

ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
42. Kalenderwoche (13.10. bis 19.10.2025)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen ist leicht gesunken und liegt aktuell auf einem moderaten Niveau. Das ARE-Geschehen wird momentan hauptsächlich durch Rhinoviren und Parainfluenzaviren sowie SARS-CoV-2 bestimmt. Der in den letzten Wochen beobachtete Anstieg der SARS-CoV-2-Aktivität hat sich zunächst nicht fortgesetzt. Die SARS-CoV-2-Aktivität ist weiterhin deutlich geringer als im Vorjahr um diese Zeit. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegserkrankungen bleibt insgesamt niedrig. Durch die Herbstferien können die Werte stärker schwanken und sich nachträglich noch verändern.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 42. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag auf einem moderaten Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und befand sich ebenfalls auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 42. KW 2025 in insgesamt 37 der 59 eingesandten Sentinelpollen respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (47 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 10 %) und SARS-CoV-2 (7 %).

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) blieb die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 42. KW 2025 weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten lag in der 42. KW bei insgesamt 11 %. Influenza- und RSV-Diagnosen wurden jeweils bei 1 % aller SARI-Fälle vergeben.

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten COVID-19-Fälle ist in der 42. Meldewoche (MW) 2025 im Vergleich zur 41. MW stabil geblieben. Die Zahl der RSV-Infektionen blieb in der 42. MW weiter niedrig. Die Zahl der übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion stieg in der 42. MW erneut leicht an.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde in der 40. KW 2025 mit einem Anteil von 78 % weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Die Werte der aggregierten Viruslast von SARS-CoV-2 im Abwasser sind in den letzten Wochen gestiegen.

Weitere Informationen zur Saison 2024/25 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: www.rki.de/are
- Das Risiko einer Atemwegsinfektion kann (unabhängig vom Impfstatus) durch die bekannten Verhaltensweisen reduziert werden: FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch Atemwegserreger schützen?“:
https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16790128.
- FAQ und Faktenblätter zum Thema Impfen (z.B. gegen Grippe, COVID-19, RSV):
www.rki.de/impfungen-a-z.
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 25.9.2025): www.rki.de/Zoonotische-influenza.

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

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

Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag bei rund 7.500 ARE pro 100 000 Einw. (Vorwoche: 7.900; Abb. 1) und damit auf einem moderaten Niveau. Dabei sind die Werte insbesondere bei den Schulkindern und jungen Erwachsenen gesunken. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 6,3 Millionen akuten Atemwegserkrankungen unabhängig von einem Arztbesuch.

Der Anstieg der geschätzten COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden hat sich in der 42. KW nicht fortgesetzt. In der 42. KW gab es rund 500 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 600). Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

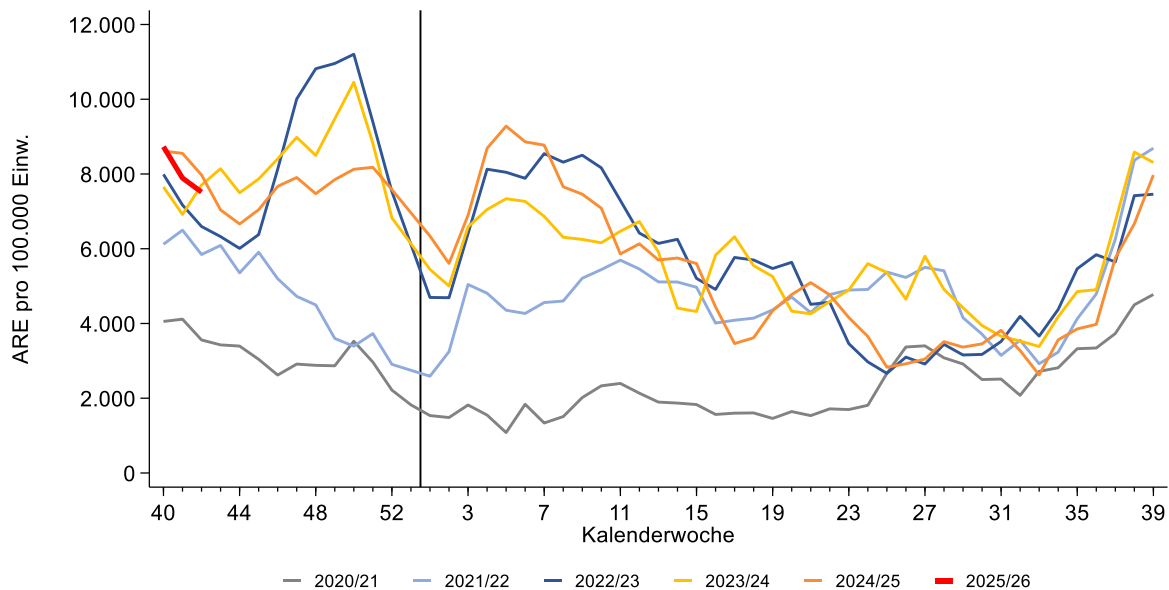


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 42. KW 2025). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 42. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken und lag mit rund 1.500 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.600; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,3 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

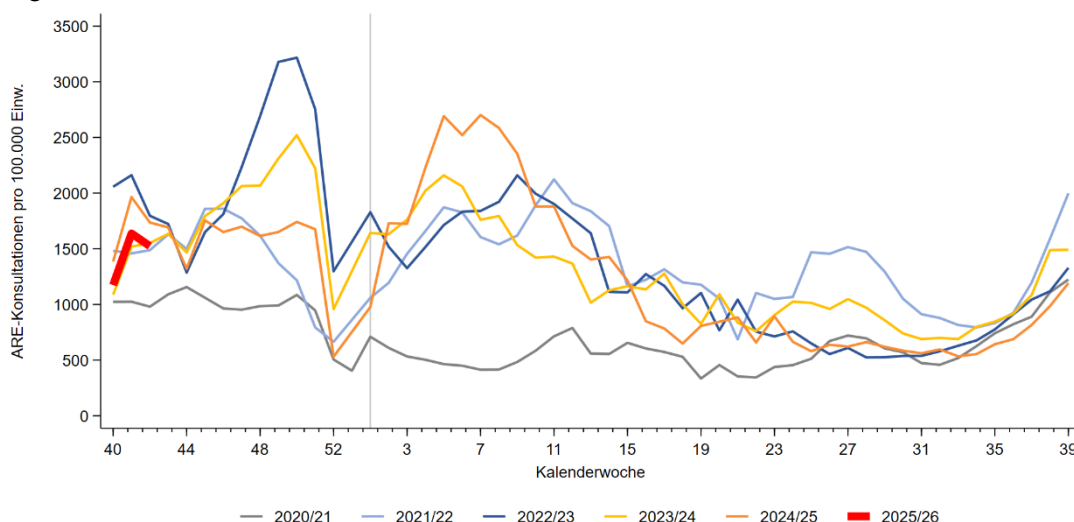


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 42. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) deutlich gesunken, in den anderen Altersgruppen sind die Werte leicht gesunken oder stabil geblieben (Abb. 3).

Aktuell kann es aufgrund der Herbstferien in vielen Bundesländern, eines geänderten Konsultationsverhaltens und geänderter Praxisschließzeiten zu einer stärkeren Veränderung der Werte aufgrund nachträglicher Meldungen kommen.

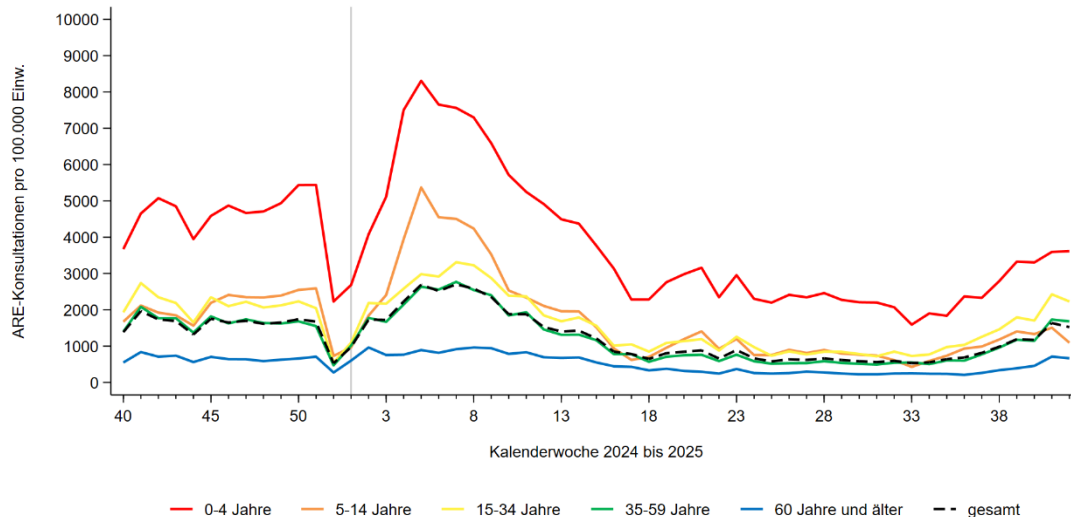


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 41. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden, ist in der 42. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und liegt mit 46 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohnern aktuell deutlich niedriger als im Vorjahr (42. KW 2024: 108 Arztbesuche wegen ARE mit COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw.).

Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz>.

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

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 42. KW 2025 insgesamt 59 Sentinelproben von 25 Arztpraxen aus sieben der zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 37 (63 %) der 59 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 42. KW 2025 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR); 47 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 10 %), SARS-CoV-2 (7 %) und Adenoviren (2 %). Influenza A- und B-Viren, Influenza C-Viren, Respiratorischen Synzytialviren (RSV), humane saisonale Coronaviren (hCoV) und humane Metapneumoviren (hMPV) wurden in der 42. KW nicht nachgewiesen.

Es gab zwei Doppelinfectionen, beide mit Beteiligung von Rhinoviren.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in den Saisons 2024/25 und 2025/26 (ab 40. KW 2025), Stand 21.10.2025.

	39. KW	Gesamt 2024/25	40. KW	41. KW	42. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl	86	6.263	96	108	59	263
Probenanzahl mit	50	4.186	62	72	37	171
Positivenrate (PR)	58 %	67 %	65 %	67 %	63 %	65 %
Influenzaviren						
A (nicht subtypisiert)	0	13	0	0	0	0
A(H3N2)	0	157	0	2	0	2
A(H1N1)pdm09	1	644	0	0	0	0
B	0	771	0	0	0	0
SARS-CoV-2	10	320	14	17	4	35
RSV	0	308	0	1	0	1
hMPV	0	351	0	0	0	0
PIV (1 – 4)	7	360	12	13	6	31
Rhinoviren	32	1.194	40	44	28	112
hCoV	0	399	1	1	0	2
Adenoviren	1	280	2	3	1	6
Influenza C-Viren	0	10	0	0	0	0

* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Adeno- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

Rhinoviren wurden in allen Altersgruppen detektiert, während SARS-CoV-2 in der Altersgruppe der 5- bis 59-Jährigen dominierte. PIV wurde hauptsächlich bei den Kindern von 0 bis 4 Jahren nachgewiesen (Tab. 1, Abb. 4).

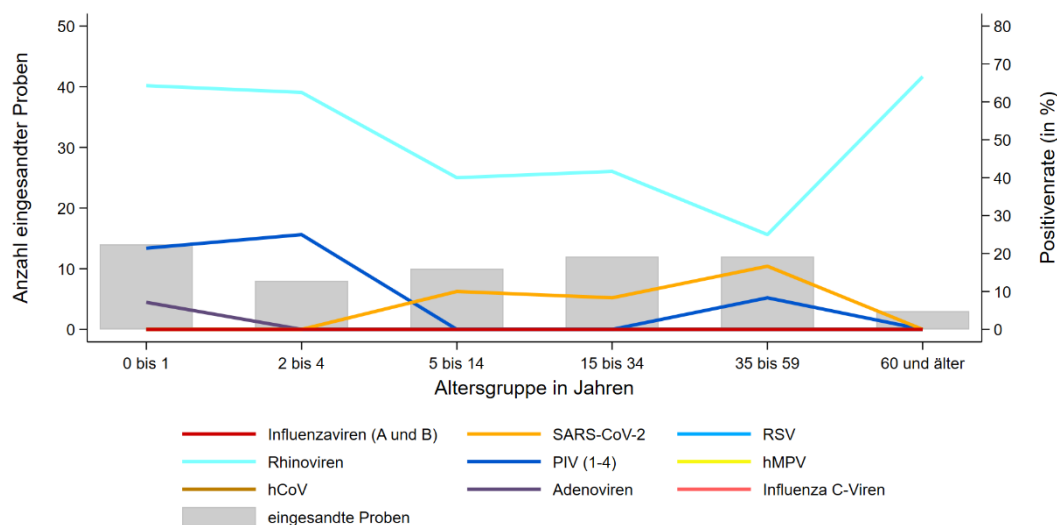


Abb. 4: Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 42. KW 2025.

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 für Influenzaviren sind abrufbar unter: www.rki.de/nrz-influenza.

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

Für die 40. KW 2025 stehen aktuell 59 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 21.10.2025).

Die rekombinante Linie XFG wurde einschließlich ihrer Sublinien mit einem Anteil von 78 % (39. KW 2025: 71 %) weiterhin 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 Anteil von 15 % (39. KW 2025: 22 %). Auch in Amerika und Europa wird die Linie XFG („Stratus“) derzeit am häufigsten unter allen zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen, gefolgt von NB.1.8.1 („Nimbus“). In Deutschland wird gegenwärtig 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 im Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 42. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche weiterhin weitestgehend stabil geblieben und lag somit unterhalb der Werte der Vorsaison zu dieser Zeit. Die SARI-Inzidenz befand sich in der 42. KW 2025 auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (Abb. 5).

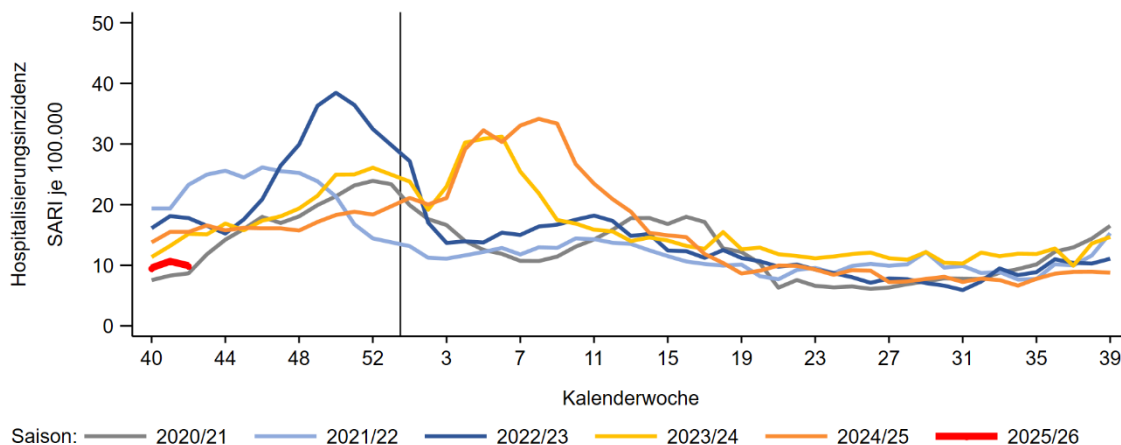


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 42. KW 2025). Daten aus 65 Sentinel-kliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 42. KW 2025 kam es in den Altersgruppen der 35- bis 79-Jährigen zu einem leichten Anstieg der Hospitalisierungen wegen SARI. In den übrigen Altersgruppen ist die SARI-Inzidenz dagegen stabil geblieben bzw. leicht zurückgegangen. In der 42. KW lag die SARI-Inzidenz in allen Altersgruppen auf einem niedrigen bzw. sehr niedrigen Niveau.

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-0054%20Final.pdf>

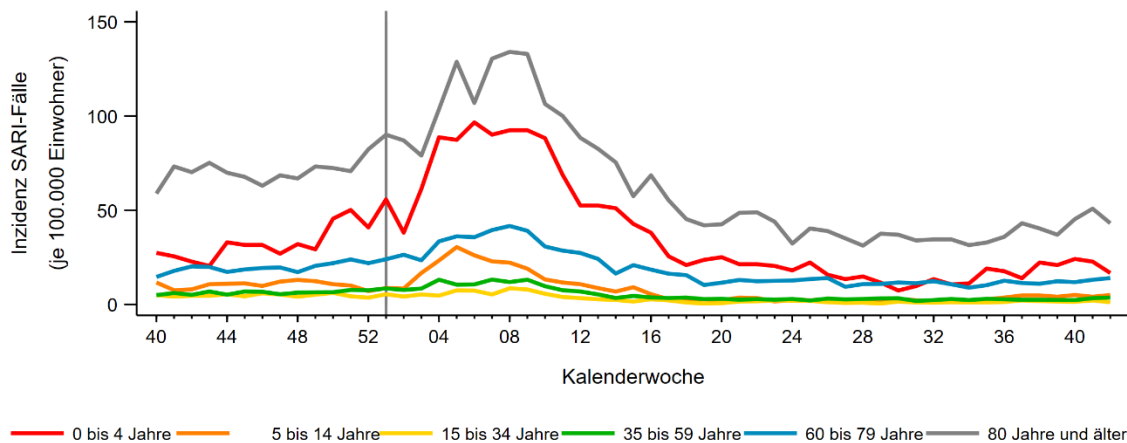


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, von der 40. KW 2024 bis zur 42. KW 2025, Daten aus 65 Sentinelkliniken.

In der 42. KW 2025 erhielten insgesamt 11 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 14 %). Es wurde jeweils bei 1 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza- bzw. RSV-Diagnosen vergeben (Abb. 7).

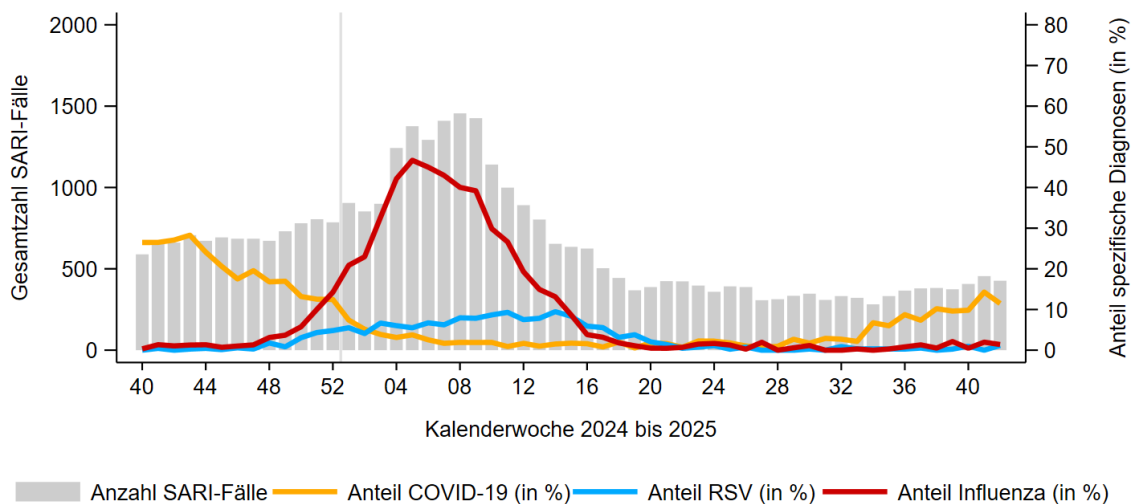


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 42. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen der Fallzahlen zu rechnen.

COVID-19-Diagnosen wurden in der 42. KW 2025 überwiegend bei SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahren vergeben. RSV-Erkrankungen wurden sporadisch in den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre und 60 bis 79 Jahre diagnostiziert. Influenza-Diagnosen wurden in der 42. KW 2025 vereinzelt bei 5- bis 59-jährigen sowie bei ab 80-jährigen vergeben (Abb. 8).

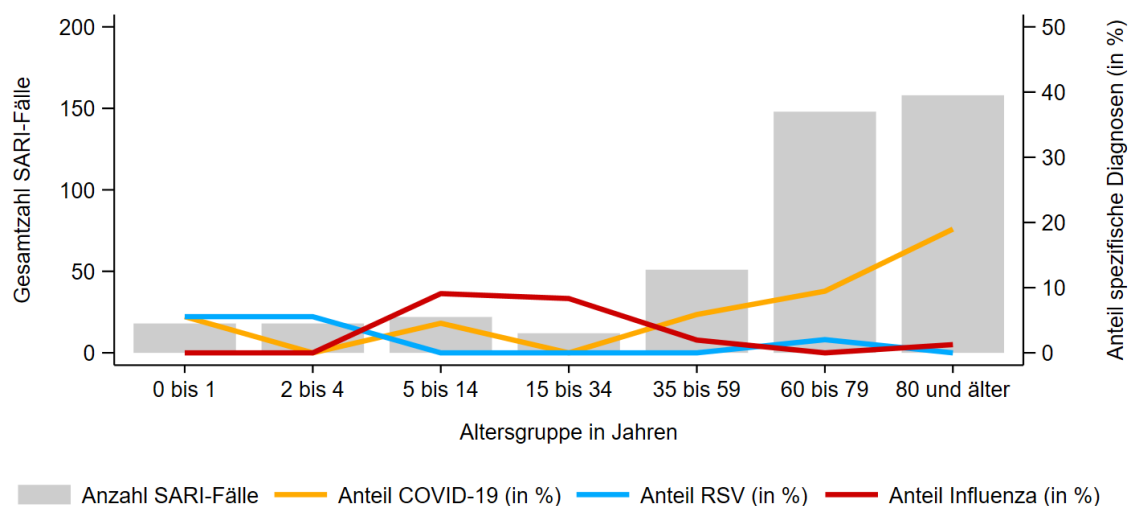


Abb. 8: Anzahl der in der 42. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 9 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. In der KW 42/2025 erhielten 13 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose und 2 % eine RSV-Diagnose. Influenza-Erkrankungen sind in der 42. KW 2025 nicht diagnostiziert worden (Abb. 9).

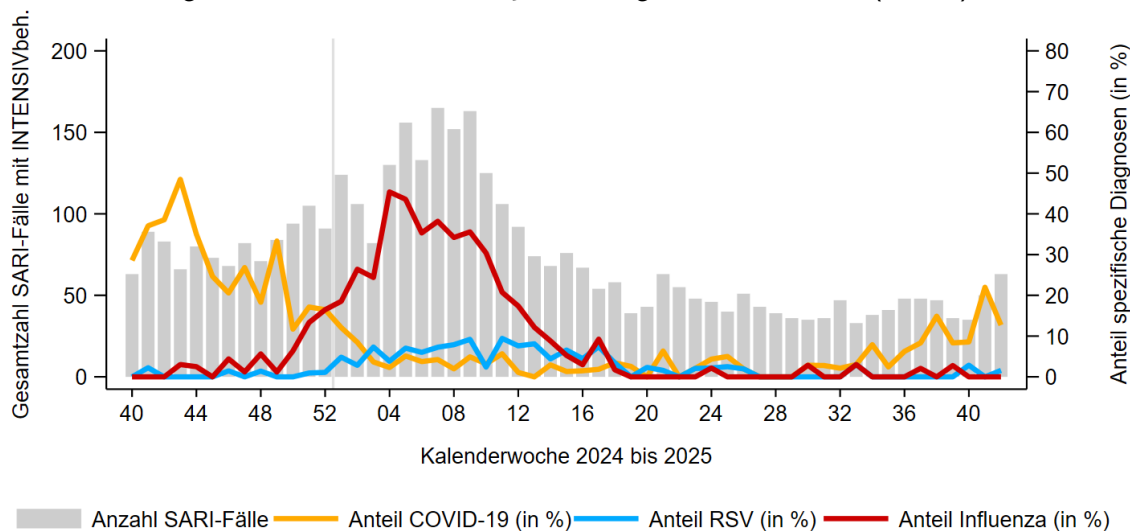


Abb. 9: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 42. 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 virologische SARI-Sentinel-Surveillance umfasst zwölf 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. Die jüngste Auswertung wurde im ARE-Monatsbericht der 36. – 39. KW 2025 veröffentlicht und ist abrufbar unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/12994>.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 42. MW 2025 wurden bislang 536 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 536 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche weiter leicht gestiegen. Bei 102 (19 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 21.10.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 1.253 Fälle übermittelt. Davon entfallen alle 1.253 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 286 (23 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher weniger als zehn Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt.

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)

	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
Influenza A (nicht subtypisiert)	88	124	145	191	415	446	1.052
A(H1N1)pdm09	4	1	6	4	8	6	18
A(H3N2)	2	1	4	0	1	6	7
nicht nach A / B differenziert	5	2	6	4	15	18	37
B	15	18	22	35	44	60	139
Gesamt	114	146	183	234	483	536	1.253
Hospitalisierte Fälle	36	43	51	64	120	102	286

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

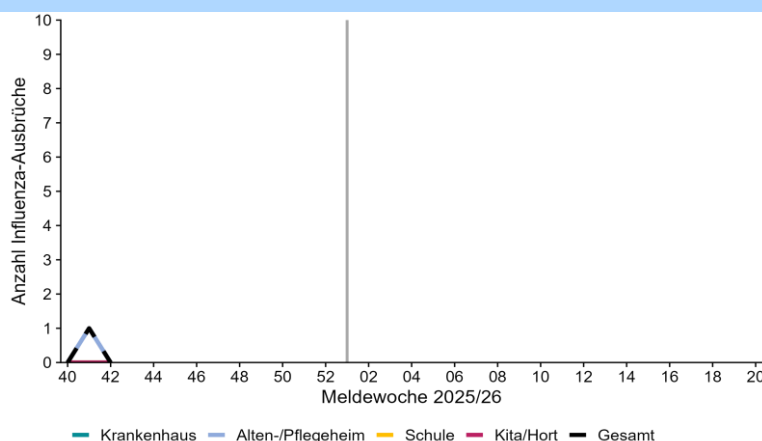
Bisher wurde in der Saison 2025/26 ein Influenza-Ausbruch mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 42. MW 2025 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 4).

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenza-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. 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
Krankenhaus	0
Alten-/Pflegeheim	1
Schule	0
Kita/Hort	0
sonstige Settings*	0
Anzahl Ausbruchsfälle	13
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	13,0

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



COVID-19

Für die 42. MW 2025 wurden bislang 6.698 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 6.662 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Bei 2.169 (33 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 21.10.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 17.368 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 17.179 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 5.719 (33 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 84 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 93 % 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)

	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	2.470	2.964	3.486	3.858	6.659	6.662	17.179
Hospitalisierte Fälle	861	891	1.133	1.319	2.231	2.169	5.719

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

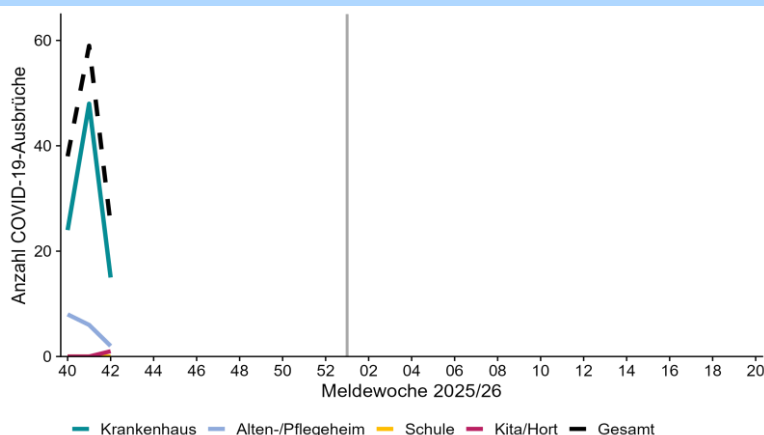
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 122 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. Davon wurden 25 Ausbrüche in der 42. MW 2025 übermittelt (Tab. 6).

Tab. 6: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

COVID-19-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	122
Krankenhaus	87
Alten-/Pflegeheim	16
Schule	0
Kita/Hort	1
sonstige Settings*	18
Anzahl Ausbruchsfälle	1.001
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	8,2

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



RSV-Infektionen

Für die 42. MW 2025 wurden bislang insgesamt 59 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Hiervon entfallen alle 59 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei 15 (25 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 42. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 21.10.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 129 Fälle übermittelt. Hiervon entfallen 128 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 41 (32 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

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

	37. MW	38. MW	39. MW	40. MW	41. MW	42. MW	Gesamt ab 40. MW 2024
RSV	26	44	70	24	45	59	128
Hospitalisierte Fälle	5	13	11	11	15	15	41

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

Bisher wurden in der Saison 2025/26 keine RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt.

Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

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

SARS-CoV-2

Für die 42. KW wurden Daten aus 52 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser sind in den letzten Wochen gestiegen (Abb. 10).

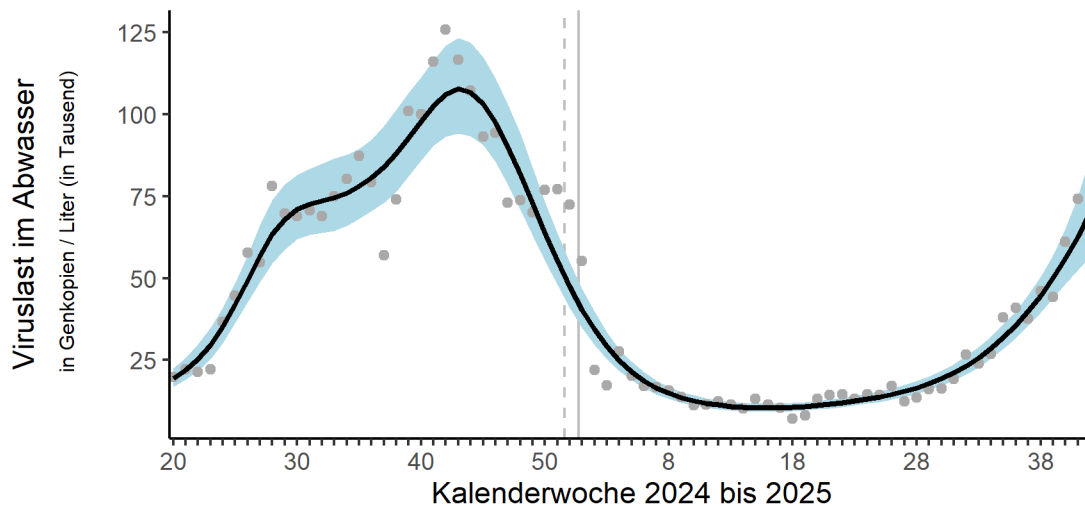


Abb. 10: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 21.10.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (15.10.2025, 42. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einhergeht, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

Inflenzaviren

Für die 42. KW wurden Daten aus 48 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 11).

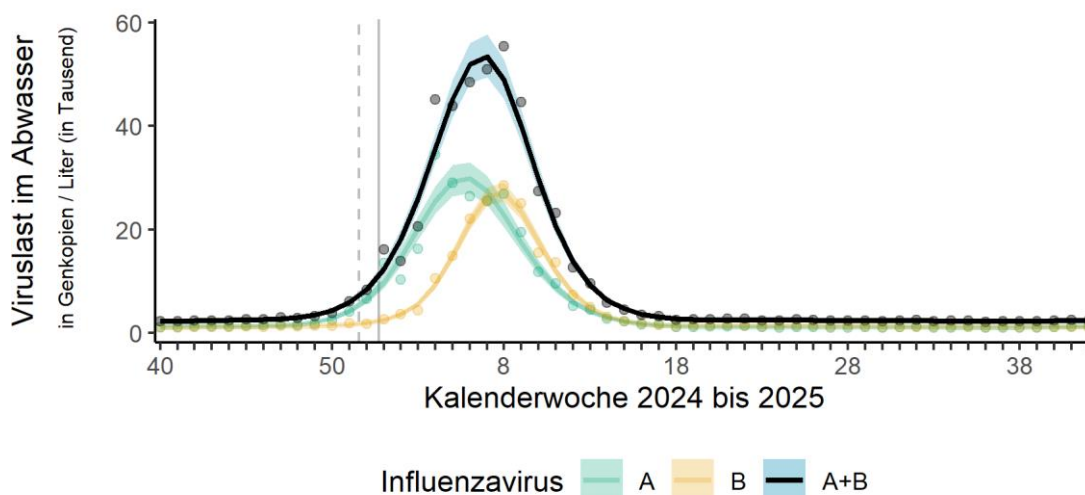


Abb. 11: Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktuellen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 21.10.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (15.10.2025, 42. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einhergeht, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

RSV

Für die 42. KW wurden Daten aus 47 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 12).

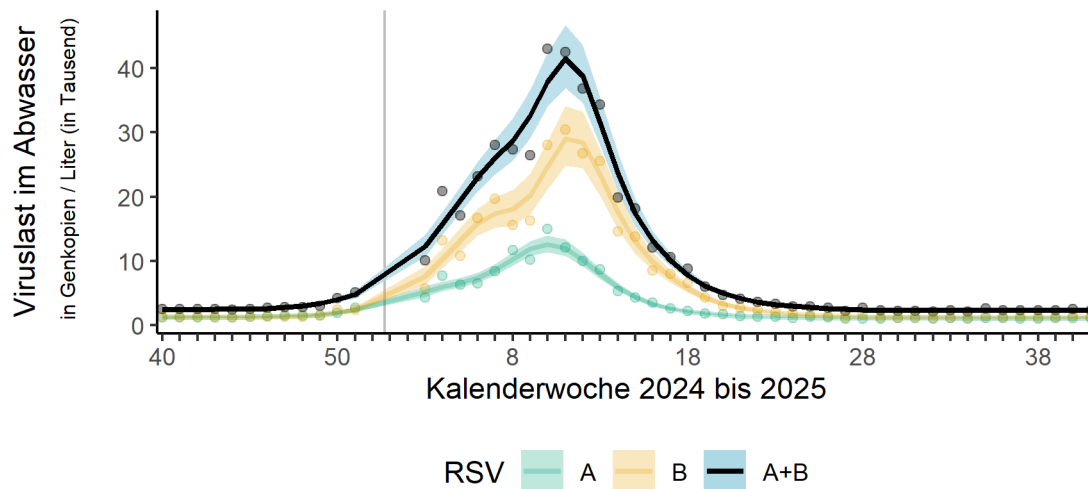


Abb. 12: Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 21.10.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (15.10.2025, 42. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

Die Entwicklung der Viruslast im Abwasser von SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV kann sich aufgrund von Nachmeldungen insbesondere in den letzten Wochen 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/>.

So werden zum Beispiel die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 5 und 6 im ARE-Wochenbericht) 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-Wochenbericht KW 42/2025 | DOI: 10.25646/13529