

ARE-Monatsbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
36. bis 39. Kalenderwoche (1.9. bis 28.9.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Dies ist der letzte ARE-Monatsbericht der Saison 2024/25. Ab dem 8.10.2025 (KW 41) erfolgt die ausführliche Berichterstattung wieder wöchentlich.

Die ARE-Aktivität ist auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich weiter angestiegen. Dies ist eine für diese Jahreszeit übliche Beobachtung. Das ARE-Geschehen wird aktuell hauptsächlich durch Rhinoviren sowie SARS-CoV-2 und Parainfluenzaviren bestimmt. In den vergangenen Wochen hatte sich ein Anstieg der SARS-CoV-2-Aktivität auf niedrigem Niveau gezeigt. In einigen Systemen zeigt sich eine Abschwächung dieses Anstiegs. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen bleibt insgesamt niedrig.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist von der 36. bis zur 39. KW 2025 deutlich gestiegen.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE von der 36. bis zur 39. KW 2025 kontinuierlich gestiegen.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 36. bis zur 39. KW in insgesamt 157 (59 %) der 268 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (35 %) sowie SARS-CoV-2 (13 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 10 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) im Zeitraum von der 36. bis zur 39. KW 2025 weiter auf einem niedrigen, für diese Jahreszeit üblichen Niveau. COVID-19-Erkrankungen wurden in der 36. bis zur 39. KW 2025 wieder etwas häufiger bei SARI-Patientinnen und -Patienten diagnostiziert. In der 39. KW 2025 lag der Anteil der SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose bei 7 %.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden im September 2025 in 16 (30 %) der 54 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter hauptsächlich Rhinoviren (17 %), SARS-CoV-2 (9 %) und PIV (6 %).

Von der 36. bis zur 39. Meldewoche (MW) 2025 ist die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten COVID-19-Fälle kontinuierlich angestiegen, die Zahl der übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion oder RSV-Infektion blieb im Berichtszeitraum niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde von der 34. bis zur 37. KW 2025 mit einem Anteil von 82 % weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Der zuvor beobachtete Anstieg der aggregierten Viruslast von SARS-CoV-2 im Abwasser hat sich im Berichtszeitraum nicht fortgesetzt.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are.
- 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>.
- WHO-Empfehlungen zur Zusammensetzung des Influenzaimpfostoffs für die Südhalbkugel 2026 wurden am 26.9.2025 veröffentlicht: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season>
- Erster technischer Bericht des ECDC zur Charakterisierung von Influenzaviren in der Saison 2024/25 für EU-/EWR-Länder (KW 40/2024 bis KW 33/2025): <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characteristics-week-40-2024-week-33-2025>

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist von der 36. bis zur 39. KW deutlich gestiegen. Dabei sind die Werte sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen angestiegen. Die ARE-Inzidenz lag in der 39. KW bei rund 8.400 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 7.100; Abb. 1). Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,1 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 39. KW bei rund 500 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter:

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

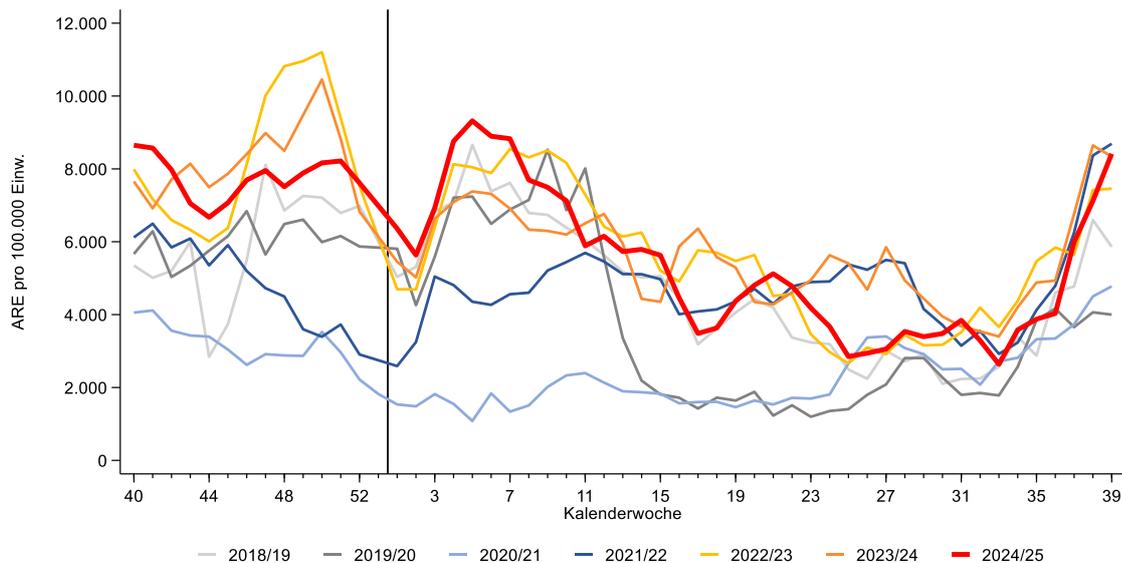


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 39. KW 2025). Daten von durchschnittlich etwa 12.300 Wochenmeldungen in der Saison 2024/25. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als 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 36. bis zur 39. KW 2025 kontinuierlich gestiegen und lag in der 39. KW bei rund 1.100 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 1.000; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 960.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

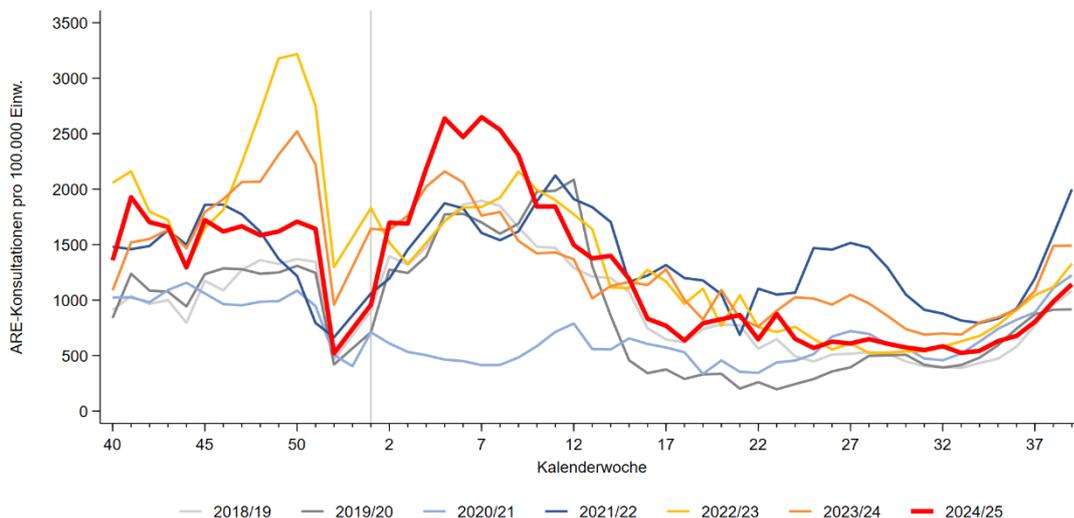


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 39. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Im Berichtszeitraum sind die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz in allen Altersgruppen gestiegen (Abb. 3).

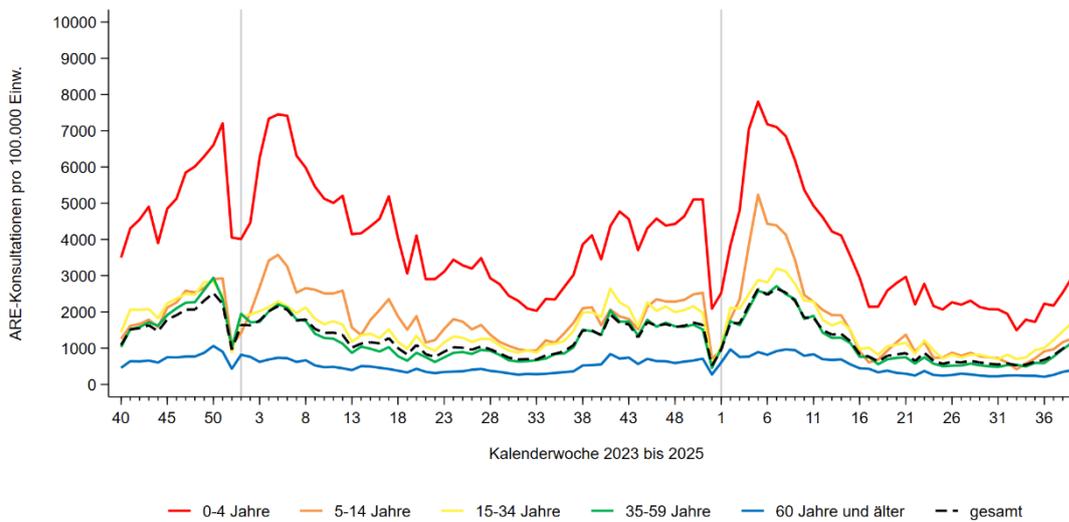


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2023 bis zur 39. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden von der 36. bis zur 39. KW 2025 insgesamt 268 Sentinelproben von 38 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt.

Es wurden von der 36. bis zur 39. KW 2025 in insgesamt 157 (59 %) der 268 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1), darunter hauptsächlich Rhinoviren (35 %), SARS-CoV-2 (13 %) und Parainfluenzaviren (PIV; 10 %). Darüber hinaus wurden vereinzelt Adenoviren, Influenza A-Viren, Influenza C-Viren sowie humane Metapneumoviren (hMPV) detektiert. Influenza B-Viren, Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) und humane saisonale Coronaviren (hCoV) wurden im Berichtszeitraum nicht nachgewiesen (Tab. 1 und Abb. 4).

Es gab im Berichtszeitraum zwölf Mehrfachinfektionen, alle 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 39. KW 2025), Stand 30.9.2025.

	36. KW	37. KW	38. KW	39. KW	Gesamt ab 40. KW 2024
Anzahl eingesandter Proben	51	69	74	74	6.251
Probenanzahl mit Virusnachweis*	34	33	47	43	4.179
Positivenrate (PR)	67 %	48 %	64 %	58 %	67 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	13
A(H3N2)	0	0	0	0	157
A(H1N1)pdm09	0	0	0	1	644
B	0	0	0	0	771
SARS-CoV-2	9	9	9	9	319
RSV	0	0	0	0	308
hMPV	1	0	0	0	351
PIV (1 – 4)	3	8	10	7	360
Rhinoviren	21	19	29	26	1.188
hCoV	0	0	0	0	399
Adenoviren	3	2	1	1	280
Influenza C-Viren**	0	1	0	0	10

* 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.

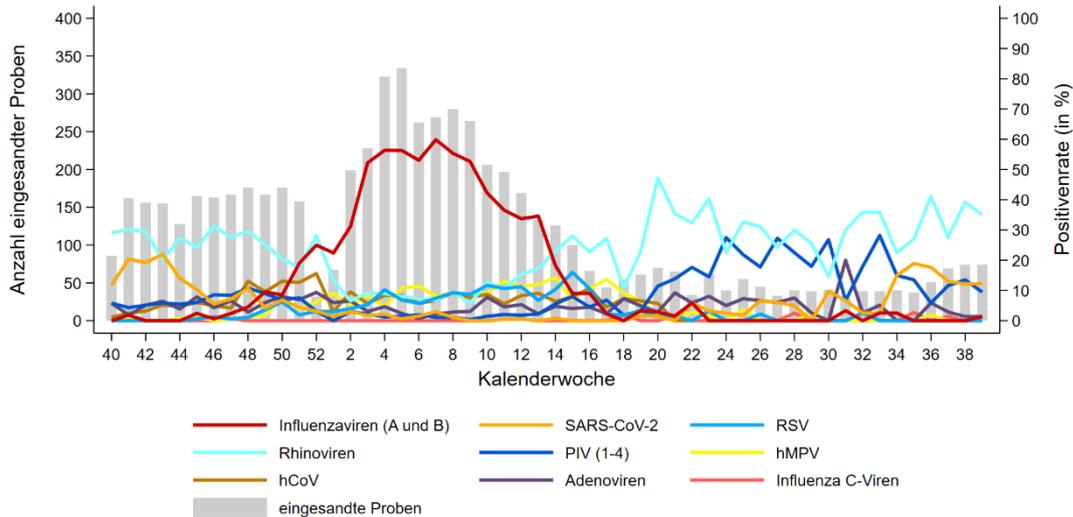


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2024 bis zur 39. KW 2025.

Im Zeitraum von der 36. bis zur 39. KW 2025 dominierten Rhinoviren in den Altersgruppen bis 59 Jahren, bei den ab 60-Jährigen wurde hingegen PIV am häufigsten nachgewiesen. SARS-CoV-2 wurde im Berichtszeitraum in allen Altersgruppen detektiert, am häufigsten bei den 35- bis 59-Jährigen. Bei den 0- bis 4-Jährigen wurden zudem Adenoviren häufiger nachgewiesen (Abb. 5).

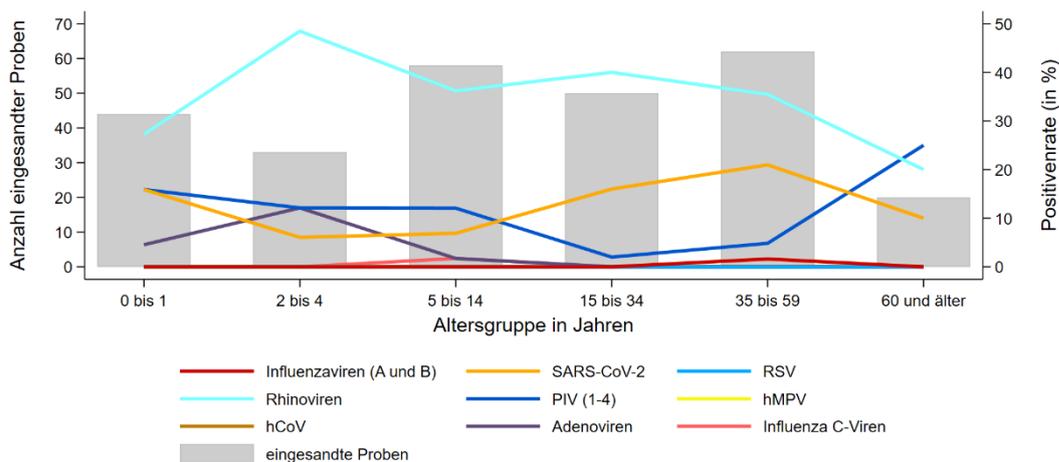


Abb. 5: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) von der 36. bis 39. 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 34. bis 37. KW 2025 zusammengefasst. Für diesen Zeitraum stehen aktuell 220 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse zur Verfügung (Stand 30.9.2025).

Die rekombinante Linie XFG wurde einschließlich ihrer Sublinien mit einem gestiegenen Anteil von 82 % (30.-33. KW 2025: 65 %) am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) folgt mit einem sinkenden Anteil von 11 % (30.-33. KW 2025: 23 %). Der Anteil der Linie LP.8.1 ist im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum ebenfalls weiter gesunken und lag bei 4 % (30.-33. KW 2025: 7 %).

Auch in Amerika und Europa wird die Linie XFG („Stratus“) weiterhin mit einem steigenden Anteil am häufigsten unter allen zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen, gefolgt von NB.1.8.1 („Nimbus“), ebenfalls mit abnehmendem 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 36. bis zur 39. KW 2025 weitestgehend stabil und lag weiterhin auf einem für diese Jahreszeit üblichen niedrigen Niveau (Abb. 6).

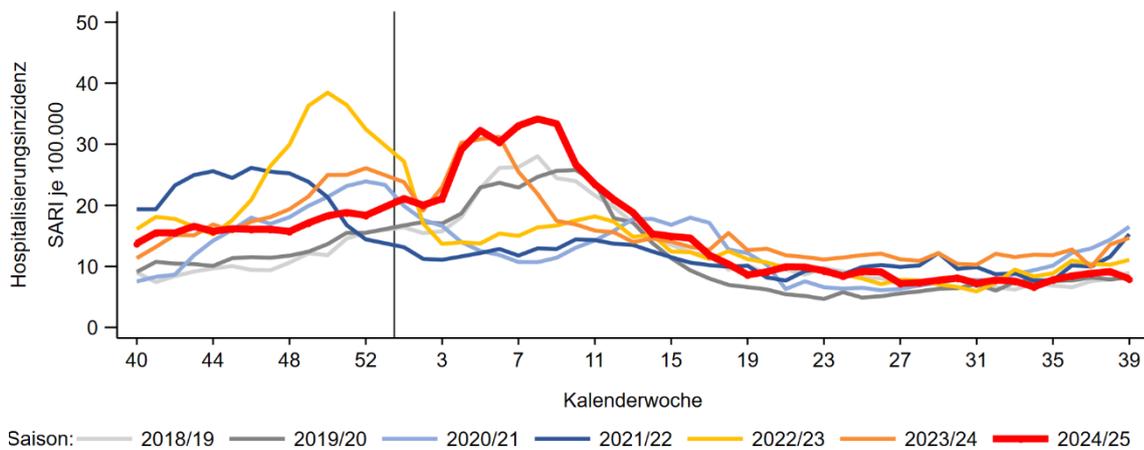


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 39. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

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>

Die SARI-Inzidenz lag im Zeitraum zwischen der 36. und der 39. KW 2025 in allen Altersgruppen weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 7).

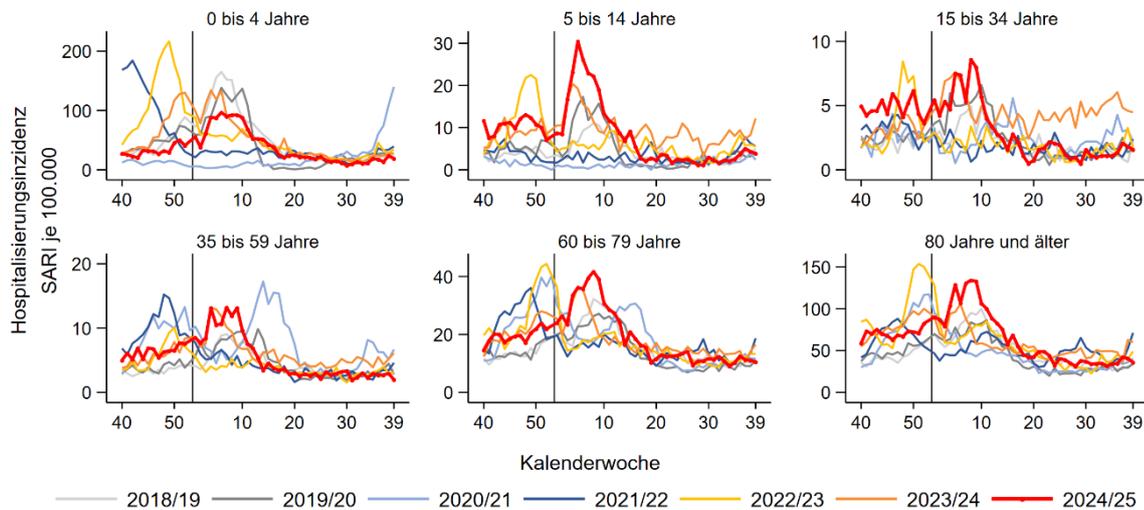


Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2018/19 bis 2024/25 (bis zur 39. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Seit der 34. KW 2025 wurden COVID-19-Diagnosen wieder etwas häufiger bei SARI-Fällen vergeben (Abb. 8). Der Anteil an COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen lag in der Zeit von der 36. bis zur 39. KW 2025 meist bei etwa 7 %, in der 38. KW bei 10 %. Influenza- und RSV-Diagnosen sind in den vergangenen vier Wochen nur bei maximal 1 % der SARI-Fälle vergeben worden.

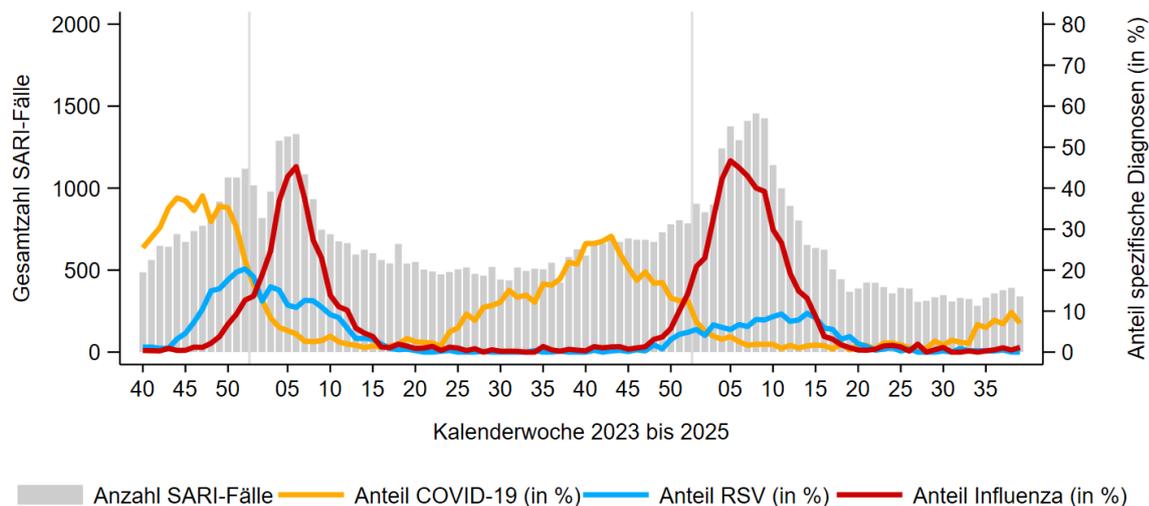


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2023 bis zur 39. 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 von der 36. bis zur 39. KW 2025 überwiegend bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren diagnostiziert sowie vereinzelt in den meisten anderen Altersgruppen. RSV-Erkrankungen wurden sporadisch bei Säuglingen (0 bis 1 Jahre) diagnostiziert. Influenza-Diagnosen wurden von der 36. bis zur 39. KW 2025 vereinzelt bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) und bei SARI-Patientinnen und -Patienten im Alter von 5 bis 34 Jahren sowie bei den ab 60-jährigen vergeben (Abb. 9).

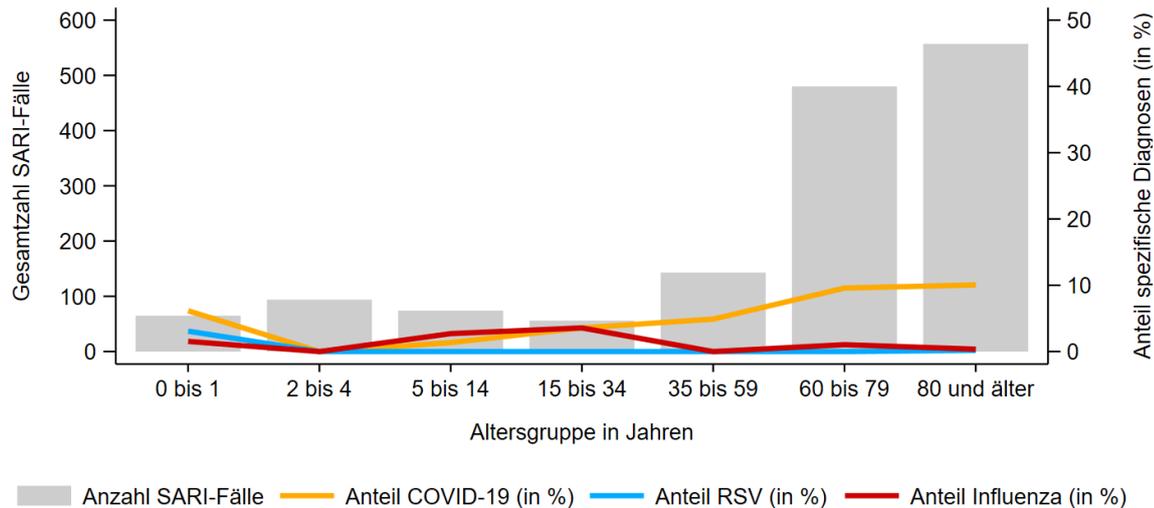


Abb. 9: Anzahl der in der 36. bis 39. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) 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. Im Zeitraum von der 36. bis zur 39. KW 2025 wurden bei insgesamt 7 % der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung eine COVID-19-Diagnose gestellt. Influenza- und RSV-Erkrankungen wurden in den vergangenen vier Wochen nur vereinzelt unter den SARI-Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung diagnostiziert (Abb. 10).

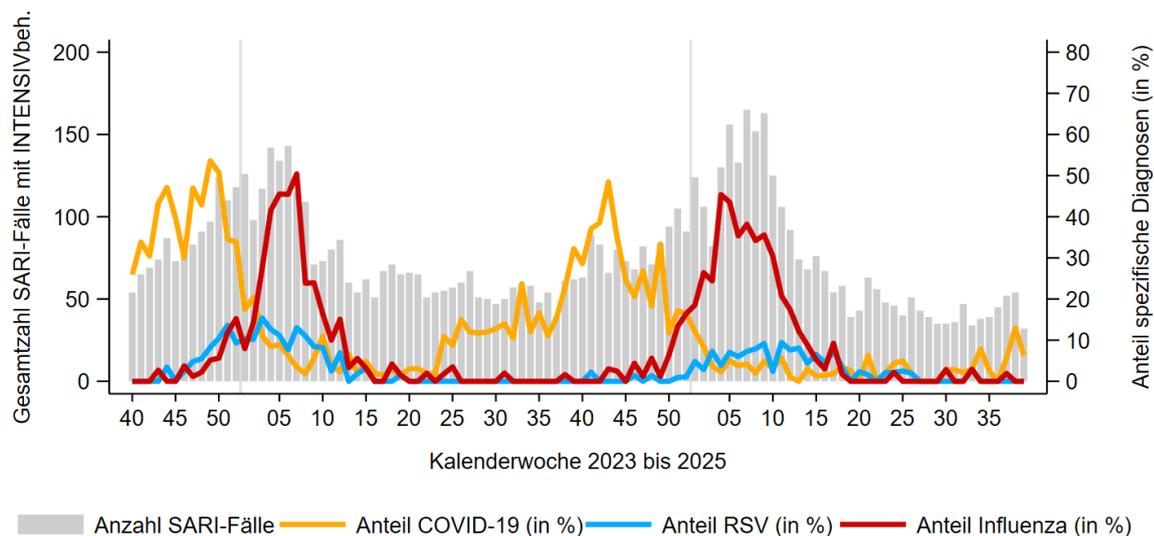


Abb. 10: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2023 bis zur 39. 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 September 2025 aus sechs der 15 teilnehmenden Kliniken 54 Sentinelproben zugesandt. In 16 (30 %) der 54 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2). Im September 2025 wurden Rhinoviren (17 %), SARS-CoV-2 (9 %), PIV (6 %) und Adenoviren (2 %) detektiert (Abb. 11). 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 30.9.2025), Stand 30.9.2025.

	Juni	Juli	August	September	Gesamt ab Oktober 2024
Anzahl eingesandter Proben	142	150	99	54	2.000
Probenanzahl mit Virusnachweis*	39	35	22	16	873
Positivenrate (PR)	27 %	23 %	21 %	30 %	45 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	4
A(H ₃ N ₂)	0	1	0	0	21
A(H ₁ N ₁)pdm09	1	0	0	0	132
B	0	1	0	0	56
SARS-CoV-2	4	7	6	5	119
RSV	0	0	0	0	116
hMPV	1	0	0	0	76
PIV (1 – 4)	14	10	5	3	70
Rhinoviren	19	13	11	9	255
hCoV	2	0	0	0	67
Adenoviren	1	5	2	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

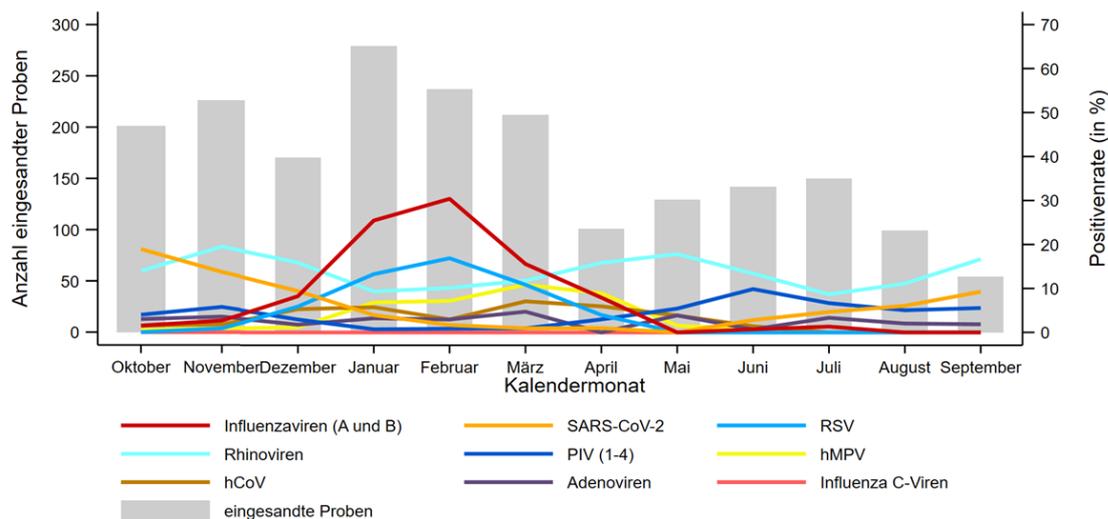


Abb. 11: Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von Oktober 2024 bis September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

Im September 2025 stammte die überwiegende Zahl der Proben aus den Altersgruppen der 35- bis 59-jährigen (n = 11) sowie der 60- bis 79-jährigen (n = 19). In beiden Altersgruppen wurden hauptsächlich Rhinoviren nachgewiesen, ebenso wie in allen anderen Altersgruppen.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 36. bis 39. MW 2025 wurden bislang insgesamt 529 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 529 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen blieben von der 36. bis zur 39. MW auf niedrigem Niveau. Bei 40 (23 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 30.9.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 395.960 Fälle übermittelt. Davon entfallen 394.239 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 70.007 (18 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2024/25 wurden bislang 2.088 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)

	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
Influenza A (nicht subtypisiert)	67	66	74	88	126	146	230.372
A(H1N1)pdm09	1	6	2	4	0	2	4.333
A(H3N2)	0	1	0	2	1	0	531
nicht nach A / B differenziert	2	0	2	5	2	6	7.430
B	9	16	14	15	18	22	151.573
Gesamt	79	89	92	114	147	176	394.239
Hospitalisierte Fälle	25	27	24	35	41	40	70.007

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

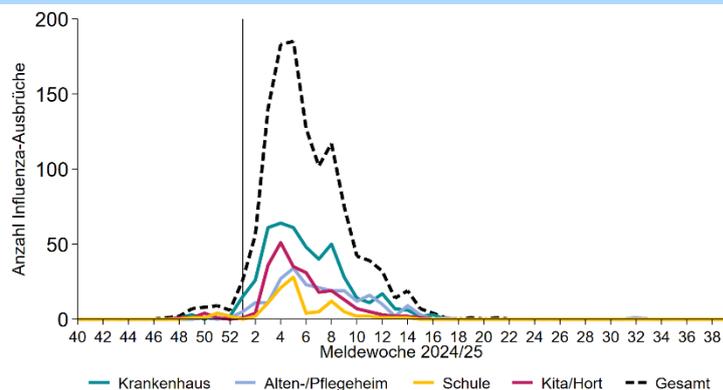
Bisher wurden in der Saison 2024/25 insgesamt 1.205 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Seit der 33. MW 2025 wurde kein Ausbruch mehr übermittelt (Tab. 4).⁴

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.

Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	1.205
Krankenhaus	463
Alten- und Pflegeheime	226
Schule	103
Kita/Hort	235
sonstige Settings*	178
Anzahl Ausbruchs-fälle	15.641
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,0

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



⁴ Eine ausführliche Beschreibung zu Ausbrüchen und Ausbruchs-fällen 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 36. bis 39. MW 2025 wurden bislang 10.998 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 10.876 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Berichtszeitraum kontinuierlich gestiegen. Bei 3.271 (30 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 30.9.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 164.667 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 164.462 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 60.602 (37 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5). In der Saison 2024/25 wurden bisher 2.843 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter.

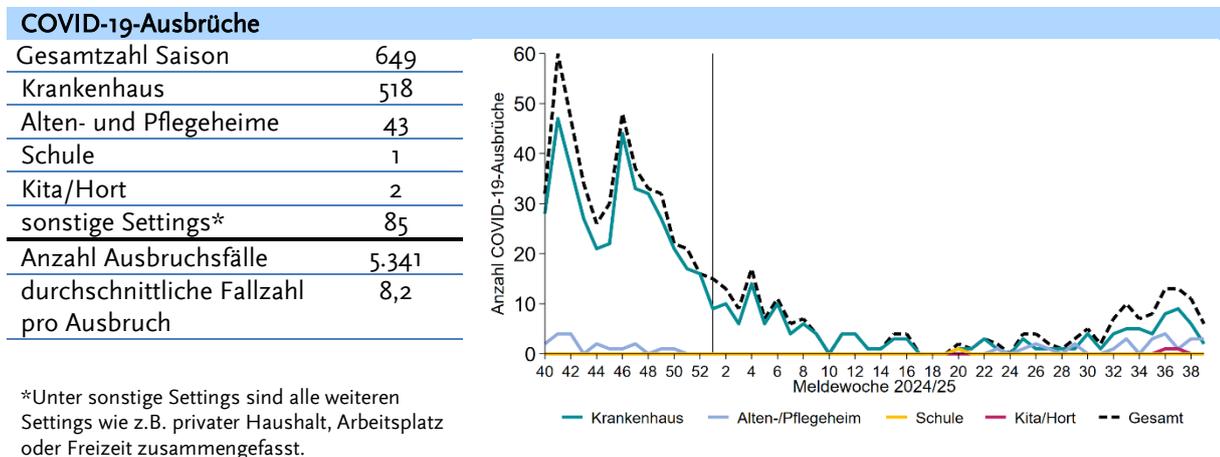
Tab. 5: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
SARS-CoV-2	1.399	1.657	2.115	2.458	2.950	3.353	164.462
Hospitalisierte Fälle	485	581	638	841	849	943	60.602

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 649 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 43 Ausbrüche zwischen der 36. und 39. 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-Falldefinitionskategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.



RSV-Infektionen

Für die 36. bis 39. MW 2025 wurden bislang insgesamt 186 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen 155 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen blieben im Berichtszeitraum auf niedrigem Niveau. Bei 37 (24 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 30.9.2025).

Seit der 40. MW 2024 wurden insgesamt 69.399 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 68.401 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 18.340 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

In der Saison 2024/25 wurden bisher 409 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter RSV-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 92 % 60 Jahre oder älter.

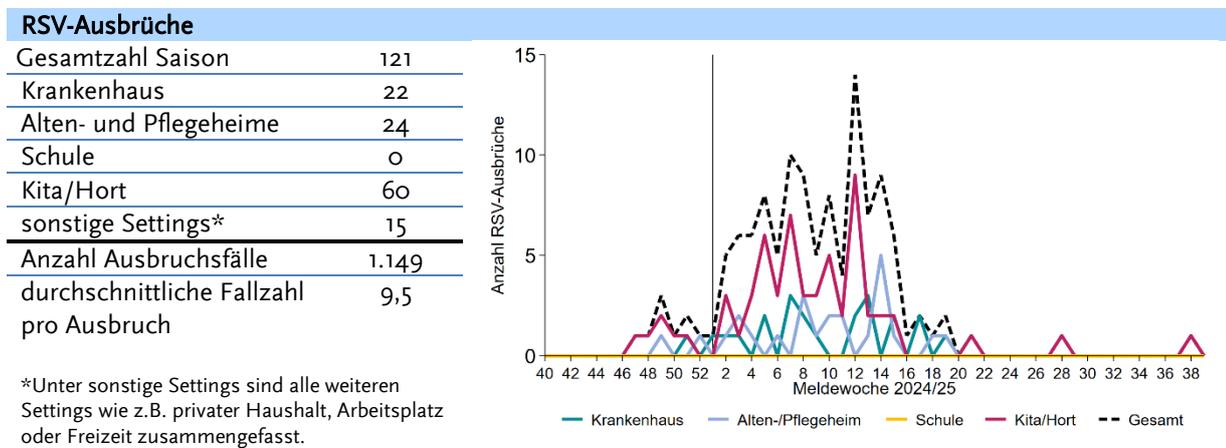
Tab. 7: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	22	28	26	26	44	69	68.411
Hospitalisierte Fälle	4	9	14	5	10	9	18.341

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 121 RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden ein Ausbruch zwischen der 36. und 39. MW 2025 übermittelt (Tab. 8).

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



Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 36. bis 39. KW wurden Daten aus insgesamt 76 Kläranlagen ausgewertet. Der zuvor beobachtete Anstieg der SARS-CoV-2-Last im Abwasser hat sich in den letzten Wochen nicht fortgesetzt. (Abb. 12). Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern.

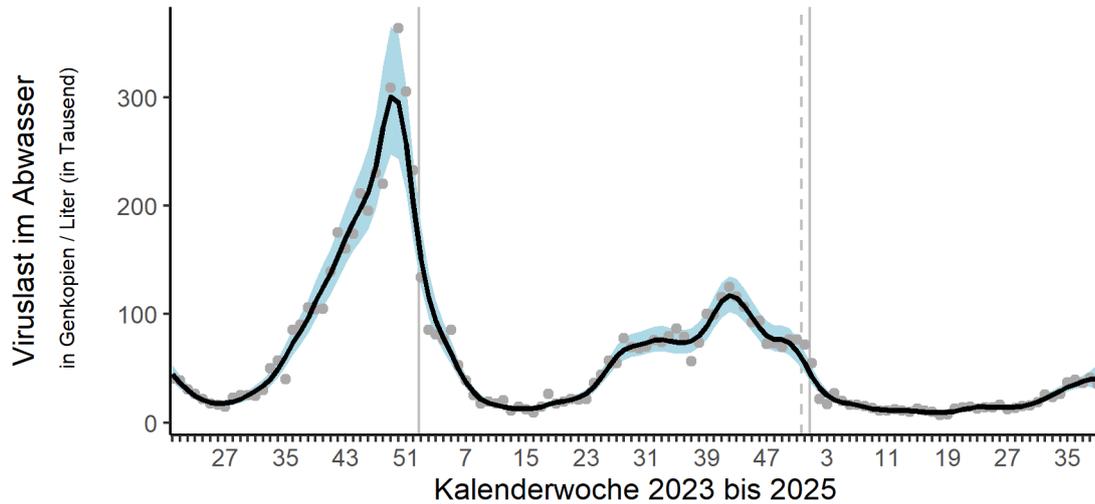
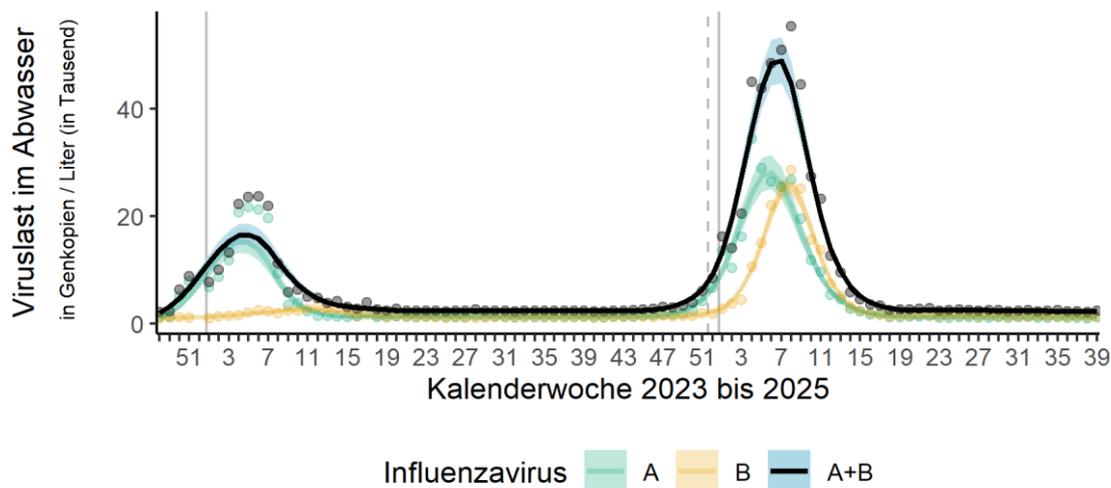


Abb. 12: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 30.9.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (24.9.2025, 39. KW). Gezeigt 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 36. bis 39. KW wurden Daten aus insgesamt 76 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 13).



Influenzavirus A B A+B

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 punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 30.9.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (24.9.2025, 39. 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 36. bis 39. KW wurden Daten aus insgesamt 48 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 14).

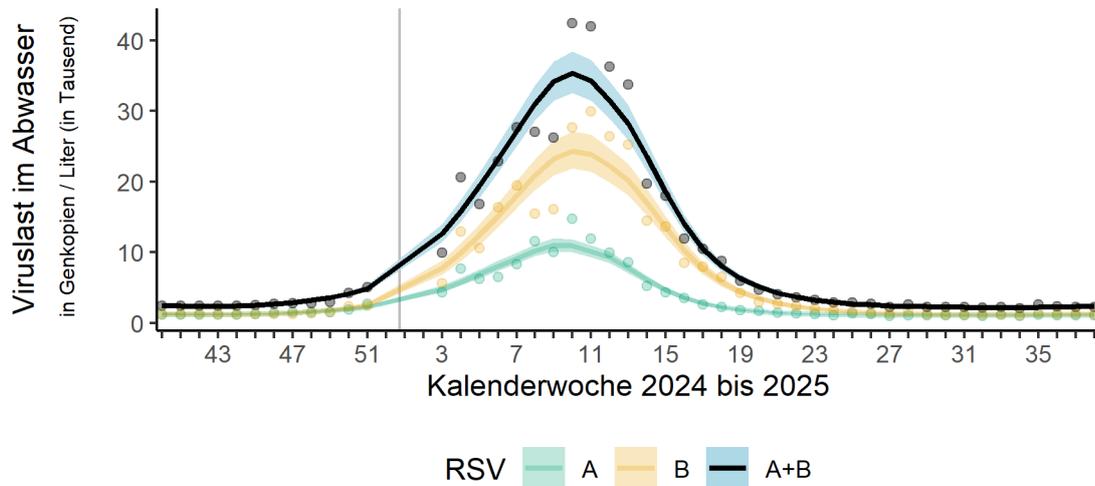


Abb. 14: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 30.9.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (24.9.2025, 39. 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 36-39/2025 | DOI: 10.25646/13414