

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

31
2025

31. Juli 2025

Epidemiologisches Bulletin

**Krankheitslast akuter Atemwegs-
erkrankungen im ambulanten
und stationären Bereich**

Inhalt

ARE-Krankheitslast im ambulanten Bereich nach dem Ende der COVID-19-Pandemie 3

Mit dem Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED^{ARE}) werden dem RKI jede Woche die Zahl der ARE-Fälle in haus- und kinderärztlichen Praxen übermittelt. Im Beitrag werden die Sentineldaten der Saison 2024/2025 mit der Vorsaison sowie die Krankheitslast in den einzelnen Altersgruppen über die letzten zwölf Saisons verglichen. Außerdem werden die jeweiligen Anteile von Influenza, RSV-bedingten Erkrankungen und COVID-19 an der gesamten ARE-Konsultationsinzidenz analysiert.

Burden of acute respiratory diseases in outpatient care after the COVID-19 pandemic

The number of patients with ARE is recorded by general and pediatric sentinel practices on the basis of diagnosis codes for acute respiratory diseases and transmitted to the RKI every week. This article compares the sentinel data for the 2024/2025 season with the previous season, as well as the burden of disease in individual age groups over the past twelve seasons. Furthermore, the respective proportions of influenza, RSV-related diseases, and COVID-19 in the total ARE consultation incidence are analyzed. (Article in German)

SARI-Krankheitslast in der Saison 2024/25 im stationären Bereich 14

In Deutschland gibt es seit 2015 eine ICD-10-Code-basierte Surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionskrankheiten (ICOSARI) für den stationären Bereich. Im Beitrag werden die Daten aus der syndromischen SARI-Surveillance für die Saison 2024/25 vorgestellt und mit neun Vorsaisons verglichen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem saisonalen Verlauf, der Krankheitslast und -schwere sowie den altersgruppen- und krankheitsspezifischen Unterschieden.

Burden of severe acute respiratory diseases in inpatient care during the season of 2024/25

Germany has had an ICD-10 code-based surveillance of severe acute respiratory infections (ICOSARI) for inpatient care since 2015. This article presents data from the syndromic SARI surveillance for the 2024/25 season and its comparison with nine previous seasons. The focus is on the seasonal course, disease burden and severity, as well as age-group and disease-specific differences. (Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 30. Woche 2025 24

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon: 030 18754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
(Ltd. Redakteurin)
Dr. med. Maren Winkler
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Krankheitslast akuter Atemwegserkrankungen im ambulanten Bereich nach dem Ende der COVID-19-Pandemie

Einleitung

Akute respiratorische Erkrankungen (ARE) haben oft einen leichten Verlauf, können aber auch je nach Krankheitserreger, Alter oder Vorerkrankungen schwere Komplikationen verursachen und zum Tod führen. Um rasch und angemessen auf neue Infektionsgeschehen reagieren zu können, ist eine fortlaufende und erregerübergreifende syndromische ARE-Surveillance basierend auf schnell verfügbaren und validen Daten unerlässlich.¹ Besonders bewährt hat sich hier eine breite Falldefinition, die u. a. auch in der Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie eine gute Einschätzung der Lage bezüglich der Häufigkeit und geografischen Verteilung von ARE erlaubte.² Im Gegensatz zu der auf Influenza fokussierten Surveillance von grippeähnlichen Erkrankungen (Influenza-like Illness) können hierdurch auch neuartige Atemwegserkrankungen (ohne Auftreten von z. B. Fieber) frühzeitig detektiert werden. Daher empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation eine stichprobenartige ARE-Überwachung in einem Netzwerk ausgewählter ärztlicher Praxen im ambulanten Bereich (Sentinelsurveillance).³

Mit dem ARE-Praxis-Sentinel des Robert Koch-Instituts (RKI) werden Arztbesuche wegen ARE entweder aggregiert nach Altersgruppen über eine Online-Eingabemaske erfasst oder einzelfallbasiert anhand von ICD-10-Diagnosecodes mit dem SEED^{ARE}-Modul (Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen). Dafür übermitteln Haus- und Kinderarztpraxen dem RKI jede Woche die Zahl der ARE-Patientinnen und -Patienten. Weitere Informationen zu Alter, Geschlecht, Arbeitsunfähigkeit bzw. häusliche Pflegebedürftigkeit und Krankenhauseinweisung sowie die Zahl aller Patientinnen und Patienten, die in der jeweiligen Woche die Praxis aufgesucht haben (Praxiskontakte), werden ebenfalls erhoben.^{2,4} In der Saison 2024/25 beteiligten sich 554 primärversorgende Arztpraxen mit mindestens einem Datenversand, wovon 399 Praxen

das SEED^{ARE}-Modul ihrer Praxissoftware und die übrigen die Online-Eingabemaske für die Übermittlung aggregierter Daten nutzten. Das SEED^{ARE}-System besteht seit 2012 und ist ein zentraler Bestandteil der ARE-Surveillance des RKI mit Fokus auf Influenza, COVID-19 und Respiratorisches Synzytialvirus-(RSV-)Erkrankungen.^{2,4} Der Vorteil im Vergleich zur Erhebung aggregierter Daten ist die fallbasierte Datenerfassung, welche die Berechnung von krankheitsspezifischen Konsultationsinzidenzen anhand von ICD-10-Diagnosecodes in noch feiner aufgegliederten Altersgruppen ermöglicht.^{2,4}

In diesem Artikel betrachten wir die syndromischen Daten aus dem SEED^{ARE}-System für die Saison 2024/25 im direkten Vergleich zur Vorsaison 2023/24 mit Bezug auf den epidemiologischen Verlauf und die Krankheitslast von ARE. Außerdem wird die ARE-Krankheitslast in den einzelnen Altersgruppen über die letzten zwölf Saisons verglichen sowie die Anteile der ARE-Konsultationsinzidenz für Influenza, RSV-bedingte Erkrankungen oder COVID-19 an der gesamten ARE-Konsultationsinzidenz analysiert.

Methoden

Gemäß Falldefinition liegt in SEED^{ARE} eine ARE vor, wenn für die Patientinnen und Patienten infolge einer Arztkonsultation mindestens eine ICD-10-Diagnose aus den folgenden Kategorien vergeben wird: J00 bis J22 (J00–J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege; J09–J18 Grippe und Pneumonie; J20–J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) oder die Einzeldiagnosen J44.0 (Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege) oder B34.9 (Virusinfektion, nicht näher bezeichnet). Hierbei werden auch telefonische Konsultationen berücksichtigt. Erneute Arztbesuche derselben Patientinnen und Patienten mit kodierter ARE innerhalb von zwei Wochen gelten nicht als neues Erkrankungsgeschehen. Außerdem darf die Zusatzkennzeich-

nung zum jeweiligen ICD-10-Code nicht „Ausschluss“ oder „Zustand nach“ enthalten.^{2,4} Außerdem werden Konsultationen betrachtet, bei denen zusätzlich zur Vergabe von mindestens einem der oben genannten Diagnosecodes im Zusammenhang mit derselben Erkrankung auch eine laborbestätigte COVID-19-Diagnose (U07.1!) kodiert wurde (COVID-ARE). Erhält eine Person im Zusammenhang mit einer ARE-Konsultation eine COVID-19-Diagnose, werden weitere Arztbesuche dieser Person wegen ARE erst nach Ablauf von 90 Tagen als Neuerkrankung (Erstkonsultation) gewertet. Für eine Wertung als ARE-Konsultation aufgrund von COVID-19 ist es zudem erforderlich, dass der Arztbesuch, bei dem der Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2-(SARS-CoV-2-)Nachweis kodiert wurde, ab sieben Tage vor bis 20 Tage nach dem Arztbesuch stattfand, infolge dessen eine ARE-Diagnose vergeben wurde.²

Zur Beurteilung der Krankheitslast wird in der ambulanten ARE-Surveillance die Konsultationsinzidenz als epidemiologischer Indikator verwendet. Hierbei wird die wöchentliche Anzahl aller von den Sentinelpraxen erfassten ARE-Konsultationen bezogen auf 100.00 Einwohner geschätzt.^{2,4,5} Zusätzlich werden separate Konsultationsinzidenzen für krankheitsspezifische ICD-10-Diagnosecodes wie J09–J11 für Influenza, J12.1, J20.5 und J21.0 für RSV-Erkrankungen und U07.1! für COVID-19 berechnet und deren Anteile an der gesamten ARE-Konsultationsinzidenz bestimmt. In den vorliegenden Analysen wurden ausschließlich Neuerkrankungen bzw. ARE-Erstkonsultationen betrachtet. Zur Analyse der Saison 2024/25 wurde der Zeitraum von der 40. Kalenderwoche (KW) 2024 bis zur 20. KW 2025 gewählt. Zum Vergleich wurde der gleiche Zeitraum der sieben vorpandemischen Saisons 2012/13 bis 2018/19, der vier pandemischen Saisons 2019/20 bis 2022/23 sowie der ersten postpandemischen Saison 2023/24 betrachtet. Die Darstellung des Saisonverlaufs von 2024/25 im Vergleich zur Vorsaison 2023/24 erfolgte für den Zeitraum von der 40. KW 2023 bis zur 20. KW 2025. Die Auswertungen wurden nach den folgenden sieben Altersgruppen differenziert: 0 bis 1 Jahre, 2 bis 4 Jahre, 5 bis 14 Jahre, 15 bis 34 Jahre, 35 bis 59 Jahre, 60 bis 79 Jahre sowie 80 Jahre und älter. Die Berechnung der Konsultationsinzidenzen erfolgte mithilfe von

STATA SE 17.0. Die Visualisierung der Ergebnisse sowie weitere Berechnungen wurden mit R Version 4.4.0 durchgeführt.

Ergebnisse

Beschreibung des Sentinels

In der Saison 2024/25 beteiligten sich 545 Ärztinnen und Ärzte aus 399 Praxen über das SEED^{ARE}-Modul mit mindestens einer Datenlieferung an der syndromischen ARE-Surveillance im ambulanten Bereich. Davon waren 226 (57 %) allgemeinmedizinische, 75 (19 %) hausärztlich tätige internistische, 75 (19 %) pädiatrische und 23 (6 %) gemischt fachärztlich tätige Praxen. Im Vergleich zur Vorsaison 2023/24 (525 Ärztinnen und Ärzte aus 398 Praxen) ist die Beteiligung an SEED^{ARE} damit um 2,6 % gestiegen. Während der Anteil pädiatrischer Praxen um 2,3 % sank, stieg der Anteil allgemeinmedizinischer, internistischer oder gemischt fachärztlicher Praxen um 3,6 %, 8,7 % bzw. 28 %.

Von der 40. KW 2024 bis zur 20. KW 2025 wurden mit SEED^{ARE} insgesamt ca. 360.000 ambulante ARE-Erstkonsultationen (Saison 2023/24: ca. 370.000), ca. 4,5 Millionen Praxiskontakte (Saison 2023/24: ca. 4,3 Millionen), ca. 220.000 Fälle von ARE-bedingter Arbeitsunfähigkeit bzw. häuslicher Pflegebedürftigkeit (Saison 2023/24: ca. 220.000) sowie ca. 3.000 ARE-bedingte Krankenhauseinweisungen (Saison 2023/24: ca. 3.000) erfasst. Damit gab es im Sentinel ca. 5 % mehr Praxiskontakte und ca. 2 % mehr ARE-bedingte Arbeitsunfähigkeiten im Vergleich zur Saison 2023/24, möglicherweise auch aufgrund der stärkeren Beteiligung an SEED^{ARE}.

Im Durchschnitt besuchten in der Saison 2024/25 pro Woche 399 Patientinnen und Patienten eine SEED^{ARE}-Praxis, davon im Mittel 48 (12 %) mit einer ARE. Am RKI gingen durchschnittlich 338 Datenlieferungen pro Woche ein. Dabei sind auch verspätete Datenübertragungen der SEED^{ARE}-Praxen berücksichtigt. Die Zahl der für die wöchentliche ARE-Berichterstattung pünktlichen (bis spätestens Montagabend eingegangenen) Datenlieferungen war niedriger und schwankte in Abhängigkeit von Praxisurlauben und Feiertagen. Während der Grippe-welle in der 4. KW 2025 gab es die höchste Anzahl

pünktlicher Datenlieferungen (295, Datenstand: 27.1.2025).

ARE-Konsultationsinzidenz in den Saisons 2023/24 und 2024/25

Bereits zu Beginn der Saison 2024/25 lag die ARE-Konsultationsinzidenz auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Nach dem Jahreswechsel stieg sie rasch an und erreichte ihren Höhepunkt während der Grippe- und RSV-Welle⁶ in der 7. KW 2025 mit rund 2.600 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner (s. Abb.1). Hochgerechnet auf die Bevölkerung ergibt dies eine Gesamtzahl von 2,2 Millionen Arztbesuchen wegen einer ARE in Deutschland in der 7. KW 2025. Ab März (9. KW) 2025 ging die ARE-Konsultationsinzidenz kontinuierlich zurück und lag Mitte April (16. KW) 2025 wieder bei unter 1.000 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner. In der Saison 2023/24 wurde ebenfalls ein Höchstwert von etwa 2.600 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner erreicht, bedingt durch einen früheren Beginn der Grippe- und RSV-Welle⁷ jedoch bereits in der 50. KW 2023. Außerdem blieben die ARE-Konsultationsinzidenzen in dieser Saison länger erhöht und fielen nicht so deutlich ab wie im Frühjahr 2025 (s. Abb.1).

Nach dem Jahreswechsel zeigte sich in der Saison 2024/25 insbesondere bei Kindern ein rascher Anstieg der Konsultationsinzidenzen. In der Altersgruppe der Säuglinge (0- bis 1-Jährige) und Kleinkinder (2- bis 4-Jährige) sowie bei Schulkindern (5- bis 14-Jährige) wurden die höchsten Werte in der 5. KW 2025 beobachtet (s. Abb.1). Bei Säuglingen und Kleinkindern lag die Konsultationsinzidenz wegen ARE zu diesem Zeitpunkt bei etwa 7.000 bzw. 7.500 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner, bei Schulkindern bei etwa 5.200. Die Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen erreichte etwa zwei Wochen später in der 7. und 8. KW 2025 mit etwa 3.200 Arztbesuchen pro 100.000 ihren Höhepunkt. Für die Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen wurden die Höchstwerte ebenfalls in der 7. KW mit etwa 2.600 Arztbesuchen festgestellt. Die Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen erreichte ihren Höchstwert in der 2. KW 2025 mit ca. 1.100 Arztbesuchen und die Altersgruppe der ab 80-Jährigen mit etwa 900 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner (s. Abb.1).

Der Spitzenwert der Konsultationsinzidenz war damit vor allem bei Schulkindern deutlich höher als in der Vorsaison 2023/24, in der ein Maximalwert von etwa 4.000 Arztbesuchen pro 100.000 Einwoh-

ARE-Konsultationsinzidenz pro 100.000 Einwohner

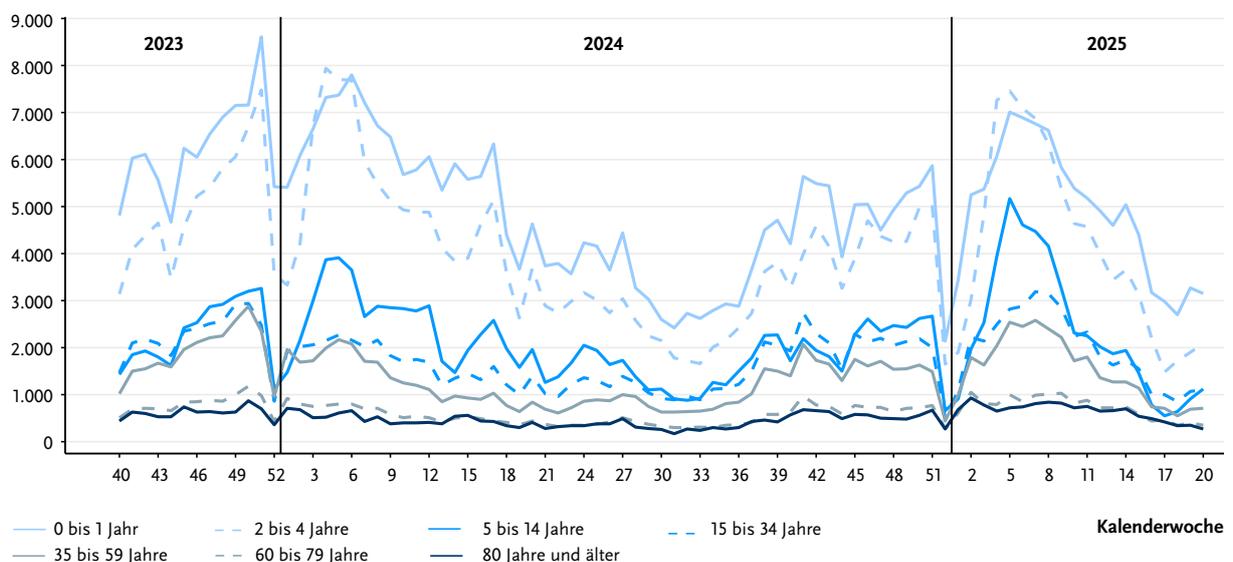


Abb. 1 | Konsultationsinzidenz für akute Atemwegserkrankungen (ARE) pro 100.000 Einwohner, differenziert nach Altersgruppen von der 40. Kalenderwoche (KW) 2023 bis zur 20. KW 2025

ner in der 5. KW 2024 erreicht wurde. Auf alle Kinder zwischen 5 und 14 Jahren in Deutschland bezogen entspricht dies einem Höchstwert von etwa 320.000 Arztbesuchen wegen einer ARE in der 5. KW 2024 gegenüber 420.000 Arztbesuchen in der 5. KW 2025 (+30 %).

In der Altersgruppe der Säuglinge lag der Höchstwert in der Saison 2024/25 deutlich unter dem Höchstwert der Vorsaison (7.000 in Saison 2024/25 vs. 8.600 in Saison 2023/24, -19 %). Bei Kleinkindern waren die Höchstwerte vergleichbar (2024/25: 7.500 vs. 2023/24: 7.900, -5 %). Für junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre) wurden in der Saison 2023/2024 etwas höhere (ca. 2.900 pro 100.000, KW 50/2023) und für 35- bis 59-Jährige etwas niedrigere Maximalwerte (ca. 2.900 pro 100.000, KW 50/2023) beobachtet. Bei den 60- bis 79-Jährigen und den ab 80-Jährigen zeigten sich für beide Saisons vergleichbare Höchstwerte (s. [Abb. 1](#)).

Krankheitslast durch Influenza in den Saisons 2023/24 und 2024/25

Um zu untersuchen, ob die höheren Spitzenwerte der ARE-Konsultationsinzidenz bei Schulkindern in der Saison 2024/25 auf eine höhere Krankheitslast durch Influenza zurückgeführt werden können, analysierten wir die Inzidenz der Erstkonsultationen wegen einer ARE mit vorliegender Influenza-Diagnose (ICD-10-Codes J09–J11, Influenza-Erstkonsultationen) im Vergleich zur Vorsaison. In der Saison 2024/25 fiel besonders auf, dass die Inzidenz der Influenza-Erstkonsultationen bei Kindern zwischen 0 und 14 Jahren während der Grippewelle (51. KW 2024 bis 15. KW 2025) stark anstieg (s. [Abb. 2A](#)). Über die gesamte Saison 2024/25 betrachtet lag die Konsultationsinzidenz für Influenza bei Schulkindern bei durchschnittlich 182 (Standardabweichung [SD]: 263) Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner. Der Spitzenwert lag jedoch deutlich höher bei 836 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner in der 7. KW 2025. Der Anteil der Influenza-Erstkonsultationen an allen ARE-Erstkonsultationen lag zu diesem Zeitpunkt bei 19 %. Auf die Bevölkerung der 5- bis 14-Jährigen in Deutschland bezogen entspricht dies einer Gesamtzahl von etwa 67.000 Arztbesuchen wegen einer Influenza in der 7. KW 2025.

In der Vorsaison 2023/24 lag der Anteil der Influenza-Erstkonsultationen bei Schulkindern während der Grippewelle (50. KW 2023 bis 12. KW 2024) bei bis zu 12 % in der 5. KW 2024. Die Konsultationsinzidenz für Influenza belief sich in der Saison 2023/24 für diese Altersgruppe auf durchschnittlich 113 (SD: 128) Arztbesuche pro 100.000 Einwohner und wies ein Maximum von 461 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner in der 5. KW 2024 auf. Dies ergibt auf die Bevölkerung der 5- bis 14-Jährigen in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von 37.000 Arztbesuchen wegen einer Influenza in der 5. KW 2024. Folglich gab es in der Saison 2024/25 bei Schulkindern zur Spitzenzeit 81 % mehr Influenza-bedingte Arztkonsultationen als in der Vorsaison 2023/24. Die höheren Spitzenwerte der ARE-Erstkonsultationen bei Schulkindern in der Saison 2024/25 im Vergleich zur Vorsaison (420.000 vs. 322.000 Arztbesuche, +30 %) können daher teilweise auf die hohe Anzahl von Influenza-Diagnosen in dieser Altersgruppe zurückgeführt werden. Auch über die gesamte Saison betrachtet lag die Gesamtzahl der Konsultationen wegen Influenza bei Schulkindern in der Saison 2024/25 mit etwa 480.000 deutlich über der Saison 2023/24 mit ca. 330.000 (+45 %). Bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) lag der Anteil der Influenza-Erstkonsultationen an allen ARE-Erstkonsultationen in der Saison 2024/25 mit bis zu 9,6 % ebenfalls etwas höher als in der Vorsaison mit maximal 7,5 %, ebenso in der Altersgruppe der 2- bis 4-Jährigen mit bis zu 13 % (Saison 2023/24: 11 %). Bei Erwachsenen ab 15 Jahren lagen die Anteile der Influenza-Erstkonsultationen in der Saison 2024/25 zwischen maximal 9 % und 12 % und damit ähnlich hoch wie in der Vorsaison (Höchstwerte zwischen 9 und 11 %).

Krankheitslast durch RSV-Erkrankungen in den Saisons 2023/24 und 2024/25

Da RSV zu den häufigsten Atemwegserregern bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) und Kleinkindern (2 bis 4 Jahre) gehört und bei diesen eine hohe Krankheitslast verursacht,⁸ betrachteten wir ebenfalls die Konsultationsinzidenzen für RSV-Erkrankungen (ICD-10-Codes J12.1, J20.5, J21.0) in diesen beiden Altersgruppen (s. [Abb. 2B](#)).

Mit dem Beginn der RSV-Welle in der Saison 2024/25 (3. KW bis 15. KW 2025; Dauer: 13 Wochen) stieg

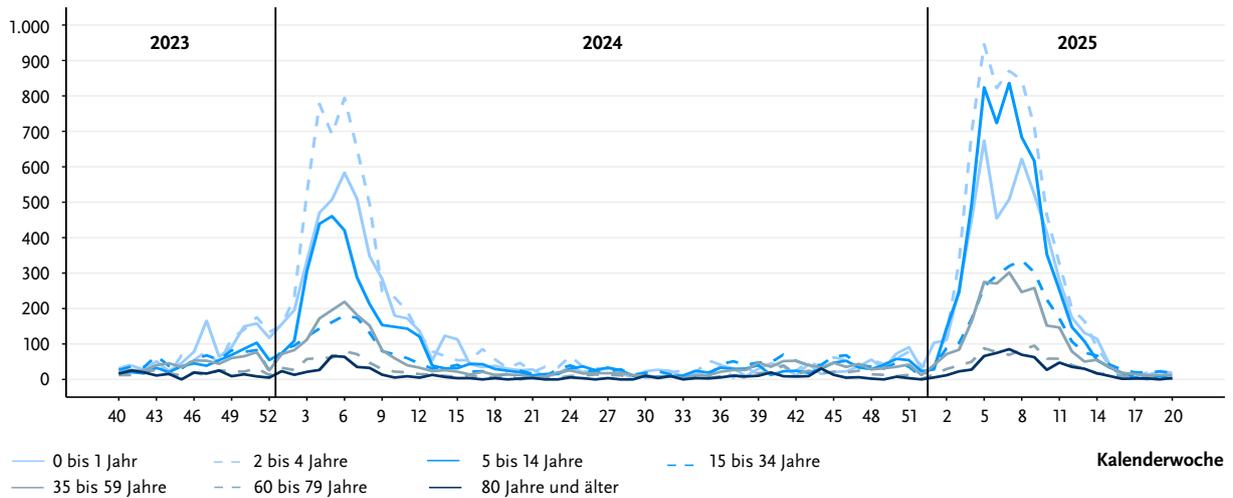
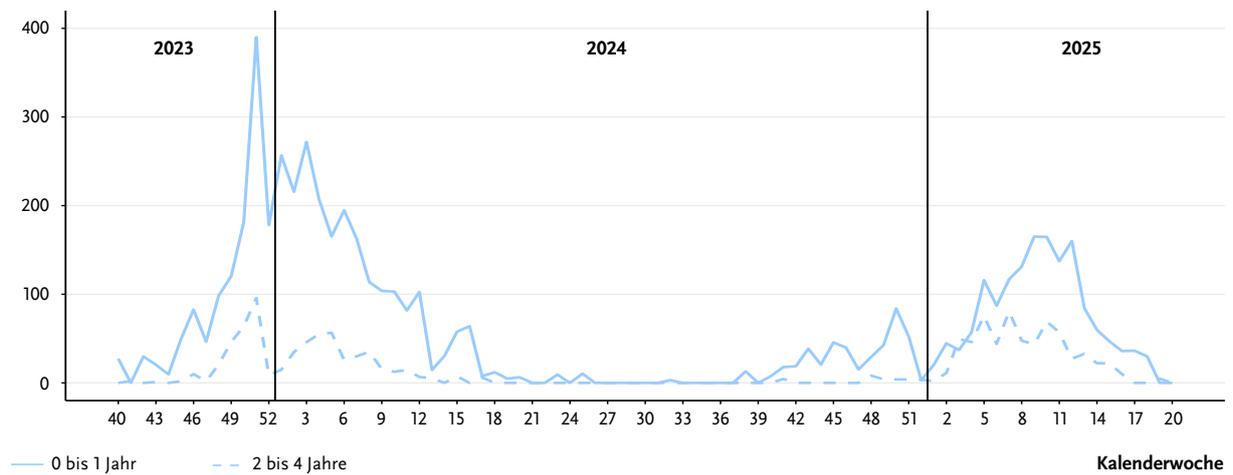
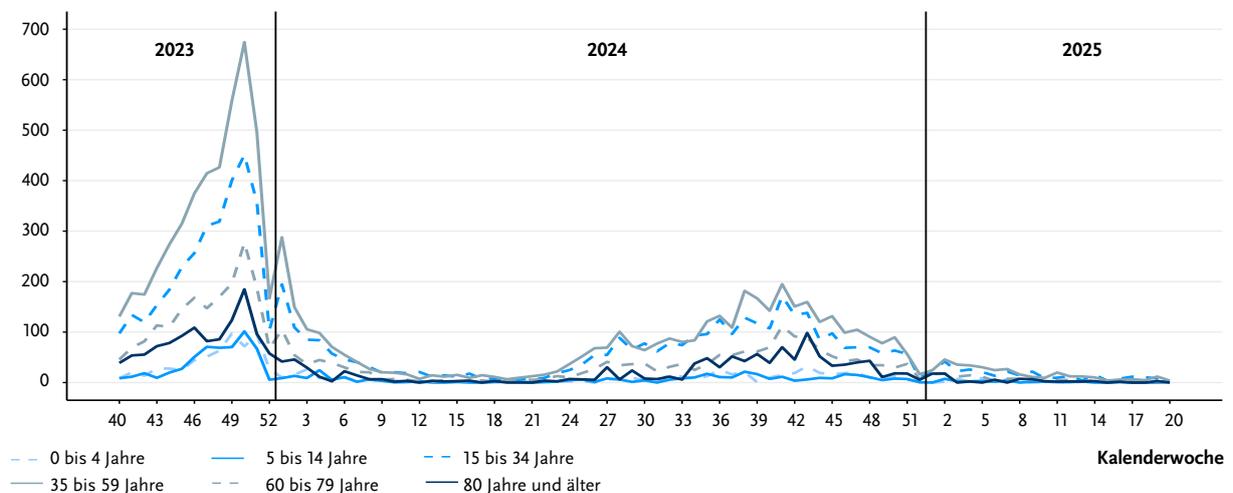
A Konsultationsinzidenz für Influenza pro 100.000 Einwohner**B** Konsultationsinzidenz für RSV pro 100.000 Einwohner**C** Konsultationsinzidenz für COVID-ARE pro 100.000 Einwohner

Abb. 2 | Konsultationsinzidenz für Influenza (A), Respiratorisches Synzytialvirus-(RSV-)Erkrankungen (B) und Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (C) pro 100.000 Einwohner, differenziert nach Altersgruppen von der 40. Kalenderwoche (KW) 2023 bis zur 20. KW 2025

ARE = Akute respiratorische Erkrankungen

die Inzidenz der Erstkonsultationen wegen einer ARE mit vorliegender Diagnose einer RSV-Erkrankung (RSV-Erstkonsultationen) bei Säuglingen deutlich an und erreichte mit 165 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner ihren Höhepunkt in der 9. KW 2025 (Mittelwert [MW]: 59; SD: 50). Bei Kleinkindern wurde der Höhepunkt mit 81 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner bereits in der 7. KW 2025 erreicht (MW: 20; SD: 25). In der Saison 2023/24 begann die RSV-Welle früher und hielt länger an (47. KW 2023 bis 10. KW 2024; Dauer: 16 Wochen). Bei Säuglingen erreichte die Inzidenz der RSV-Erstkonsultationen in der Saison 2023/24 ihren Höhepunkt mit 390 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner in der 51. KW 2024 (MW: 66; SD: 89). Bei Kleinkindern wurde er mit 96 Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner ebenfalls in der 51. KW 2023 erreicht (MW: 12; SD: 21). Auf die Bevölkerung der 0- bis 1-Jährigen in Deutschland bezogen entsprechen die jeweiligen Höchstwerte der Säuglinge einer Gesamtzahl von ca. 5.600 (Saison 2023/24) bzw. 2.400 (Saison 2024/25) Arztbesuchen wegen RSV-Erkrankungen zu diesem Zeitpunkt. Säuglinge verzeichneten zu Spitzenzeiten in der Saison 2024/25 somit 57 % weniger Arztkonsultationen wegen RSV-Erkrankungen als in der Vorsaison. Die Gesamtzahl aller RSV-Erstkonsultationen in der Saison 2024/25 war bei Säuglingen ebenfalls deutlich geringer (2023/24: ca. 50.000, 2024/25: 28.000), bei Kleinkindern hingegen etwas höher als in der vorherigen Saison (2023/24: ca. 15.000, 2024/25: 17.000).

Der Anteil der Erstkonsultationen wegen einer RSV-Erkrankung an allen ARE-Konsultationen lag bei Säuglingen in der Saison 2024/25 bei bis zu 3,3 % (12. KW 2025), in der Vorsaison 2023/24 bei bis zu 4,7 % (1. KW 2024). Über beide Saisons lässt sich in der Altersgruppe der Kleinkinder ein geringerer Höchstanteil von RSV-Erstkonsultationen im Vergleich zu Säuglingen beobachten. In der Saison 2024/25 lag dieser in der Altersgruppe der 2- bis 4-Jährigen bei 1,5 % (10. KW 2025) und in der Saison 2023/24 bei 1,3 % (51. KW 2023).

Krankheitslast durch COVID-19 in den Saisons 2023/24 und 2024/25

In der Saison 2024/25 waren Kinder deutlich weniger von COVID-19 betroffen als Erwachsene (s. Abb. 2C). Die Inzidenz der ARE-Erstkonsultationen

mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code: U07.1, COVID-ARE-Erstkonsultationen) war insgesamt zu Beginn der Saison 2024/25 leicht erhöht und ging bis zum Jahreswechsel weiter zurück. Danach blieben die COVID-ARE-Erstkonsultationen im weiteren Saisonverlauf auf einem sehr niedrigen Niveau. Durchschnittlich lag die Konsultationsinzidenz für COVID-ARE in der Saison 2024/25 bei 36 (SD: 37) Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner. Im Altersgruppenvergleich zeigten sich die höchsten Werte bei Erwachsenen zwischen 15 und 59 Jahren. Bei den 35- bis 59-Jährigen lag der Spitzenwert bei 195 und bei den 15- bis 34-Jährigen bei 170 ARE-Erstkonsultationen mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einwohner jeweils in der 41. KW 2024 (s. Abb. 2C). Hochgerechnet auf die Bevölkerung ergibt sich für die 35- bis 59-Jährigen eine Gesamtzahl von 54.000 COVID-19-bedingten Arztbesuchen, für die 15- bis 34-Jährigen 32.000 Arztbesuche wegen COVID-19 allein in dieser Woche. Alle anderen Altersgruppen suchten deutlich seltener ihre Ärztin bzw. ihren Arzt wegen COVID-19 auf. Der Anteil der ARE-Erstkonsultationen mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose an allen ARE-Erstkonsultationen war bei Erwachsenen ab 60 Jahren am höchsten. In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen belief sich dieser auf bis zu 16 % und bei den 60- bis 79-Jährigen auf bis zu 12 % (jeweils KW 43/2024).

In der Vorsaison 2023/24 lag die Konsultationsinzidenz für COVID-ARE insgesamt bei durchschnittlich 85 (SD: 95) Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner. Zur Spitzenzeit in der 50. KW 2023 wurden somit insgesamt und insbesondere in der Altersgruppe der Erwachsenen zwischen 15 und 59 Jahren höhere Konsultationsinzidenzen für COVID-ARE beobachtet als in der Saison 2024/25. Bei den 35- bis 59-Jährigen lag der Spitzenwert bei 670 und in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen bei 450 ARE-Erstkonsultationen mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einwohner (s. Abb. 2C). Auf die Bevölkerung dieser Altersgruppen in Deutschland bezogen ergibt dies eine Gesamtzahl von knapp 190.000 bzw. 86.000 Arztbesuchen wegen COVID-19 in dieser Woche. Verglichen mit der Saison 2024/25 war damit die geschätzte Zahl der COVID-19-bedingten Arztbesuche bei den 35- bis 59-Jährigen in der Spitzenzeit in der Saison 2023/24 mehr als dreimal (3,5-fach) so hoch, bei den 15- bis

34-Jährigen war sie mehr als doppelt (2,6-fach) so hoch.

Die Anteile der ARE-Erstkonsultationen mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose an allen ARE-Erstkonsultationen waren in der Saison 2024/25 in den Altersgruppen der Erwachsenen ebenfalls niedriger als in der Vorsaison. Bei den 35- bis 59-Jährigen und bei den 60- bis 79-Jährigen lagen sie bei bis zu 10 % bzw. 12 % (2023/24: 23 % bzw. 24 %), bei den ab 80-Jährigen bei bis zu 16 % (2023/24: 21%; jeweils in der 50. KW 2023).

Des Weiteren wurde nicht nur während der Spitzenzeit, sondern auch über die gesamte Saison 2024/25 hinweg in allen Altersgruppen eine deutlich niedrigere Anzahl von ARE-Konsultationen wegen COVID-19 als in der Vorsaison beobachtet. Bei Erwachsenen zwischen 15 und 59 Jahren wurden insgesamt etwa 780.000 Konsultationen verzeichnet (Saison 2023/24: ca. 2,9 Mio.), bei den ab 60-Jährigen waren es etwa 200.000 COVID-ARE-Erstkonsultationen (Saison 2023/24: ca. 640.000).

Vergleich der Krankheitslast wegen ARE in der Saison 2024/25 mit zwölf Vorsaisons

Um die durchschnittliche ARE-Krankheitslast in der Saison 2024/25 mit sieben vorpandemischen

Saisons (2012/13 bis 2018/19), vier pandemischen Saisons (2019/20 bis 2022/23) und der ersten postpandemischen Saison 2023/24 zu vergleichen, betrachteten wir die Mittelwerte der wochenweise berechneten ARE-Konsultationsinzidenzen pro Saison für jede Altersgruppe (s. Abb. 3). Berücksichtigt wurde jeweils der Zeitraum von der 40. KW eines Jahres bis zur 20. KW des darauffolgenden Jahres.

In nahezu allen Saisons war die durchschnittliche ARE-Konsultationsinzidenz bei Säuglingen und Kleinkindern (0- bis 1-Jährige, 2- bis 4-Jährige) am höchsten, gefolgt von den Schulkindern (5- bis 14-Jährige). Lediglich in der Saison 2020/21 wurde bei den 15- bis 34-Jährigen eine etwas höhere durchschnittliche ARE-Konsultationsinzidenz beobachtet als bei Schulkindern (s. Abb. 3). Dies ist u. a. im Kontext der während der COVID-19-Pandemie ergriffenen Maßnahmen wie der vorübergehenden Schließung von Kindertagesstätten und Schulen zu sehen sowie einer insgesamt deutlich niedrigeren mittleren ARE-Konsultationsinzidenz und des Ausbleibens der sonst üblichen Grippe- und RSV-Welle in der Saison 2020/21.⁹

In den Saisons 2024/25 und 2023/24 wurden für Schulkinder ähnliche durchschnittliche ARE-Konsultationsinzidenzen von ca. 2.400 (SD: 740)

Durchschnittliche ARE-Konsultationsinzidenz pro Saison

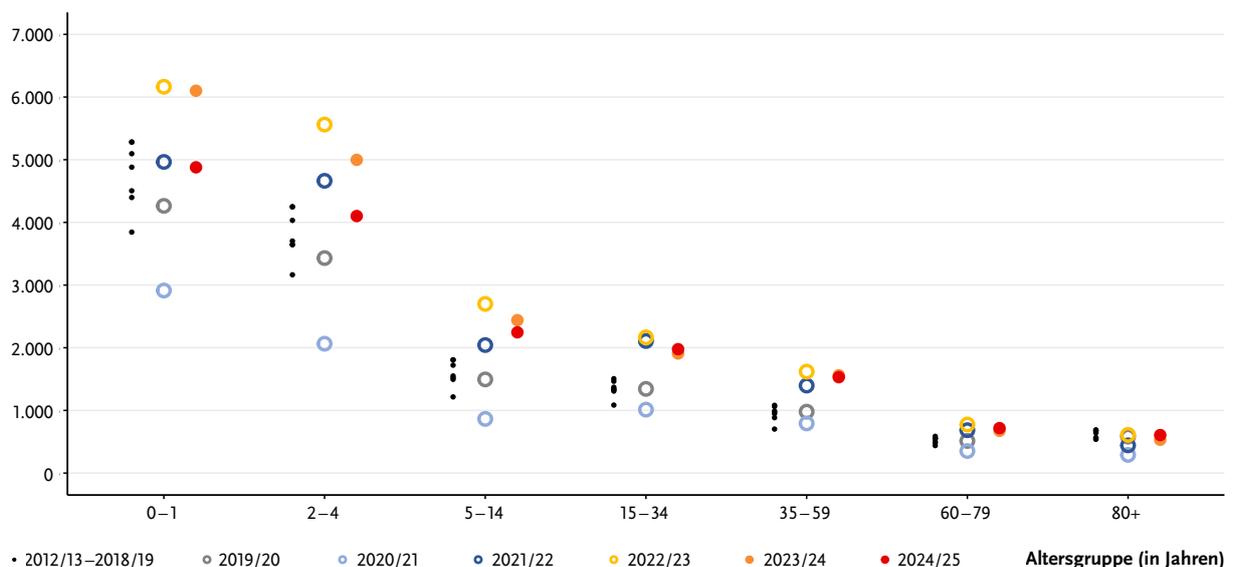


Abb. 3 | Durchschnittliche Konsultationsinzidenz für akute Atemwegserkrankungen (ARE) pro 100.000 Einwohner, differenziert nach Altersgruppen und pro Saison seit 2012/13 bis 2024/25.

bzw. ca. 2.200 (SD: 1200) ARE-Arztbesuchen pro 100.000 Einwohner beobachtet, während diese 2022/23 ca. 2.800 (SD: 1.400) betrug (s. Abb. 3). In der Saison 2022/23 kam es erstmals seit Beginn der COVID-19-Pandemie wieder zu einer ausgeprägten Zirkulation von Influenza-Viren, die zwei kurz aufeinander folgende Influenza-Wellen innerhalb der Saison zur Folge hatte. Zusätzlich waren die Aktivitäten von RSV und SARS-CoV-2 erhöht, die zeitgleich mit Influenza-Viren zirkulierten.¹⁰ Dementsprechend lag die mittlere ARE-Konsultationsinzidenz dieser Saison insbesondere bei Kindern unter 15 Jahren deutlich über den Werten der betrachteten vorpandemischen und der vorangegangenen pandemischen Saisons. In der Saison 2023/24 waren die Werte in den meisten Altersgruppen gegenüber den vorpandemischen Saisons und den meisten pandemischen Saisons ebenfalls erhöht, auch hier wurde besonders bei Kindern und Erwachsenen bis 59 Jahren eine vergleichsweise hohe durchschnittliche Zahl von Konsultationen wegen ARE beobachtet. Auch 2023/24 zirkulierten Influenza-Viren, RSV und SARS-CoV-2 zeitweise parallel.

Lediglich bei den ab 80-Jährigen wurde in den Saisons 2022/23 bis 2024/25 eine mittlere Konsultationsinzidenz wie in vorpandemischen Saisons verzeichnet. Die Saison 2024/25 bewegte sich bei Kindern bis 4 Jahren innerhalb des Wertebereichs der vorpandemischen Saisons. Die mittleren Konsultationsinzidenzen der 5- bis 79-Jährigen waren dagegen eher vergleichbar mit den Werten der Vorsaison 2023/24 und damit erneut höher als in den vorpandemischen und den ersten beiden pandemischen Saisons (s. Abb. 3).

Diskussion

In der vorliegenden Analyse zeigten sich für die Saisons 2024/25 und 2023/24 insgesamt ähnliche Höchstwerte in der ARE-Konsultationsinzidenz. Auffällig war die deutlich höhere ARE-Krankheitslast bei Schulkindern (5- bis 14-Jährige) zum Höhepunkt der Grippewelle 2024/25 (s. Abb. 1). Die Auswertungen der krankheitsspezifischen ICD-10-Codes in SEED^{ARE} ergaben, dass dies zumindest teilweise mit einer erhöhten Anzahl Influenza-bedingter Arztbesuche erklärt werden kann (s. Abb. 2A). So gab es zum Höhepunkt der Grippewelle 2024/25

bezogen auf eine Woche schätzungsweise 67.000 Arztbesuche wegen ARE mit Influenza bei Schulkindern in Deutschland. Der Anteil der Influenza-Erstkonsultationen an allen ARE-Erstkonsultationen lag zu diesem Zeitpunkt bei 19 %. Dagegen wurden zum Höhepunkt der Grippewelle 2023/24 etwa 37.000 Arztbesuche wegen ARE mit Influenza-Diagnose bei Schulkindern in Deutschland beobachtet, wobei weniger als jeder achte Arztbesuch in Zusammenhang mit einer Influenza stand. Das deutet auf eine sehr intensive Grippewelle in der Saison 2024/25 hin, die eine hohe Belastung der pädiatrischen Arztpraxen bedeutete. Die hier berücksichtigten Diagnosecodes J09–J11 beziehen sich sowohl auf Grippe mit nachgewiesenen (J09, J10) als auch auf Grippe mit nicht nachgewiesenen Influenza-Viren (J11). Weitere Arztkonsultationen wegen Influenza wurden möglicherweise nicht erfasst, da kein Test durchgeführt und andere nicht erkrankungsspezifische ICD-10-Codes vergeben wurden. Im Vergleich zum stationären wird im ambulanten Bereich weniger häufig ein Erregernachweis durchgeführt, insbesondere wenn dieser therapeutisch nicht relevant ist. Der tatsächliche Anteil der Konsultationsinzidenz wegen einer Influenza an der ARE-Konsultationsinzidenz war daher vermutlich höher.

Die insgesamt hohe Krankheitslast wegen ARE bei Schulkindern spiegelte sich einerseits in einer ebenfalls ungewöhnlich hohen Krankheitslast durch schwere akute respiratorische Infektionen (SARI) bei Schulkindern im stationären Bereich in Deutschland wider (siehe Artikel zu Ergebnissen aus dem SARI-Krankenhaussentinel in dieser Ausgabe), andererseits auch in den Ergebnissen der Surveillance-systeme anderer europäischer Länder. In Frankreich und in der Tschechischen Republik wurden beispielsweise etwa zur gleichen Zeit (zwischen der 1. KW und der 9. KW 2025) deutlich erhöhte ARE-Konsultationsinzidenzen in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen im Vergleich zum Vorjahr beobachtet.¹¹ Die Daten liegen jedoch nicht für spezifische ICD-10-Diagnosecodes vor, sodass unklar ist, wie hoch der Anteil der Konsultationsinzidenz für Influenza an der berichteten ARE-Konsultationsinzidenz ist. Die Saison 2024/25 war auch insgesamt in der Europäischen Union durch eine intensive Grippewelle mit einer hohen Krankheitslast auf

verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems gekennzeichnet.¹¹ Nach Einschätzungen der europäischen Surveillanceplattform ERVISS (European Respiratory Virus Surveillance Summary) führte die Kombination einer starken Influenza-Saison und der gleichzeitigen RSV-Zirkulation zu Beginn des Jahres 2025 zu anhaltenden Belastungen der Gesundheitssysteme und der Krankenhauskapazitäten in Europa.¹²

Anhand der diagnosespezifischen Analysen zeigte sich, dass die Gesamtzahl aller Konsultationen wegen RSV-Erkrankungen in der Saison 2024/25 bei Säuglingen deutlich niedriger war als in der Saison 2023/24 (-44%). Die im Vergleich niedrigere Krankheitslast in der Saison 2024/25 ist u. a. auf die etwas kürzere Dauer der RSV-Welle (13 statt 16 Wochen) zurückzuführen, die im Gegensatz zur Vorsaison erst nach dem Jahreswechsel begann. Die Saison 2024/25 war die erste RSV-Saison, in der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) die flächendeckende Prophylaxe gegen RSV-Erkrankungen mit Nirsevimab für Neugeborene und Säuglinge empfohlen wurde.¹³ In anderen europäischen Ländern wurde auch eine flächendeckende RSV-Prophylaxe empfohlen und eine Reduktion der Krankheitslast durch RSV-Erkrankungen bei Säuglingen bereits in der ersten RSV-Saison nach Implementierung beobachtet.^{14–16}

Die in den Auswertungen ermittelten Anteile der RSV-Erstkonsultationen an allen ARE-Erstkonsultationen sind vergleichsweise klein und bewegen sich im einstelligen Prozentbereich. Da RSV zu den häufigsten Atemwegserregern bei Säuglingen zählt,⁸ deutet dies auf eine Untererfassung von RSV-Erkrankungen im ambulanten Bereich hin. Die in SEED^{ARE} berücksichtigten ICD-10-Codes J12.1, J20.5 und J21.0 werden in Kinderarztpraxen meist nur vergeben, wenn ein RSV-Nachweis vorliegt.¹⁷ Da in den Praxen wahrscheinlich nicht bei jeder RSV-Erkrankung der entsprechende PCR-Test veranlasst oder ein Schnelltest durchgeführt wird, ist eine Unterschätzung der Krankheitslast durch RSV-Erkrankungen anzunehmen. Auch im SARI-Krankenhaussentinel (siehe Artikel in dieser Ausgabe) wurde in der Saison 2024/25 eine im Vergleich zu den Vorsaisons weniger häufige Vergabe von RSV-Diagnosen und eine insgesamt deutlich niedrigere Krank-

heitslast durch SARI bei Säuglingen (0 bis 1 Jahr) beobachtet, was die Analysen aus dem ambulanten Bereich unterstützt.

Das saisonale Auftreten von ARE hat sich durch die COVID-19-Pandemie deutlich geändert. Während sich die Zirkulation von Influenza-Viren und RSV ab der Saison 2023/24 wieder allmählich an ihr übliches saisonales Muster anpasste, weist SARS-CoV-2 bisher keine vorhersehbare Saisonalität auf. Durch das Hinzukommen von SARS-CoV-2 als zusätzlichen Erreger hat sich zudem die ARE-Krankheitslast insgesamt deutlich erhöht.¹⁰ In den letzten Jahren traten in Europa SARS-CoV-2-Infektionswellen insbesondere während der Frühlings- und Sommermonate auf.¹⁸ In der Saison 2024/25 wurden über das SEED^{ARE}-System – ausgehend von einer erhöhten SARS-CoV-2-Zirkulation im Juni 2024¹⁹ – lediglich im Herbst 2024 leicht erhöhte COVID-ARE-Konsultationsinzidenzen beobachtet. Diese gingen bis zum Jahreswechsel zurück und verblieben anschließend auf einem sehr niedrigen Niveau (s. Abb. 2C). Ein ähnlicher Verlauf zeigte sich in der Vorsaison 2023/24, in der jedoch höhere Werte verzeichnet wurden. Bei den 15- bis 59-Jährigen gab es in den betrachteten postpandemischen Saisons mit Abstand die meisten ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose. Bei Kindern unter 15 Jahren standen Arztbesuche wegen ARE dagegen deutlich seltener im Zusammenhang mit COVID-19, möglicherweise wegen eines meist milderen Verlaufs der Erkrankung. Im Gegensatz dazu wurde im stationären Bereich in den Altersgruppen ab 60 Jahren ein besonders hoher Anteil von Hospitalisierungen wegen SARI mit COVID-19 beobachtet (siehe Artikel zu Ergebnissen aus dem SARI-Krankenhaussentinel in dieser Ausgabe). Dies stützt bisherige Befunde, nach denen COVID-19 insbesondere bei älteren Personen häufiger schwer verläuft und eine hohe Krankheitslast verursacht.²⁰ Im ambulanten Bereich war die ARE-Konsultationsinzidenz insgesamt dagegen bei Erwachsenen ab 60 Jahren deutlich geringer als bei jüngeren Erwachsenen und Kindern (s. Abb. 1). Möglicherweise suchen Personen ab 80 Jahren generell aufgrund einer geringeren Anzahl von Kontakten deutlich seltener eine Ärztin bzw. einen Arzt wegen einer ARE auf. Zudem sind bei nicht mehr erwerbstä-

tigen Personen keine Arztbesuche wegen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung notwendig.

Insgesamt gab es in den Saisons 2023/24 und 2024/25 im Vergleich zu den vorpandemischen Saisons in den meisten Altersgruppen eine erhöhte Krankheitslast wegen ARE, die einen Arztbesuch erforderlich machten. Nach dem Ende der Pandemie hat SARS-CoV-2 als zusätzlicher relevanter Atemwegserreger bisher noch keine feste Saisonalität entwickelt. Jedoch war die Zirkulation seit der Saison 2023/24 in den Sommer- und Herbstmonaten am stärksten und damit wenig überlappend mit RSV und Influenza-Viren. Die höchste Belastung der Arztpraxen durch ARE-Konsultationen zeigte sich in den beiden betrachteten postpandemischen

Saisons jeweils während der zeitgleich stattfindenden RSV- und Grippewellen, in der Saison 2024/25 insbesondere bei Schulkindern. Dies unterstreicht die fortgesetzte Relevanz dieser Erkrankungen für die ARE-Krankheitslast. Daher ist die kontinuierliche Überwachung der Krankheitslast mithilfe von syndromischen Surveillance-Systemen unter Nutzung krankheitsspezifischer Diagnosecodes und ergänzt durch eine virologische Surveillance essenziell, um verschiedene Saisons vergleichen und eine sich verändernde Dynamik der Krankheitslast einordnen zu können. Mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen können gezielte präventive Maßnahmen für besonders betroffene Bevölkerungsgruppen entwickelt werden.

Literatur

- 1 World Health Organization, European Centre for Disease Prevention and Control. Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe. 2022
- 2 Görlitz L, Cai W, Tolksdorf K, Prahm K, Preuß U, Wolff T, et al. ICD-10-Code-basierte syndromische Surveillance akuter Atemwegserkrankungen mit COVID-19 im ambulanten Bereich. *Epid Bull* 2021;30:3-10. DOI: 10.25646/8849
- 3 Mott JA, Bergeri I, Lewis HC, Mounts AW, Briand SC. Facing the future of respiratory virus surveillance: “The mosaic surveillance framework”. *Influenza and Other Respiratory Viruses*. 2023;17(3):e13122. DOI: 10.1111/irv.13122
- 4 Köpke K, Prahm K, Buda S, Haas W. Evaluation einer ICD-10-basierten elektronischen Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED^{ARE}) in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2016;59(11):1484–91. DOI: 10.1007/s00103-016-2454-0
- 5 Uphoff H, Stilianakis N. Ein Ansatz zur bevölkerungsbezogenen Auswertung der deutschen Influenza-Sentinelldaten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2000;43(10):796–801. DOI: 10.25646/12102
- 6 Robert Koch-Institut. ARE-Wochenbericht, 20. Kalenderwoche 2025. DOI: 10.25646/13168
- 7 Robert Koch-Institut. ARE-Wochenbericht, 20. Kalenderwoche 2024. DOI: 10.25646/12102
- 8 Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*. 2022;399(10340):2047–64. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00478-0
- 9 Grote U, Arvand M, Brinkwirth S, Brunke M, Buchholz U, Eckmanns T, et al. Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie in Deutschland: nichtpharmakologische und pharmakologische Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2021;2021(64):435–45. DOI: 10.1007/s00103-021-03306-z
- 10 Gvaladze T, Buda S, Schuler E, Wesseler D, Tolksdorf K. Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) in der Saison 2023/24 im Vergleich mit acht Vorsaisons in Deutschland. *Epid Bull* 2024;41:3-12. DOI: 10.25646/12879
- 11 European Centre for Disease Prevention and Control. European Respiratory Virus Surveillance

Summary (ERVISS). <https://erviss.org/> [abgerufen am 22.07.2025]

- 12 European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly Communicable Disease Threats Report, Week 7, 8 – 14 February 2025
- 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. DOI: 10.25646/12198
- 14 Perramon-Malavez A, de Rioja VL, Coma E, Hermosilla E, Fina F, Martínez-Marcos M, et al. Introduction of nirsevimab in Catalonia, Spain: description of the incidence of bronchiolitis and respiratory syncytial virus in the 2023/2024 season. *European Journal of Pediatrics*. 2024;183(12):5181–9. DOI: 10.1007/s00431-024-05779-x
- 15 Ernst C, Bejko D, Gaasch L, Hannelas E, Kahn I, Pierron C, et al. Impact of nirsevimab prophylaxis on paediatric respiratory syncytial virus (RSV)-related hospitalisations during the initial 2023/24 season in Luxembourg. *Eurosurveillance*. 2024;29(4):2400033. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.4.2400033
- 16 Lastrucci V, Pacifici M, Alderotti G, Puglia M, Berti E, Barbati F, et al. The impact of nirsevimab prophylaxis on RSV hospitalizations: a real-world cost-benefit analysis in Tuscany, Italy. *Frontiers in Public Health*. 2025;13. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1604331
- 17 Cai W, Tolksdorf K, Hirve S, Schuler E, Zhang W, Haas W, et al. Evaluation of using ICD-10 code data for respiratory syncytial virus surveillance. *Influenza and Other Respiratory Viruses*. 2020;14(6):630–7. DOI: 10.1111/irv.12665
- 18 European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly Communicable Disease Threats Report, Week 20, 10–16 May 2025
- 19 Robert Koch-Institut. ARE-Wochenbericht, 39. Kalenderwoche 2024. DOI: 10.25646/12858
- 20 Schilling J, Tolksdorf K, Marquis A, Faber M, Pfoch T, Buda S, et al. Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2021;2021(64):395–402. DOI: 10.1007/s00103-021-03303-2

Autorinnen und Autoren

Simon Krupka | Dr. Juliane Wunderlich |
Kristin Tolksdorf

Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie

Korrespondenz: krupkas@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

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 | 10.25646/13339

Danksagung

Wir möchten den Ärztinnen und Ärzten sowie dem Personal in den Arztpraxen danken, die die syndromische Surveillance im ambulanten Bereich mit ihrer freiwilligen und unentgeltlichen Teilnahme ermöglichen. Darüber hinaus danken wir unseren Kolleginnen und Kollegen am RKI, insbesondere Kerstin Prahm und Ute Preuß für die Unterstützung bei der Datenauswertung, Dr. Wei Cai für die Unterstützung bei der Interpretation der Ergebnisse sowie Daniel Wessler und Michael Herzhoff für den technischen Support des SEED^{ARE}-Systems.

Open access



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

Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen in der Saison 2024/25 im stationären Bereich

Einleitung

Akute Atemwegserkrankungen stellen eine weltweite Gefährdung für die öffentliche Gesundheit dar. Insbesondere schwere akute respiratorische Infektionen (SARI) gehen mit längerer Arbeitsunfähigkeit, stationären Krankenhausaufenthalten bis hin zu SARI-bedingten Todesfällen sowie hohen wirtschaftlichen Kosten einher und führen insgesamt zu einer Belastung des Gesundheitssystems. Eine zeitnahe, kontinuierliche Surveillance ist daher unerlässlich, um rechtzeitig reagieren und präventive Maßnahmen ergreifen zu können.

Als Erkenntnis aus der Influenza-Pandemie im Jahr 2009 und der Coronavirus Disease 2019- (COVID-19-)Pandemie 2020 bis 2023 empfehlen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) die Implementierung einer SARI-Surveillance in einer Stichprobe ausgewählter Krankenhäuser (Sentinel).^{1,2} Das Ziel dieser syndromischen SARI-Sentinel-surveillance ist u. a. die frühzeitige Erkennung ungewöhnlicher oder unerwarteter Ereignisse, verursacht durch bekannte oder neu auftretende Atemwegserreger, sowie die kontinuierliche, zeitnahe, systematische Erfassung und Bewertung der Krankheitslast und Krankheitsschwere im stationären Bereich. Darüber hinaus dient sie der Beurteilung der Effekte von Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens auf Atemwegserkrankungen sowie als Grundlage für politische Entscheidungen auf nationaler und internationaler Ebene.

In Deutschland besteht bereits seit dem Jahr 2015 mit ICOSARI (ICD-10-Code basierte Surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionskrankheiten) ein innovatives syndromisches SARI-Surveillanceinstrument für den stationären Bereich. Hierbei handelt es sich um ein wissenschaftliches Kooperationsprojekt zwischen dem Robert Koch-Institut (RKI) und der Helios Kliniken GmbH. Dieses vollständig digitalisierte Surveillanceinstrument wurde insbesondere für Analysen saisonaler Trends

sowie die Erfassung SARI-bedingter Krankheitslast und Krankheitsschwere entwickelt.³ Es basiert auf der Analyse von ICD-10-Diagnosecodes sowie weiterer Informationen, wie z. B. die intensivmedizinische Behandlung von SARI-Patientinnen und -Patienten,⁴ mit besonderem Fokus auf Influenza, COVID-19 und Respiratorische Synzytialvirus-(RSV-)Erkrankungen. Besondere Stärken der standardisierten digitalisierten Erhebung, Übermittlung und Auswertung der Daten sind die hohe Anpassungsfähigkeit sowie die Effizienz. Daher war es bereits zu Beginn der COVID-19-Pandemie möglich, auf die neue Situation zu reagieren und zu einem frühen Zeitpunkt wertvolle Daten zur Einschätzung der Krankheitsschwere von COVID-19 zur Verfügung zu stellen.⁵⁻⁸

Im Folgenden werden die Daten aus der syndromischen SARI-Surveillance für die Saison 2024/25 vorgestellt und mit neun Vorsaisons verglichen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem saisonalen Verlauf, der Krankheitslast und -schwere von SARI sowie den altersgruppen- und krankheitsspezifischen Unterschieden.

Methodik

Sentinel

Für die Analyse der Saison 2024/25 wurden Daten von 65 Krankenhäusern der Primär- bis Maximalversorgung als Sentinelkliniken eingeschlossen, die bereits seit Beginn des SARI-Surveillanceinstrumentes (Saison 2015/16) kontinuierlich Daten zur Auswertung lieferten. Dies ermöglichte einen Vergleich mit allen neun Vorsaisons. Die 65 Sentinelkliniken repräsentierten 5 % aller in Deutschland hospitalisierten Patientinnen und Patienten und verteilten sich auf 13 der 16 Bundesländer.

Falldefinition

Als Grundlage für die Erhebung von SARI-Fällen dienen die ICD-10-Diagnosecodes J09–J22 (Grippe und Pneumonie sowie sonstige akute Infektionen

der unteren Atemwege) aus dem Kapitel J (Krankheiten des Atmungssystems)⁹ von hospitalisierten Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt ihrer Entlassung bzw. vorläufig vergebene Diagnosecodes, sollte eine hospitalisierte Patientin bzw. ein hospitalisierter Patient zum Datenstand 11.6.2025 noch nicht entlassen worden sein. Lag in der Hauptdiagnose solch ein ICD-10-Code aus J09–J22 vor, so wurde die Patientin bzw. der Patient als SARI-Fall gezählt (Basisfalldefinition). Zudem wurde für die hier dargestellte deskriptive Analyse auch eine erweiterte, sensitivere Falldefinition genutzt, bei der auch ICD-10-Codes J09–22 in der Nebendiagnose berücksichtigt wurden.

Saisons

Für die Auswertung der Saison 2024/25 wurden Daten aus dem Zeitraum zwischen der Kalenderwoche (KW) 40/2024 und der KW 20/2025 genutzt. Diese Saison wurde mit vier vorpandemischen Saisons (2015/16 bis 2018/19), vier pandemischen Saisons (2019/20 bis 2022/23) sowie der ersten vollständigen Saison nach dem Ende der COVID-19-Pandemie (postpandemische Saison 2023/24) verglichen.¹⁰ Für diesen Vergleich wurde ebenfalls jeweils die Zeitperiode (KW 40 bis KW 20 des Folgejahres) gewählt. Hierbei wurde das Datum der Krankenhausaufnahme der Patientinnen und Patienten für die Wochenzuordnung genutzt.

Auswertungen

Für die Beschreibung der Saison 2024/25 wurde zunächst die Zahl der SARI-Fälle sowohl gemäß der

Basisfalldefinition als auch gemäß der sensitiven Falldefinition nach Altersgruppen analysiert. Im Weiteren wurde ausschließlich die Basisfalldefinition genutzt. Es wurde 1.) der Saisonverlauf in den unterschiedlichen Altersgruppen beschrieben sowie 2.) eine Auswertung der SARI-Fallzahlen nach zusätzlich vergebenen spezifischen Diagnosen für COVID-19 (U07.1!: COVID-SARI), Influenza (J10: Influenza-SARI) oder eine RSV-Infektion (J12.1, J20.5, J21.0: RSV-SARI) vorgenommen⁹ und 3.) untersucht, wie viele SARI-Fälle in einer der Sentinelkliniken eine intensivmedizinische Behandlung erhalten hatten bzw. wie viele verstorben sind.

Ergebnisse

SARI-Fälle der Saison 2024/25

In den 65 Sentinelkliniken sind in der Saison 2024/25 insgesamt 612.303 Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen worden (inklusive mehrfach hospitalisierter Fälle; Datenstand: 11.6.2025). Darunter waren 27.434 SARI-Fälle (4,5%; Basisfalldefinition) bzw. unter Nutzung der sensitiven Falldefinition 51.149 SARI-Fälle (8,4%). Der Anteil der SARI-Fälle unter allen stationären Fällen war in der Saison 2024/25 etwas höher als in der Vorsaison.¹¹ Die fast doppelt so hohe Zahl der SARI-Fälle bei Nutzung der sensitiven Falldefinition (s. Tab.1) ist auf eine häufigere Vergabe von ICD-10-Codes J09–J22 in der Nebendiagnose statt in der Hauptdiagnose zurückzuführen, vor allem in den höheren Altersgruppen. Diese leiden tendenziell häufiger

Altersgruppen (in Jahren)	Anzahl SARI-Fälle nach Basisfalldefinition	Anzahl SARI-Fälle nach sensitiver Falldefinition
0–1	2.045	2.234
2–4	1.430	1.570
5–14	1.700	1.966
15–34	1.220	1.753
35–59	3.209	5.872
60–79	8.167	17.875
≥80	9.663	19.879
Gesamt	27.434	51.149

Tab. 1 | Anzahl der SARI-Patientinnen und -Patienten nach unterschiedlichen Falldefinitionen pro Altersgruppe im Sentinel in der Saison 2024/25; Daten aus 65 Sentinelkliniken

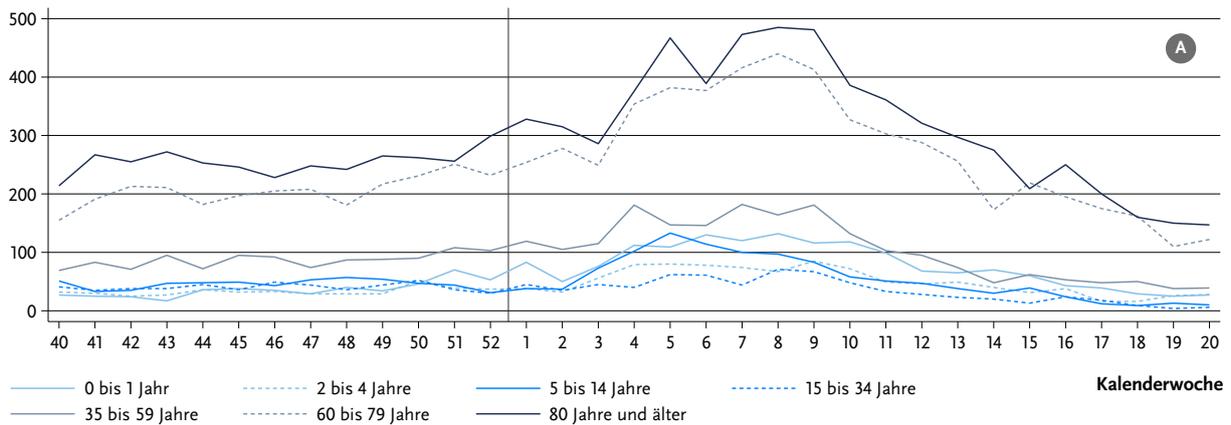
SARI = schwere akute respiratorische Infektionen

unter Grunderkrankungen, welche sich beispielsweise durch eine auftretende Atemwegsinfektion verschlechtern und eine Hospitalisierung erforderlich machen können.¹¹ In einem solchen Fall sollte dann die für die Hospitalisierung im Vordergrund stehende behandlungspflichtige Grunderkrankung in der Hauptdiagnose kodiert werden und eine Atemwegsinfektion somit in der Nebendiagnose. Um spezifisch die Patientinnen und Patienten darzustellen, bei denen die SARI ursächlich für die Hospitalisierung war, werden daher im Folgenden ausschließlich SARI-Fälle nach Basisfalldefinition berücksichtigt.

Zu Beginn der Saison in KW 40/2024 wurden in allen Altersgruppen zunächst relativ stabile SARI-

Fallzahlen beobachtet, erst kurz vor dem Jahreswechsel kam es in der jüngsten Altersgruppe (0 bis 1 Jahr) und den Altersgruppen ab 60 Jahren zu einem leichten Anstieg der Fallzahlen (s. Abb. 1A). Obwohl der Beginn der Grippewelle bereits in KW 51/2024 lag, kam es etwas zeitverzögert erst ab KW 4/2025 zu einem deutlichen Anstieg der SARI-Fallzahlen und letztendlich zu einem sehr hohen Niveau der SARI-Inzidenz (s. Abb. 1B). Mit KW 3/2025 startete fast zeitgleich die RSV-Welle der Saison 2024/25. In KW 8/2025 erreichte die SARI-Inzidenz mit rund 34 SARI-Fällen pro 100.000 Einwohner den Höhepunkt der Saison 2024/25.¹² Dies entspricht einer Gesamtzahl von insgesamt etwa 29.000 Hospitalisierungen aufgrund einer SARI in Deutschland in KW 8/2025. In allen Altersgruppen

SARI-Fälle (Saison 2024/25)



SARI-Fälle (Saison 2024/25)

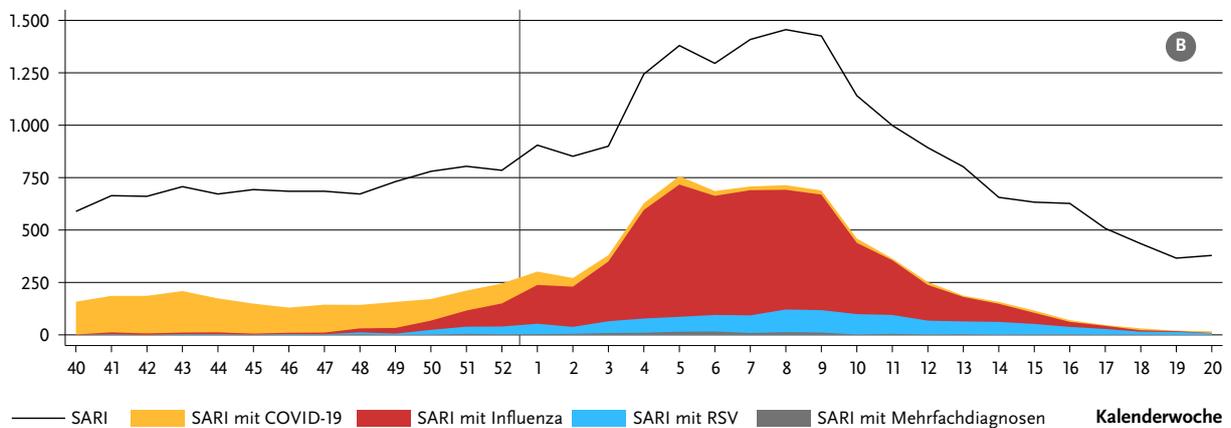


Abb. 1 | Anzahl der SARI-Patientinnen und -Patienten (J09–J22 in der Hauptdiagnose) nach Altersgruppen (A) sowie kumuliert nach krankheitsspezifischen Diagnosen (B); Saison 2024/25; Daten aus 65 Sentinelkliniken

SARI = schwere akute respiratorische Infektionen; COVID-19 = Coronavirus Disease 2019; RSV = Respiratorisches Synzytialvirus

traten zeitlich ähnliche saisonale Verläufe auf, wenngleich mit unterschiedlicher Intensität (s. Abb. 1A). Die am häufigsten von einer SARI betroffenen Altersgruppen der Saison 2024/25 waren Patientinnen und Patienten ab 80 Jahre (9.663 SARI-Fälle von KW 40/2024 bis KW 20/2025, s. Tab. 1), gefolgt von den 60- bis 79-Jährigen (8.167 SARI-Fälle, s. Tab. 1). Die meisten SARI-Fälle traten zwischen KW 5 und KW 9/2025 auf. In diesem Zeitraum wurden relativ zeitgleich in allen Altersgruppen die höchsten SARI-Fallzahlen der Saison verzeichnet. Ein außerordentlich hohes Fallzahlniveau konnte in dieser Saison bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) über eine Dauer von vier Wochen (KW 4 bis KW 7/2025) festgestellt werden. Während in den Altersgruppen ab 15 Jahre zumindest zeitweise während der Grippe- und RSV-Welle ein sehr hohes Niveau der SARI-Fallzahlen erreicht wurden, blieb die Zahl der SARI-Fälle bei Kindern unter 5 Jahren deutlich unter den Werten, die unter anderem in der Vorsaison während der RSV-Welle beobachtet wurden. Ab KW 10/2025 kam es zu einem kontinuierlichen Rückgang der Hospitalisierungen wegen SARI. Ab KW 14/2025, in etwa zeitgleich mit dem Ende der Grippe- und RSV-Welle (KW 14/2025) und dem Ende der RSV-Welle (KW 15/2025), lag die Zahl der SARI-Fälle wieder auf einem niedrigen Niveau (s. Abb. 1B).

Krankheitsspezifische Analysen

Zum Zeitpunkt der höchsten SARI-Inzidenz in KW 8/2025 erhielten 40 % der SARI-Patientinnen und -Patienten eine Influenza-Diagnose, 8 % eine RSV- und 2 % eine COVID-19-Diagnose (s. Abb. 1B). Die meisten **COVID-19-Diagnosen** bei SARI-Fällen wurden zu Beginn der Saison in KW 43/2024 mit einem Anteil von 28 % vergeben. Hierbei waren insbesondere die älteren Altersgruppen betroffen (60- bis 79-Jährige: 35 % COVID-19-Diagnosen unter SARI-Fällen; ab 80-Jährige: 42 %). Die COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenz lag zu diesem Zeitpunkt bei insgesamt 4,7 SARI-Fällen mit COVID-19-Diagnose je 100.000 Einwohner in Deutschland. Der Schwerpunkt der krankheitsspezifischen Diagnosen verschob sich über den Jahreswechsel von COVID-19 hin zu Influenza-Diagnosen (s. Abb. 1B). In KW 5/2025 erhielten 47 % aller SARI-Fälle eine **Influenza-Diagnose**. Hervorzuheben ist hierbei der bei den Schulkindern (5 bis 14 Jahre) außerordentliche hohe Anteil vergebener Influenza-Diagnosen unter den

SARI-Fällen. Zwischen KW 3 und KW 10/2025 erhielt mehr als jedes zweite wegen SARI hospitalisierte Schulkind eine Influenza-Diagnose, in KW 9/2025 sogar 80 % aller SARI-Fälle zwischen 5 und 14 Jahre. Die Hospitalisierungsinzidenz aufgrund von Influenza lag in KW 5/2025 bei insgesamt 15 SARI-Fällen mit Influenza-Diagnose je 100.000 Einwohner in Deutschland. Am häufigsten wurden **RSV-Diagnosen** zwischen KW 8 und KW 15/2025 vergeben, mit einem Anteil von 8 % bis 9 % unter allen SARI-Fällen. Hierbei waren überwiegend Säuglinge und Kleinkinder betroffen, mit RSV-Anteilen von 53 % in KW 11/2025 (0 bis 1 Jahr) bzw. 31 % in KW 8 und KW 9/2025 (2 bis 4 Jahre). Die RSV-bedingte Hospitalisierungsinzidenz lag in KW 8/2025 insgesamt bei 2,7 SARI-Fällen mit RSV-Diagnose je 100.000 Einwohner. **Mehr als eine krankheitsspezifische Diagnose** (mindestens zwei der drei betrachteten Erkrankungen: Influenza, COVID-19, RSV-Erkrankung) wurden bei 129 SARI-Fällen (0,5 % aller SARI-Fälle) vergeben. Besonders betroffen waren hiervon Säuglinge (0 bis 1 Jahr) und Ältere ab 80 Jahren, diese machten zusammen 56 % (72 Fälle) der SARI-Fälle mit Mehrfachdiagnosen aus. In der Mehrzahl (84 %) der SARI-Fälle mit Mehrfachdiagnosen wurden Influenza-Diagnosen gemeinsam mit einer anderen Diagnose vergeben. Bei SARI-Fällen unter 5 Jahren kam die Kombination von Influenza- mit RSV-Diagnose am häufigsten vor, in den älteren Altersgruppen wurde zumeist die Kombination von Influenza- mit COVID-19-Diagnose vergeben.

Insgesamt wurden in der Saison 2024/25 bei 20 % der SARI-Fälle eine Influenza-Diagnose vergeben und damit deutlich häufiger als in der Vorsaison (14 %).¹¹ Dagegen wurden RSV-Diagnosen mit 5 % insgesamt nur etwa halb so häufig vergeben wie in der Saison 2023/24 (10 %). Auch COVID-19-Diagnosen wurden im Zeitraum KW 40/2024 bis KW 20/2025 mit 8 % nur etwa halb so häufig vergeben wie im Vorjahreszeitraum (16 %).

Krankheitslast in der Saison 2024/25 im Vergleich mit den Vorsaisons 2015/16 bis 2023/24

In der Saison 2024/25 wurden die bisher meisten SARI-Fälle seit Beginn der SARI-Surveillance in den 65 Sentinelkliniken beobachtet. Wie bereits in der Vorsaison beobachtet, lag die Gesamtzahl der SARI-

Fälle in den Altersgruppen ab 5 Jahre über den Werten der vorpandemischen Saisons (s. Abb. 2). Darüber hinaus lag die Fallzahl jedoch auch über der Anzahl der SARI-Fälle der Vorsaison 2023/24. Speziell für Schulkinder (5 bis 14 Jahre), junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre) und ab 60-Jährige wurden in der Saison 2024/25 so hohe Fallzahlen wie noch nie seit Beginn der SARI-Surveillance beobachtet. Dagegen war die Zahl der SARI-Fälle bei Säuglingen und Kleinkindern unter 2 Jahren niedriger als in fast allen bisher im Sentinel beobachteten Saisons (ausgenommen Saison 2020/21), im direkten Vergleich zur Vorsaison (3.129 SARI-Fälle)

war ein Rückgang um 35 % zu verzeichnen. Bei den 2- bis 4-Jährigen wurden in der Saison 2024/25 dagegen ähnlich viele SARI-Fälle wie in den vorpandemischen Saisons verzeichnet und etwas weniger als in der Vorsaison.

Krankheitsschwere von SARI in der Saison 2024/25

Besonders schwere SARI-Verläufe können eine intensivmedizinische Behandlung zufolge haben.^{5,13} Ähnlich zur Vorsaison wurden in der Saison 2024/25 etwa 11 % (3.063/27.434, vgl. Tab. 1 und Tab. 2) der SARI-Patientinnen und -Patienten intensivmedizi-

SARI-Fälle je Saison

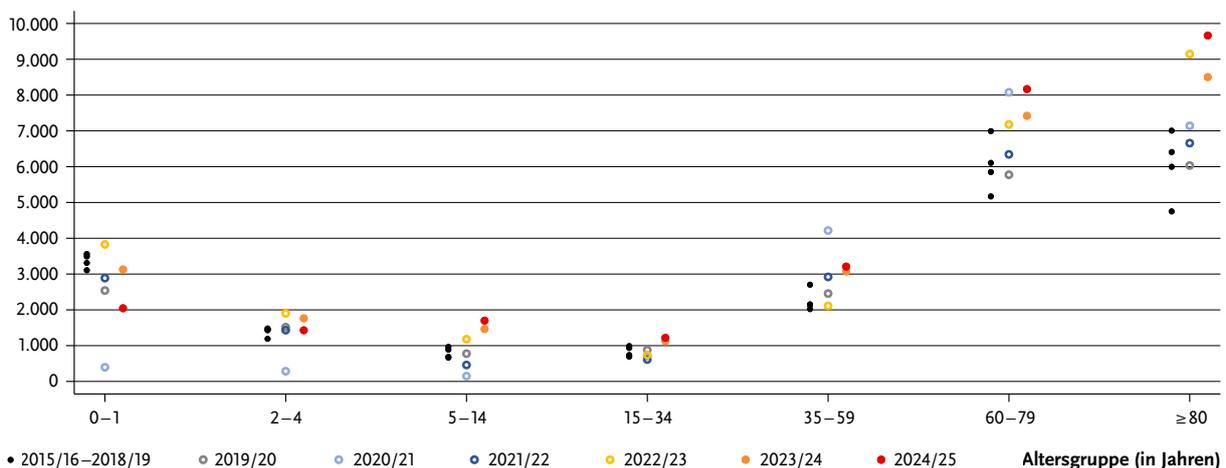


Abb. 2 | Anzahl der SARI-Patientinnen und -Patienten (J09–J22 in der Hauptdiagnose) nach Altersgruppen je Saison (vorpandemisch: 2015/16 bis 2018/19; pandemisch: 2019/20 bis 2022/23; postpandemisch: 2023/24 bis 2024/25); Daten von 65 Sentinelkliniken

SARI = schwere akute respiratorische Infektionen

Altersgruppen (in Jahren)	Influenza-Diagnose		COVID-19-Diagnose		RSV-Diagnose		SARI gesamt
	Anzahl	Anteil Intensiv	Anzahl	Anteil Intensiv	Anzahl	Anteil Intensiv	Anteil Intensiv
0–1	471	3,0%	37	10,8%	696	5,6%	4,3%
2–4	355	2,3%	16	18,8%	274	2,9%	2,9%
5–14	679	2,1%	27	7,4%	55	7,3%	2,9%
15–34	326	4,6%	31	9,7%	11	9,1%	7,2%
35–59	759	15,7%	112	26,8%	31	32,3%	13,9%
60–79	1.439	17,1%	766	20,9%	129	32,6%	16,8%
≥80	1.585	9,6%	1.278	12,5%	171	14,6%	10,1%
Gesamt	5.614	10,1%	2.267	16,0%	1.367	9,4%	11,2%

Tab. 2 | Anzahl der krankheitsspezifischen Diagnosen (Influenza, COVID-19 und RSV-Infektionen) nach Altersgruppen in der Saison 2024/25 sowie der Anteil der intensivmedizinischen Behandlungen bei SARI-Fällen (Basisfalldefinition) und unter den krankheitsspezifischen Diagnosen im Sentinel; Daten aus 65 Sentinelkliniken

SARI = schwere akute respiratorische Infektionen; COVID-19 = Coronavirus Disease 2019; RSV = Respiratorisches Synzytialvirus

nisch behandelt. Im Saisonverlauf blieb der Anteil der SARI-Fälle mit intensivmedizinischer Behandlung unter allen SARI-Fällen relativ konstant. Dieser Anteil erhöhte sich auch nicht im Zusammenhang mit dem Anstieg der Influenza-bedingten SARI-Fallzahlen während der Grippewelle.

Bei Betrachtung der verschiedenen Altersgruppen zeigten sich jedoch Unterschiede. Wie bereits in der Vorsaison 2023/24¹¹ erhielten SARI-Patientinnen und -Patienten ab einem Alter von 35 Jahren deutlich häufiger (mehr als 10 %) eine intensivmedizinische Behandlung (s. Tab. 2), am häufigsten die 60- bis 79-Jährigen (17 %, 1.376/8.167, vgl. Tab. 1 und Tab. 2). Säuglinge (0 bis 1 Jahr) wurden zu einem Anteil von 4 % und Kinder (2 bis 14 Jahre) zu einem Anteil von 3 % intensivmedizinisch versorgt und damit etwas seltener als in der Vorsaison. Unter den jungen Erwachsenen lag der Anteil bei 7 %.

Krankheitsschwere von SARI mit COVID-19-Influenza- oder RSV-Diagnose

In der Saison 2024/25 war **Influenza** mit einem Anteil von 20 % (5.614/27.434, vgl. Tab. 1 und Tab. 2) die am häufigsten vergebene krankheitsspezifische Diagnose unter den SARI-Fällen. Influenza wurde in jeder Altersgruppe diagnostiziert. Unter den SARI-Patientinnen und -Patienten zwischen 0 bis 4 Jahren bzw. 15 bis 59 Jahren wurde etwa jeder vierte sowie ab 60 Jahren etwa jeder sechste SARI-Fall aufgrund einer Influenza-Erkrankung hospitalisiert (vgl. Tab. 1 und Tab. 2). Außerordentlich häufig erhielten insbesondere Schulkinder (5 bis 14 Jahre) eine Influenza-Diagnose mit einem Anteil von 40 % (679/1.700) unter allen SARI-Fällen dieser Altersgruppe (Vorsaison 2023/24: 25 %). Bis auf das Säuglingsalter, in dem vorwiegend RSV-Erkrankungen diagnostiziert wurden (34 %, 696/2.045), war Influenza in allen Altersgruppen die am häufigsten festgestellte Erkrankung (der drei betrachteten Diagnosen: Influenza, COVID-19, RSV-Erkrankung). Es wurden 10 % (568/5.614) der im Sentinel betrachteten Influenza-bedingten SARI-Fälle intensivmedizinisch behandelt, besonders häufig war das bei 35- bis 79-Jährigen der Fall (16 % bis 17 %, s. Tab. 2).

Weitaus weniger häufig, mit einem Anteil von 8 % (2.267/27.434, vgl. Tab. 1 und Tab. 2), wurde bei den SARI-Patientinnen und Patienten **COVID-19** diag-

nostiziert. Auch diese Diagnose wurde in allen Altersgruppen vergeben, vor allem aber bei SARI-Fällen ab einem Alter von 80 Jahren (56 %, 1.278/2.267). Bei etwa 16 % (362/2.267) der SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose kam es zu schweren Verläufen, die intensivmedizinisch versorgt wurden. Besonders betroffen waren hiervon die 35- bis 79-Jährigen (21 % bis 27 %, s. Tab. 2).

Am seltensten mit 5 % wurde eine **RSV-Erkrankung** unter den SARI-Fällen in der Saison 2024/25 diagnostiziert, zudem auch deutlich weniger häufig als in der Vorsaison (s. Tab. 2).¹¹ Obwohl RSV-Diagnosen in allen Altersgruppen vergeben wurden, war der überwiegende Anteil der RSV-SARI-Patientinnen und -Patienten im Säuglings- (0 bis 1 Jahr) und Kleinkindalter (2 bis 4 Jahre), mit Anteilen von 34 % (696/2.045, Vorsaison: 52 %) bzw. 19 % (274/1.430, Vorsaison: 29 %) RSV-SARI unter allen SARI-Fällen dieser Altersgruppen. Innerhalb der anderen Altersgruppen lag der jeweilige Anteil mit maximal 3 % deutlich niedriger. Intensivmedizinisch behandelt wurden etwa 9 % (129/1.367) der RSV-SARI-Patientinnen und -Patienten. In den Altersgruppen der 60- bis 79-Jährigen sowie der ab 80-Jährigen wurden in der Saison 2024/25 etwas mehr RSV-SARI-Fälle intensivmedizinisch behandelt als in der Vorsaison (2023/24: 23 % bzw. 12 %; 2024/25: 33 % bzw. 15 %), in den übrigen Altersgruppen war der Anteil intensivmedizinischer Behandlungen bei RSV-SARI-Fällen in der Saison 2024/25 etwas niedriger als in der Vorsaison.

Todesfälle

In der Saison 2024/25 verstarben 1.428 Patientinnen und Patienten im Sentinel aufgrund ihrer SARI. Damit lag der Anteil verstorbener SARI-Fälle ähnlich wie in der Vorsaison bei 5 % (1.428/27.434). Hierunter befanden sich hauptsächlich SARI-Patientinnen und -Patienten ab einem Alter von 80 Jahren (70 %, 1.004/1.428). Unter den Todesfällen mit SARI war bei 18 % eine COVID-19-Diagnose vergeben worden, bei 17 % eine Influenza-Diagnose und bei 2 % eine RSV-Diagnose.

Diskussion

Die Saison 2024/25 ging mit den bisher höchsten SARI-Fallzahlen im Vergleich zu den im Sentinel

beobachteten Vorsaisons und mit einer ausgeprägten Krankheitslast bei den ab 5-Jährigen einher. Diese war insbesondere durch eine starke Influenza-Welle in der Saison 2024/25 geprägt. Andere europäische Länder berichteten ebenso von einer intensiven Influenza-Welle in dieser Saison.^{14–16}

Analog zu allen betrachteten Vorsaisons waren in der Saison 2024/25 erneut vor allem ältere Patientinnen und Patienten ab 60 Jahre von einer SARI betroffen. Die Beobachtung der hohen Krankheitslast in diesen Altersgruppen deckt sich auch mit denen anderer Länder in Europa sowie weltweit, bei der mit einem höheren Alter auch ein gesteigertes Risiko einer Hospitalisierung aufgrund einer SARI einhergeht.^{14,17,18} In der Saison 2024/25 wurde in diesen höheren Altersgruppen – wie auch bei Schulkindern – die seit Beginn der SARI-Surveillance höchste Krankheitslast gemessen. Im Gegensatz dazu zeigten die jüngsten Altersgruppen (0 bis 4 Jahre) keine auffällig hohe Krankheitslast im Vergleich zu den Vorsaisons (2015/16 bis 2023/24). Stattdessen wies die Anzahl der SARI-Fälle insbesondere bei den Säuglingen (0 bis 1 Jahr) einen bemerkenswerten Rückgang in der Saison 2024/25 im Vergleich zu den Vorsaisons auf. Diese war bis auf eine Ausnahme in der Saison 2020/21, in der die eingeführten Maßnahmen (z. B. Kontaktbeschränkungen) zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie zu einem Ausbleiben der Grippe- und RSV-Welle führten, niedriger als in allen anderen beobachteten Vorsaisons.¹¹ Die verringerte SARI-Krankheitslast bei Säuglingen wurde in Deutschland sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Bereich verzeichnet (siehe Artikel zu Ergebnissen aus dem SEED^{ARE}-System in dieser Ausgabe).

Diese altersabhängigen Unterschiede bezüglich der SARI-Krankheitslast ergeben sich aus Unterschieden in der Verteilung der krankheitsspezifischen Diagnosen. Die nach dem Jahreswechsel hohe Krankheitslast bei den älteren Patientinnen und Patienten ab 60 Jahre ging mit der auffällig hohen Zirkulation von Influenza-Viren einher und ist letztlich auf diese zurückzuführen. In dieser Altersgruppe fielen sowohl der Beginn des Anstiegs der SARI-Fallzahlen als auch die beobachteten Höchstwerte zusammen mit den Wochen mit der höchsten Zir-

kulation von Influenza-Viren während der Grippewelle in der Saison 2024/25.¹⁹ Der Rückgang der SARI-Fallzahlen ging hierbei auch zeitgleich mit dem Ende der Grippewelle einher. Bemerkenswert ist darüber hinaus auch der außerordentlich hohe Anteil der Influenza-Diagnosen unter den SARI-Fällen im Schulkindalter (5 bis 14 Jahre), welcher sich nicht nur im stationären Bereich bei Personen mit einem schweren Krankheitsverlauf, sondern ebenso im ambulanten Bereich zeigte (siehe Artikel zu Ergebnissen aus dem SEED^{ARE}-System in dieser Ausgabe). Generell ist festzustellen, dass Influenza unter den drei im Fokus stehenden Erkrankungen die am häufigsten vergebene krankheitsspezifische Diagnose in allen Altersgruppen in der Saison 2024/25 darstellt. Eine Ausnahme bildete hierbei die Altersgruppe der 0- bis 1-Jährigen, bei denen überwiegend RSV-Diagnosen vergeben wurden. Bezüglich der RSV-Erkrankungen zeigte sich, dass sich die vergleichsweise schwach ausgeprägte RSV-Welle der Saison 2024/25 auch in den erheblich reduzierten SARI-Fallzahlen bzw. dem deutlich reduzierten Anteil vergebener RSV-Diagnosen in dieser Altersgruppe im Vergleich zur Vorsaison niederschlug. Ursächlich hierfür könnte die flächendeckende Einführung der RSV-Prophylaxe mit Nirsevimab sein. Hierbei handelt es sich um eine passive Immunisierung, die in Deutschland seit Juni 2024 von der STIKO für alle Neugeborenen und Säuglinge empfohlen wird.²⁰ Eine Reduktion schwerer RSV-Erkrankungen bei Säuglingen konnte auch in anderen europäischen Ländern nach der flächendeckenden Einführung der RSV-Prophylaxe für Neugeborene und Säuglinge beobachtet werden.^{21–23} Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass von COVID-19 ähnlich zur Vorsaison überwiegend SARI-Patientinnen und -Patienten ab 60 Jahre und hierbei insbesondere die ab 80-Jährigen betroffen waren. Im Gegensatz zur Vorsaison 2023/24 wurden im Beobachtungszeitraum jedoch deutlich weniger SARI-Fälle ab 60 Jahre mit einer COVID-19-Diagnose hospitalisiert, sie erkrankten dagegen häufiger an einer Influenza.

Der Anteil derjenigen, die aufgrund einer SARI intensivmedizinisch behandelt werden mussten, war in der Saison 2024/25 ab einem Alter von 35 Jahren erhöht. Hervorzuheben ist hierbei, dass die ab 80-Jährigen jedoch analog zur Vorsaison¹¹ etwas

seltener eine Intensivbehandlung im Vergleich zu den 35- bis 79-Jährigen erhielten und das obwohl diese Altersgruppe die meisten SARI-Fälle zu verzeichnen hatte. Diese Beobachtung ist bereits in weiteren Ländern beschrieben worden.¹⁷ Die Ursache hierfür könnte darin liegen, dass die ab 80-Jährigen die mit Abstand höchste Sterblichkeit unter den SARI-Fällen aufweisen und zudem möglicherweise auch Einschränkungen hinsichtlich intensivmedizinischer Behandlungen aufgrund von Patientenverfügungen bestehen.^{24,25}

Das durch die COVID-19-Pandemie im zeitlichen Verlauf deutlich beeinflusste saisonale Auftreten der Influenza- und RSV-Wellen¹¹ verschiebt sich von Saison zu Saison wieder zurück auf das vorpandemische Muster der saisonalen Verläufe.¹⁹ Dagegen konnte beim Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 (SARS-CoV-2) noch keine klare Saisonalität festgestellt werden, jedoch zirkulierte SARS-CoV-2 in den Jahren 2023 und 2024 überwiegend in den Sommermonaten, zeitlich versetzt zur üblichen Zirkulation von RSV und Influenza-Viren.²⁶ Durch die im Zuge der COVID-19-Pandemie etablierten und vielfach verwendeten neuen Diagnostikverfahren (z. B. Multiplex-PCR) sowie der breiten Verfügbarkeit von kombinierten Antigen-Schnelltests wurde eine parallele Testung auf SARS-CoV-2, Influenza-Viren und RSV ermöglicht.²⁷ Dies dient einerseits der besseren Vergleichbarkeit der drei krankheitsspezifischen Diagnosen innerhalb der Saisons, könnte aber gleichzeitig auch

dazu führen, dass RSV- und Influenza-Diagnosen seit der Einführung dieser Testmethoden häufiger gestellt werden.¹¹ Bei einem Vergleich zu vorpandemischen Saisons gilt es daher, die aufgrund veränderter Diagnostikmethoden beeinflusste Erfassung zu beachten sowie die Tatsache, dass seit der Saison 2019/20 mit SARS-CoV-2 ein zusätzlicher Atemwegserreger zu einer SARI führen kann und dieser somit insgesamt einen beträchtlichen Einfluss auf die Krankheitslast durch akute Atemwegsinfektionen hat. Durch die Betrachtung des Krankheits-syndroms einer SARI kann jedoch unabhängig von durchgeführten Tests auf Atemwegserreger eine robuste Abschätzung der SARI-Krankheitslast erfolgen. Die kontinuierlich durchgeführte SARI-Surveillance ermöglicht damit verlässlich saisonale Vergleiche der Krankheitslast und ist darüber hinaus ein zentrales Instrument zur Bewertung der Krankheitslast.

Die erneut sehr hohen und in der Saison 2024/25 im Vergleich zu 2023/24 teils noch gestiegenen SARI-Fallzahlen dokumentieren die fortwährende Belastung des Krankenhaussektors in Deutschland und verdeutlichen die anhaltende Relevanz der Immunisierung zur Prävention akuter Atemwegserkrankungen für die entsprechenden Personengruppen. Insbesondere während der Grippe- und RSV-Welle muss somit weiterhin mit einer hohen Belastung durch schwere Erkrankungen gerechnet werden.

Literatur

- 1 World Health Organization. "Crafting the mosaic": a framework for resilient surveillance for respiratory viruses of epidemic and pandemic potential. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/366689>
- 2 World Health Organization, European Centre for Disease Prevention and Control. Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe. 2022. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-europe>
- 3 Buda S, Tolksdorf K, Schuler E, Kuhlen R, Haas W. Establishing an ICD-10 code based SARI-surveillance in Germany – description of the system and first results from five recent influenza seasons. BMC Public Health. 2017;17(1):612. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4515-1>

- 4 Diercke M, Beermann S, Tolksdorf K, Buda S, Kirchner G. Infektionskrankheiten und ihre Codierung: Was kann sich durch die ICD-11 verbessern? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018;61(7):806–11. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2758-3>
- 5 Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W. Schwereinschätzung von COVID-19 mit Vergleichsdaten zu Pneumonien aus dem Krankenhausentzettel für schwere akute Atemwegserkrankungen am RKI (ICOSARI). *Epid Bull* 2020;14:3-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.25646/6601.2>
- 6 Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W. Influenza-associated pneumonia as reference to assess seriousness of coronavirus disease (COVID-19). *Euro Surveill.* 2020;25(11). DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2020.25.11.2000258>
- 7 Goerlitz L, Tolksdorf K, Buchholz U, Prahm K, Preuß U, an der Heiden M, et al. Überwachung von COVID-19 durch Erweiterung der etablierten Surveillance für Atemwegsinfektionen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.* 2021;2021(64):395-402. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03303-2>
- 8 Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W. Eine höhere Letalität und lange Beatmungsdauer unterscheiden COVID-19 von schwer verlaufenden Atemwegsinfektionen in Grippewellen. *Epid Bull* 2020;41:3-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.25646/7111>
- 9 World Health Organization, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification 2025. Available from: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/index.htm>
- 10 Burki T. WHO ends the COVID-19 public health emergency. *Lancet Respir Med.* 2023;11(7):588. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00217-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00217-5)
- 11 Gvaladze T, Buda S, Schuler E, Wesseler D, Tolksdorf K. Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) in der Saison 2023/24 im Vergleich mit acht Vorsaisons in Deutschland. *Epid Bull* 2024;41:3-12. DOI: <https://doi.org/10.25646/12879>
- 12 Tolksdorf K, Goerlitz L, Gvaladze T, Haas W, Buda S. SARI-Hospitalisierungsinzidenz 2025. access 17.07.2025. Available from: <https://zenodo.org/records/16019311>
- 13 World Health Organization. Pandemic influenza severity assessment (PISA): a WHO guide to assess the severity of influenza in seasonal epidemics and pandemics, second edition. Geneva; 2024. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093881>
- 14 European Centre for Disease Prevention and Control. European Respiratory Virus Surveillance Summary (ERVISS) 2025. Available from: <https://erviss.org/>
- 15 Santé publique France. Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 15 (7 au 13 avril 2025). 2025.
- 16 European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly Communicable Disease Threats Report, Week 7, 8–14 February 2025. 2025.
- 17 Cauchi JP, Borg M-L, Džiugytė A, Attard J, Melillo T, Zahra G, et al. Digitalizing and Upgrading Severe Acute Respiratory Infections Surveillance in Malta: System Development. *JMIR Public Health Surveill.* 2022;8(12):e37669. DOI: <https://doi.org/10.2196/37669>
- 18 Brady M, Duffy R, Domegan L, Salmon A, Maharjan B, apos, et al. Establishing severe acute respiratory infection (SARI) surveillance in a sentinel hospital, Ireland, 2021 to 2022. *Euro Surveill.* 2023;28(23):2200740. DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.23.2200740>
- 19 Robert Koch-Institut. ARE-Wochenbericht KW 20/2025, 12.5. bis 18.5.2025. DOI: <https://doi.org/10.25646/13168>
- 20 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. DOI: <https://doi.org/10.25646/12198>
- 21 Perramon-Malavez A, de Rioja VL, Coma E, Hermsilla E, Fina F, Martínez-Marcos M, et al. Introduction of nirsevimab in Catalonia, Spain: description of the incidence of bronchiolitis and respiratory syncytial virus in the 2023/2024 season. *Eur J Pediatr.* 2024;183(12):5181–9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05779-x>
- 22 Ernst C, Bejko D, Gaasch L, Hannelas E, Kahn I, Pierron C, et al. Impact of nirsevimab prophylaxis on paediatric respiratory syncytial virus (RSV)-related hospitalisations during the initial 2023/24

season in Luxembourg. *Euro Surveill.* 2024;29(4). DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917. Es.2024.29.4.2400033>

- 23 Lastrucci V, Pacifici M, Alderotti G, Puglia M, Berti E, Barbati F, et al. The impact of nirsevimab prophylaxis on RSV hospitalizations: a real-world cost-benefit analysis in Tuscany, Italy. *Front Public Health.* 2025;13:1604331. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1604331>
- 24 Nachtigall I, Lenga P, Józwiak K, Thürmann P, Meier-Hellmann A, Kühlen R, et al. Clinical course and factors associated with outcomes among 1904 patients hospitalized with COVID-19 in Germany: an observational study. *Clin Microbiol Infect.* 2020;26(12):1663–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.08.011>
- 25 Kofod LM, Nielsen Jeschke K, Kristensen MT, Krogh-Madsen R, Monefeldt Albek C, Hansen EF. COVID-19 and acute respiratory failure treated with CPAP. *Eur Clin Respir J.* 2021;8(1):1910191. DOI: <https://doi.org/10.1080/20018525.2021.1910191>
- 26 Raharirina NA, Gubela N, Börnigen D, Smith MR, Oh D-Y, Budt M, et al. SARS-CoV-2 evolution on a dynamic immune landscape. *Nature.* 2025;639(8053):196–204. DOI: [10.1038/s41586-024-08477-8](https://doi.org/10.1038/s41586-024-08477-8)
- 27 Tenenbaum T, Liese J, Welte T, Rademacher J. Respiratory-Syncytial-Virus-assoziierte Atemwegserkrankungen bei Kindern und Erwachsenen. *Dtsch Arztebl Int.* 2024;121: 303-12. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0060>

Autorinnen und Autoren

^{a)} Dr. Doreen Staat | ^{b)} Dr. Ekkehard Schuler |

^{a)} Kristin Tolksdorf

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie

^{b)} Helios Kliniken GmbH

Korrespondenz: staatd@rki.de; tolksdorfk@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

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 | [10.25646/13338](https://doi.org/10.25646/13338)

Danksagung

Wir möchten Dr. Silke Buda (RKI, Abteilung für Infektionsepidemiologie) für ihre langjährige und engagierte Arbeit im Bereich der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen danken, speziell auch bei der Etablierung des SARI-Krankenhaussentinel ICOSARI. Darüber hinaus danken wir Daniel Wessler und Michael Herzhoff (RKI, Abteilung für Methodenentwicklung, Forschungsinfrastruktur und Informationstechnologie) für den technischen Support des SARI-Surveillancesystems am RKI. Unser Dank gilt zudem Tamar Gvaladze (RKI, Abteilung für Infektionsepidemiologie) für ihren wichtigen Anteil an der Betreuung und Weiterentwicklung im ICOSARI-System.

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

30. Woche 2025 (Datenstand: 30. Juli 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	74	2.080	2.273	15	522	627	14	213	149	24	4.699	3.146	18	1.683	1.067
Bayern	123	3.269	3.349	33	864	820	25	301	170	51	7.109	7.314	44	3.305	1.813
Berlin	36	1.083	965	0	191	308	5	125	75	20	2.317	3.039	3	1.447	979
Brandenburg	48	925	843	8	157	226	5	98	65	15	2.638	3.204	8	2.161	1.131
Bremen	5	206	165	0	20	30	0	32	10	5	371	235	2	143	74
Hamburg	13	596	572	0	97	117	5	91	21	14	1.286	1.488	14	714	498
Hessen	60	1.688	1.734	13	394	401	12	277	169	16	3.845	2.520	15	1.676	1.053
Mecklenburg-Vorpommern	38	687	645	3	107	155	5	112	70	15	1.721	1.649	9	1.277	473
Niedersachsen	82	2.079	2.261	12	373	590	16	415	329	34	5.071	4.247	29	3.618	1.137
Nordrhein-Westfalen	195	5.944	5.906	31	881	1.043	32	646	552	65	12.877	10.934	37	5.279	2.954
Rheinland-Pfalz	76	1.538	1.547	22	297	289	5	131	113	20	3.456	2.388	37	1.775	698
Saarland	17	423	371	0	65	60	1	50	7	3	844	545	2	738	178
Sachsen	101	1.771	1.849	17	324	409	5	156	160	51	5.321	5.517	37	2.457	1.625
Sachsen-Anhalt	45	800	677	10	205	251	3	85	86	15	2.888	3.004	29	1.998	553
Schleswig-Holstein	27	804	798	4	117	143	4	134	91	10	1.644	1.756	6	699	456
Thüringen	39	812	846	8	333	450	1	104	51	18	2.712	2.794	12	1.710	1.351
Deutschland	979	24.705	24.801	176	4.947	5.919	138	2.970	2.118	376	58.799	53.780	302	30.680	16.040

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	2	70	52	43	1.246	1.589	21	632	724	10	315	376	13	33.287	23.768
Bayern	2	100	53	58	1.985	2.464	20	848	967	7	326	380	13	71.756	45.485
Berlin	3	32	35	21	864	828	12	298	303	7	177	194	2	15.399	5.739
Brandenburg	1	24	25	5	172	263	5	98	109	2	50	77	1	18.123	6.985
Bremen	1	7	4	5	183	202	1	57	117	1	42	39	0	1.188	785
Hamburg	1	21	23	30	816	816	1	159	228	4	97	122	5	9.880	3.982
Hessen	4	46	49	15	759	1.120	9	332	431	5	260	314	2	20.776	11.649
Mecklenburg-Vorpommern	0	10	9	2	87	157	4	59	95	0	33	32	0	13.273	6.518
Niedersachsen	0	69	43	13	1.083	1.227	15	439	508	5	172	171	7	28.448	12.393
Nordrhein-Westfalen	1	113	137	61	2.522	3.069	36	1.128	1.412	9	514	547	18	63.683	28.690
Rheinland-Pfalz	2	28	23	19	623	920	12	210	235	4	115	104	6	16.805	10.176
Saarland	0	8	8	2	145	217	4	92	115	1	24	39	1	3.205	1.578
Sachsen	0	30	20	3	229	291	3	122	159	4	82	98	7	43.100	20.333
Sachsen-Anhalt	0	8	10	4	230	226	1	79	88	3	49	57	1	26.002	12.058
Schleswig-Holstein	0	16	15	5	328	421	4	179	256	0	50	65	3	10.626	4.364
Thüringen	0	16	15	2	114	138	2	76	72	1	47	51	4	17.765	8.339
Deutschland	17	598	521	288	11.386	13.948	150	4.808	5.819	63	2.353	2.666	83	393.316	202.842

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	0	16	23	1	12	28	0	0	1	9	498	2.702	30	2.184	2.046
Bayern	0	39	55	3	46	48	0	0	4	15	817	2.751	72	3.965	2.813
Berlin	0	11	89	0	10	15	0	0	1	2	137	429	8	725	776
Brandenburg	0	4	4	2	9	3	0	0	1	5	202	790	9	462	370
Bremen	0	1	2	0	2	5	0	0	0	0	19	28	3	78	109
Hamburg	0	3	15	1	6	11	0	0	1	0	92	225	9	489	298
Hessen	0	18	20	0	19	22	0	1	0	3	285	458	9	570	594
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	113	98	8	163	155
Niedersachsen	0	14	27	2	22	16	0	0	0	1	272	599	13	845	735
Nordrhein-Westfalen	0	42	119	2	62	78	0	1	1	9	651	1.933	31	2.497	2.111
Rheinland-Pfalz	0	9	6	0	11	17	0	0	1	6	236	455	9	529	376
Saarland	0	1	8	0	1	1	0	0	0	1	108	153	1	84	78
Sachsen	0	11	15	0	13	7	0	0	0	9	432	750	13	1.330	1.377
Sachsen-Anhalt	0	3	1	0	1	3	0	0	0	12	460	375	4	122	141
Schleswig-Holstein	0	0	3	0	5	12	0	0	0	1	96	285	7	370	314
Thüringen	0	1	5	0	2	6	0	0	0	9	393	654	4	255	231
Deutschland	0	174	392	11	221	272	0	2	10	86	4.811	12.685	230	14.668	12.524

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	5	52	51	31	675	590	1	58	62	2	64	55	74	3.449	9.577
Bayern	2	61	63	32	727	777	5	160	128	7	79	75	154	5.897	17.747
Berlin	1	42	65	8	435	387	1	30	36	1	33	51	48	2.163	3.180
Brandenburg	1	4	10	6	117	119	1	59	55	0	18	19	18	1.518	1.942
Bremen	0	3	1	0	18	19	0	10	4	0	0	3	2	188	538
Hamburg	0	15	8	5	272	230	2	22	20	3	33	25	25	1.096	2.256
Hessen	1	30	37	33	647	659	4	65	69	2	60	72	60	2.669	7.113
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	8	4	68	106	0	34	10	1	16	11	19	1.201	2.086
Niedersachsen	0	22	41	13	449	468	4	103	112	0	62	65	55	2.513	7.201
Nordrhein-Westfalen	6	103	86	39	1.436	1.200	14	393	320	5	171	193	145	7.630	21.678
Rheinland-Pfalz	0	13	10	8	280	230	1	67	45	2	24	15	33	1.822	4.842
Saarland	0	6	3	0	40	30	0	15	9	0	4	13	15	557	1.310
Sachsen	0	6	14	4	189	137	7	199	161	2	34	44	47	2.970	4.636
Sachsen-Anhalt	1	5	6	4	112	114	1	47	52	1	30	31	27	1.547	2.583
Schleswig-Holstein	1	12	13	3	143	141	0	32	23	0	14	14	33	1.490	3.222
Thüringen	1	8	8	4	101	68	1	29	36	0	22	23	11	960	2.018
Deutschland	19	387	424	194	5.709	5.275	42	1.323	1.142	26	664	709	766	37.670	91.929

1 Infektion und Kolonisation

(Acinetobacter spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 Clostridioides-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2025		2024
	30.	1.–30.	1.–30.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	199	214
Bornavirus-Erkrankung	0	2	3
Botulismus	0	4	7
Brucellose	0	26	37
Candida auris, invasive Infektion	0	6	7
Chikungunyavirus-Erkrankung	2	95	26
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	61	72
Denguefieber	5	590	1.237
Diphtherie	0	26	31
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	21	351	404
Giardiasis	46	1.602	1.598
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	18	1.047	1.134
Hantavirus-Erkrankung	4	179	295
Hepatitis D	0	8	79
Hepatitis E	71	3.149	2.835
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	37	29
Kryptosporidiose	62	1.061	1.204
Legionellose	50	1.066	1.169
Lepra	0	0	1
Leptospirose	1	96	154
Listeriose	21	347	388
Malaria	18	476	455
Meningokokken, invasive Infektion	0	219	220
Mpox	1	357	81
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	7	28
Paratyphus	0	12	30
Pneumokokken, invasive Infektion	75	7.499	5.655
Q-Fieber	0	57	56
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	26	65.224	42.275
Shigellose	38	1.310	981
Trichinellose	0	2	2
Tularämie	3	79	83
Typhus abdominalis	0	44	38
West-Nil-Fieber*	0	1	3
Yersiniose	52	2.235	1.941
Zikavirus-Erkrankung	0	6	25

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldeweche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle