

ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
32. bis 35. Kalenderwoche (4.8. bis 31.8.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die ausführliche Berichterstattung erfolgt aktuell monatlich. 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](#). Der letzte ARE-Monatsbericht der Saison 2024/25 erscheint am 1.10.2025 (KW 40). Ab dem 8.10.2025 (KW 41) erfolgt die ausführliche Berichterstattung wieder wöchentlich.

Die ARE-Aktivität stieg auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich an. Dies ist am Ende der Sommerferien eine für diese Jahreszeit übliche Beobachtung. Das ARE-Geschehen wird weiterhin hauptsächlich durch Rhino- und Parainfluenzaviren bestimmt. In den letzten Wochen zeigte sich in allen Systemen eine Zunahme der SARS-CoV-2-Aktivität, ausgehend von einem niedrigen Niveau. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen bleibt insgesamt niedrig.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist seit der 33. KW 2025 angestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE von der 32. bis zur 34. KW 2025 relativ stabil geblieben und stieg zur 35. KW an.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 32. bis zur 35. KW in insgesamt 79 (56 %) der 141 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (29 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 18 %), gefolgt von SARS-CoV-2 (9 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) im Zeitraum von der 32. bis zur 35. KW 2025 weiter auf einem niedrigen, für die Sommerzeit üblichen Niveau. COVID-19-Erkrankungen wurden in der 32. bis zur 35. KW 2025 wieder etwas häufiger bei SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert. In der 35. KW 2025 lag der Anteil der SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose bei 3 %.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden im August 2025 in 18 der 84 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (12 %), SARS-CoV-2 (6 %) und PIV (5 %).

Von der 32. bis zur 35. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der übermittelten COVID-19-Fälle kontinuierlich angestiegen, die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion oder RSV-Infektion blieb im Berichtszeitraum niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde von der 30. bis zur 33. KW 2025 mit einem Anteil von 64 % und somit weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die Werte der aggregierten Viruslast von SARS-CoV-2 im Abwasser sind im Berichtszeitraum gestiegen.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are.
- Artikel (28.8.2025) im Epidemiologischen Bulletin zur virologischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/35_25.pdf.
- Artikel (22.8.2025) im Deutschen Ärzteblatt zur Inzidenz von RSV-Infektionen nach Einführung der Prophylaxe mit monoklonalen Antikörpern: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/inzidenz-von-rsv-infektionen-nach-einfuehrung-der-prophylaxe-mit-monoklonalen-antikoerpern-9736c6d1-4aa8-437f-a8e0-ff4c36c2a1a8>.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 14.5.2025): www.rki.de/Zoonotische-influenza.

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

- Interaktives Dashboard mit wöchentlicher Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>.
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>.

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist seit der 33. KW angestiegen. Der Anstieg zeigte sich in allen Altersgruppen bis 59 Jahre. Die ARE-Inzidenz lag in der 35. KW bei rund 4.400 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 3.800; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,7 Millionen akuten Atemwegserkrankungen.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden stieg seit der 32. KW auf niedrigem Niveau leicht an und lag in der 35. KW bei rund 300 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter:

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

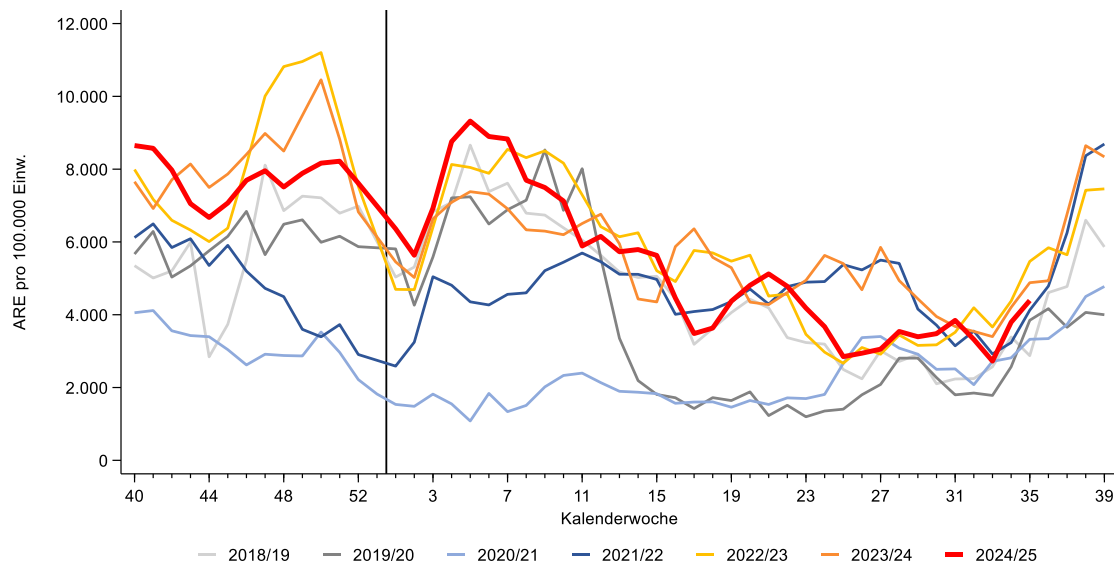


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 35. KW 2025). Daten von durchschnittlich etwa 12.300 Wochenmeldungen in der Saison 2024/25. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist von der 32. bis zur 34. KW 2025 insgesamt stabil geblieben und stieg zur 35. KW an. Der Wert lag in der 35. KW bei rund 700 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 600; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 580.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

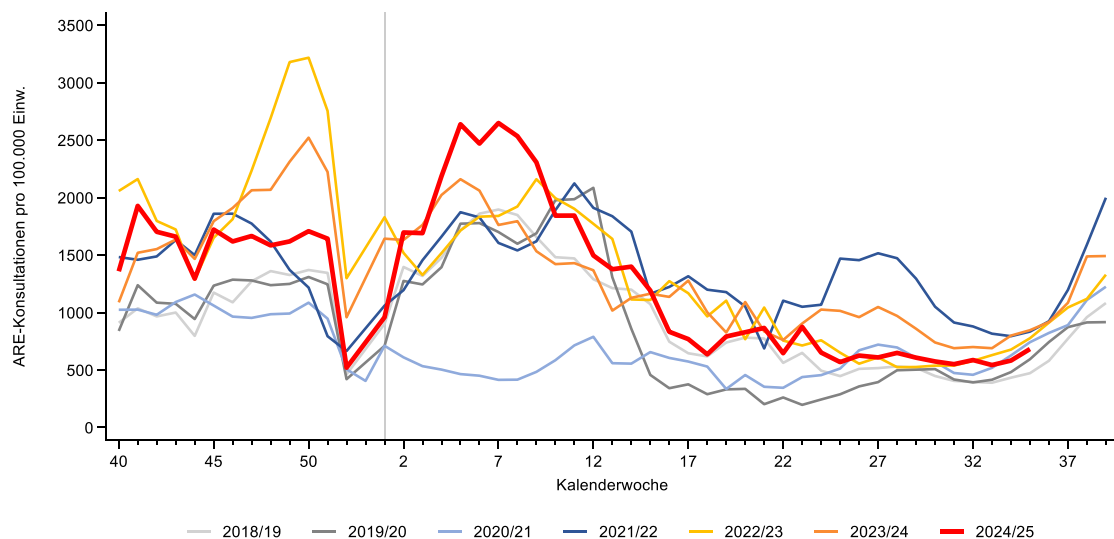


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 35. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Im Berichtszeitraum sind die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz bis zur 34. KW 2025 in den meisten Altersgruppen relativ stabil geblieben, stiegen jedoch in der 35. KW bei den Kindern im Schulalter und bei Erwachsenen bis 59 Jahre an (Abb. 3).

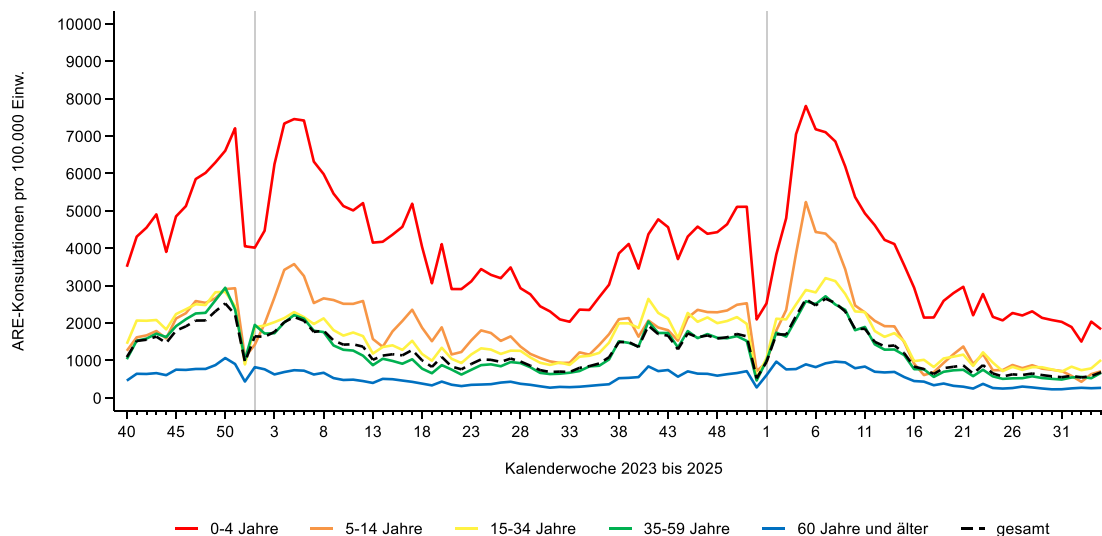


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 35. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 32. bis zur 35. KW 2025 insgesamt 141 Sentinelproben von 28 Arztpraxen aus acht der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Es wurden von der 32. bis zur 35. KW 2025 in insgesamt 79 (56 %) der 141 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1), darunter hauptsächlich Rhinoviren (29 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 18 %), gefolgt von SARS-CoV-2 (9 %) und Adenoviren (2 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV), Influenza A- und B-Viren, humane saisonale Coronaviren (hCoV) sowie Influenza C-Viren wurden mit jeweils 1 % nachgewiesen. Humane Metapneumoviren (hMPV) wurden im Berichtszeitraum nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4).

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

Aufgrund der niedrigen Probenanzahl ist eine Trendeinschätzung aktuell nur eingeschränkt möglich.

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 35. KW 2025), Stand 2.9.2025.

	32. KW	33. KW	34. KW	35. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	39	39	40	23	5.969
Probenanzahl mit Virusnachweis*	21	27	21	10	4.010
Positivenrate (PR)	54 %	69 %	52 %	43 %	67 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	13
A(H3N2)	0	0	0	0	157
A(H1N1)pdm09	0	1	1	0	643
B	0	0	0	0	771
SARS-CoV-2	1	1	6	5	281
RSV	1	0	0	0	308
hMPV	0	0	0	0	350
PIV (1 – 4)	7	11	6	1	328
Rhinoviren	14	14	9	4	1.087
hCoV	1	0	0	0	399
Adenoviren	1	2	0	0	273
Influenza C-Viren**	1	0	0	1	9

* 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.

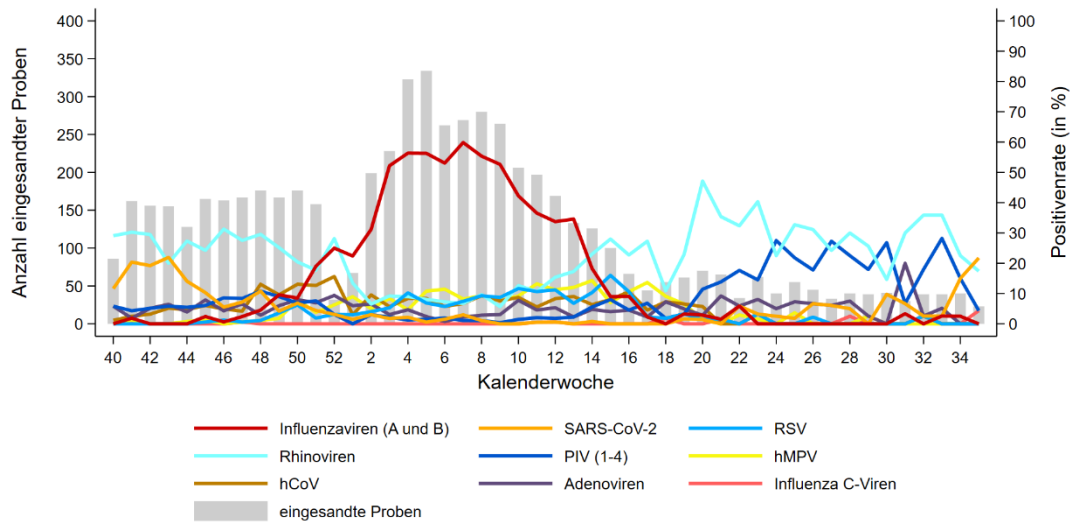


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 35. KW 2025.

Von der 32. bis 35. KW 2025 dominierten Rhinoviren in allen Altersgruppen, bei den 0- bis 4-Jährigen wurde PIV ähnlich häufig wie Rhinoviren nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde in fast allen Altersgruppen detektiert. Bei den ab 60-Jährigen wurden Rhinoviren, PIV und SARS-CoV-2 im Beobachtungszeitraum gleich häufig nachgewiesen (Abb. 5).

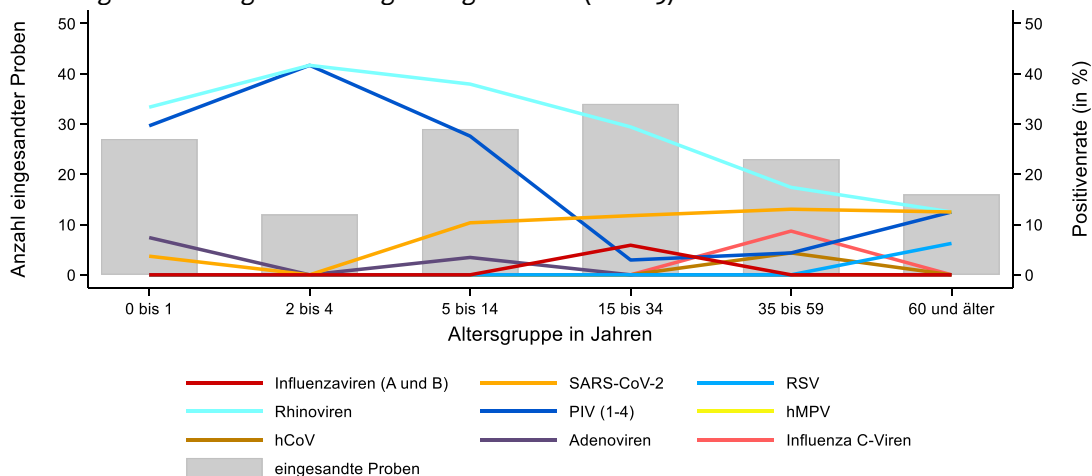


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 32. bis 35. KW 2025.

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

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

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

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

Für die monatlichen Berichterstattung sind die SARS-CoV-2-Variantenanteile für die 30. bis 33. KW 2025 zusammengefasst. Für diesen Zeitraum stehen aktuell 136 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 2.9.2025).

Die rekombinante Linie XFG wurde einschließlich ihrer Sublinien mit einem Anteil von 64 % weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuft SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen (26.-29. KW 2025: 44 %). Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) folgt mit einem sinkenden Anteil von 24 %, die Linie LP.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) mit einem stabilen Anteil von 9 % (26.-29. KW 2025: NB.1.8.1 mit 35 %, LP.8.1 mit 11 %).

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

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind weiterhin im Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) blieb die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) von der 32. bis zur 35. KW 2025 weitestgehend stabil und lag weiterhin auf einem für die Sommermonate üblichen niedrigen Niveau (Abb. 6).

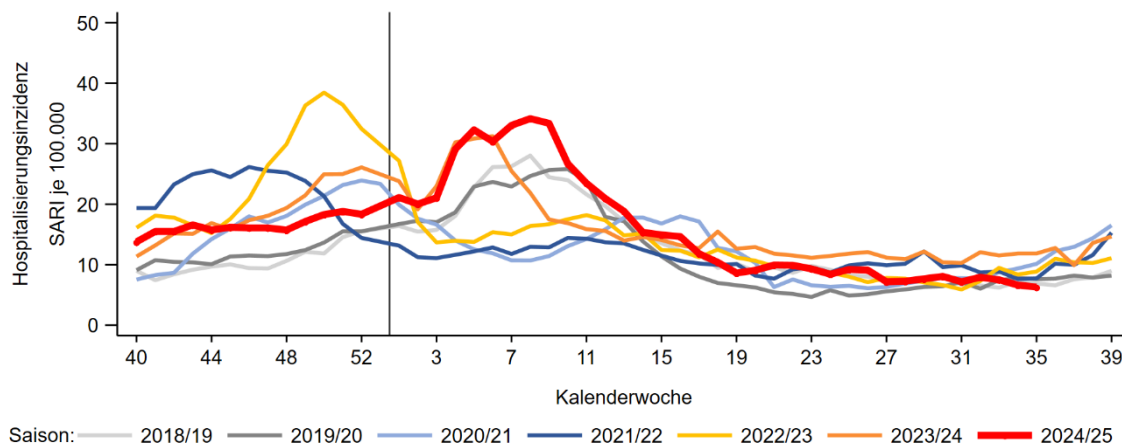


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 35. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die SARI-Inzidenz lag im Zeitraum zwischen der 32. und 35. KW 2025 in allen Altersgruppen weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

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

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

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

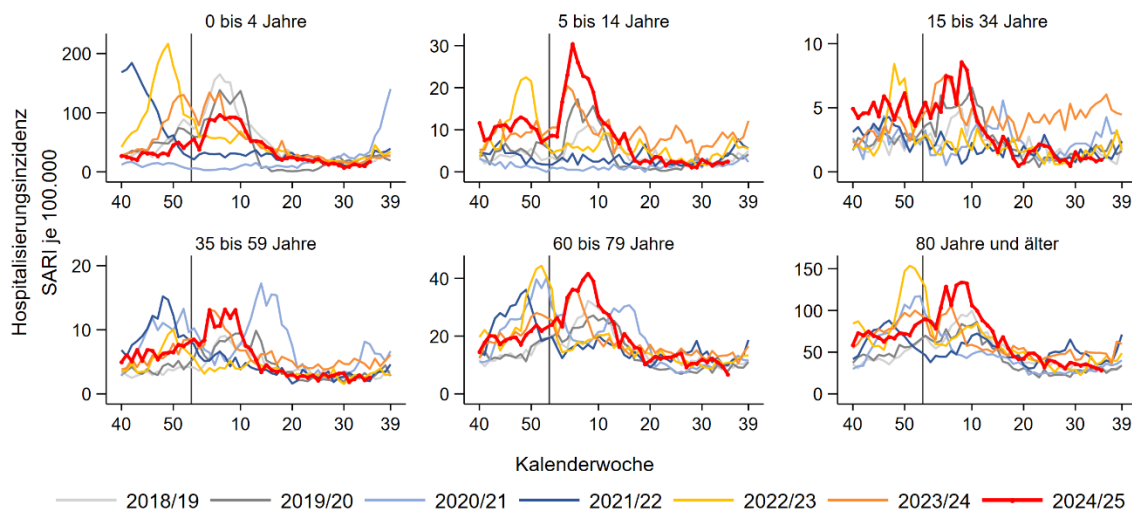


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 35. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

In den letzten Wochen wurden COVID-19-Diagnosen wieder etwas häufiger bei SARI-Fällen vergeben. Der Anteil an COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag in der Zeit von der 32. bis zur 35. KW 2025 meist bei etwa 3 %, in der 34. KW allerdings bei 7 % (Abb. 8). Influenza- und RSV-Diagnosen sind in den vergangenen vier Wochen nur bei weniger als 1 % der SARI-Fälle vergeben worden.

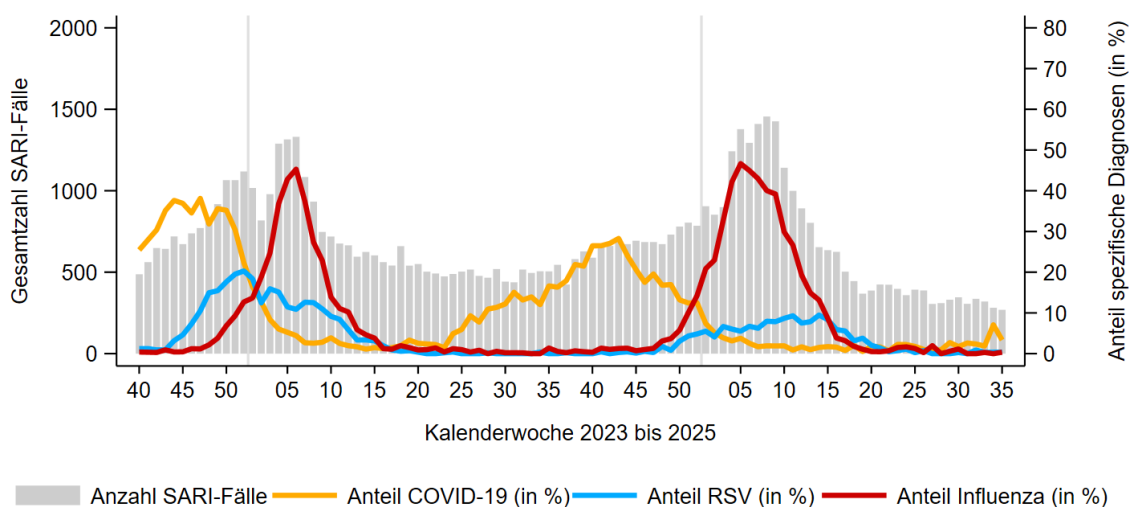


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 35. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

COVID-19-Erkrankungen wurden im Zeitraum zwischen der 32. und 35. KW 2025 überwiegend bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 80 Jahren diagnostiziert sowie sporadisch in den Altersgruppen 0 bis 1 Jahr sowie 35 bis 79 Jahre. RSV-Erkrankungen wurden selten bei Säuglingen (0 bis 1 Jahre) und Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) diagnostiziert. Influenza-Diagnosen wurden in der 32. bis zur 35. KW 2025 vereinzelt bei SARI-Patientinnen und -Patienten im Alter von 5 bis 14 Jahren sowie 60 bis 79 Jahren vergeben (Abb. 9).

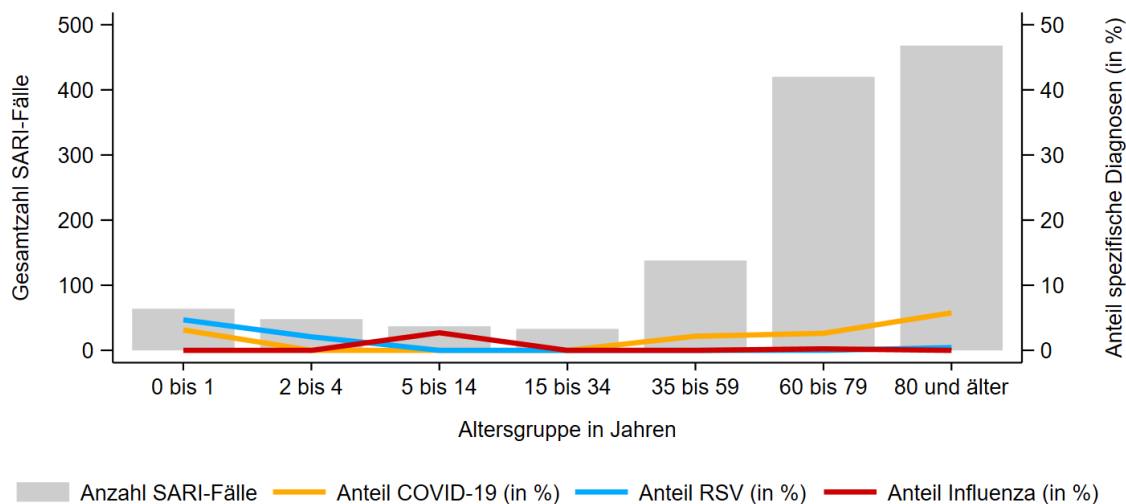


Abb. 9: Anzahl der in der 32. bis 35. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) 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 32. bis zur 35. KW 2025 wurden nur sehr vereinzelt Influenza-, RSV- und COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung diagnostiziert (Abb. 10).

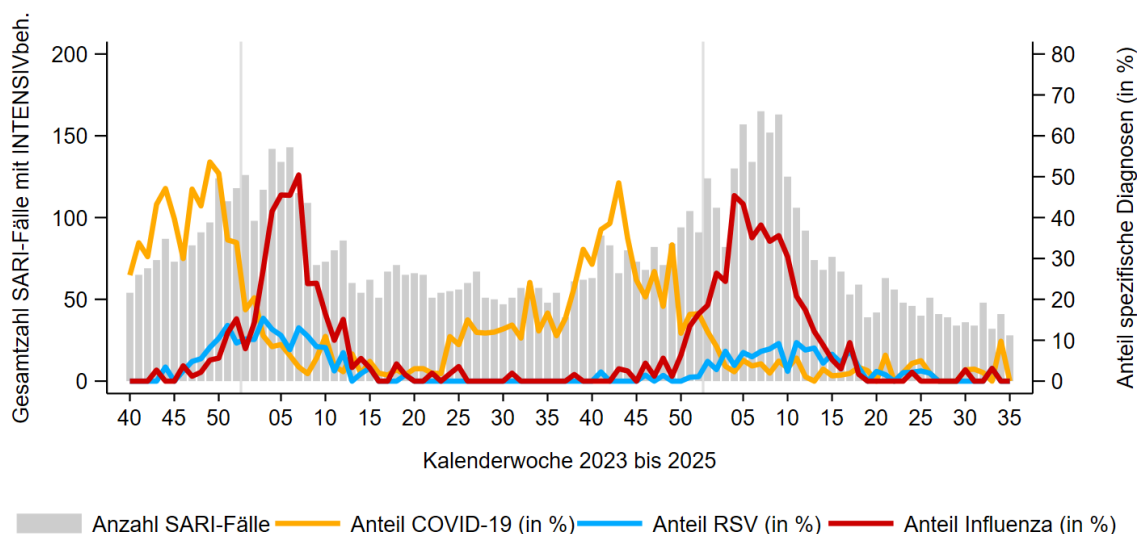


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 35. 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 August 2025 aus sechs der 15 teilnehmenden Kliniken 84 Sentinelproben zugesandt. In 18 (21 %) der 84 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Im August 2025 wurden Rhinoviren (12 %), SARS-CoV-2 (6 %), PIV (5 %) und

Adenoviren (1 %) detektiert (Abb. 12). Influenza A- und B-Viren, RSV, hMPV, hCoV und Influenza C-Viren wurden nicht nachgewiesen.

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2024/25 (bis zum 31.8.2025), Stand 2.9.2025.

		Mai	Juni	Juli	August	Gesamt ab Oktober 2024
Anzahl eingesandter Proben		129	142	150	84	1.931
Probenanzahl mit Virusnachweis*		40	39	35	18	873
	Positivenrate (PR)	31 %	27 %	23 %	21 %	45 %
Influenzaviren	A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	4
	A(H3N2)	0	0	1	0	21
	A(H1N1)pdm09	0	1	0	0	132
	B	0	0	1	0	56
SARS-CoV-2		0	4	7	5	119
RSV		0	0	0	0	116
hMPV		2	1	0	0	76
PIV (1 – 4)		7	14	10	4	70
Rhinoviren		23	19	13	10	255
hCoV		5	2	0	0	67
Adenoviren		5	1	5	1	55
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

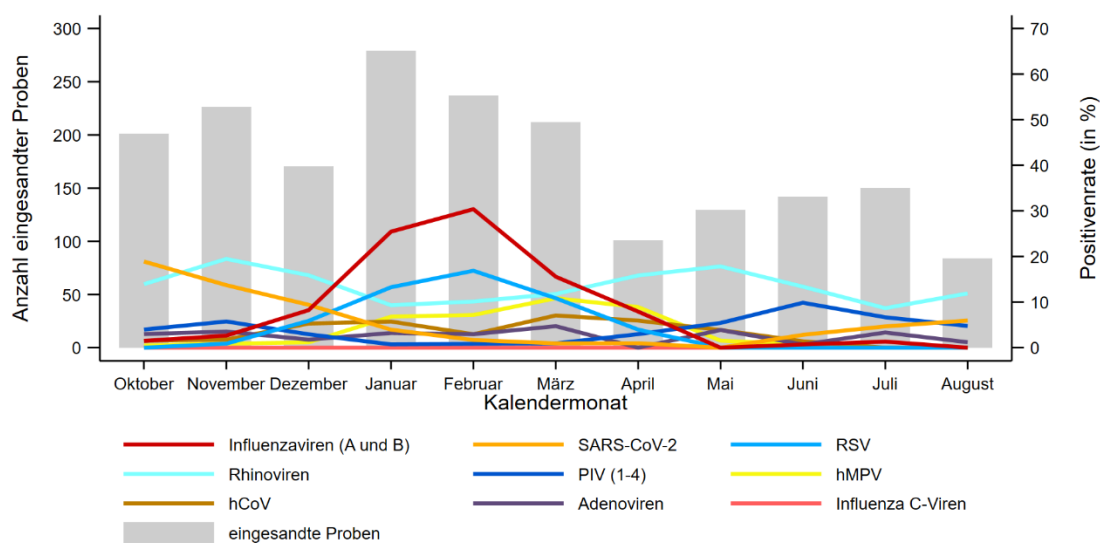


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2024 bis August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

Im August 2025 stammte die überwiegende Zahl der Proben aus den Altersgruppen der 60- bis 79-Jährigen (n = 31) sowie der ab 80-Jährigen (n = 26). In beiden Altersgruppen wurden hauptsächlich Rhinoviren und SARS-CoV-2 sowie vereinzelt PIV nachgewiesen. Rhinoviren wurden zudem in den Altersgruppen der 15- bis 59-Jährigen nachgewiesen. Bei Kindern zwischen 0 und 14 Jahren wurden vereinzelt PIV und SARS-CoV-2 nachgewiesen.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 32. bis 35. MW 2025 wurden bislang insgesamt 325 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 325 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen blieben von der 32. KW bis zur 35. KW auf niedrigem Niveau. Bei 95 (29 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 2.9.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 395.414 Fälle übermittelt. Davon entfallen 393.693 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 69.853 (18 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 2.068 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 90 % 60 Jahre oder älter.

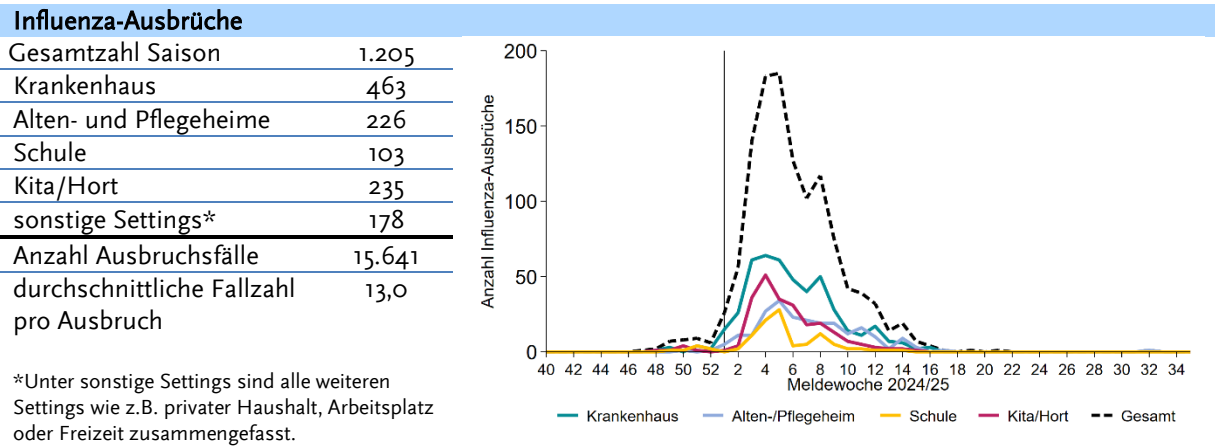
Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

		30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza	A (nicht subtypisiert)	62	61	68	63	66	66	229.932
	A(H1N1)pdm09	3	0	3	2	1	5	4.324
	A(H3N2)	0	0	1	0	0	0	527
	nicht nach A / B differenziert	5	4	2	2	1	1	7.414
	B	12	11	10	9	9	16	151.496
Gesamt		82	76	84	76	77	88	393.693
	Hospitalisierte Fälle	24	18	22	26	24	23	69.853

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 1.205 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurde ein Ausbruch zwischen der 32. und 35. MW 2025 übermittelt (Tab. 4).⁴

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



⁴ Eine ausführliche Beschreibung zu Ausbrüchen und Ausbruchsfällen mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in der Saison 2023/24 wurden im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/39_24.pdf

COVID-19

Für die 32. bis 35. MW 2025 wurden bislang 5.251 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 5.204 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Berichtszeitraum kontinuierlich gestiegen. Bei 1.742 (33 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 2.9.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 153.582 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 153.498 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 57.198 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5). In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.759 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

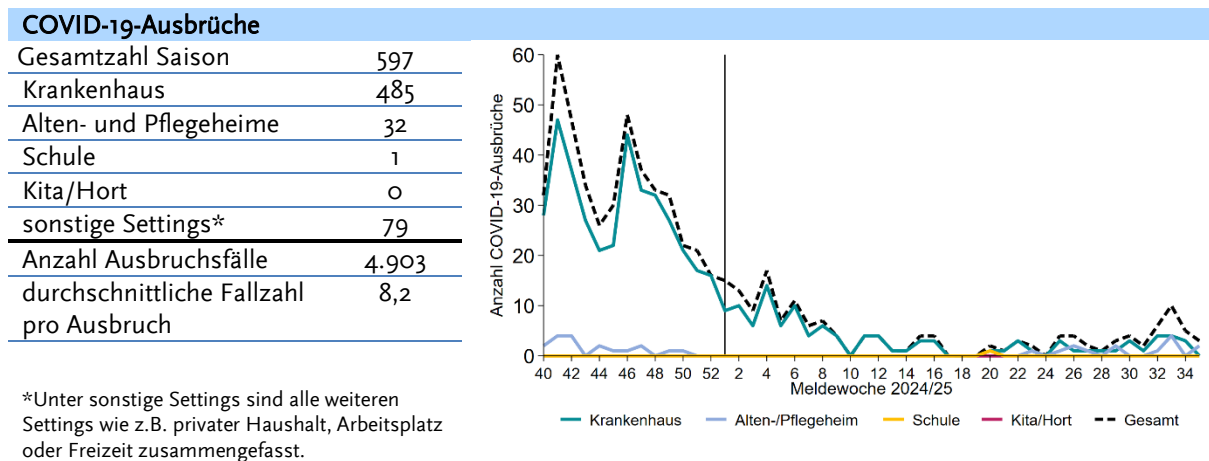
Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	771	787	1.010	1.225	1.385	1.584	153.498
Hospitalisierte Fälle	245	263	364	437	466	475	57.198

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 597 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 24 Ausbrüche zwischen der 32. und 35. 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 32. bis 35. MW 2025 wurden bislang insgesamt 93 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 87 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen blieben im Berichtszeitraum auf niedrigem Niveau. Bei 22 (25 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 2.9.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 69.211 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 68.244 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 18.293 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 404 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)

	30. MW	31. MW	32. MW	33. MW	34. MW	35. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	26	25	17	20	22	28	68.244
Hospitalisierte Fälle	7	12	5	6	4	7	18.293

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

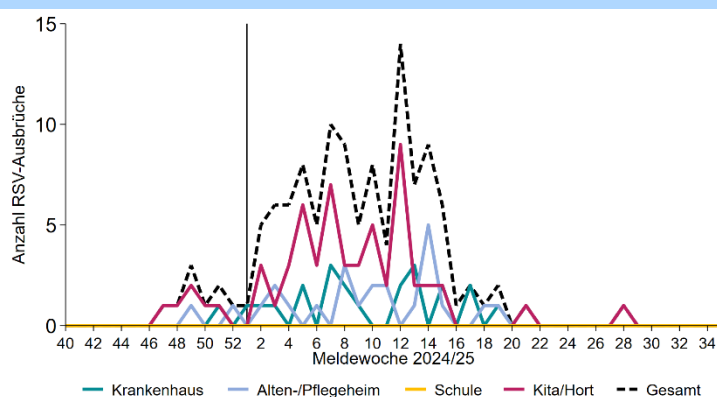
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 120 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Seit der 29. MW wurde kein Ausbruch mehr übermittelt (Tab. 8).

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

RSV-Ausbrüche

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

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 32. bis 35. KW wurden Daten aus insgesamt 71 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der SARS-CoV-2-Last im Abwasser zeigten in den letzten Wochen einen Anstieg (Abb. 12).

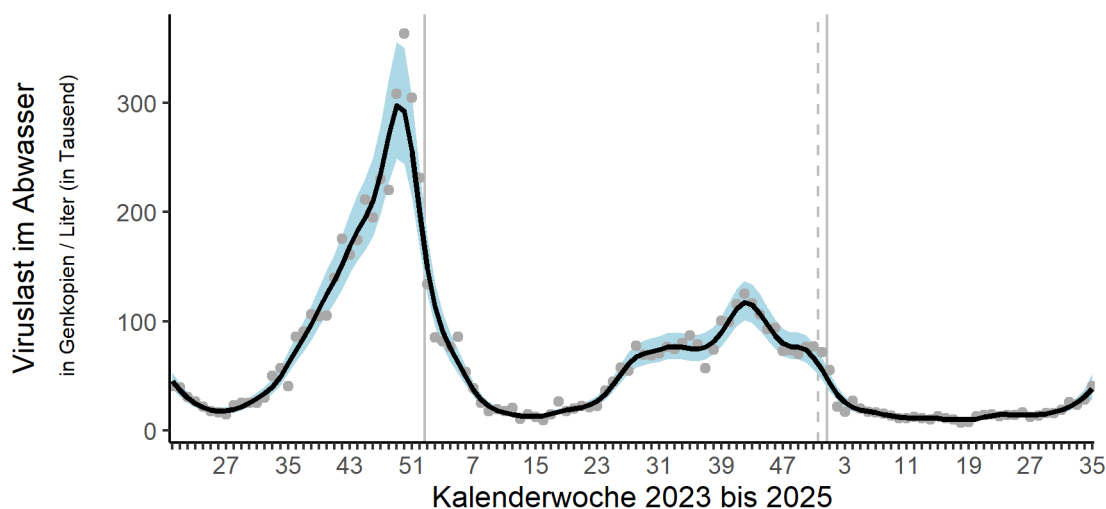


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 2.9.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (27.8.2025, 35. KW). Gezeigt 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 32. bis 35. KW wurden Daten aus insgesamt 71 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 13).

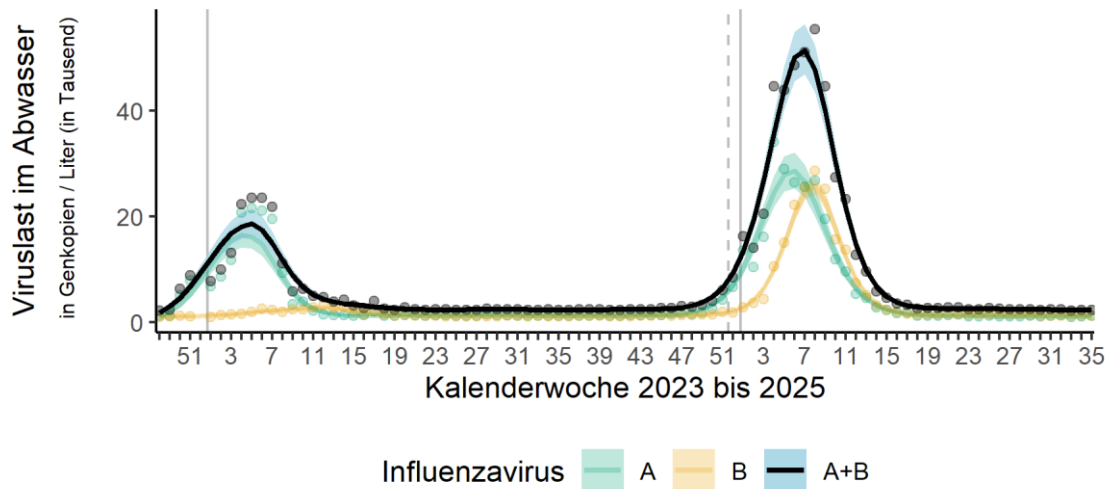


Abb. 13: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 2.9.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (27.8.2025, 35. 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 32. bis 35. KW wurden Daten aus insgesamt 41 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 14).

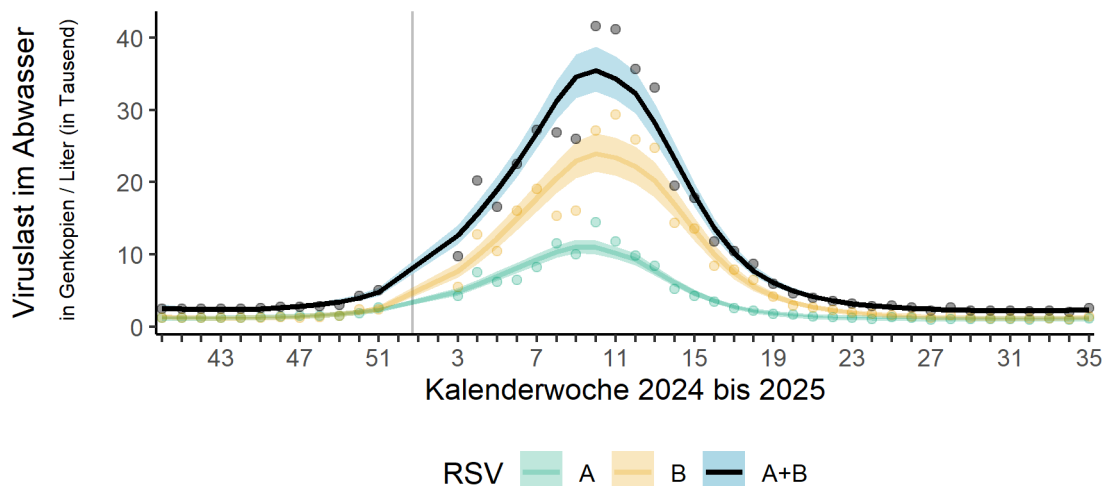


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 2.9.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (27.8.2025, 35. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informationen zum Impfgeschehen in Deutschland, 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 32-35/2025 | DOI: 10.25646/13357