

ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
21. bis 23. Kalenderwoche (19.5. bis 8.6.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Berichterstattung erfolgt bis zur 39. KW monatlich, der nächste ARE-Monatsbericht erscheint am 9.7.2025 (KW 28). Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert und zusammengefasst auf www.rki.de/are-bericht veröffentlicht, zudem sind wöchentlich aktualisierte Daten und Analysen aus verschiedenen Systemen, wie z.B. das ARE-Dashboard, [verfügbar](#).

Das ARE-Geschehen wird aktuell hauptsächlich durch Erkältungsviren wie Rhinoviren bestimmt. In einigen Systemen deutet sich ein leichter Anstieg der SARS-CoV-2-Aktivität an, diese bleibt jedoch auf einem niedrigen Niveau. Auch die Zahl schwerer Atemwegserkrankungen bleibt weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist von der 21. bis zur 23. KW 2025 insgesamt gesunken.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE von der 21. bis zur 23. KW 2025 insgesamt stabil geblieben.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 21. bis zur 23. KW 2025 in insgesamt 77 (59 %) der 131 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (35 %) sowie weitere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) im Zeitraum von der 21. bis zur 23. KW 2025 auf einem niedrigen, für die Sommerzeit üblichen Niveau. Der Anteil an COVID-19-, RSV- und Influenza-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten blieb in der 21. bis zur 23. KW 2025 auf einem niedrigen Niveau. In der 23. KW 2025 lag der Anteil der SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose bei 1 %, RSV- bzw. Influenzaerkrankungen wurden jeweils bei weniger als 1 % diagnostiziert.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden im Mai 2025 in 39 der 127 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (18 %).

Von der 21. bis zur 23. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion oder RSV-Infektion gesunken, die Zahl der übermittelten COVID-19-Fälle ist im Berichtszeitraum leicht gestiegen.

Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich auf einem niedrigen Niveau. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befinden sich ebenfalls auf einem niedrigen Niveau. Die Werte der SARS-CoV-2-Last im Abwasser zeigen eine leicht steigende Tendenz.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are.
- Das Risiko einer Atemwegsinfektion kann (unabhängig vom Impfstatus) durch die bekannten Verhaltensweisen reduziert werden: 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) (Stand 14.5.2025): 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 von der 21. bis zur 23. KW 2025 insgesamt gesunken und lag in der 23. KW bei rund 4.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 5.100; Abb. 1) und damit im oberen Wertebereich der Vorjahre. Im Berichtszeitraum sind die Werte sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,6 Millionen akuten Atemwegserkrankungen.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden stieg in den letzten Wochen auf niedrigem Niveau leicht an und lag in der 23. KW bei rund 100 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

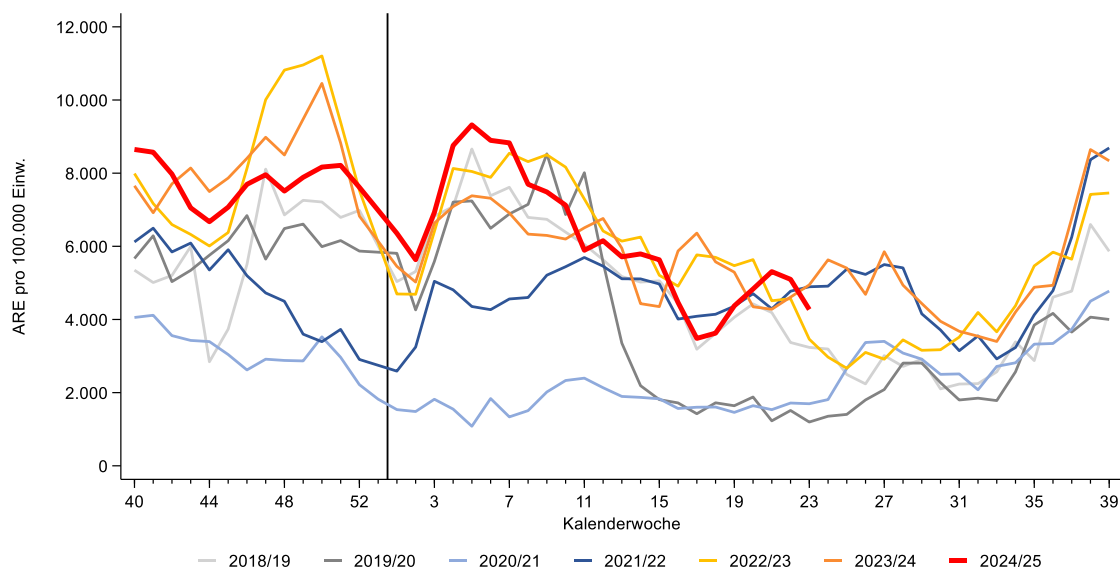


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 23. KW 2025). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist im Zeitraum von der 21. bis zur 23. KW 2025 trotz einer Schwankung in der 22. KW insgesamt stabil geblieben. Der Wert lag in der 23. KW bei rund 800 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 700.000 Arztbesuchen wegen akuten Atemwegserkrankungen.

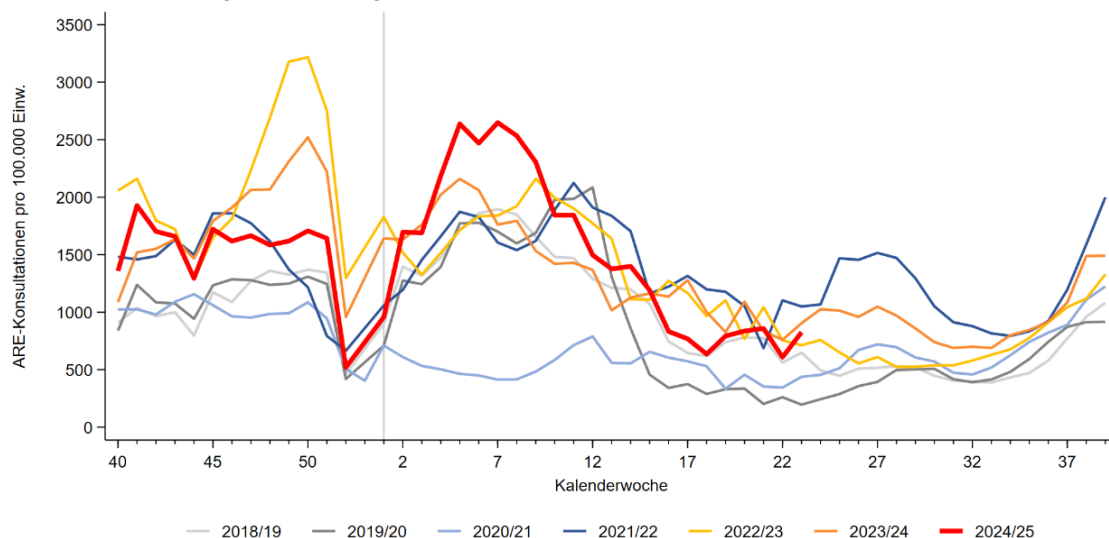


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 23. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Nach einem Rückgang der ARE-Konsultationen in der 22. KW 2025 sind die Werte in der 23. KW in allen Altersgruppen wieder gestiegen (Abb. 3).

Aufgrund des Feier- bzw. Brückentags (Christi Himmelfahrt am 29.5.) kam es in der 22. KW vermutlich zu einem geänderten Konsultationsverhalten.

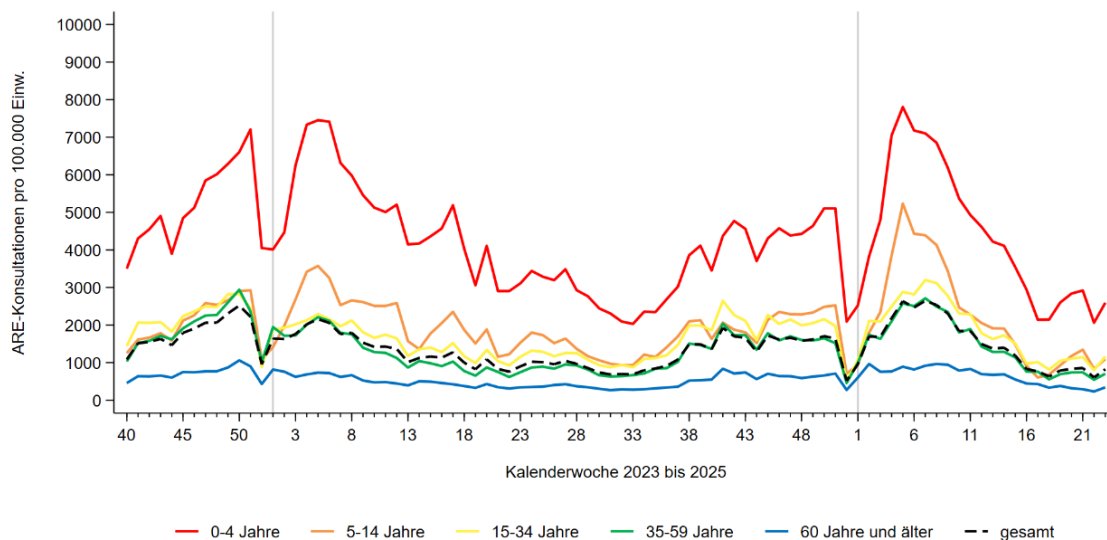


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 23. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 21. bis zur 23. KW 2025 insgesamt 131 Sentinelproben von 38 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Es wurden von der 21. bis zur 23. KW 2025 in insgesamt 77 (59 %) der 131 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1), darunter hauptsächlich Rhinoviren (35 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 15 %), Adenoviren (8 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), humanen Metapneumoviren (hMPV), Respiratorischen Synzytialviren (RSV) und Influenza A- oder B-Viren mit jeweils 2 % sowie SARS-CoV-2 und Influenza C-Viren mit jeweils 1 % (Tab. 1 und Abb. 4). Es gab im Berichtszeitraum zehn Mehrfachinfektionen vorrangig bei Kindern, hauptsächlich mit Beteiligung von Rhinoviren.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zur 23. KW 2025), Stand 10.6.2025.

	20. KW	21. KW	22. KW	23. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	69	64	32	35	5.472
Probenanzahl mit Virusnachweis*	48	34	20	23	3.738
Positivenrate (PR)	70 %	53 %	63 %	66 %	68 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	13
A(H3N2)	0	0	0	0	156
A(H1N1)pdm09	2	1	2	0	641
B	0	0	0	0	771
SARS-CoV-2	1	0	1	0	250
RSV	1	1	0	1	305
hMPV	1	0	1	1	347
PIV (1 – 4)	8	9	6	5	230
Rhinoviren	33	22	10	14	946
hCoV	4	0	0	2	398
Adenoviren	2	6	2	3	247
Influenza C-Viren**	0	1	0	0	6

* 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.

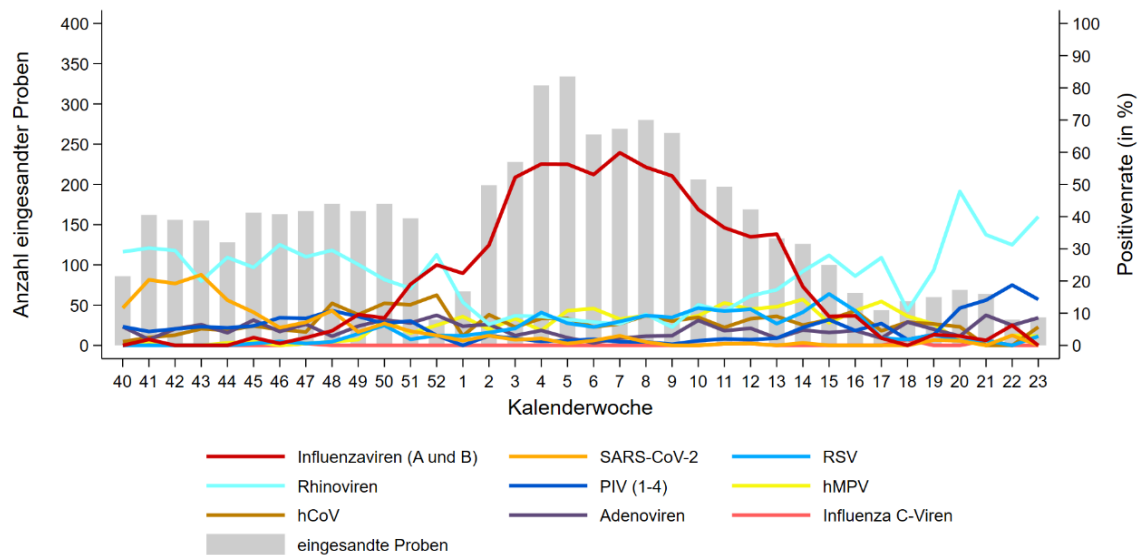


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 23. KW 2025.

Von der 21. bis 23. KW 2025 dominierten Rhinoviren in fast allen Altersgruppen, mit Ausnahme der Altersgruppe der ab 60-Jährigen, in der PIV am häufigsten nachgewiesen wurde. Bei den Säuglingen und Kleinkindern (0- bis 4-Jährige) wurden neben Rhinoviren häufig auch PIV und Adenoviren detektiert, vereinzelt auch RSV. Influenzaviren wurden in der Altersgruppe ab 35 Jahren nachgewiesen (Abb. 5).

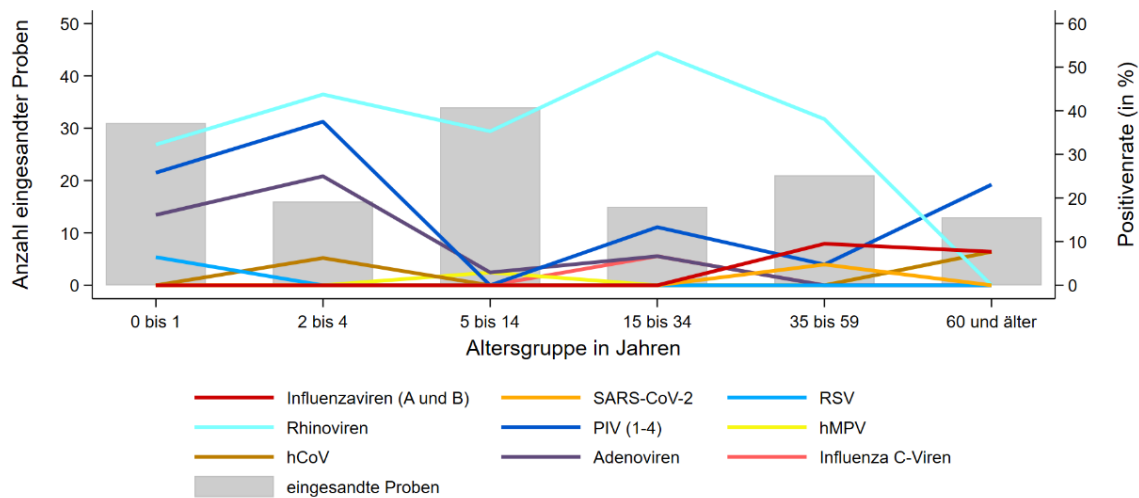


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 21. bis 23. KW 2025.

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

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

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

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

Aufgrund der monatlichen Berichterstattung sind hier die SARS-CoV-2-Variantenanteile für einen Zeitraum von vier Kalenderwochen zusammengefasst.

Für die 18. bis 21. KW 2025 stehen, aufgrund des weiterhin niedrigen Infektionsgeschehens, aktuell 53 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zu Verfügung (Stand 10.6.2025). In diesem Zeitraum wurde die rekombinante Linie XEC (inklusive ihrer Sublinien), die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) sowie die Linie LP.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) jeweils mit einem Anteil von 21 % unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen (14.-17. KW 2025: XEC mit 34 %, NB.1.8.1 mit 6 % und LP.8.1 mit 12 %). Der Anteil der übergeordneten SARS-CoV-2 Linie JN.1 (ausgenommen Sublinien, die von der WHO separat als Variante unter Beobachtung eingestuft wurden) lag bei 17 % (14.-17. KW: 11 %). Die kürzlich von der WHO separat als VUM eingestufte SARS-CoV-2 Linie NB.1.8.1 (auch „Nimbus“ genannt), welche zunehmend weltweit nachgewiesen wird, wurde in Deutschland in der 13. KW 2025 erstmalig detektiert. Die WHO¹ stuft in ihrer aktuellen Bewertung das von der Linie NB.1.8.1 ausgehende Risiko für die öffentliche Gesundheit als gering ein.

In der 18. KW 2025 wurde zudem erstmalig die SARS-CoV-2-Linie BA.3.2 in der Stichprobe nachgewiesen. Im Vergleich zur übergeordneten Variante BA.3 sowie zu den derzeit in Deutschland vorherrschenden SARS-CoV-2-Linien verfügt BA.3.2 über zahlreiche Aminosäureaustausche und mehrere Aminosäuredeletionen.

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) liegt die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) seit der 18. KW 2025 auf einem für die Sommermonate üblichen niedrigen Niveau. Sie war in der 23. KW 2025 noch einmal gesunken (Abb. 6).

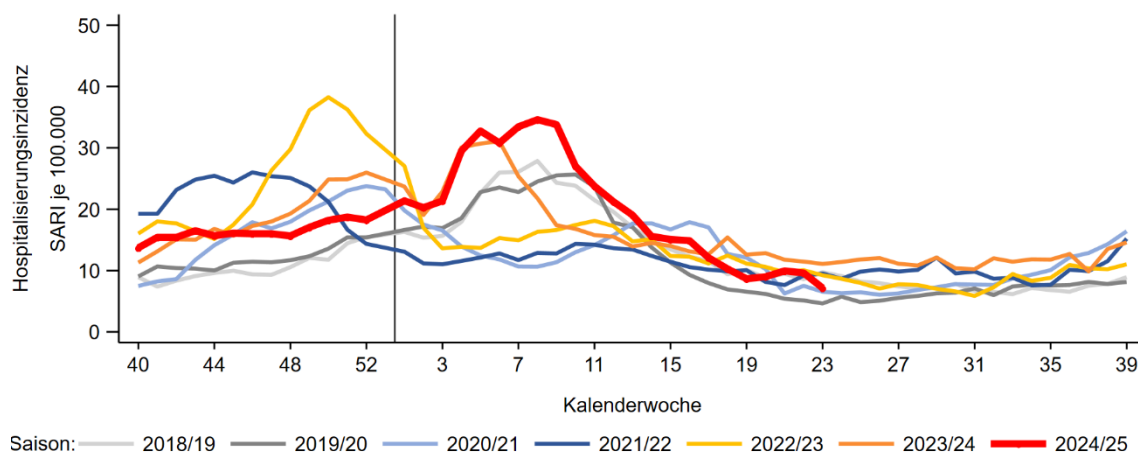


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 23. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz blieb im Zeitraum zwischen der 21. und 23. KW 2025 in allen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

¹ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf?sfvrsn=7b14df58_5

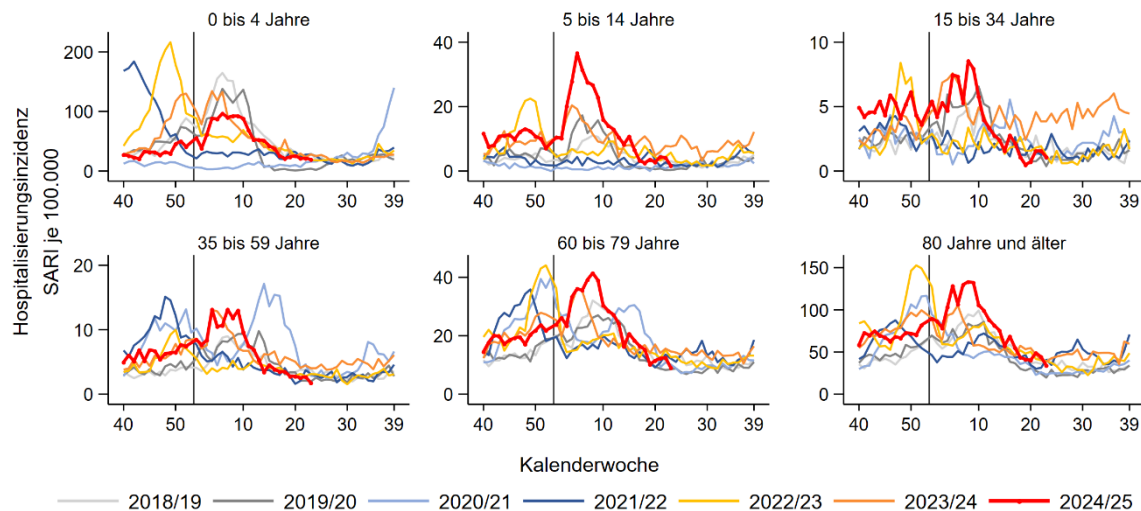


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 23. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Im Zeitraum von der 21. bis zur 23. KW 2025 blieb der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen auf einem niedrigen Niveau und lag in der 23. KW bei 1 %. Der Anteil der SARI-Fälle mit RSV- bzw. mit Influenza-Diagnose blieb ebenfalls niedrig und lag in der 23. KW 2025 unter 1 % (Abb. 8).

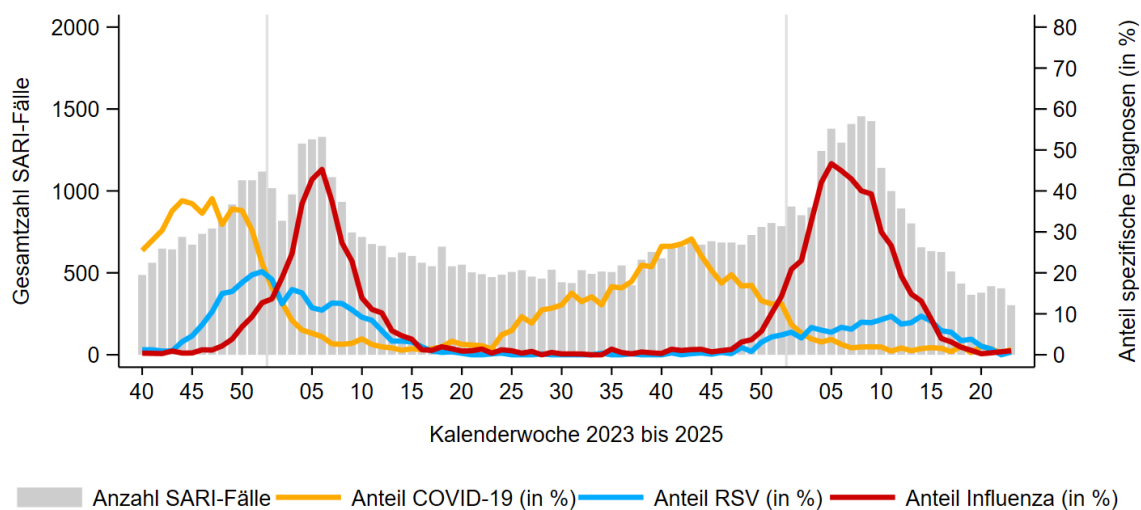


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 23. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

COVID-19-Diagnosen wurden in der 21. bis zur 23. KW 2025 sporadisch bei SARI-Patientinnen und -Patienten fast aller Altersgruppen vergeben (Abb. 9). RSV-Erkrankungen wurden noch vereinzelt bei den Säuglingen (0 bis 1 Jahr) sowie in den Altersgruppen ab 35 Jahren diagnostiziert. Einzelne Influenza-Erkrankungen wurden im Zeitraum zwischen der 21. und 23. KW 2025 nur bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) und bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren diagnostiziert.

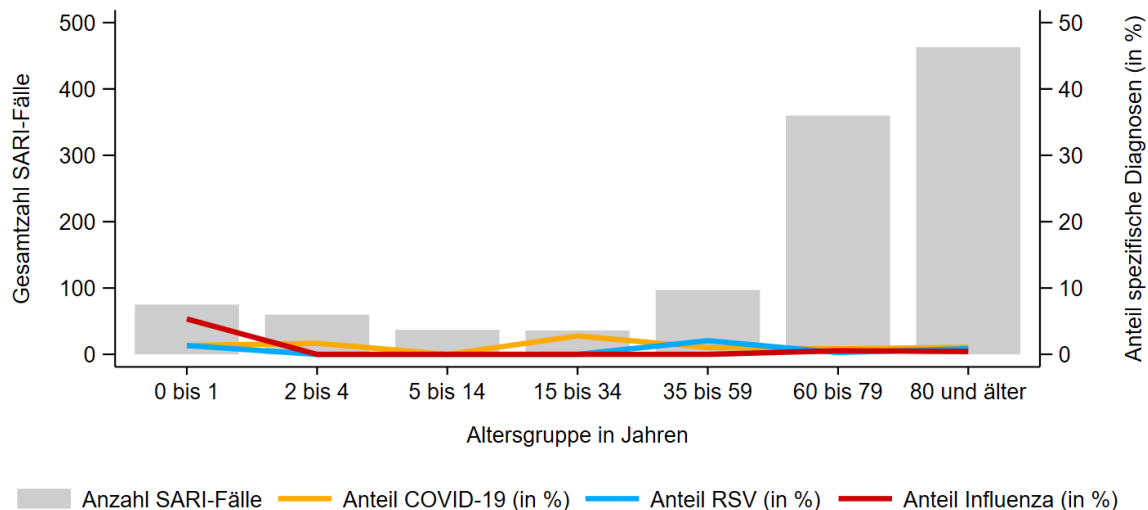


Abb. 9: Anzahl der in der 21. bis 23. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) 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 21. bis zur 23. KW 2025 war der Anteil einer vergebenen COVID-19-, RSV- bzw. Influenza-Diagnose sehr niedrig (Abb. 10). In der 23. KW 2025 wurden bei 3 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine RSV-Erkrankung diagnostiziert. COVID-19- bzw. Influenza-Diagnosen wurden in der 23. KW 2025 nicht vergeben.

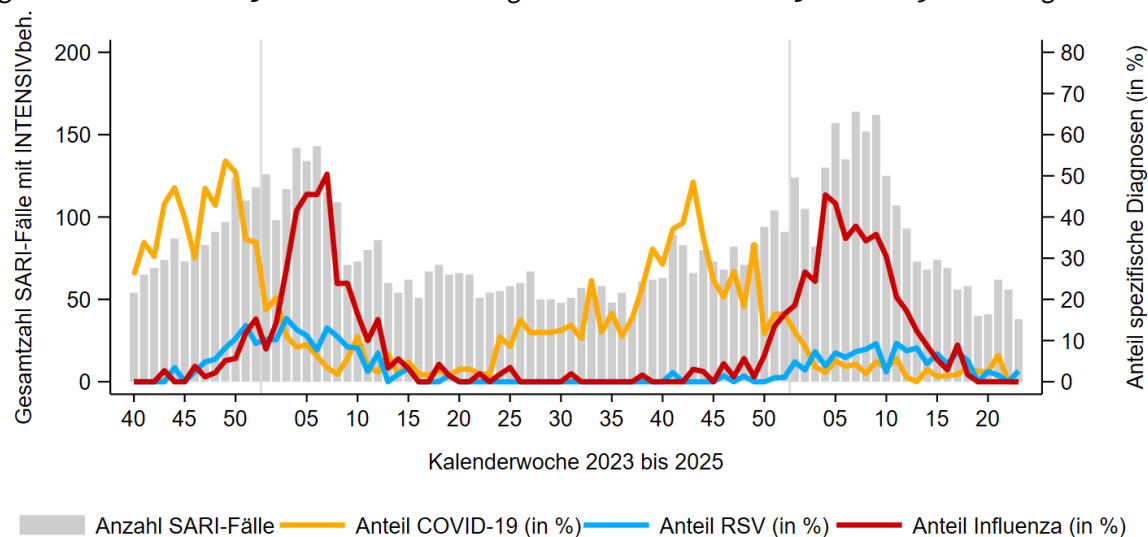


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 23. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 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 Mai 2025 aus acht der 15 teilnehmenden Kliniken 127 Sentinelproben zugesandt. In 39 (31 %) der 127 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Im Mai 2025 wurden Rhinoviren (18 %), PIV (6 %), hCoV und Adenoviren (je 4 %) sowie hMPV (1 %) detektiert (Abb. 11). Influenza A- und B-Viren, SARS-CoV-2, RSV und Influenza C-Viren wurden nicht nachgewiesen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zum 31.05.2025), Stand 10.6.2025.

	Februar	März	April	Mai	Gesamt ab Oktober 2024
Anzahl eingesandter Proben	237	212	101	127	1.553
Probenanzahl mit Virusnachweis*	156	120	43	39	780
Positivenrate (PR)	66 %	57 %	43 %	31 %	50 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	1	0	0	0	4
A(H3N2)	5	5	1	0	20
A(H1N1)pdm09	39	18	5	0	131
B	28	10	2	0	55
SARS-CoV-2	4	2	1	0	103
RSV	40	23	4	0	116
hMPV	17	23	9	1	74
PIV (1 – 4)	2	2	3	7	42
Rhinoviren	24	25	16	23	213
hCoV	7	15	6	5	65
Adenoviren	7	10	0	5	48
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

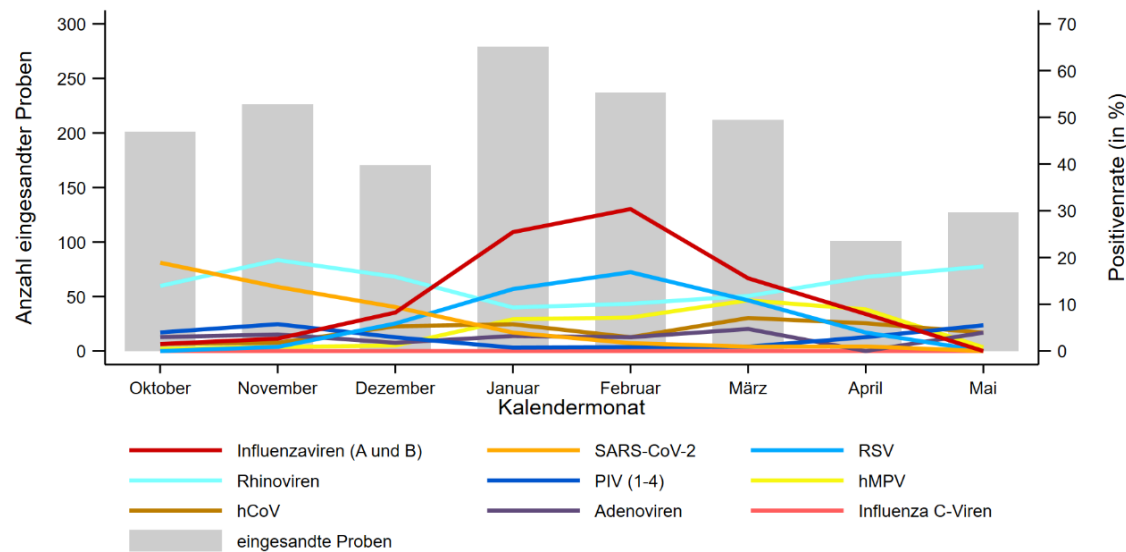


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2024 bis Mai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

Im Mai 2025 wurden Rhinoviren insgesamt als häufigster Erreger nachgewiesen. Es gab Nachweise in allen Altersgruppen, hauptsächlich jedoch in den jüngeren Altersgruppen bis 34 Jahre. PIV wurde

ebenfalls in fast allen Altersgruppen detektiert, mit Ausnahme der 5- bis 14-Jährigen und der ab 80-Jährigen. HCOV wurde ausschließlich in den älteren Altersgruppen ab 60 Jahren nachgewiesen. Bei den 0- bis 1-Jährigen wurden zudem Adenoviren detektiert und bei den 60- bis 79-Jährigen sporadisch hMPV. Influenza A- und B-Viren, SARS-CoV-2 und RSV wurden im Mai 2025 nicht im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance nachgewiesen (Abb. 12).

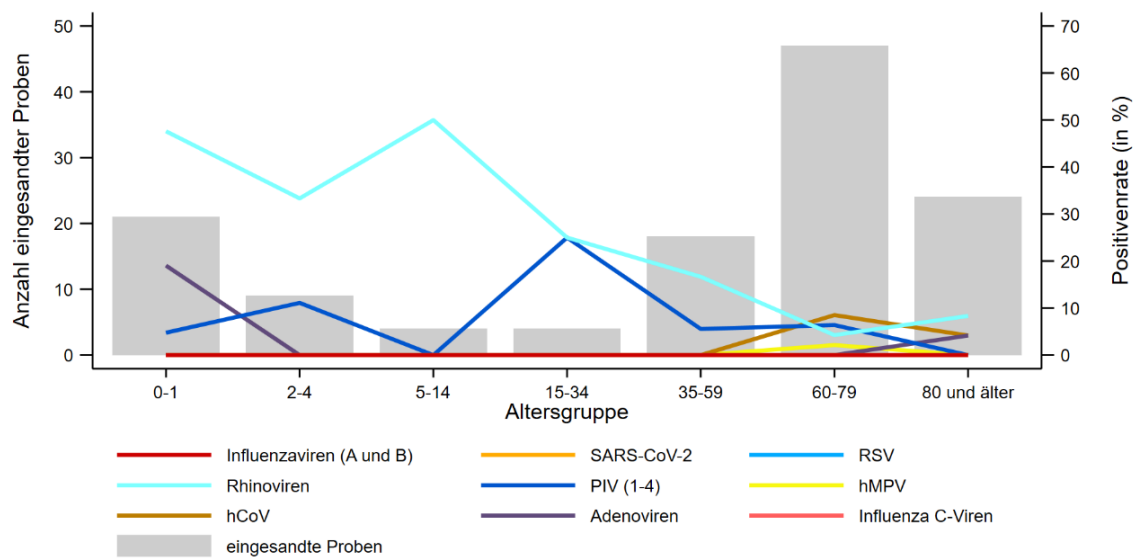


Abb. 12: Anteil (Positivitäten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) im Mai 2025.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 21. bis 23. MW 2025 wurden bislang insgesamt 764 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 764 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Berichtszeitraum gesunken. Bei 235 (31 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 10.6.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 394.216 Fälle übermittelt. Davon entfallen 392.494 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 69.285 (18 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 2.000 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

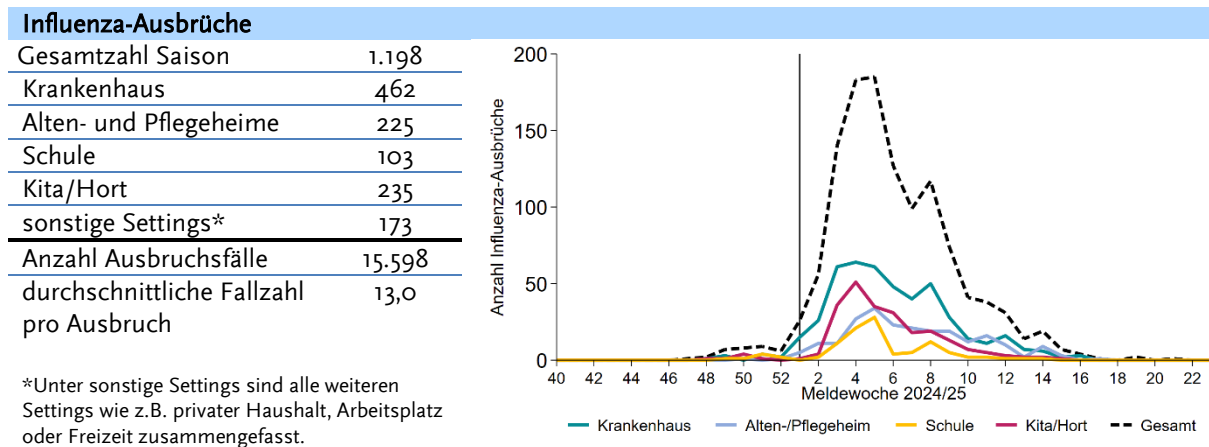
Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	18. MW	19. MW	20. MW	21. MW	22. MW	23. MW	Gesamt ab 40. MW
Influenza A (nicht subtypisiert)	274	260	220	253	206	174	229.029
A(H1N1)pdm09	2	4	7	4	3	2	4.292
A(H3N2)	2	0	1	0	0	7	521
nicht nach A / B	12	6	2	5	7	7	7.382
B	139	136	67	39	28	29	151.270
Gesamt	429	406	297	301	244	219	392.494
Hospitalisierte Fälle	120	79	82	99	79	57	69.285

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 1.198 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurde ein Ausbruch zwischen der 21. und 23. MW 2025 übermittelt (Tab. 4).²

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 21. bis 23. MW 2025 wurden bislang 1.909 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 1.907 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Berichtszeitraum leicht gestiegen. Bei 643 (33 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 10.6.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 142.694 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 142.692 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 53.572 (38 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.661 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

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

	18. MW	19. MW	20. MW	21. MW	22. MW	23. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	426	454	489	580	629	698	142.692
Hospitalisierte Fälle	152	154	179	201	206	236	53.572

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 552 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden fünf Ausbrüche zwischen der 21. und 23. MW 2025 übermittelt (Tab. 6).

² Eine ausführliche Beschreibung zu Ausbrüchen und Ausbruchsfällen mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in der Saison 2023/24 wurden im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht:

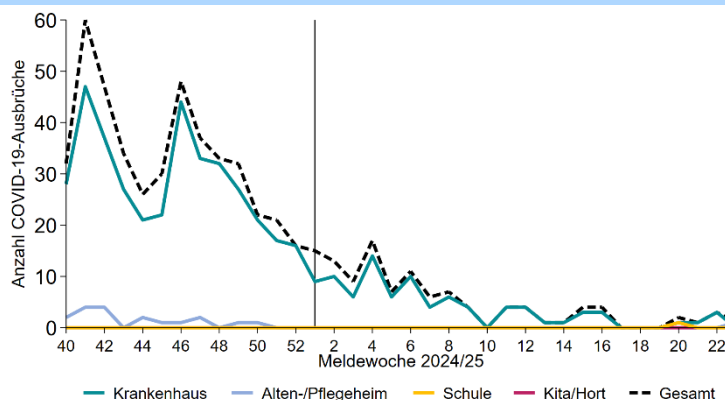
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/39_24.pdf

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

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	552
Krankenhaus	462
Alten- und Pflegeheime	19
Schule	1
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	70
Anzahl Ausbruchsfälle	4.456
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,1

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



RSV-Infektionen

Für die 21. bis 23. MW 2025 wurden bislang insgesamt 747 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 725 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Berichtszeitraum weiter gesunken. Bei 218 (30 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 10.6.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 68.631 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 67.696 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 17.998 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 386 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 92 % 60 Jahre oder älter.

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

	18. MW	19. MW	20. MW	21. MW	22. MW	23. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	858	733	500	338	217	170	67.696
Hospitalisierte Fälle	294	235	149	102	64	52	17.998

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

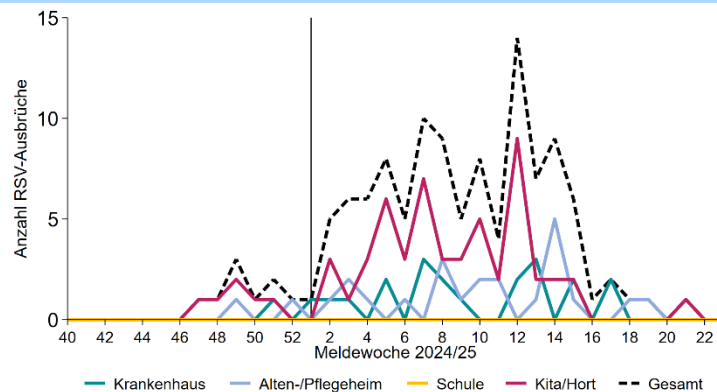
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 118 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurde ein Ausbruch zwischen der 21. und 23. MW 2025 übermittelt (Tab. 8).

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

RSV-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	118
Krankenhaus	21
Alten- und Pflegeheime	24
Schule	0
Kita/Hort	58
sonstige Settings*	15
Anzahl Ausbruchsfälle	1.112
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	9,4

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 21. bis 23. KW wurden Daten aus insgesamt 79 Kläranlagen ausgewertet. Die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser befindet sich auf einem niedrigen Niveau, es deutete sich in den letzten Wochen ein leichter Anstieg an (Abb. 13). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

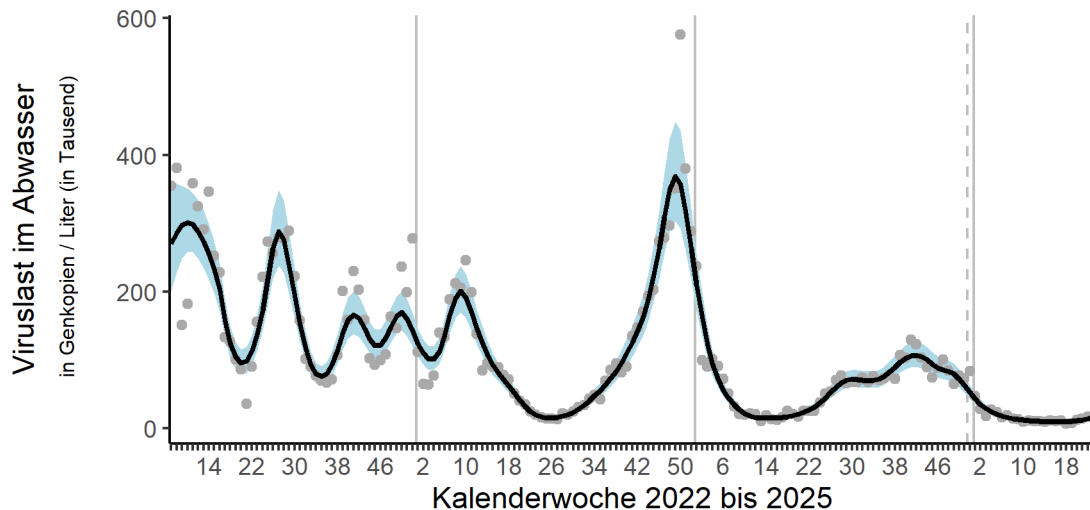


Abb. 13: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.6.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.6.2025, 23. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

Influenzaviren

Für die 21. bis 23. KW wurden Daten aus insgesamt 76 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich für Influenza A und B auf einem niedrigen Niveau (Abb. 14). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

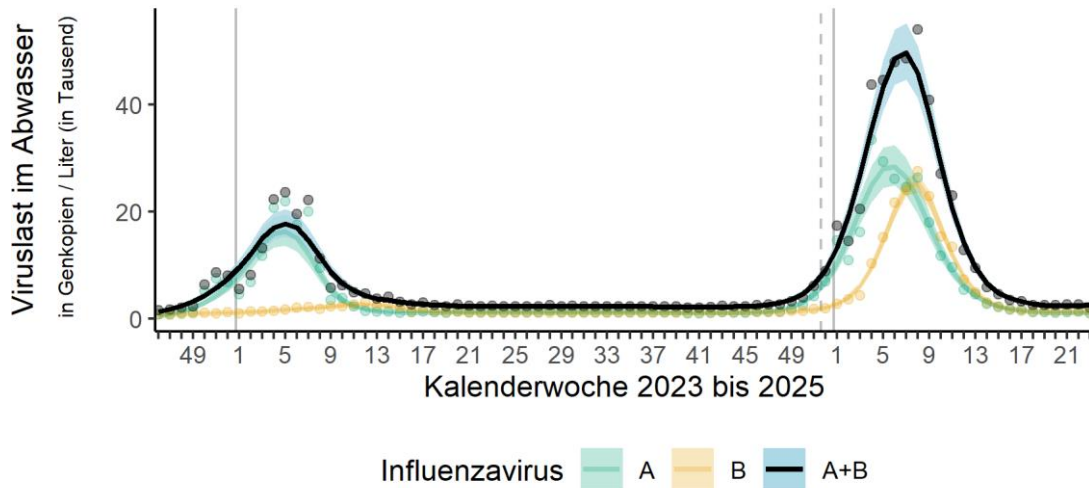


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.6.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.6.2025, 23. 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 21. bis 23. KW wurden Daten aus insgesamt 40 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befanden sich im Berichtszeitraum auf einem niedrigen Niveau (Abb. 15). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

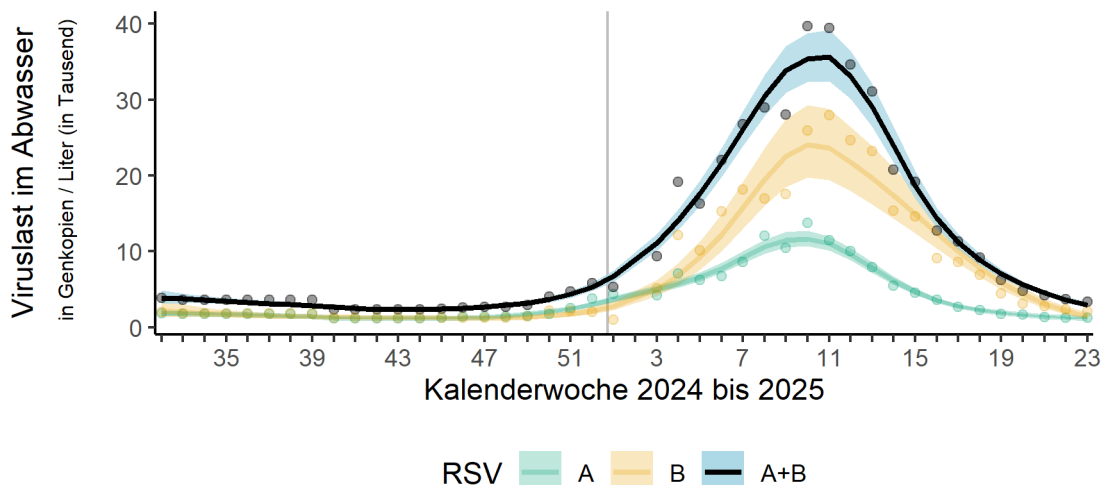


Abb. 15: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 10.6.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (4.6.2025, 23. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

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

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

Die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 6 und Abb. 7 im ARE-Wochenbericht) werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

- Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel): <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340322> bzw. https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts
- Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340315> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/ARE-Konsultationsinzidenz>
- Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8382330> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/SARI-Hospitalisierungsinzidenz>
- Die grafische Aufbereitung der Daten ist im ARE-Dashboard realisiert (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags), abrufbar unter: <https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick>.

Trends relevanter Indikatoren werden im Infektionsradar des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verfügung gestellt: <https://infektionsradar.gesund.bund.de/de>.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Ein Bericht über die Intensivbettenkapazität in Deutschland wird täglich veröffentlicht und ist abrufbar unter: <http://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage>.

Informationen zur Notaufnahmesurveillance akuter Atemwegsinfektionen sind im Dashboard unter <https://public.data.rki.de/t/public/views/Notaufnahmesurveillance/DashboardSyndrome> zu finden.

Übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise sind über SurvStat@RKI individuell abfragbar: <https://survstat.rki.de/>.

Angaben der Abwassersurveillance (AMELAG) zur Viruslast von SARS-CoV-2, Influenza A- und B-Viren sowie RSV werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt: https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance_AMELAG bzw. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10782701>.

Informationen zum Impfgesehen in Deutschland, nun auch mit Angaben zu den Influenza-Impfquoten, werden auf dem Dashboard „VacMap“ zur Verfügung gestellt: <https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/StartdashboardNavigation>.

Autoren und Redaktionsteam:

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Monatsbericht KW 21-23/2025 | DOI: 10.25646/13175