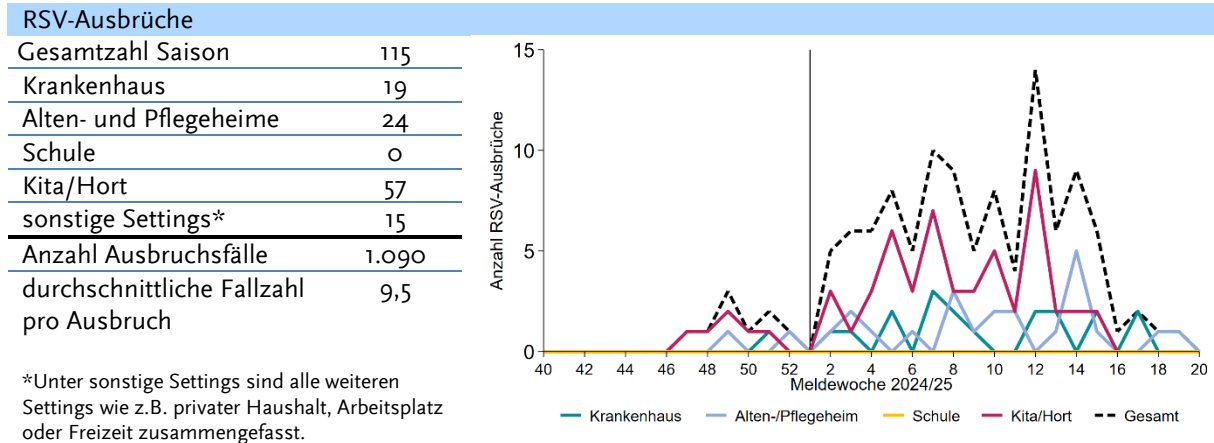
Tab. 7: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	15. MW	16. MW	17. MW	18. MW	19. MW	20. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	2.863	1.900	1.433	858	733	491	66.959
Hospitalisierte Fälle	857	589	537	287	222	127	17.686

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 115 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 20. MW 2025 wurde kein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 20. KW wurden Daten aus 71 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser befindet sich auf einem niedrigen Niveau (Abb. 14). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

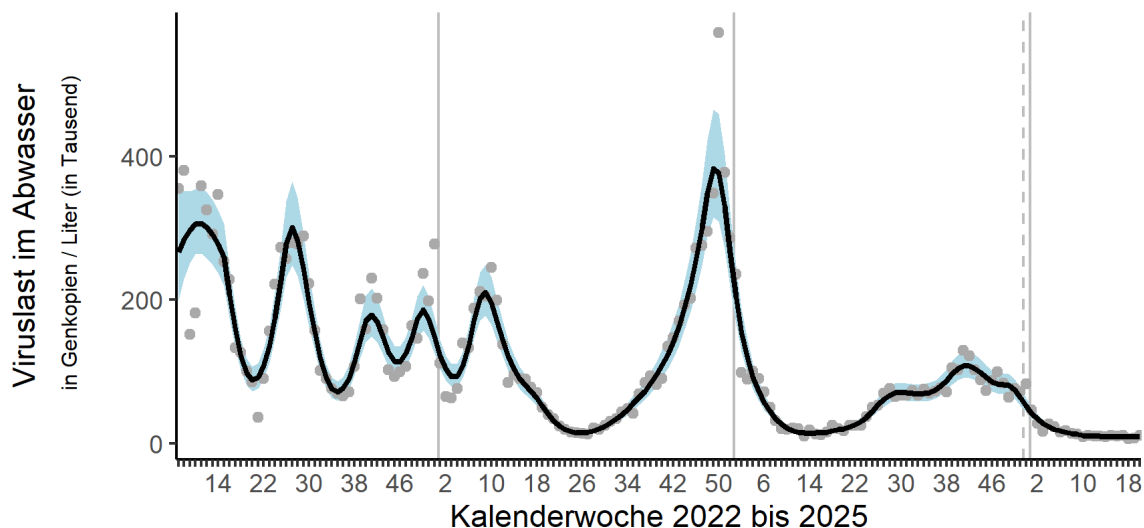


Abb. 14: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.5.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.5.2025, 20. KW). Gezeigt 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 einhergeht, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

Influenzaviren

Für die 20. KW wurden Daten aus 73 Kläranlagen ausgewertet. Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich für Influenza A und B mittlerweile wieder auf einem niedrigen Niveau (Abb. 15). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

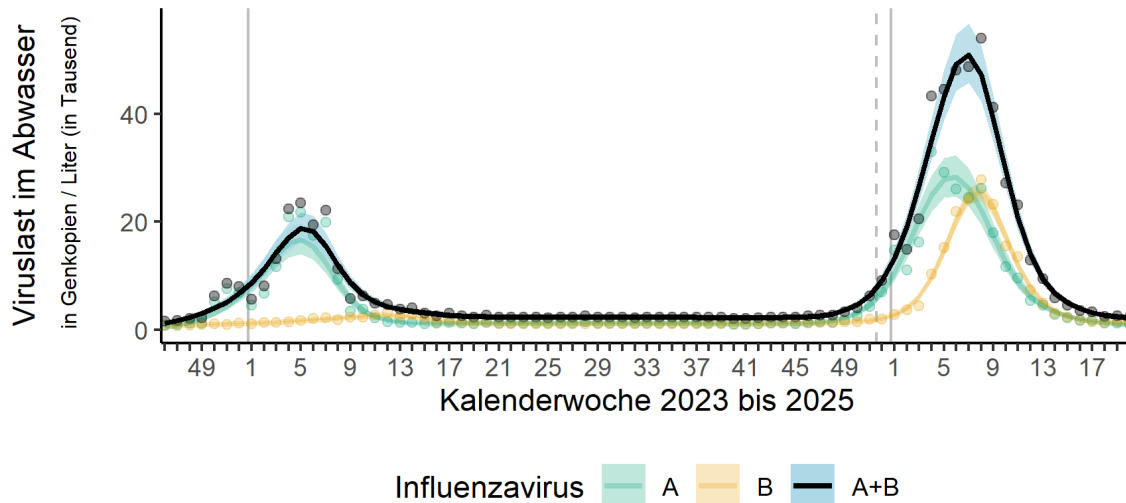


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.5.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.5.2025, 20. 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 20. KW wurden Daten aus 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befinden sich für RSV A auf einem niedrigen Niveau und sinken weiter für RSV B (Abb. 16). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

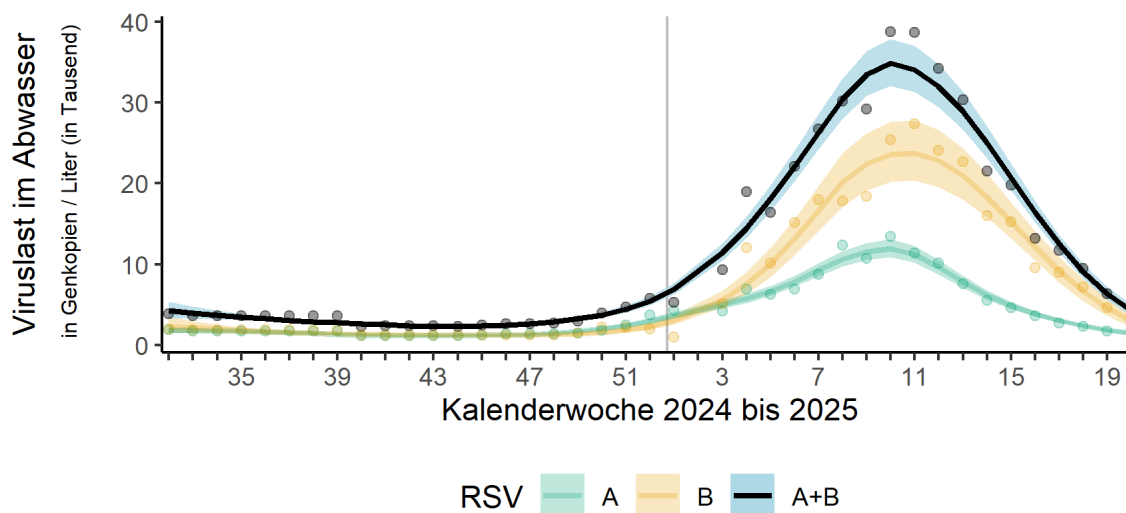


Abb. 16: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 20.5.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (14.5.2025, 20. 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. 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-Wochenbericht KW 20/2025 | DOI: 10.25646/13168