

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN  
ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

18  
2024

2. Mai 2024

# Epidemiologisches Bulletin

Zunahme von *Candida auris*  
in Deutschland im Jahr 2023

## Inhalt

---

### Zunahme von *Candida auris* in Deutschland im Jahr 2023 3

Nach der erstmaligen Beschreibung von *Candida auris* in Japan 2009 wurde weltweit ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen beobachtet. Anders als bei anderen *Candida*-Arten kann es insbesondere in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu Ausbruchsgeschehen kommen. 2023 kam es in Deutschland zu einer Zunahme von *C. auris*-Fällen (zumeist Kolonisationen, aber auch Infektionen). Ob es in Deutschland zu einem weiteren Anstieg der Fallzahlen kommt, sollte genau beobachtet werden. Denn aus anderen Regionen der Welt ist bekannt, dass *C. auris* andere *Candida* spp. als Erreger nosokomialer Infektionen verdrängt hat. Für eine generelle Implementierung von Screenings bei Patienten aus Hochrisikoregionen kann nach Einschätzung des NRZMyk aufgrund der nach wie vor niedrigen Fallzahlen aktuell noch keine allgemeine Empfehlung ausgesprochen werden. Jedoch könnte ein Screening in definierten Bereichen sinnvoll sein. Alle Isolate sollten an das NRZMyk eingesandt werden. Durch die Typisierung können epidemiologische Zusammenhänge bestätigt oder verworfen werden.

---

### Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 17. Woche 2024 8

---

### Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: Februar 2024 11

---

## Impressum

#### Herausgeber

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

#### Redaktion

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

#### Redaktionsassistenz

Nadja Harendt

#### Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

# Zunahme von *Candida auris* in Deutschland im Jahr 2023

## Einleitung

Nach der erstmaligen Beschreibung des Hefepilzes *Candida auris* in Japan im Jahr 2009 wurde weltweit ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen beobachtet.<sup>1,2</sup> Anders als bei anderen *Candida*-Arten kommt es insbesondere in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen regelmäßig zu schwer einzudämmenden Ausbruchsgeschehen.<sup>2,3</sup> Als für eine Ausbreitung begünstigende Faktoren gelten u. a. die hohe Tenazität (d. h. Zähigkeit oder Haftvermögen) des Erregers, fehlende Wirksamkeit bestimmter Desinfektionsmittel (insbesondere quaternäre Ammoniumverbindungen) oder auch eine anfänglich hohe Rate von Fehlidentifikationen im diagnostischen Labor.<sup>4</sup> Klinisch relevant ist zudem die Fähigkeit einer Resistenzentwicklung, die potenziell alle gängigen antimykotischen Substanzklassen betrifft.<sup>4</sup> Der überwiegende Teil aller *C. auris*-Isolate ist resistent gegenüber Fluconazol, die Empfindlichkeit gegenüber neueren Azolantimykotika (Isavuconazol, Posaconazol, Voriconazol) bleibt meist erhalten. Bei einem relevanten Anteil der Isolate wird *in vitro* eine reduzierte Empfindlichkeit gegenüber Amphotericin B nachgewiesen. Die klinische Relevanz dieser Befunde ist in der Regel unklar. Resistenzen gegen Echinocandine durch Punktmutationen in der Glucansynthase (= Zielstruktur der Echinocandine) sind bereits nachgewiesen worden und haben zuletzt, z. B. in den USA, erheblich zugenommen. Diese Eigenschaften führten u. a. zum Einschluss von *C. auris* in die höchste Priorisierungskategorie der Centers for Disease Prevention and Control (CDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO).<sup>4,5</sup>

Mittlerweile ist *C. auris* weltweit verbreitet und in einigen Regionen (Indien, Südafrika, regional in Spanien und Italien) endemisch.<sup>2</sup> Das Nationale Referenzzentrum für invasive Pilzinfektionen (NRZ-Myk) beobachtet und dokumentiert kontinuierlich gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut (RKI) die Entwicklung der Fallzahlen in Deutschland. Bis Ende 2022 wurde ein Anstieg der Nachweise auf niedrigem Niveau beobachtet, zuletzt mit je 12 Fällen in den Jahren 2021 und 2022 (<sup>4,6</sup>; s. [Abb. 1A](#)). Seit

2021 kommt es zudem auch in Deutschland zu ersten Transmissionen im Gesundheitswesen (bis Ende 2022 drei wahrscheinliche Ausbrüche mit jeweils einer Index- und Kontaktperson).<sup>4</sup> Am 21.7.2023 wurde vom Gesetzgeber eine Meldepflicht gemäß § 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für den Nachweis von *C. auris* aus Blut und primär sterilen Materialien eingeführt, zusätzlich besteht bei Ausbruchsgeschehen eine Meldepflicht gemäß § 6 Nr. 3 IfSG.

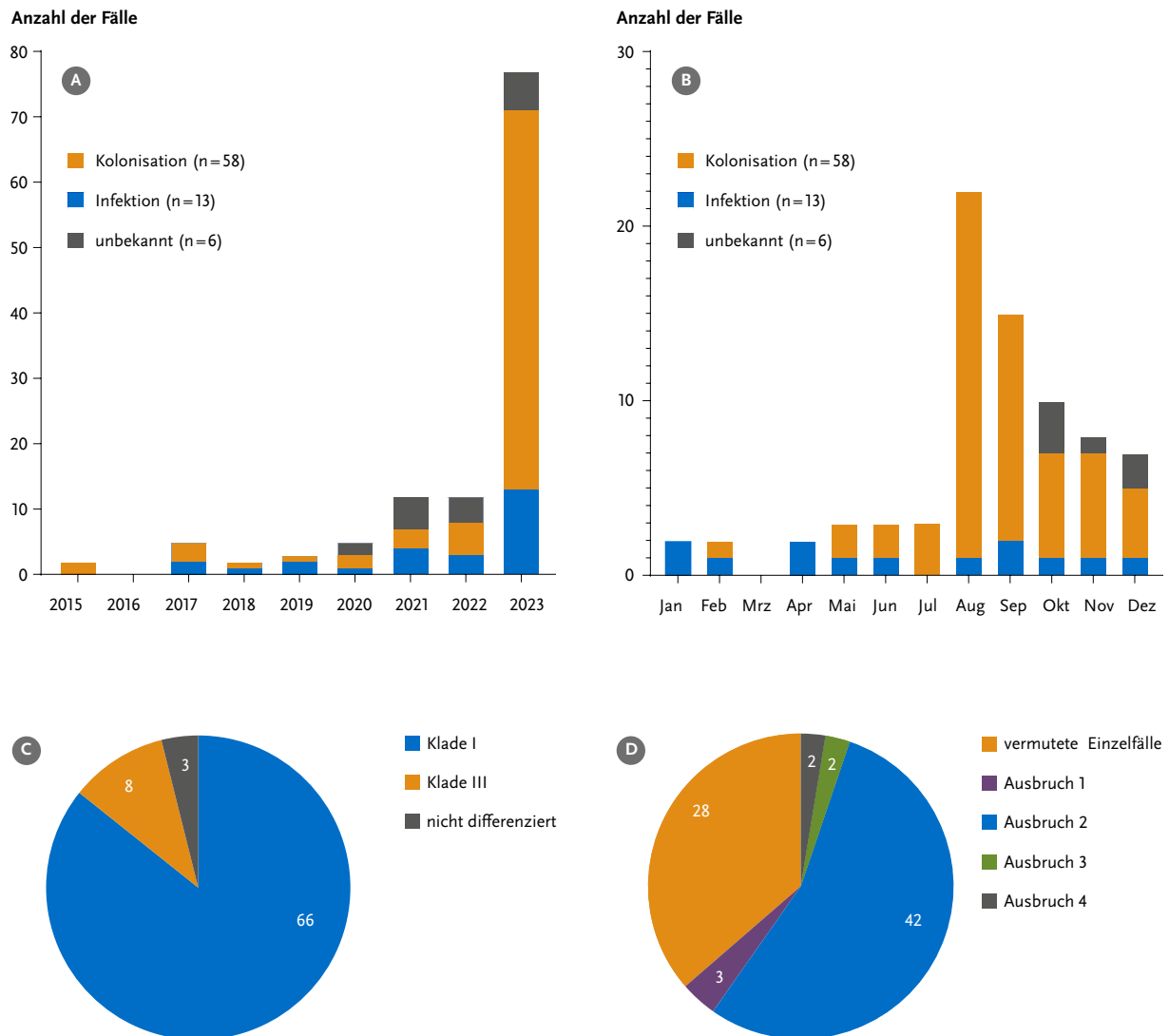
Wir beleuchten in dieser Arbeit (i) die Fallzahldynamik im Jahr 2023, (ii) die Differenzierung zwischen invasiven *C. auris*-Fällen und Kolonisationen, (iii) die Analyse vermuteter/wahrscheinlicher neuer Transmissionen in Deutschland sowie (iv) den Abgleich zwischen den an das RKI übermittelten *C. auris*-Fällen (SurvStat) und der Erfassung des NRZMyk im oben genannten Zeitraum.

## Methoden

Die Fallzahlen des NRZMyk basieren auf der freiwilligen Einsendung von *C. auris*-Isolaten aus Primärlaboren oder verwandten Einrichtungen des Gesundheitswesens im Zeitraum von Januar bis Dezember 2023. Zudem fand eine Abfrage der Meldedaten gemäß IfSG über [SurvStat@RKI 2.0](mailto:SurvStat@RKI) und SurvNet (RKI intern) statt (Zeitraum ab 21.7.2023 für Meldungen gemäß § 7 und zwischen Januar und Dezember 2023 gemäß § 6 Nr. 3 IfSG). Die in dieser Arbeit skizzierten Ausbrüche wurden mit Hilfe der am NRZMyk vorliegenden Einsenderangaben nachvollzogen und aufgearbeitet. Zur Datenanalyse und Erstellung der Grafiken wurde das Programm GraphPad Prism Version 10.1.0 verwendet.

## Ergebnisse

Im Jahr 2023 wurden am NRZMyk Primärnachweise von *C. auris* bei 77 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies entspricht mehr als einer Versechsfachung der Vorjahresfälle (s. [Abb. 1A](#) und [Abb. 1B](#)). In 58 Fällen lag eine Kolonisation der Patientinnen und Patienten vor, in 13 Fällen kam es zu einer In-



**Abb. 1** | A) Anzahl der am NRZMyk eingegangenen *C. auris*-Primärisolate (n=77) im Zeitraum 2015–2023. Unterteilung nach Kolonisation, Infektion und unbekannt. B) Anzahl der am NRZMyk eingegangenen *C. auris*-Primärisolate im Verlauf des Jahres 2023. Unterteilung nach Kolonisation, Infektion und unbekannt. C) Anzahl der am NRZMyk eingegangenen *C. auris*-Primärisolate im Zeitraum 2023. Unterteilung nach Kladen. D) Anzahl der am NRZMyk registrierten *C. auris*-Fälle im Zeitraum 2023. Unterteilung nach Ausbruchgeschehen und Einzelnachweisen ohne detektierte Sekundärfälle.

NRZMyk = Nationales Referenzzentrum für invasive Pilzinfektionen

fektion. In sechs Fällen blieb der Status (Kolonisation vs. Infektion) aufgrund fehlender Einsendeinformationen unklar. Die häufigsten Infektionen waren Wund- und Gewebsinfektionen (sechs), Blutstrom- und katheterassoziierte Infektionen (fünf) und Protheseninfekte (zwei). Von den Patientinnen und Patienten, mit initialer Kolonisation oder unklarem Infektionsstatus entwickelten im Verlauf fünf eine invasive Infektion, darunter vier Personen eine Blutstrominfektionen.

Eine Abfrage der Meldedaten in SurvStat ergab für das Jahr 2023 insgesamt sieben Fallmeldungen (38. Kalenderwoche [KW]: ein Fall, 42. KW: zwei Fälle, 47. KW: ein Fall, 48. KW: zwei Fälle, 51. KW: ein Fall) seit Einführung der Meldepflicht invasiver Fälle im Juli 2023. In einem Abgleich mit den NRZMyk-Daten desselben Zeitraums konnte die Einsendung der zugehörigen Isolate an das NRZMyk bestätigt werden.

Die Art *C. auris* umfasst mindestens fünf genetische Kladen (clades), die genetisch relevante Unterschiede aufweisen. Klade I-Isolate kamen 2023 in Deutschland am häufigsten vor (s. Abb. 1C). Eine Analyse der Einsendungen an das NRZMyk ergab für das Jahr 2023, neben einem relevanten Anstieg singulärer Fälle (ohne nachgewiesene Transmissionsereignisse,  $n=28$ ), 49 Fälle, die unter Berücksichtigung der vorliegenden epidemiologischen Daten und der Typisierungsergebnisse des NRZMyk mindestens vier unabhängigen Ausbruchsgeschehen zugeordnet werden konnten (s. Abb. 1D). 48 dieser 49 Fälle wurden gemäß § 6 Nr. 3 IfSG an das RKI übermittelt und anschließend ausgewertet (Meldung nosokomialer Infektionen). Zudem konnten die genannten 48 Fälle aufgrund der dem RKI vorliegenden Informationen mindestens drei Ausbrüchen zugeordnet werden.

Der erste Ausbruch ereignete sich auf einer neurochirurgischen Versorgungseinheit mit vermehrtem Vorkommen elektiver Operationen/Eingriffe bei im Ausland ansässigen Patientinnen und Patienten. Der von der arabischen Halbinsel stammende Indexfall wurde initial durch eine Blutstrominfektion mit *C. auris* symptomatisch. In einem anschließenden Screening in der betroffenen Versorgungseinheit konnten zwei weitere mit *C. auris* kolonisierte Patienten (je ein Isolat aus Trachealsekret und Haut) auf derselben Versorgungseinheit erfasst werden.

Der zweite Ausbruch umfasste bis Ende 2023 mindestens 42 Fälle (s. Abb. 1D). Alle zugehörigen Isolate sind Klade I zugehörig. Bei dem Indexfall wurde im Rahmen einer Ohrinfektion *C. auris* detektiert. Im Abstand von einigen Monaten wurden weitere Fälle auf anderen Stationen des betroffenen Krankenhauses identifiziert. Neben Kolonisationen kam es auch zu drei *C. auris*-Infektionen (zwei Protheseninfektionen, eine Blutstrominfektion).

Zudem wurden im Dezember 2023 in derselben Einrichtung in Screeningabstrichen bei zwei weiteren Patienten *C. auris* identifiziert. Diese wurden initial vom RKI auch Ausbruch zwei zugeordnet. Die Subtypisierung des NRZMyk ergab jedoch, dass diese Isolate zu Klade III gehören und daher nicht mit Ausbruch zwei in Zusammenhang stehen, son-

dern einen unabhängigen Ausbruch darstellen (Ausbruch drei, s. Abb. 1D).

Bei einem vierten Ausbruch wurde nach dem Nachweis von *C. auris* aus intraabdominalem Material im Rahmen eines Kontaktscreenings bei einem weiteren Patienten eine Besiedlung im Nasenrachenbereich detektiert, die im Verlauf mit einer katheterassoziierten *C. auris*-Fungämie einherging.

## Diskussion

Zwischen 2015 und 2022 wurden insgesamt 39 *C. auris*-Fälle vom NRZMyk erfasst<sup>4</sup> (s. Abb. 1A). Im Jahr 2023 stieg die Anzahl der Einsendungen von Primärisolaten somit im Vergleich zu allen bisherigen Einsendungen um annähernd das Doppelte an (s. Abb. 1A). Dies unterstreicht den zuvor beschriebenen Trend einer Zunahme der Fallzahlen und ist im Einklang mit internationalen Beobachtungen.<sup>2,4,6</sup>

Die Zunahme von *C. auris* in Deutschland ist v. a. auf drei Ausbruchsgeschehen zurückzuführen (s. Abb. 1D). Der erste und dritte Ausbruch mit insgesamt fünf Betroffenen wurden frühzeitig erkannt und konnten durch strikte Hygienemaßnahmen (u. a. Aufnahmestopp, Isolation, wöchentliche Screenings der Versorgungseinheit) eingedämmt werden. Bei dem Indexpatient des ersten Ausbruchs wurde *C. auris* aufgrund einer symptomatischen Blutstrominfektion frühzeitig nachgewiesen. Der zweite Ausbruch blieb aufgrund fehlender infektiologischer Relevanz der ersten Sekundärfälle zunächst unentdeckt, so dass Übertragungsereignisse nicht frühzeitig unterbunden werden konnten. Invasive Infektionen traten erst im weiteren Verlauf des zweiten Ausbruchs auf.

Die Mehrzahl aller *C. auris*-Fälle seit Juli 2023 wurde durch die Meldepflicht gemäß § 7.1 IfSG nicht erfasst, da es sich um Kolonisationen handelte. Diese müssen aktuell nur im Rahmen von nosokomialen Ausbrüchen gemäß § 6.3 IfSG gemeldet werden. Bei zwei von vier Ausbruchsgeschehen waren die Primärfälle aufgrund der derzeitigen Regelungen nicht meldepflichtig. Die frühzeitige und konsequente Implementation von Screenings und Hygienemaßnahmen bei allen *C. auris*-Nachweisen, unabhängig von ihrer klinischen Relevanz könnte

durch eine generelle Meldepflicht verbessert werden und eine weitere Ausbreitung von *C. auris* unterbinden.<sup>3,7</sup>

Zusammenfassend kam es 2023 in Deutschland zu einer Zunahme von *C. auris*-Nachweisen. Nur ein Teil dieser Fälle wurde im Rahmen der 2023 eingeführten Meldepflicht erfasst. Dies begründet sich insbesondere in einem hohen Anteil klinisch nicht relevanter Nachweise (Kolonisationen, mindestens 75%). Ein weiterer Anstieg der Fallzahlen in Deutschland muss als wahrscheinlich angenommen werden, da aus anderen Regionen der Welt bekannt ist, dass *C. auris* sukzessive andere *Candida* spp. als Erreger nosokomialer Infektionen verdrängen kann.<sup>8</sup>

Für eine generelle Implementierung von Screenings bei Patientinnen und Patienten aus Hochrisikoregionen kann nach Einschätzung des NRZMyk aufgrund der nach wie vor niedrigen Fallzahlen aktuell noch keine allgemeine Empfehlung ausgesprochen werden. Jedoch kann ein Screening in definierten Bereichen mit einer hohen Anzahl von Patientinnen und Patienten aus Hochrisikogebieten sinnvoll sein. Alle *C. auris* Isolate sollten an das NRZMyk eingeschickt werden. Durch die Typisierung auf Basis der Ganzgenomsequenzierung können epidemiologische Zusammenhänge bestätigt oder verworfen werden (vgl. Ausbruch zwei und drei).

## Literatur

- 1 Satoh K, Makimura K, Hasumi Y, Nishiyama Y, Uchida K, Yamaguchi H. *Candida auris* sp. nov., a novel ascomycetous yeast isolated from the external ear canal of an inpatient in a Japanese hospital. *Microbiol Immunol.* 2009;53(1):41-4.
- 2 Plachouras D, Lotsch F, Kohlenberg A, Monnet DL. *Candida auris* survey collaborative g. *Candida auris*: epidemiological situation, laboratory capacity and preparedness in the European Union and European Economic Area\*, January 2018 to May 2019. *Euro Surveill.* 2020;25(12).
- 3 Hinrichs C, Wiese-Posselt M, Graf B, Geffers C, Weikert B, Enghard P, et al. Successful control of *Candida auris* transmission in a German COVID-19 intensive care unit. *Mycoses.* 2022;65(6):643-9.
- 4 Aldejohann AM, Martin R, Hecht J, Haller S, Rickerts V, Walther G, et al. Rise in *Candida auris* cases and first nosocomial transmissions in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2023;ONLINE first.
- 5 WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060241>
- 6 Desoubeaux G, Coste AT, Imbert C, Hennequin C. Overview about *Candida auris*: What's up 12 years after its first description? *J Mycol Med.* 2022;32(2):101248.
- 7 Aldejohann AM, Wiese-Posselt M, Gastmeier P, Kurzai O. Expert recommendations for prevention and management of *Candida auris* transmission. *Mycoses.* 2022;65(6):590-598. doi:10.1111/myc.13445
- 8 Carty J, Chowdhary A, Bernstein D, Thangamani S. Tools and techniques to identify, study, and control *Candida auris*. *PLoS Pathog.* 2023;19(10):e1011698.

---

## Autorinnen und Autoren

<sup>a,b)</sup> Dr. Alexander M. Aldejohann | <sup>c)</sup> Dr. Jane Hecht |

<sup>a,b)</sup> Dr. Ronny Martin | <sup>b)</sup> Dr. Grit Walther |

<sup>a,b)</sup> Prof. Dr. Oliver Kurzai

<sup>a)</sup> Universität Würzburg, Institut für Hygiene und Mikrobiologie

<sup>b)</sup> Nationales Referenzzentrum für Invasive Pilzinfektionen (NRZMyk), Leibniz Institut für Naturstoff-Forschung und Infektionsbiologie

<sup>c)</sup> Robert Koch Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie, FG 37 Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch

**Korrespondenz:** [oliver.kurzai@uni-wuerzburg.de](mailto:oliver.kurzai@uni-wuerzburg.de)

---

## Vorgeschlagene Zitierweise

Aldejohann AM, Hecht J, Martin R, Walther G, Kurzai O: Zunahme von *Candida auris* in Deutschland im Jahr 2023

Epid Bull 2024;18:3-7 | DOI 10.25646/12004

---

## Interessenkonflikt

- ▶ Alexander M. Aldejohann erhielt Honorare für Fortbildungsveranstaltungen und Reisekostenerstattungen von Gilead, Pfizer, DTG und Junge DGHM.
- ▶ Jane Hecht erklärt keinen Interessenskonflikt.
- ▶ Oliver Kurzai erhielt finanzielle Förderung von EU, DFG, BMBF, Else Kröner-Fresenius Stiftung und dem Freistaat Bayern. Er wurde honoriert für Vorträge von BioMerieux, Fujifilm WAKO, Pfizer und Gilead. Zudem ist er Mitglied im Advisory Board von Mundipharma, im Vorstand von DMykG e. V., im NAK, im EUCAST-Antifungal Susceptibility Testing Subcommittee und bei DGHM. Studienunterstützung wurde ihm zuteil von Pfizer, Gilead, F2G, Fujifilm WAKO, Mast Diagnostika, MSD, Mundipharma, Virotech und Basilea.
- ▶ Ronny Martin erklärt keinen Interessenskonflikt.
- ▶ Grit Walther bekam Studienunterstützung (Bereitstellung von Chemikalien) von den Firmen Pfizer, MSD und Basilea.

# Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

17. Woche 2024 (Datenstand: 1. Mai 2024)

## Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	45	846	772	6	230	179	2	61	66	118	2.252	1.842	25	469	516
Bayern	66	1.304	1.226	15	297	267	3	58	41	203	5.594	3.587	103	899	1.553
Berlin	22	484	426	2	109	81	1	18	31	37	2.683	1.836	40	438	369
Brandenburg	17	394	299	9	110	132	2	28	23	90	2.802	1.409	60	727	853
Bremen	8	81	66	0	16	9	0	1	1	9	182	171	1	41	81
Hamburg	3	232	260	0	48	73	1	7	15	6	1.118	825	45	207	377
Hessen	34	731	601	16	141	123	6	56	15	54	1.790	1.103	35	557	473
Mecklenburg-Vorpommern	9	258	195	3	96	83	2	32	7	48	1.257	1.250	27	234	448
Niedersachsen	49	991	759	16	280	211	3	148	114	129	3.335	2.344	48	638	947
Nordrhein-Westfalen	141	2.470	1.895	26	457	504	15	241	199	257	8.662	5.848	97	1.360	1.519
Rheinland-Pfalz	26	607	594	8	96	125	1	30	28	64	1.705	1.148	27	315	365
Saarland	6	162	155	2	20	21	1	4	6	7	407	339	4	89	128
Sachsen	66	901	709	12	200	149	6	79	45	190	4.288	2.480	72	814	1.298
Sachsen-Anhalt	22	347	216	8	113	98	0	36	26	111	2.301	1.376	28	265	998
Schleswig-Holstein	20	346	286	6	60	76	1	47	40	25	1.408	685	12	268	273
Thüringen	23	397	311	10	252	127	5	33	12	94	2.063	1.235	59	780	1.002
<b>Deutschland</b>	<b>557</b>	<b>10.551</b>	<b>8.770</b>	<b>139</b>	<b>2.525</b>	<b>2.258</b>	<b>49</b>	<b>879</b>	<b>669</b>	<b>1.442</b>	<b>41.847</b>	<b>27.478</b>	<b>683</b>	<b>8.101</b>	<b>11.200</b>

## Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	1	30	27	65	852	974	33	408	508	13	205	243	116	23.233	6.763
Bayern	2	24	42	91	1.402	1.430	30	534	606	6	180	210	180	44.819	11.979
Berlin	2	14	26	35	466	439	13	174	186	4	89	118	17	5.601	2.536
Brandenburg	0	18	9	7	139	120	4	56	59	0	37	28	38	6.811	2.107
Bremen	0	1	0	1	114	127	2	63	49	1	27	19	5	758	178
Hamburg	1	12	4	20	394	343	13	128	154	0	64	80	27	3.790	1.573
Hessen	0	18	19	40	614	685	14	228	193	17	160	148	25	11.459	4.019
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	3	2	75	77	4	48	40	1	17	23	32	6.358	1.131
Niedersachsen	1	19	20	36	762	499	27	293	311	5	83	118	99	12.095	3.470
Nordrhein-Westfalen	4	89	82	101	1.693	2.018	50	791	953	19	278	327	59	28.243	10.466
Rheinland-Pfalz	1	13	16	35	563	679	5	126	191	1	57	69	12	10.001	3.305
Saarland	0	5	4	7	118	151	4	74	65	0	18	14	5	1.547	477
Sachsen	1	10	13	18	154	190	5	86	111	2	43	45	123	19.895	4.109
Sachsen-Anhalt	0	3	7	11	132	113	3	55	75	0	25	28	55	11.868	1.656
Schleswig-Holstein	0	7	8	10	204	179	9	143	111	5	33	41	16	4.272	970
Thüringen	1	8	7	4	66	102	3	44	42	1	29	34	20	8.183	1.542
<b>Deutschland</b>	<b>14</b>	<b>277</b>	<b>287</b>	<b>483</b>	<b>7.748</b>	<b>8.126</b>	<b>219</b>	<b>3.251</b>	<b>3.654</b>	<b>75</b>	<b>1.345</b>	<b>1.545</b>	<b>829</b>	<b>198.933</b>	<b>56.281</b>



## Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	0	7	1	1	15	15	1	1	0	95	851	87	78	1.209	1.207
Bayern	2	17	4	3	27	15	2	3	0	65	869	318	81	1.597	1.604
Berlin	8	58	5	0	10	5	0	1	1	7	99	34	14	465	272
Brandenburg	0	1	0	1	3	4	0	0	1	16	205	91	13	248	186
Bremen	0	2	0	0	2	2	0	0	0	1	9	1	1	52	19
Hamburg	0	5	1	0	6	5	0	1	0	2	55	43	10	194	139
Hessen	1	10	1	0	17	3	1	1	0	15	116	42	27	321	301
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	22	47	1	83	58
Niedersachsen	0	7	1	1	15	6	0	0	0	14	139	52	20	427	464
Nordrhein-Westfalen	0	36	1	2	46	23	0	0	0	65	530	143	87	1.091	1.059
Rheinland-Pfalz	0	5	0	1	12	8	0	1	0	9	154	44	31	216	151
Saarland	0	7	0	0	0	4	0	0	0	4	45	10	1	44	17
Sachsen	0	14	0	1	4	1	0	0	0	25	170	54	37	771	714
Sachsen-Anhalt	0	1	0	0	3	2	0	0	0	9	120	107	3	65	70
Schleswig-Holstein	0	1	0	1	11	2	0	0	0	11	88	28	7	171	202
Thüringen	0	2	0	0	1	3	0	0	0	17	229	264	4	141	167
<b>Deutschland</b>	<b>11</b>	<b>173</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>172</b>	<b>99</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>358</b>	<b>3.701</b>	<b>1.365</b>	<b>415</b>	<b>7.095</b>	<b>6.630</b>

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

	<i>Acinetobacter</i> <sup>1</sup>			Enterobacterales <sup>1</sup>			<i>Clostridioides difficile</i> <sup>2</sup>			MRSA <sup>3</sup>			COVID-19 <sup>4</sup>		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	2	29	21	16	299	201	2	29	41	1	25	22	49	6.420	104.584
Bayern	1	30	26	25	409	275	3	69	70	0	40	48	109	13.053	150.980
Berlin	1	37	25	11	215	176	1	14	14	0	22	17	17	1.915	35.296
Brandenburg	0	4	11	5	67	76	0	30	22	0	10	15	12	1.427	25.965
Bremen	0	1	0	0	10	11	0	2	1	1	3	1	1	348	8.446
Hamburg	0	5	10	7	117	108	3	14	8	1	15	8	33	1.250	13.882
Hessen	0	19	15	24	364	236	0	38	19	1	34	29	62	4.830	87.912
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	3	6	52	32	1	5	23	0	4	8	9	1.503	17.903
Niedersachsen	0	28	12	12	256	159	5	56	44	2	40	34	39	4.294	122.603
Nordrhein-Westfalen	2	54	45	22	603	584	7	171	138	2	89	119	158	12.688	280.370
Rheinland-Pfalz	0	6	5	5	137	68	1	21	25	2	8	11	39	3.212	56.201
Saarland	0	0	0	1	15	15	0	7	2	3	9	1	8	1.018	16.142
Sachsen	0	6	4	5	73	94	3	58	39	1	25	30	30	3.490	32.777
Sachsen-Anhalt	0	4	5	3	62	42	1	26	29	1	14	14	28	1.752	20.161
Schleswig-Holstein	0	10	15	3	83	47	0	17	14	1	8	20	36	1.710	23.932
Thüringen	0	4	2	1	40	27	1	20	10	0	10	15	8	1.593	14.628
<b>Deutschland</b>	<b>6</b>	<b>241</b>	<b>199</b>	<b>146</b>	<b>2.802</b>	<b>2.151</b>	<b>28</b>	<b>577</b>	<b>499</b>	<b>16</b>	<b>356</b>	<b>392</b>	<b>638</b>	<b>60.503</b>	<b>1.011.782</b>

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	2024		2023
	17.	1.–17.	1.–17.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	143	474
Botulismus	0	2	32
Brucellose	0	3	12
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	12	12
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	29	53
Denguefieber	67	712	174
Diphtherie	0	17	30
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	5	33	30
Giardiasis	52	866	769
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	42	718	901
Hantavirus-Erkrankung	7	137	39
Hepatitis D	0	30	42
Hepatitis E	81	1.506	1.590
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	9	21
Kryptosporidiose	34	508	408
Legionellose	27	536	411
Lepra	0	0	1
Leptospirose	0	40	39
Listeriose	11	203	185
Meningokokken, invasive Erkrankung	3	123	103
Ornithose	3	12	3
Paratyphus	0	15	12
Q-Fieber	0	28	25
Shigellose	23	537	172
Trichinellose	0	1	0
Tularämie	0	32	22
Typhus abdominalis	0	17	32
Yersiniose	66	943	698
Zikavirus-Erkrankung	0	22	4

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 Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. [www.rki.de/falldefinitionen](http://www.rki.de/falldefinitionen)).

# Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen

gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

Berichtsmonat: Februar 2024 (Datenstand: 1. Mai 2024)

	Syphilis			HIV-Infektion			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	Februar	Januar – Februar		Februar	Januar – Februar		Februar	Januar – Februar		Februar	Januar – Februar	
Baden-Württemberg	69	142	149	34	67	53	4	6	3	0	0	1
Bayern	107	255	247	57	118	94	3	12	8	0	1	1
Berlin	96	235	285	33	47	54	0	3	3	0	0	0
Brandenburg	8	25	34	10	17	13	1	2	2	0	0	0
Bremen	7	17	13	5	13	12	0	0	1	0	0	0
Hamburg	38	86	99	22	39	41	1	3	0	0	0	0
Hessen	55	106	117	18	28	32	0	0	3	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	8	25	8	6	9	6	0	0	1	0	0	0
Niedersachsen	42	107	96	26	56	47	1	2	2	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	139	332	341	35	72	102	1	3	5	0	0	0
Rheinland-Pfalz	29	68	44	9	25	21	1	2	0	0	1	0
Saarland	7	10	14	2	5	3	0	0	0	0	0	0
Sachsen	27	65	105	7	16	29	1	1	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	8	19	27	3	5	14	0	0	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	8	23	25	11	25	12	0	0	1	0	0	0
Thüringen	17	26	17	6	6	11	1	1	0	0	0	0
<b>Deutschland</b>	<b>671</b>	<b>1.553</b>	<b>1.624</b>	<b>284</b>	<b>548</b>	<b>544</b>	<b>14</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

Die Meldepflicht für Malaria wurde im Rahmen einer IfSG-Änderung am 21.07.2023 von der nichtnamentlichen Meldung an das RKI gemäß § 7 Abs. 3 IfSG zu einer namentlichen Meldung an das Gesundheitsamt gemäß § 7 Abs. 1 IfSG geändert.