

Saisonrückblick 2024/25 zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen auf Grundlage der IfSG-Melddaten

Ausbruchsgeschehen, Hospitalisierungen und Todesfälle im Fokus

Einleitung

Für die Einschätzung der Situation zur Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) wertet das Robert Koch-Institut (RKI) über das gesamte Jahr wöchentlich mehrere Datenquellen aus und berichtet dazu ausführlich in seinen ARE-Wochen- und Monatsberichten.^{1,2} Ergänzt werden diese um Sonderauswertungen, z. B. aktuelle Veröffentlichungen zur Saison 2024/25.³⁻⁶

Der vorliegende Saisonrückblick hat das Ziel, die bestehenden Berichte durch die Auswertung der gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das RKI übermittelten Fall- und Ausbruchsdaten zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Meldewesens zu ergänzen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Ausbrüchen sowie den in diesem Zusammenhang übermittelten Hospitalisierungen und Todesfällen.

Methoden

Nachweise von Influenzaviren, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 (SARS-CoV-2) und Respiratorischen Synzytialviren (RSV) werden an das Gesundheitsamt gemeldet. Bei COVID-19 ist gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG auch der Verdacht, die Erkrankung und der Tod in Bezug auf COVID-19 meldepflichtig. Darüber hinaus unterliegen Ausbrüche von Infektionskrankheiten in bestimmten Umfeldern einer Meldepflicht gemäß IfSG. Nach Meldung von Einzelfällen und Ausbrüchen ermitteln die Gesundheitsämter zum Umfang, Erreger, zu Infektionsort und -zeit sowie zur Ansteckungsquelle und können anschließend Maßnahmen zur Eindämmung des Geschehens anordnen. Dabei können in der Software im Gesundheitsamt mehrere Fälle mit epidemiologischem Zusammenhang zu Ausbrüchen zusammengefasst werden.⁷ Die Informationen zu Ausbrüchen werden in die Melde- und Übermittlungssoftware überführt, an die

zuständigen Landesbehörden und von dort an das RKI übermittelt.

In dieser Auswertung wurden alle Fälle und Ausbrüche mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen gemäß Referenzdefinition berücksichtigt, die bis zum Datenstand 10. Juni 2025 für die Melde- wochen (MW) 40/2024 bis 20/2025 an das RKI übermittelt wurden. Bei der Ausbruchstatistik zu COVID-19 sind klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle nicht enthalten, da diese Falldefinitions- kategorie erst seit März 2025 die Referenzdefinition erfüllt.

Ein Ausbruch wird der frühesten MW des Falles mit dem frühesten Meldedatum zugeordnet. Ausbrüche können auf mehreren Ebenen (lokal, regional, national) angelegt und miteinander verknüpft werden. Um eine Mehrfachzählung zu vermeiden und größere Ausbruchsgeschehen zusammenhängend auswerten zu können, werden in der folgenden Analyse nur Ausbrüche auf der höchsten Ausbruchsebene mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition analysiert.⁸ Für Ausbrüche können eine Vielzahl an möglichen Infektionsumfeldern (Settings) angegeben werden. Hierbei sind in der Software bestimmte Kategorien vorgegeben, dazu zählen Wohnstätten, Übernachtungen, Arbeitsplatz, Ausbildungsstätten, medizinische Behandlungseinrichtungen, Betreuungseinrichtungen, Freizeit, Speisestätten, Verkehrsmittel und sonstige Settings. Mit Ausnahme der Kategorie Arbeitsplatz gibt es für die genannten Kategorien weitere Unterkategorien.

Zur Bewertung der Krankheitsschwere von Ausbruchsfällen wurden die Hospitalisierungs- und Todesfallanteile für die drei untersuchten Krankheiten altersstratifiziert und getrennt nach Ausbruchsfällen und Einzelfällen analysiert. Als Ausbruchsfälle werden Fälle gewertet, die einem Ausbruch mit

mindestens fünf gemäß Referenzdefinition übermittelten Fällen zugeordnet sind. Als Einzelfälle gelten Fälle, die keinem Ausbruch zugeordnet sind. Fälle, die einem Ausbruch mit weniger als fünf übermittelten Fällen zugeordnet sind, werden in der Analyse zur Krankheitsschwere nicht mit einbezogen. Der Anteil der Hospitalisierten bzw. Todesfälle bezieht sich in dieser Analyse auf die Gesamtzahl der übermittelten Fälle. Um bei diesem Vergleich eine Verzerrung beim Hospitalisierungsanteil durch die Überrepräsentation von Krankenhausausbrüchen insbesondere bei COVID-19 zu vermeiden, wurden beim Vergleich des Hospitalisierungsanteils Ausbruchsfälle im Krankenhaus ausgeschlossen.

Der Beginn und das Ende der Krankheitswellen von Influenza und RSV-Infektionen basieren auf den Daten der virologischen Surveillance aus dem ARE-Praxis-Sentinel des RKI.^{9,10}

Die Analyse erfolgte mit SQL Management Studio, R (Version 4.4.3) sowie Microsoft Analysis Services Cubes. Dezimalstellen werden nur für Werte klei-

ner 10 angegeben (*two meaningful digits*) und detaillierte Werte zu Alter und Todesfällen nur bei mindestens fünf Fällen (alternativ <5). Vergleiche zur Vorsaison erfolgten teilweise auf Basis des Saisonrückblicks 2023/24.¹¹

Ergebnisse

Bei COVID-19 baute sich, wie in den beiden Vorjahren, bereits Mitte des Jahres 2024 eine Welle auf, die sich bis zum Jahresende 2024 erstreckte. In der Saison 2024/25 (MW 40/2024–20/2025) wurden insgesamt 140.799 COVID-19-Fälle (Vorsaison: 336.528; –58%), 393.452 Influenzafälle (Vorsaison: 212.757; +85%) und 67.892 Fälle mit einer RSV-Infektion (Vorsaison: 58.108; +17%) übermittelt (s. Abb. 1). Der Höhepunkt wurde bei COVID-19 mit über 12.000 übermittelten Fällen pro Woche in MW 43/2024 erreicht. Zum Jahreswechsel 2024/25 konnte eine Zunahme der Influenza- und RSV-Aktivität beobachtet werden, während die COVID-19-Aktivität zurückging. Die Influenzawelle dauerte insgesamt 16 Wochen (Woche 51/2024–14/2025),

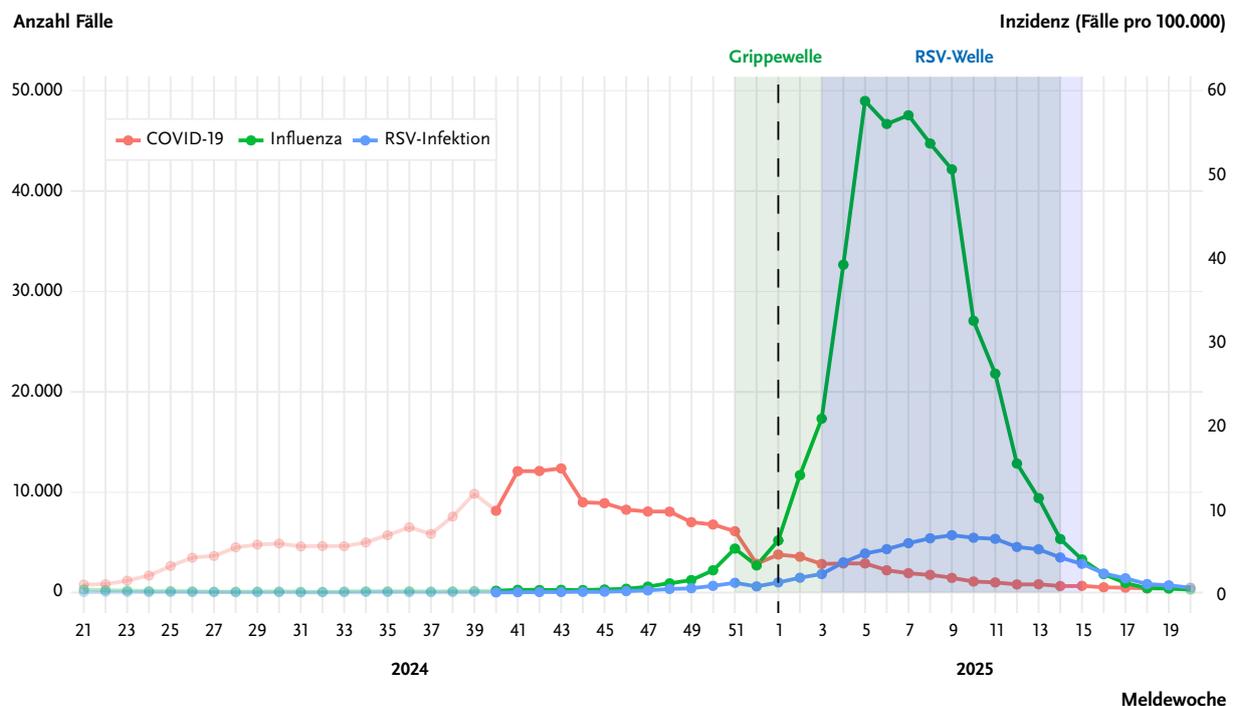


Abb. 1 | Zeitlicher Verlauf der übermittelten COVID-19-, Influenza- und RSV-Fälle in Deutschland von Meldewoche 21/2024 bis 20/2025. Die senkrecht gestrichelte Linie kennzeichnet die 1. Meldewoche 2025. Die Zeiträume der Grippe- und RSV-Wellen gemäß der RKI-Definition¹² sind farblich hervorgehoben. Für eine vollständigere Darstellung der COVID-19-Aktivität werden die Fallzahlen bereits ab MW 21/2024 abgebildet (s. hellere Kurven).

die RSV-Welle 13 Wochen (Woche 3–15/2025). Bei Influenza wurden bis zu 49.000 Fälle pro Woche übermittelt (MW 5/2025), bei RSV-Infektionen waren es etwa 5.700 Fälle pro Woche (MW 9/2025).

Die altersspezifischen Inzidenzen unterscheiden sich zwischen den Krankheiten. Für COVID-19 wurde die höchste altersspezifische Inzidenz bei Personen ab 80 Jahren beobachtet (785 pro 100.000 Einwohner [Einw.], Vorsaison: 1.648), gefolgt von der Altersgruppe 60–79 Jahre (234 pro 100.000 Einw., Vorsaison: 527). Der Altersmedian der übermittelten Fälle lag bei 71 Jahren (Vorsaison: 67 Jahre).

Für Influenza wurde die höchste altersspezifische Inzidenz bei den 0- bis 4-Jährigen beobachtet (1.104 pro 100.000 Einw., Vorsaison 752). Die zweithöchste Inzidenz entfiel auf die Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen (908 pro 100.000 Einw., Vorsaison: 384) und lag über der der Hochaltrigen ab 80 Jahren (639 pro 100.000 Einw., Vorsaison 356). Der Altersmedian der übermittelten Influenzafälle lag bei 37 Jahren (Vorsaison: 42 Jahre).

Für RSV-Infektionen lag der Altersmedian bei 23 Jahren. Die höchste altersspezifische Inzidenz wur-

de mit 705 Fällen pro 100.000 Einw. in der Altersgruppe 0–4 Jahre beobachtet (Vorsaison: 961), gefolgt von der Altersgruppe 80 Jahre und älter (161 pro 100.000 Einw., Vorsaison: 72).

Ausbrüche im Überblick

In der Saison 2024/25 wurden insgesamt 573 COVID-19-Ausbrüche mit im Median sieben Ausbruchsfällen übermittelt (s. Tab. 1). Im Vergleich zur Vorsaison hat sich die Zahl der übermittelten Ausbrüche, ähnlich wie die Zahl aller übermittelten Fälle, in etwa halbiert (Vorsaison: 1.132 Ausbrüche; Median sieben Fälle pro Ausbruch). Der Anteil hospitalisierter Ausbruchsfälle bei COVID-19 blieb auf einem hohen Niveau (78%; Vorsaison: 72%). Dieser Anteil liegt deutlich über dem Anteil hospitalisierter Fälle unter allen übermittelten COVID-19-Fällen (38%).

Beim Vergleich von Ausbruchsfällen mit Einzelfällen stratifiziert nach Altersgruppen und unter Ausschluss des Settings Krankenhaus, zeigt sich jedoch ein ähnlich hoher Hospitalisierungsanteil in den höheren Altersgruppen (s. Abb. 2). Eine Bewertung der Altersgruppen 0–34 Jahre ist hier nicht möglich, da entweder keine Ausbruchsfälle außer-

Hospitalisierungsanteil (%)

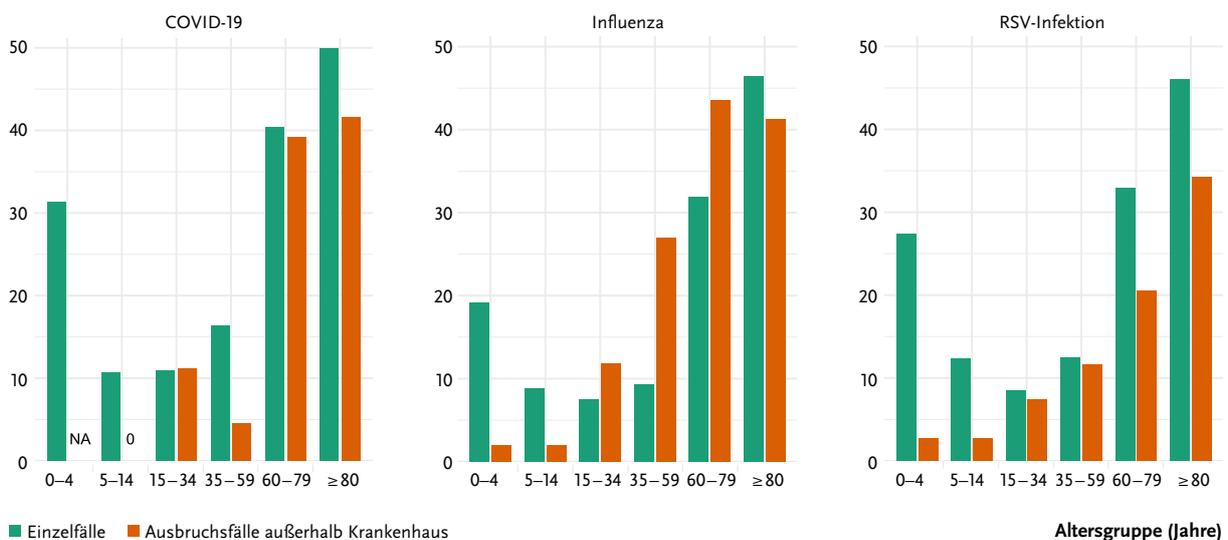


Abb. 2 | Hospitalisierungsanteil für COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen im Zeitraum MW 40/2024 bis MW 20/2025, jeweils altersstratifiziert nach Ausbruchsfällen und Einzelfällen. Ausbruchsfälle aus Krankenhausausbüchen wurden ausgeschlossen.

NA = Altersgruppen ohne Ausbruchsfälle; 0 = keine hospitalisierten Ausbruchsfälle außerhalb des Settings Krankenhaus

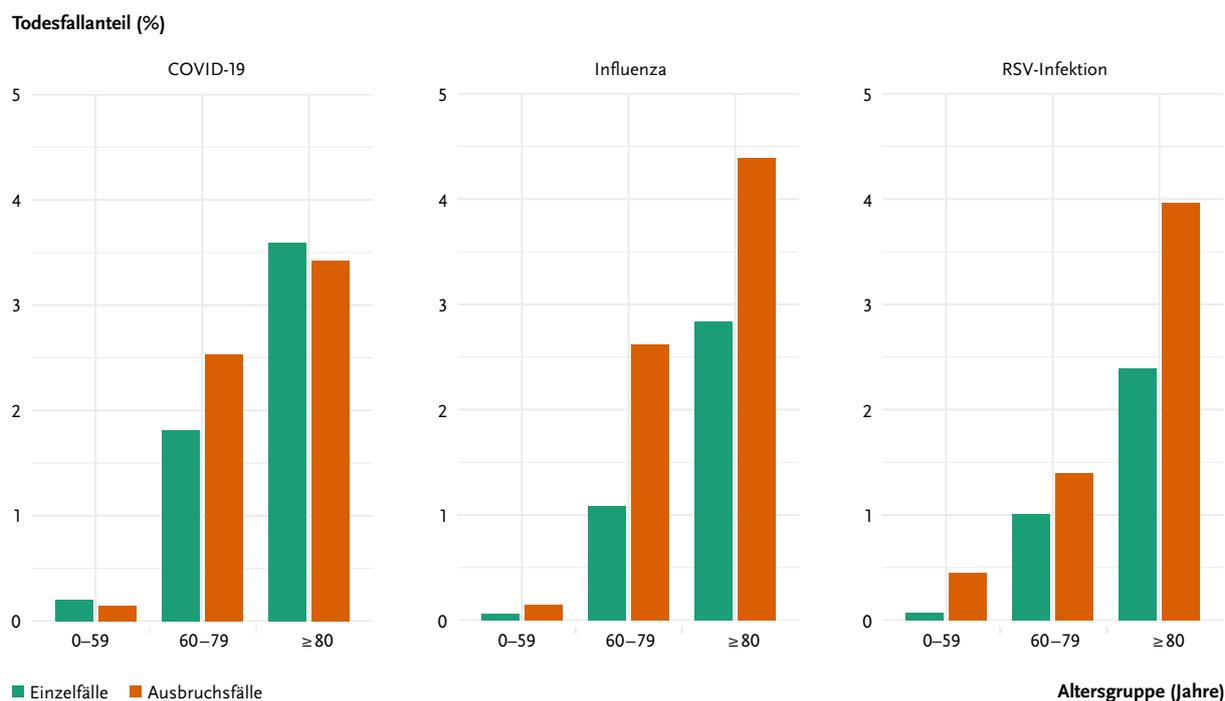


Abb. 3 | Todesfallanteil bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen, jeweils altersstratifiziert und differenziert nach Einzel- und Ausbruchsfällen, MW 40/2024 bis MW 20/2025. Aufgrund sehr geringer Fallzahlen wurde die Altersgruppe 0–59 Jahre zusammengefasst.

halb des Settings Krankenhaus übermittelt wurden (0–4 Jahre) oder die Anzahl übermittelter, hospitalisierter Ausbruchsfälle zu gering für einen Vergleich mit Einzelfällen (5–34 Jahre) ist.

Bei COVID-19-Ausbrüchen war der Todesfallanteil unter den Ausbruchsfällen mit 2,6 % höher als unter allen Fällen (1,9 %). Im Vergleich zu Einzelfällen konnte nur in der Altersgruppe der 60- bis 79-jährigen ein höherer Anteil an Verstorbenen unter Ausbruchsfällen beobachtet werden (s. [Abb. 3](#)). In den übrigen Altersgruppen, für die Todesfälle in beiden Kategorien übermittelt wurden, lag der Todesfallanteil auf einem vergleichbaren Niveau (s. [Abb. 3](#)).

Für **Influenza** wurden insgesamt 1.196 Ausbrüche an das RKI übermittelt und damit mehr als doppelt so viele wie in der Vorsaison (Vorsaison: 537 Ausbrüche, s. [Tab. 1](#)). Die Anzahl der Ausbruchsfälle war mit ca. 15.500 Fällen ebenfalls mehr als doppelt so hoch wie in der Vorsaison (ca. 6.200). Die Ausbruchgröße hingegen lag mit im Median acht Fällen pro Ausbruch auf dem gleichen Niveau wie in der Vorsaison. Der Höhepunkt der übermittelten

Influenzaausbrüche lag in MW 5/2025 und deckt sich mit dem Höhepunkt der insgesamt übermittelten Fälle. Im Vergleich zur Vorsaison fällt der Anteil der hospitalisierten Ausbruchsfälle geringer aus (26 % versus 32 % in der Vorsaison), liegt jedoch weiterhin über dem Anteil Hospitalisierter unter allen Influenzafällen (18 %). Im Vergleich zu Einzelfällen liegt der Hospitalisierungsanteil von Ausbruchsfällen in der Altersgruppe der 15- bis 34-jährigen und insbesondere in den Altersgruppen der 35- bis 59-jährigen und 60- bis 79-jährigen höher (s. [Abb. 2](#)). Dagegen ist insbesondere in den jüngeren Altersgruppen (0- bis 4-jährigen) ein deutlich höherer Anteil an hospitalisierten Einzelfällen zu beobachten.

Der Anteil der Todesfälle unter Influenzaausbruchsfällen betrug 1,3 % und lag damit über dem Anteil aller übermittelten Influenzafälle (0,5 %). Auch im Vergleich zu Einzelfällen war ein höherer Anteil an verstorbenen Ausbruchsfällen in den Altersgruppen ab 35 Jahren zu beobachten, mit besonders deutlicher Differenz in den Altersgruppen ab 60 Jahren (s. [Abb. 3](#)).

	COVID-19	Influenza	RSV-Infektion
Ausbrüche gesamt			
Gesamtzahl Saison 2024/25 (Vorsaison)	573 (1.132)	1.196 (537)	118 (74)
Fallzahl pro Ausbruch [Median, Spanne] (Vorsaison)	7 [5–41] (7 [5–154])	8 [5–125] (8 [5–140])	8 [5–36] (13 [5–38])
Ausbruchsfälle gesamt			
Gesamtzahl Saison 2024/25 (Vorsaison) davon nur klinisch-epidemiologisch bestätigt* (%)	4.665 (10.326) NA	15.584 (6.234) 9.025 (58%)	1.118 (854) 596 (53%)
Altersmedian (Jahre) unter Ausbruchsfällen (Vorsaison)	80 (78)	37 (44)	5 (3)
hospitalisierte Fälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	3.637 [78%] (7.450 [72%])	4.056 [26%] (1.976 [32%])	222 [20%] (60 [7,0%])
Todesfälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	123 [2,6%] (302 [2,9%])	204 [1,3%] (78 [1,3%])	15 [1,3%] (<5 [NA])
Setting Krankenhaus			
Anzahl Ausbrüche [Anteil] (Vorsaison)	475 [83%] (936 [83%])	462 [39%] (218 [41%])	21 [18%] (<5 [NA])
Anzahl Ausbruchsfälle	3.847	3.715	149
Fallzahl pro Ausbruch [Median, Spanne]	7 [5–41]	7 [5–35]	5 [5–28]
Altersmedian (Jahre) unter Ausbruchsfällen	80 (79)	72 (68)	77 (68)
hospitalisierte Fälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	3.215 [84%] (6.647 [79%])	2.967 [80%] (1.460 [77%])	115 [77%] (21 [100%])
Todesfälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	113 [2,9%] (260 [3,1%])	91 [2,4%] (29 [1,5%])	<5 [NA] (0)
Setting Alten- und Pflegeheime			
Anzahl Ausbrüche [Anteil] (Vorsaison)	18 [3,1%] (52 [4,6%])	225 [19%] (80 [15%])	24 [20%] (<5 [NA])
Anzahl Ausbruchsfälle	139	3.567	267
Fallzahl pro Ausbruch* [Median, Spanne]	6,5 [5–23]	11 [5–94]	10 [5–36]
Altersmedian (Jahre) unter Ausbruchsfällen	86 (84)	81 (81)	83 (87)
hospitalisierte Fälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	57 [41%] (128 [31%])	524 [15%] (246 [23%])	62 [23%] (10 [24%])
Todesfälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	5 [3,6%] (16 [3,9%])	95 [2,7%] (40 [3,7%])	11 [4,1%] (<5 [NA])
Setting Schule			
Anzahl Ausbrüche [Anteil] (Vorsaison)	1 [0,2%] (<5 [NA])	103 [8,6%] (28 [5,2%])	0 (0)
Anzahl Ausbruchsfälle	5	2.619	(0)
Fallzahl pro Ausbruch [Median, Spanne]	5 [5–5]	14 [5–125]	NA
Altersmedian (Jahre) unter Ausbruchsfällen	10 (14)	9 (8)	NA (NA)
hospitalisierte Fälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	0 (0)	32 [2,0%] (0)	NA (NA)
Todesfälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	0 (0)	<5 [NA] (0)	NA (NA)
Setting Kita/Hort			
Anzahl Ausbrüche [Anteil] (Vorsaison)	0 (0)	235 [20%] (105 [20%])	58 [49%] (60 [81%])
Anzahl Ausbruchsfälle	0	4.012	582
Fallzahl pro Ausbruch [Median, Spanne]	NA	13 [5–90]	9 [5–36]
Altersmedian (Jahre) unter Ausbruchsfällen	NA (NA)	4 (4)	2 (2)
hospitalisierte Fälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	NA (NA)	60 [2,5%] (34 [1,9%])	11 [2,4%] (19 [2,7%])
Todesfälle unter Ausbruchsfällen [%] (Vorsaison)	NA (NA)	0 (<5 [NA])	0 (0)

Tab. 1 | Übersicht der im Zeitraum von MW 40/2024 bis MW 20/2025 übermittelten Ausbruchsgeschehen im Zusammenhang mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen, insgesamt sowie stratifiziert nach ausgewählten epidemiologischen Settings. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition berücksichtigt. NA = nicht anwendbar.

* Für COVID-19 werden keine klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle angegeben, da Fälle aus dieser Fallkategorie erst seit März 2025 die Referenzdefinition erfüllen.

Für **RSV-Infektionen** wurden 118 Ausbrüche übermittelt. Damit stieg die Anzahl der Ausbrüche im Vergleich zur Vorsaison (74 Ausbrüche), ähnlich wie auch die absoluten Fallzahlen. Es wurden jedoch in dieser Saison im Median (8) weniger Fälle pro RSV-Ausbruch übermittelt im Vergleich zur Vorsaison.¹³ Der Anteil hospitalisierter Ausbrüche mit RSV-Infektion nahm im Vergleich zur Vorsaison deutlich zu (von 7,0 % auf ca. 20 %), liegt jedoch unter dem Hospitalisierungsanteil aller RSV-Infektionen (26 %). Bei RSV-Infektionen zeigte sich zudem ein insgesamt höherer Hospitalisierungsanteil unter den Einzelfällen im Vergleich zu Ausbrüchen, insbesondere in den jüngeren und älteren Altersgruppen (s. Abb. 2).

Der Anteil der verstorbenen Ausbrüche mit RSV-Infektion betrug 1,3 %, während er unter allen RSV-Infektionen mit 0,6 % niedriger ausfiel. Darüber hinaus zeigte sich im Vergleich zu Einzelfällen ein ebenfalls höherer Anteil an Todesfällen im Rahmen von Ausbrüchen unter Personen ab 80 Jahren (s. Abb. 3).

Ausbruchssettings

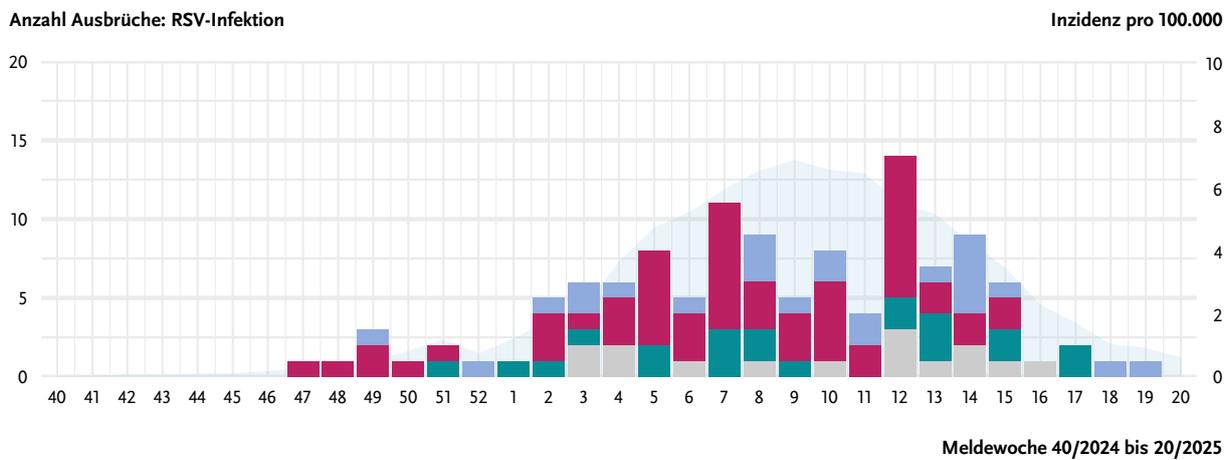
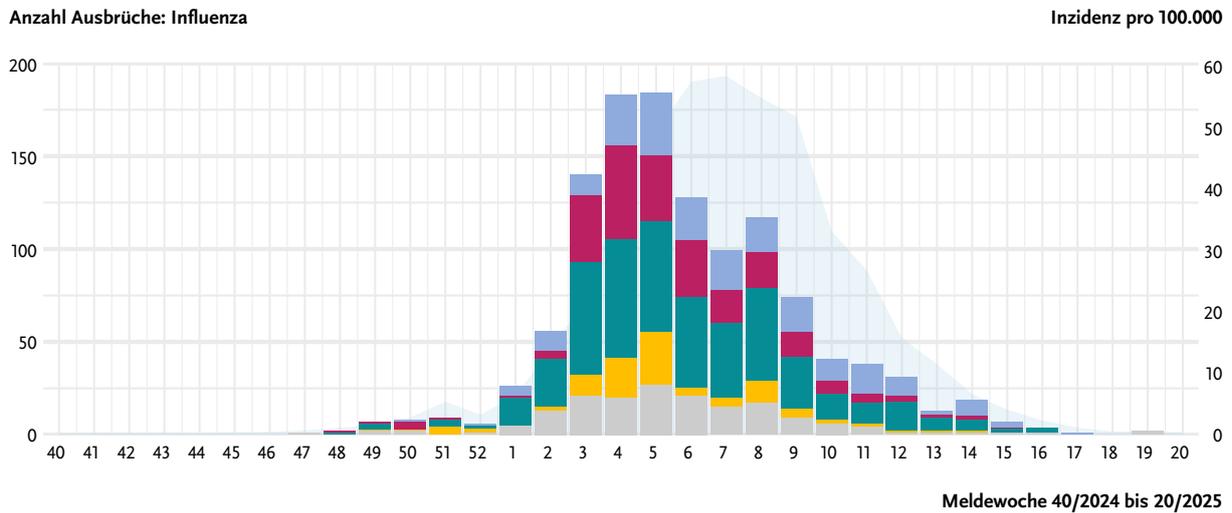
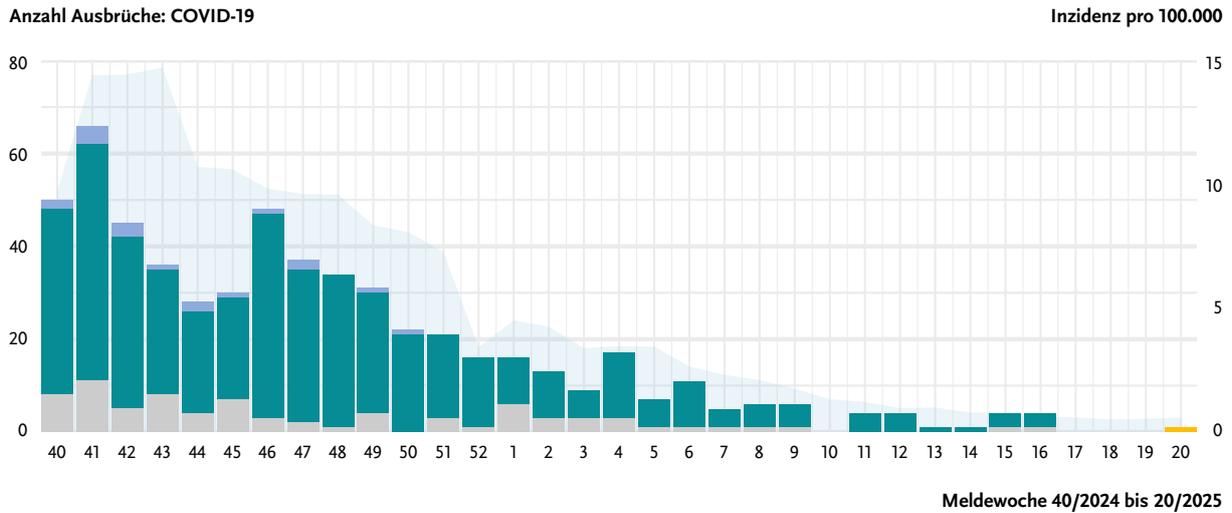
Über alle drei Krankheiten hinweg entfiel wie bereits in der Vorsaison der Großteil der übermittelten Ausbrüche auf die Settings Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Schule sowie Kita/Hort (86 % bei COVID-19- und Influenzaausbrüchen; 87 % bei RSV-Ausbrüchen), wobei diese unterschiedlich stark über die drei Übermittlungskategorien verteilt sind (s. Abb. 4A).

Für **COVID-19** wurden mit 83 % (475/573) wie auch in der Vorsaison die meisten Ausbrüche für das Setting Krankenhaus übermittelt. Der Altersmedian (80 Jahre; Vorsaison: 79 Jahre) sowie der Anteil verstorbenen Ausbrüche im Krankenhaus (2,9 %; Vorsaison: 3,1 %) blieben in etwa stabil. Für das Setting Alten- und Pflegeheime wurden 3,1 % der COVID-19-Ausbrüche übermittelt. Hier wurde im Vergleich zur Vorsaison ein Anstieg des Hospitalisierungsanteils übermittelter Ausbrüche von 31 % auf 41 % beobachtet. Zu berücksichtigen ist jedoch die geringe absolute Zahl von 18 Ausbrüchen mit insgesamt 57 Hospitalisierungen (s. Tab. 1). Für das Setting Kita/Hort wurden wie in der Vorsaison keine COVID-19-Ausbrüche übermittelt. Die weite-

ren Settings betrafen vor allem Reha-Einrichtungen (n=10) und andere medizinische Behandlungseinrichtungen (n=8; s. Abb. 4B).

Die meisten **Influenza-Ausbrüche** wurden ebenfalls für das Setting Krankenhaus (n=462, 39 %) übermittelt, gefolgt von Kita/Hort (n=235, 20 %), Alten- und Pflegeheimen (n=225, 19 %) sowie Schulen (n=103, 8,6 %). Die Anzahl der Influenzaausbrüche im Setting Kita/Hort hat sich im Vergleich zur Vorsaison mehr als verdoppelt (von 105 auf 235). Die größten Ausbruchsgeschehen wurden jedoch im Setting Schule (Median 14 Ausbrüche pro Ausbruch [Spanne: 5–125]) beobachtet, mit einem relativ hohen Anteil an nur klinisch-epidemiologisch bestätigten Fällen. Insbesondere um MW 5/2025 zeigte sich hier eine Vielzahl größerer Ausbrüche, mit einer Ausbruchsgröße von bis zu 125 Fällen. Der Anteil hospitalisierter Influenzaausbrüche im schulischen Setting betrug 2,0 % (32 Fälle). Im Setting Alten- und Pflegeheime sank der Hospitalisierungsanteil bei den übermittelten Influenzaausbrüchen auf 15 % (Vorsaison: 23 %). Wie bereits in der Vorsaison wurde bei der Übermittlung von Influenzaausbrüchen eine breitere Varianz an Settings angegeben im Vergleich zu Ausbrüchen mit COVID-19 und RSV-Infektionen (s. Abb. 4B). So wurden neben den bereits genannten vier Settings auch häufiger Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen in privaten Haushalten (n=43) sowie Reha-Einrichtungen (n=21) übermittelt.

Bei **RSV-Infektionen** konzentrierte sich der Großteil der Ausbrüche auf das Setting Kita/Hort (n=58, 49 %), gefolgt von Alten- und Pflegeheimen (n=24, 20 %) sowie Krankenhäusern (n=21, 18 %, s. Abb. 4A, Tab. 1). Wie auch in der Vorsaison wurden für das Setting Schule keine RSV-Ausbrüche übermittelt. Die Zahl der Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern ist weiterhin vergleichsweise niedrig, stieg jedoch im Vergleich zur Vorsaison deutlich an (in Alten- und Pflegeheimen von vier auf 24, in Krankenhäusern von drei auf 21). Sowohl in den Settings Kita/Hort als auch in Alten- und Pflegeheimen zeigt sich bei RSV-Ausbrüchen ein ähnlicher Hospitalisierungsanteil wie in der Vorsaison (2,4 %, Vorsaison: 2,7 % in Kita/Hort bzw. 23 % in Alten- und Pflegeheimen, Vorsaison: 24 %).



■ Krankenhaus
 ■ Alten-/Pfleheim
 ■ Kindergarten, Hort
 ■ Schule
 ■ weitere
 ■ Inzidenz

Abb. 4A | Anzahl übermittelter Ausbrüche mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen im zeitlichen Verlauf in der Saison 2024/25 (MW 40/2024 bis 20/2025) differenziert nach den Settings Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Kita/Hort, Schule und weitere Settings. Zusätzlich ist die wöchentliche Gesamtinzidenz als hellblaue Fläche im Hintergrund dargestellt.

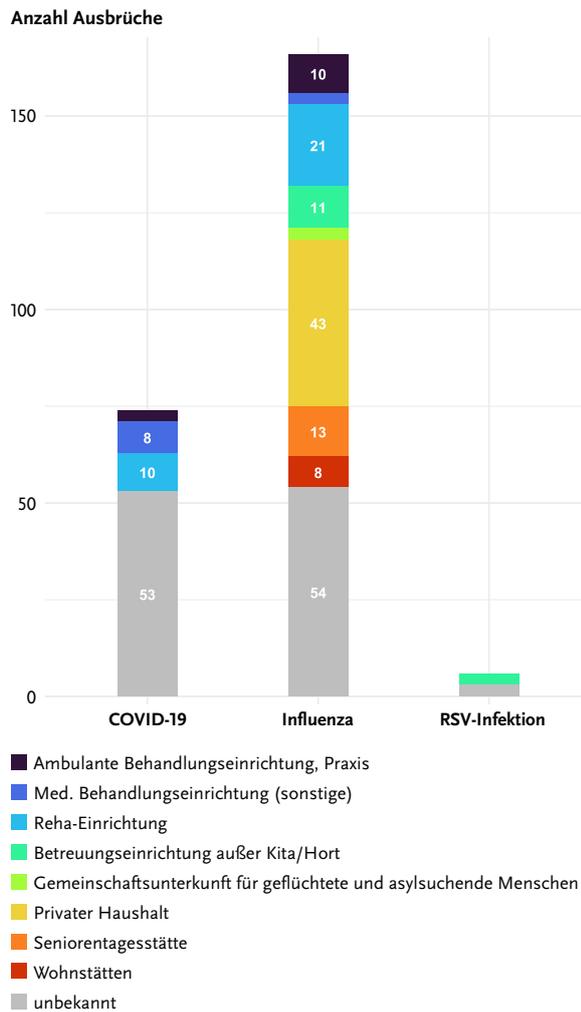


Abb. 4B | Detaillierte Darstellung der in Abb. 4A gezeigten Kategorie „weitere“ Settings je Meldekategorie für die Saison 2024/25 (MW 40/2024 bis 20/2025). Balken ohne Zahlenangabe entsprechen einer Anzahl von 3 oder weniger Ausbrüche (≤ 3).

Gesamtbetrachtung

Rückblick der Saison

Die Saison 2024/25 war die zweite Saison nach der COVID-19-Pandemie und der Einführung der bundesweiten RSV-Meldepflicht. Gleichzeitig war es die erste nach Einführung der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur spezifischen Prophylaxe mit dem monoklonalen Antikörper Nirsevimab zum Schutz vor schweren Atemwegserkrankungen durch RSV bei Säuglingen sowie zur RSV-Impfung für ältere Erwachsene.^{13,14} Sie war geprägt durch eine wie bereits in den Vorjahren im Sommer 2024 startende COVID-19-

Aktivität, die mit dem Saisonstart ab Woche 40/2024 ihren Höhepunkt erreichte und bis zum Jahresende sank. Im Vergleich zu den Vorsaisons scheint die Zirkulation von Influzaviren und RSV sich wieder vorpandemischen Mustern anzugleichen. Für COVID-19 ist jedoch weiterhin keine ausgeprägte Saisonalität erkennbar. Die Beobachtung, dass die COVID-19-Aktivität auch in den Vorjahren in den Sommermonaten vor Saisonbeginn gestartet ist, wird ebenfalls auf europäischer Ebene geteilt.¹⁵ Für zukünftige Saisonrückblicke sollte daher in Betracht gezogen werden, regulär auch Fälle vor Saisonstart (derzeit Woche 40) einzubeziehen.

In der Saison 2024/25 wurden deutlich weniger COVID-19-Fälle und Ausbrüche als in der Vorsaison übermittelt (Reduktion um etwa 50%). Eine ähnliche Entwicklung berichteten auch Staat et al. für den stationären Bereich (-20%) und Krupka et al. für ambulante Fälle.³⁻⁵ Weiterhin waren aber vor allem ältere Personen von COVID-19 und einem schweren Verlauf betroffen.³ Nach dieser im Vergleich zu den Vorjahren geringer ausfallenden COVID-19-Aktivität schloss sich eine Influenza- und RSV-Welle an, die in dieser Saison zu einer besonders hohen Krankheitslast im ambulanten und stationären Bereich führte.³⁻⁵ Für Influenza wurden in diesem Jahr fast doppelt so viele Fälle wie im Vorjahr übermittelt (+85%), was nicht allein durch den Einfluss des Testverhaltens erklärt, sondern auch mit einer höheren Influenzaaktivität im Vergleich zur Vorsaison erklärt werden kann und sich auch mit den Bewertungen anderer Surveillance-systeme deckt.³⁻⁶ Neben den üblicherweise stark von Influenza betroffenen Altersgruppen wurde in dieser Saison auch eine hohe Inzidenz unter Schulkindern beobachtet, die sich auch im stationären Bereich und der deutlichen Zunahme von Ausbrüchen im Setting Schule im Vergleich zur Vorsaison zeigte.³ Ebenso berichteten andere europäische Länder von einem deutlich erhöhten Konsultationsverhalten bei 5- bis 14-Jährigen.¹⁶ Für RSV-Infektionen wurden ebenfalls mehr Fälle im Vergleich zur Vorsaison übermittelt, aber mit +17% nicht im gleichen Ausmaß wie für Influenza. Zudem sank unter Säuglingen die Inzidenz in der ersten Saison 2024/25 nach Einführung der STIKO-Empfehlung zur RSV-Prophylaxe mittels Nirsevimab um mehr als die Hälfte (-54%) im Vergleich zur Vorsaison.¹⁷

Ausbruchsgeschehen

Für COVID-19 wurden in dieser Saison 573 Ausbrüche übermittelt und damit etwa halb so viele wie im Vergleich zur Vorsaison. Diese Entwicklung deckt sich mit der deutlich gesunkenen Anzahl übermittelter Fälle und schwächeren SARS-CoV-2-Zirkulation im Vergleich zu den Vorjahren.¹² Analog zur Vorsaison dominiert jedoch weiterhin das Setting Krankenhaus unter übermittelten COVID-19-Ausbrüchen. Der hohe Anteil an Hospitalisierten lässt sich insbesondere auf die verstärkten Testungen im stationären Bereich zurückführen. So erfolgt die PCR-Diagnostik – häufig als Multiplex-PCR – vor allem in Krankenhäusern, bei schwer Erkrankten und bei Risikogruppen, was die erfassten Erkrankungsfälle in diesen Bereichen tendenziell erhöht. Im Setting Schule wurden hingegen keine COVID-19-Ausbrüche übermittelt, was vor allem darauf zurückgeführt wird, dass zum Zeitpunkt des COVID-19-Geschehens nur PCR-bestätigte Fälle einbezogen (Anpassung der Fall- und Referenzdefinition erfolgte erst ab März 2025) und in diesem Setting deutlich weniger Testungen (insbesondere PCR-Testungen) erfolgen.

Dieser starke Fokus auf den stationären Bereich zeigt sich auch in der geringen Variabilität übermittelter Settings im Vergleich zu Influenza und RSV-Infektionen. Für COVID-19 wurden neben dem Krankenhaus nur noch Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen und anderen stationären Einrichtungen (Reha-Einrichtung, medizinische Behandlungszentren allgemein) und wenigen ambulanten Behandlungseinrichtungen übermittelt. Dies spricht dafür, dass der Fokus der COVID-19-Testungen inzwischen fast ausschließlich auf (insbesondere stationäre) Behandlungseinrichtungen beschränkt ist. Einschränkend ist hier zu erwähnen, dass in dieser Analyse jedoch nur laborbestätigte Fälle eingeflossen sind. Eine Anpassung der Referenzdefinition für COVID-19, welche nun auch epidemiologisch bestätigte Fälle und auch positive Fälle mit Antigentest einschließt, trat erst ab März 2025 in Kraft und damit weit nach der COVID-19-Aktivität der Saison 2024/25. Es bleibt daher abzuwarten, ob sich der starke Bezug der übermittelten COVID-19-Ausbrüche auf den stationären Bereich in der kommenden Saison verändert.

Für Influenza wurden in dieser Saison deutlich mehr Ausbrüche im Vergleich zum letzten Jahr übermittelt. Dies deckt sich mit der Aktivität des gesamten Influenzageschehens. Wie bereits beschrieben, lässt sich durch die stärkere Betroffenheit von Schulkindern auch der Anstieg der Ausbrüche im Setting Schule erklären. Ein Fokus der Testungen auf stationäre Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen wird auch hier deutlich – insbesondere nach näherer Betrachtung der sonstigen Settings. Im Gegensatz zu COVID-19 und RSV-Infektionen scheinen aber auch Ausbrüche im privaten Umfeld vergleichsweise häufig detektiert zu werden. Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen wie Impfungen oder Maßnahmen zum Schutz vor Ansteckungen sollten daher auch Personen außerhalb der medizinisch-pflegerischen Versorgungsbereiche adressieren und mit Saisonstart bspw. durch entsprechende Kommunikationskampagnen erneut ins Bewusstsein gebracht werden.

Die bundesweite Meldepflicht für RSV-Infektionen wurde im Juli 2023 eingeführt. In der ersten Saison 2023/24 nach der Einführung war tendenziell von einer Untererfassung der Meldedaten auszugehen. In der zurückliegenden Saison 2024/25 wurden zwar insgesamt mehr RSV-Meldefälle sowie deutlich mehr RSV-Ausbrüche in den Settings Alten-/Pflegeheim und Krankenhaus übermittelt. Die für RSV-Infektionen übermittelten Ausbruchsfälle im Setting Kita/Hort nahmen sogar ab. Auch der Hospitalisierungsanteil unter den Ausbruchsfällen ist in diesem Setting leicht gesunken. Eine deutliche Abnahme der RSV-Fälle und der hospitalisierten RSV-Fälle bei Säuglingen nach der Einführung der STIKO-Empfehlung zur RSV-Prophylaxe mittels Nirsevimab wurde bereits von Schönfeld et al. beschrieben.¹⁷ Da viele Säuglinge jedoch noch außerinstitutionell, meist familiär betreut werden, werden sie seltener im Rahmen von Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas betroffen.

Insgesamt ist der Anteil der hospitalisierten RSV-Ausbruchsfälle im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. In den Settings Kita/Hort sowie in Alten- und Pflegeheimen zeigt sich bei RSV-Ausbrüchen jedoch ein ähnlicher Hospitalisierungsanteil wie in der Vorsaison. Der insgesamt gestiegene Anteil hospitalisierter RSV-Ausbruchsfälle in der Saison 2024/

25 legt auch hier nahe, dass insbesondere im stationären Setting Risikogruppen – ggf. sensibilisiert durch die Empfehlung der RSV-Prophylaxe und RSV-Impfung – verstärkt getestet wurden. Im Gegensatz zu Influenza und COVID-19 liegt der Anteil hospitalisierter RSV-Ausbruchsfälle aber weiterhin unter dem Hospitalisierungsanteil aller RSV-Fälle, was dafür spricht, dass auf RSV auch außerhalb des stationären Bereichs getestet wird – bspw. im Rahmen von Kita-Ausbrüchen. So trat die Mehrheit der übermittelten RSV-Ausbrüche insbesondere in Kindertagesstätten/Horten sowie Alten- und Pflegeheimen auf – demnach in Settings, in denen vor allem die von RSV stark betroffenen Altersgruppen vertreten sind. Der Anteil der Todesfälle liegt dagegen bei Ausbruchsfällen insgesamt und auch im Vergleich zu Einzelfällen in allen Altersgruppen höher. Dies dürfte wie bei den Hospitalisierungen, ebenfalls teilweise auf verstärkte PCR-Testung bei schwer Erkrankten und Risikogruppen zurückzuführen sein. Allerdings ist die Zahl der Todesfälle bei RSV-Ausbrüchen insgesamt gering.

Allgemein ist bei Meldedaten von einer Untererfassung auszugehen. Es ist beispielsweise zu berücksichtigen, dass schwere Fälle im Meldesystem tendenziell häufiger erfasst werden als leichtere oder asymptomatische Verläufe. Dies kann dazu führen, dass die Anteile an Hospitalisierungen und Todesfällen tendenziell überschätzt werden.¹⁸ Zusätzlich sind aufgrund des zum Teil abweichenden Testverhaltens die Hospitalisierungs- und Todesfallanteile nicht geeignet, um sie direkt zwischen den Krankheiten zu vergleichen.

Fazit

Die ARE-Saison 2024/25 startete in Woche 40/2024 auf dem Höhepunkt der COVID-19-Aktivität des Jahres 2024, welche jedoch im Vergleich zu den Vorjahren deutlich geringer ausfiel. Zum Jahreswechsel 2024/25 ging das ARE-Geschehen in eine parallel verlaufende Influenza- und RSV-Welle über. Für alle drei Krankheiten korrelierte die Aktivität der Ausbruchsgeschehen mit dem Gesamttrend der jeweiligen Infektionsgeschehen. Während die Zahl der COVID-19-Ausbrüche im Vergleich zur Vorsaison deutlich zurückging, verdoppelte sich die Zahl der übermittelten Influenza-Ausbrüche und

die der RSV-Ausbrüche nahm moderat zu. Ähnlich wie zum Vorjahr wurde insbesondere für COVID-19 beobachtet, dass sich die Testungen weiter zunehmend auf stationäre und ambulante Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen konzentrieren. Unklar ist jedoch, ob sich durch die Ausweitung der Fall- und Referenzdefinition auf epidemiologisch bestätigte Fälle und der Berücksichtigung von Antigenfeststellungen in der kommenden Saison ein anderes Bild zeigen wird. Die Verteilung von Hospitalisierungen und Todesfällen zeigt insgesamt krankheitsspezifische Muster, welche die starke Betroffenheit der jeweiligen Altersgruppen widerspiegeln. Mit Blick auf Ausbruchsgeschehen wird jedoch deutlich, dass auch die verstärkte Fallidentifikation besonders in vulnerablen Settings und unter Risikogruppen einen Einfluss auf die Höhe der Hospitalisierungs- und Todesfallanteile hat, da hier zunächst eher mit schweren Erkrankungen gerechnet und entsprechend verstärkt getestet wird. Nichtsdestotrotz verdeutlicht der im Vergleich zum Gesamtgeschehen höhere Anteil schwerer Verläufe wie wichtig das zeitnahe Erkennen und Eindämmen von Ausbrüchen ist. Da der Anstieg der Ausbruchsgeschehen mit dem Gesamtinfections geschehen korreliert und daher mit der Zunahme saisonaler Fälle auch mit Ausbrüchen in vulnerablen Settings gerechnet werden muss, sollte der Fokus nicht nur auf dem akuten Ausbruchmanagement, sondern auch auf Präventionsmaßnahmen wie Impfungen gemäß STIKO-Empfehlungen sowie Schulungen und Trainings zur Auffrischung von Kenntnissen zum Ausbruchmanagement liegen. Für ein effektives Ausbruchmanagement wird eine zeitnahe Einbindung der lokalen Gesundheitsbehörden empfohlen.

Literatur

- 1 Robert Koch-Institut. Aktuelle Situation akuter respiratorischer Erkrankungen in Deutschland (ARE-Dashboard) 2025. <https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick>.
- 2 Robert Koch-Institut. ARE-Berichterstattung. 2025. <https://edoc.rki.de/handle/176904/39>.
- 3 Staat D, Schuler E, Tolksdorf K. Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) in der Saison 2024/25 im stationären Bereich. *Epid Bull* 2025;31:14-23. DOI: 10.25646/13338
- 4 Lehfeld A-S, Buchholz U, Prahm K, Preuß U, Kerber R, Buda S, et al. Symptomprofile, Erkrankungsraten und Sequenzierung der häufigsten Atemwegserreger auf Bevölkerungsebene. *Epid Bull* 2025;35:14-29. DOI: 10.25646/13390
- 5 Krupka S, Wunderlich J, Tolksdorf K. Krankheitslast akuter Atemwegserkrankungen im ambulanten Bereich nach dem Ende der COVID-19-Pandemie. *Epid Bull* 2025;31:3-13. DOI: 10.25646/13339
- 6 Erdwiens A. H, Preuß U, Reiche J, Biere B, Duwe S, Köndgen S, et al. Virologische ARE- und SARI-Surveillance – Zirkulation von Atemwegsviren in der Saison 2024/25. *Epid Bull* 2025;35:30-41. DOI: 10.25646/13389
- 7 Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2023. 2025:[34 p.].
- 8 Robert Koch-Institut. Falldefinitionen des RKI. 2025. <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Meldewesen/Falldefinitionen/falldefinitionen-node.html>.
- 9 Robert Koch-Institut. Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2018/19. 2019. <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>.
- 10 Cai W, Dürrwald R, Biere B, Schweiger B, Haas W, Wolff T, et al. Determination of respiratory syncytial virus epidemic seasons by using 95 % confidence interval of positivity rates, 2011–2021, Germany. *Influenza Other Respir Viruses*. 2022. DOI: 10.1111/irv.12996
- 11 Schilling J, Lehfeld A-S, Cai W, Diercke M, Buda S. Ausbrüche und Ausbruchsfälle mit COVID-19, Influenza und RSV-Infektion. *Epid Bull* 2024;39:3-15. DOI: 10.25646/12855
- 12 Robert Koch-Institut. ARE-Wochenbericht, 20. Kalenderwoche 2025. DOI: 10.25646/13168
- 13 Koch J, Berner R, Flasche S, Günther F, Kwetkat A, Lange B, et al. Beschluss und wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung der STIKO zur spezifischen Prophylaxe von RSV-Erkrankungen mit Nirsevimab bei Neugeborenen und Säuglingen in ihrer 1. RSV-Saison. *Epid Bull* 2024;26:3-29.
- 14 Falman A, Schönfeld V, Flasche S, Günther F, Koch J, Kwetkat A, et al.: Beschluss und Wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung der STIKO für eine Standardimpfung gegen Erkrankungen durch Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) für Personen ≥ 75 Jahre sowie zur Indikationsimpfung von Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren mit Risikofaktoren. *Epid Bull* 2024;32:3-28
- 15 European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly Communicable Disease Threats Report, Week 20, 10–16 May 2025. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-20-2025.pdf>.
- 16 European Centre for Disease Prevention and Control. European Respiratory Virus Surveillance Summary (ERVISS) 2025. <https://erviss.org/>.
- 17 Schönfeld V, Rau C., Cai W., Wichmann O., Harder T. The incidence of RSV infection since the introduction of monoclonal antibody prophylaxis: An analysis of reported case data across Germany for the seasons 2023/24 and 2024/25. *Dtsch Arztebl Int* 2025.
- 18 Loenenbach A, Lehfeld AS, Puetz P, Biere B, Abunijela S, Buda S, et al. Participatory, Virologic, and Wastewater Surveillance Data to Assess Underestimation of COVID-19 Incidence, Germany, 2020–2024. *Emerg Infect Dis*. 2024;30(9):1939-43.

Autoren

^{a)} Dr. Lei Mao | ^{a)} Ann-Sophie Lehfeld | ^{a)} Dr. Wei Cai |
^{b)} Michaela Diercke | ^{a)} Julia Schilling

^{a)} Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-epidemiologie, FG 36 Respiratorisch übertragbare Erkrankungen

^{b)} Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-epidemiologie, FG 32 Surveillance und elektronisches Melde- und Informationssystem (DEMIS) | ÖGD-Kontaktstelle

Korrespondenz: maol@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

Mao L, Lehfeld AS, Cai W, Diercke M, Schilling J: Saisonrückblick 2024/25 zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen auf Grundlage der IfSG-Meldedaten – Ausbruchsgeschehen, Hospitalisierungen und Todesfälle im Fokus

Epid Bull 2025;41:3-14 | 10.25646/13477

Danksagung

Ein großer Dank gilt insbesondere den Gesundheitsämtern sowie der meldenden Ärzteschaft in den Laboratorien und den zuständigen Landesgesundheitsbehörden, die wichtige Informationen erhoben, lokal validiert, bewertet und an das RKI übermittelt haben. Wir bedanken uns darüber hinaus bei unseren Kolleginnen und Kollegen aus dem SurvNet-Team, dem DEMIS-Team und dem Meldewesen-Team für ihre kontinuierliche Arbeit beim Aufbau und der Pflege des Meldesystems, insbesondere bei Dr. Hermann Claus, Dr. Sabine Ritter und Doris Altmann.

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)