

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

43
2024

24. Oktober 2024

Epidemiologisches Bulletin

Weltpoliotag 2024

Inhalt

Weltpoliotag 2024: Politische Krisen werden von Gesundheitskrisen begleitet	3
Der Weltpoliotag wird jährlich am 24. Oktober begangen und erinnert daran, wie weit die globale Gemeinschaft im Kampf gegen Polio gekommen ist. Seit dem Beginn der „Global Polio Eradication Initiative“ durch die WHO und ihre Partner im Jahr 1988 gibt es aktuell nur noch zwei Länder mit endemischer Polioviruszirkulation. Seit mehreren Jahren stellen jedoch Ausbrüche durch zirkulierende vakzineabgeleitete Polioviren (cVDPV) ein weitaus größeres Problem als Erkrankungen durch Poliowildviren dar. Fälle von akuten schlaffen Paresen oder anhaltende cVDPV-Nachweise im Abwasser gibt es derzeit in 41 Ländern, vorwiegend in Afrika. Im Jahr 2024 steht Gaza exemplarisch für die Herausforderungen, die bei der Polioeradikation in Krisenregionen bestehen. Die humanitäre Lage ist verheerend und schlechte hygienischen Verhältnisse sowie unzureichende Impfquoten resultierten u. a. im cVDPV2-Nachweis im Abwasser. Es ist wichtig, die bisherigen Anstrengungen im Kampf gegen Polio fortzusetzen und zu intensivieren.	
Erster Nachweis einer Infektion mit Mpox Klade Ib	7
Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 42. Woche 2024	8

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Jamela Seeadt
(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

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.

Weltpoliotag 2024: Politische Krisen werden von Gesundheitskrisen begleitet

Der Weltpoliotag wird jährlich am 24. Oktober begangen. Jonas Salk entwickelte 1955 die erste inaktivierte Poliovakzine (IPV) und schuf damit eine der Grundvoraussetzungen für den weltweiten Kampf gegen die Kinderlähmung (Poliomyelitis). Albert Sabin entwickelte einige Jahre später den oralen (attenuierten) Lebendimpfstoff (OPV), der maßgeblich zu den Erfolgen bei der Bekämpfung der Poliomyelitis beitrug. Allerdings können die abgeschwächten Viren des ursprünglichen OPV bei unzureichenden Impfquoten in der Bevölkerung lange Zeit unerkannt zirkulieren, sich dabei verändern (Mutationen) und schließlich wieder zu Erkrankungen (einschließlich Lähmungen) führen (zirkulierende vakzineabgeleitete Polioviren, cVDPV, derzeit meist cVDPV₂). Um diese Möglichkeit zu reduzieren, wurde ein neuartiger oraler Polioimpfstoff Typ 2 (nOPV₂) entwickelt, der im November 2020 eine Notfallzulassung erhielt. Im Gegensatz zum ursprünglichen OPV ist dieser genetisch stabiler und soll die Anzahl von Poliofällen durch cVDPV reduzieren. Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge ist das Risiko des Auftretens von cVDPV₂-Fällen in Verbindung mit nOPV₂ im Vergleich zur Verwendung des ursprünglichen OPV₂ um 80–90 % geringer.¹

Globaler Stand der Polioeradikation

Seit dem Beginn der „Global Polio Eradication Initiative“ (GPEI) durch die WHO und ihre Partner im Jahr 1988 konnte die Zahl der Poliofälle von ursprünglich über 350.000 Fällen in 125 Ländern drastisch gesenkt werden (auf aktuell zwei Länder mit endemischer Zirkulation von Poliowildviren, WPV). Seit mehreren Jahren stellen Ausbrüche durch cVDPV ein weitaus größeres Problem als Erkrankungen durch WPV dar. Fälle von akuten schlaffen Paresen (AFP) oder anhaltende cVDPV-Nachweise im Abwasser gibt es derzeit in 41 Ländern, vorwiegend in Afrika (s. Tab. 1 und Abb. 1).

Die östliche Mittelmeerregion (EMRO) ist nach wie vor der Brennpunkt der WPV-Zirkulation. Im Jahr 2024 wurden in Afghanistan und Pakistan, den letzten zwei Ländern mit endemischer WPV₁-Zirkulation, bereits 54 Fälle gemeldet (was die höchste Zahl seit 2020 darstellt). Zudem wird auch eine erhebliche Anzahl von cVDPV-Fällen verzeichnet (insbesondere im Jemen und Sudan).

Die afrikanische Region (AFRO) wurde 2020 als frei von endemischer WPV-Zirkulation erklärt. Seitdem sind zwar einige eingeschleppte WPV-Fälle aufgetreten (Mosambik, Malawi), die jedoch innerhalb weniger Monate eingedämmt werden konnten und daher nicht zur Aberkennung der Zertifizierung geführt haben. Jedoch bleiben cVDPV-Nachweise in Nigeria und der Demokratischen Republik Kongo eine Herausforderung.

	2020	2021	2022	2023	2024
Östliche Mittelmeerregion (EMRO)					
WPV	140	5	22	12	54
cVDPV	547	116	168	16	37
Afrikanische Region (AFRO)					
WPV	0	1	8	0	0
cVDPV	563	538	706	505	137
Südostasiatische Region (SEARO)					
WPV	0	0	0	0	0
cVDPV	0	0	1	6	7
Westpazifische Region (WPRO)					
WPV	0	0	0	0	0
cVDPV	2	0	0	0	0
Amerikanische Region (AMRO)					
WPV	0	0	0	0	0
cVDPV	0	0	1	0	0
Europäische Region (EURO)					
WPV	0	0	0	0	0
cVDPV	1	37	1	1	0
Gesamt: WPV	140	6	30	12	54
Gesamt: cVDPV	1113	691	877	528	181

Tab. 1 | Fälle akuter schlaffer Paresen (AFP) durch Poliowildviren (WPV) und zirkulierende vakzineabgeleitete Polioviren (cVDPV) weltweit 2020–2024 (Stand 15.10.2024; WHO)

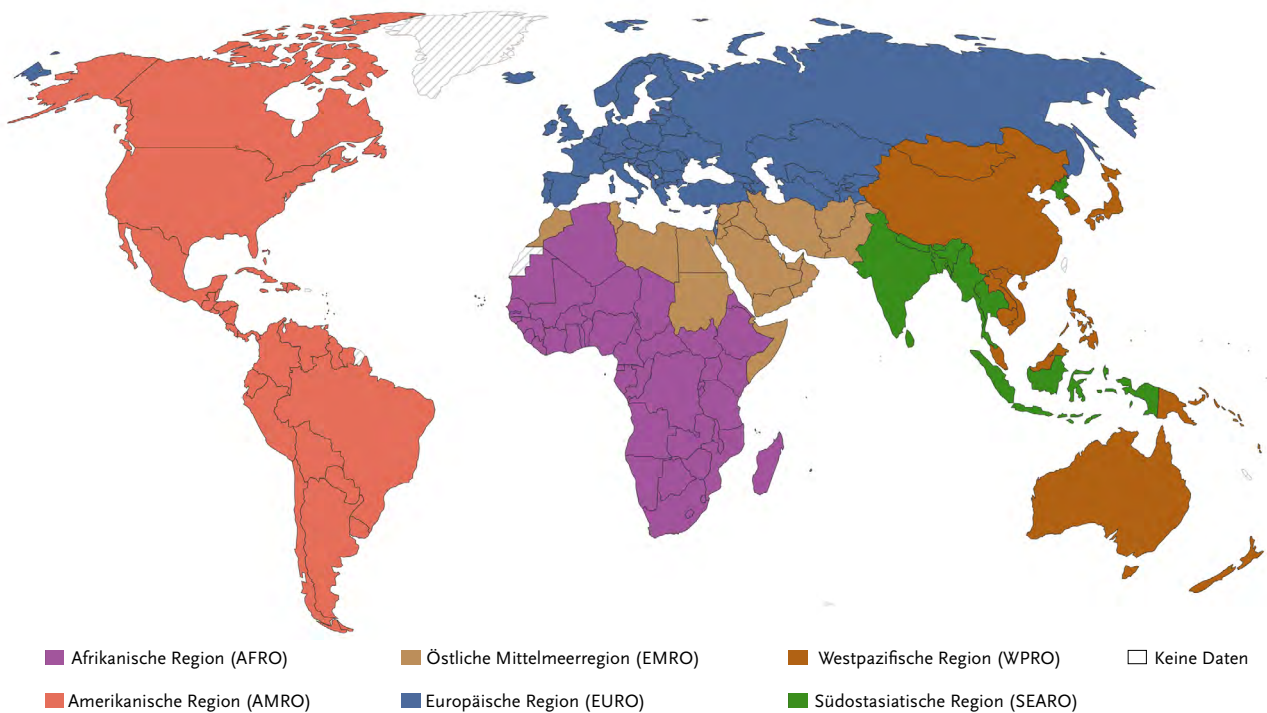


Abb. 1 | Globale Einteilung in Regionen nach WHO (Quelle: <https://ourworldindata.org/grapher/who-regions>, abgerufen am 8.10.2024)

Die südostasiatische Region (SEARO), die auch Indien als ehemaligen Hotspot der WPV-Zirkulation umfasst, wurde 2014 als poliofrei zertifiziert. In Ländern mit schwachen Gesundheitssystemen und geringen Impfquoten (z. B. Myanmar und Indonesien) treten jedoch nach wie vor cVDPV-Fälle auf.

Die westpazifische Region (WPRO) ist seit dem Jahr 2000 WPV-frei. Vor der Coronavirus Disease 2019- (COVID-19-)Pandemie waren cVDPV auch in dieser Region eine Herausforderung, vor allem in Malaysia und auf den Philippinen.

Die amerikanische Region (AMRO) wurde 1994 als erste Region WPV-frei erklärt. Aber auch in poliofreie Gebiete können Polioviren eingeschleppt werden. Sind die Impfquoten – auch regional – zu gering, kann es zu erneuter Viruszirkulation und Erkrankungen kommen. So erkrankte 2022 in New York ein junger Mann an Poliomyelitis durch cVDPV₂. Retrospektiv wurden diese Viren auch in Abwasserproben nachgewiesen. Molekulare Untersuchungen ergaben eine enge genetische Verwandtschaft zu Isolaten aus Abwässern anderer Länder (Israel, Vereinigtes Königreich, Kanada), so

dass von einer globalen cVDPV₂-Zirkulation ausgegangen werden kann.

Die europäische Region (EURO) ist seit 2002 durchgehend WPV-frei. In Tadschikistan und der Ukraine traten in den letzten Jahren cVDPV-Fälle auf, die auf unzureichende Impfquoten hindeuten und abermals den negativen Einfluss von politischen Krisen auf die Gesundheitssysteme verdeutlichen.

Lage im Gazastreifen

Seit dem Terrorangriff der islamistischen Hamas auf Israel im Oktober 2023 geht die israelische Armee mit massiven Bombardements und Bodentruppen gegen die Bewohnenden des Gazastreifens vor. Zudem hat Israel das Küstengebiet weitgehend abgeriegelt. Nur wenige Hilfs- und Medikamentenlieferungen erreichen den Gazastreifen (Bevölkerung 2,2 Millionen). Die humanitäre Lage ist verheerend: Ca. 90 % der Bevölkerung sind Binnenflüchtlinge. Schlechte hygienischen Verhältnisse und unzureichende Impfquoten resultierten u. a. im anhaltenden Nachweis von Polioviren (cVDPV₂) im Abwasser (erste Entnahme im Juni in zwei Regio-

nen). Nach Schätzungen der WHO und des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) lagen die nationalen Impfquoten in den besetzten palästinensischen Gebieten für die dritte OPV-Impfstoffdosis und die zweite IPV-Impfstoffdosis im ersten Quartal 2024 bei 89 % bzw. 86 % (Ziel: 95 %).

Im August 2024 übermittelten die Gesundheitsbehörden in Gaza einen Poliofall durch cVDPV2 bei einem ungeimpften zehn Monate alten Kind. Zuvor gab es seit 1988 keine Poliofälle in dieser Region. Es konnte eine genetische Verwandtschaft zu Viren, die 2023 im Abwasser in Ägypten nachgewiesen wurden, bestätigt werden.

Als Reaktion auf die Virusnachweise startete die WHO am 1. September 2024 eine Impfkampagne mit nOPV2, bei der 640.000 Kinder unter 10 Jahren geimpft werden sollten. Hierfür hatten die Kriegsparteien humanitären Feuerpausen zugestimmt.

Herausforderungen der Polioeradikation

Gaza steht im Jahr 2024 exemplarisch für die Herausforderungen, die bei der Polioeradikation in Krisenregionen bestehen. Die humanitäre Lage in Gaza ist geprägt durch wiederholte Konflikte, eine marode Infrastruktur und eingeschränkten Zugang zu grundlegender Gesundheitsversorgung. Diese Bedingungen erschweren es, Polioimpfprogramme effektiv umzusetzen und gefährden den Fortschritt im globalen Kampf gegen die Krankheit.

Auch in weiteren Konfliktgebieten wie Afghanistan und Pakistan, aber auch in der Demokratischen Republik Kongo und dem Jemen ist der Zugang zu Impfungen aufgrund von Sicherheitsproblemen und politischer Instabilität eingeschränkt.

In einigen Regionen sind zudem Fehlinformationen über Impfstoffe und eine wachsende Impfmüdigkeit besorgniserregend. Dies erfordert verstärkte Aufklärungsarbeit und das Vertrauen in die Impfprogramme.

Die Sicherstellung der langfristigen Finanzierung für Polioimpfprogramme ist entscheidend. Der Rückgang der Fallzahlen und insbesondere die bereits sehr langandauernden Eradikationsbemühun-

gen könnten dazu führen, dass das Engagement und die finanziellen Mittel für die Bekämpfung von Polio nachlassen, was das Risiko birgt, dass die Krankheit weltweit wiederkehrt.

Eintrag von Polioviren nach Deutschland ist nicht ausgeschlossen

Auch in bereits poliofreien Regionen ist es wichtig, Infektionen frühzeitig zu erkennen, um eine weitere Ausbreitung schnell unterbinden zu können. Polioviren haben eine sehr geringe Manifestationsrate (ca. 1:100 bis 1:200), so dass bereits ein AFP-Fall mit Poliovirusnachweis als Ausbruch definiert wird. Da die Mehrzahl der Poliovirusinfektionen asymptomatisch oder mit milden, unspezifischen, z. T. grippeähnlichen Symptomen verläuft und nur in wenigen Fällen Zeichen einer Meningitis oder der noch selteneren AFP auftreten, sollte bei Vorliegen zusätzlicher Risikofaktoren (Aufenthalt in Gebieten mit aktuellen Poliovirusnachweisen, unklarer Impfstatus) eine Enterovirus-Diagnostik veranlasst werden (mit dem Ziel, die ebenfalls zur Gattung der Enteroviren gehörenden Polioviren auszuschließen).

Überwachung der Poliofreiheit in Deutschland

Im Rahmen der bundesweiten Enterovirus-Surveillance (EVSurv), die zur Überwachung der Poliofreiheit in Deutschland eingerichtet wurde, steht allen Kliniken eine kostenlose Enterovirus-Diagnostik zur differentialdiagnostischen Abklärung viraler Meningitiden/Enzephalitiden und einer AFP der Extremitäten zur Verfügung. Als Untersuchungsmaterial eignen sich insbesondere Stuhlproben, aber auch Liquorproben. Bei Verdacht auf AFP und Vorliegen von respiratorischen Symptomen kann zusätzlich kostenlos eine respiratorische Probe in einem Netzwerklabor untersucht werden.

Zur Ergänzung dieser syndromischen Surveillance wurde am Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE) im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojekts ein Workflow zur Abwassertestung auf Polioviren etabliert. Unter geeigneten Bedingungen können Abwassertestungen als

Früherkennungssystem eingesetzt werden und dazu beitragen, gegebenenfalls notwendige Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten, z. B. gezielt Impfungen anzubieten und/oder die syndromische Surveillance zu intensivieren.

Darüber hinaus bleibt die Polioimpfung die wichtigste Schutzmaßnahme. Jeder Arztbesuch sollte genutzt werden, um den Impfstatus zu überprüfen und gegebenenfalls Impflücken zu schließen. Als geschützt gilt, wer im Laufe seines Lebens eine Grundimmunisierung (mindestens drei Impfungen) und eine Auffrischimpfung erhalten hat.

Für Poliomyelitis besteht eine Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Fazit

Der Weltpoliotag erinnert jährlich daran, wie weit die globale Gemeinschaft im Kampf gegen Polio gekommen ist, aber auch, wie wichtig es ist, die Anstrengungen fortzusetzen und zu intensivieren. Eine poliofreie Welt ist in Reichweite, erfordert jedoch weiterhin globale Solidarität, Engagement und Entschlossenheit.

Weitere Informationen

- <https://polioeradication.org>
- <https://www.rki.de/evsurv>

Literatur

- 1 Bandyopadhyay AS, Cooper LV, Zipursky S (2024) One billion doses and WHO prequalification of nOPV2: Implications for the global polio situation and beyond. PLOS Glob Public Health 4(2): e0002920. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002920>.

Autorinnen

^{a)} Dr. Kathrin Keeren | ^{b)} Dr. Sabine Diedrich

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 1 Infektionskrankheiten, FG 15 Virale Gastroenteritis- und Hepatitisreger und Enteroviren, Geschäftsstelle der Nationalen Kommission zur Polioeradikation

^{b)} Robert Koch-Institut, Abt. 1 Infektionskrankheiten, FG 15 Virale Gastroenteritis- und Hepatitisreger und Enteroviren, Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren

Korrespondenz: polio@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Diedrich S, Keeren K: Weltpoliotag 2024: Politische Krisen werden von Gesundheitskrisen begleitet

Epid Bull 2024;43:3-6 | DOI 10.25646/12880

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Erster Nachweis einer Infektion mit Mpox Klade Ib

Ein Fall einer Infektion mit Monkeypox-Virus (MPXV) der neuen Klade Ib wurde erstmals in Kalenderwoche 42 in Deutschland (Nordrhein-Westfalen) nachgewiesen. Es handelt sich um einen Mann im Alter von 30 bis 40 Jahren, der sich von September bis Anfang Oktober in Ruanda aufhielt und dort einen heterosexuellen Kontakt hatte. Einige Tage nach seiner Rückkehr nach Deutschland entwickelte er Mpox-typische Symptome und konsultierte einen Arzt. Aufgrund der Reiseanamnese wurde nach der Bestätigung der Mpox-Infektion eine kladenspezifische Diagnostik durchgeführt. Am Konsiliarlabor für Pockenviren des Robert Koch-Instituts (RKI) wurden MPXV der Klade Ib nachgewiesen. Der Patient wird im Krankenhaus unter Einhaltung der empfohlenen Isolationsmaßnahmen medizinisch versorgt und befindet sich auf dem Weg der Besserung.

Alle Kontaktpersonen wurden als Kontaktpersonen mit geringem Risiko eingestuft und gemäß den aktuellen Empfehlungen beraten (www.rki.de/mpox-ratgeber).

Das Risiko einer weiteren Übertragung des Erregers innerhalb Deutschlands wird von den Gesundheitsbehörden in Deutschland aufgrund der

getroffenen Maßnahmen als gering bewertet. Die generelle Risikoeinschätzung des RKI bezüglich Mpox bleibt weiterhin bestehen, eine Gefährdung für die Gesundheit der breiten Bevölkerung in Deutschland schätzt das RKI derzeit als gering ein (www.rki.de/mpox-deutschland).

Dieser Fall ist der erste Nachweis von MPXV Klade Ib in Deutschland und der zweite Nachweis in Europa. Dies ist jedoch nicht unerwartet, da mit sporadischen importierten Fällen bei Reisenden aus endemischen Gebieten/Ländern gerechnet werden muss. Zur Situation in den Endemiegebieten siehe die [Informationen der Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#).

Die Labore in Deutschland werden weiterhin gebeten, eine Einsendung von zuvor positiv getesteten Mpox-Proben an das Konsiliarlabor für Pockenviren des RKI zu veranlassen.

Hinweis: Das Robert Koch-Institut führt keine individuelle medizinische Beratung zu Klinik, Therapie oder Impfungen durch.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

42. Woche 2024 (Datenstand: 23. Oktober 2024)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	57	3.453	2.981	15	1.228	1.092	9	268	265	36	3.816	3.123	3	1.328	1.192
Bayern	92	5.117	4.575	37	1.507	1.360	10	282	199	87	8.685	5.761	17	2.200	3.034
Berlin	17	1.392	1.586	7	524	346	1	128	87	19	3.348	2.362	5	1.071	887
Brandenburg	34	1.309	1.381	9	359	366	4	99	72	26	3.534	2.217	4	1.224	1.534
Bremen	9	271	240	0	56	39	0	16	15	2	292	249	0	87	130
Hamburg	9	861	832	0	178	204	2	68	57	22	1.689	1.243	5	594	734
Hessen	38	2.671	2.248	17	745	608	11	273	82	20	3.035	1.972	9	1.245	1.298
Mecklenburg-Vorpommern	38	1.018	958	3	249	230	2	106	55	32	1.944	1.768	4	553	984
Niedersachsen	62	3.497	2.794	11	902	784	10	579	478	75	5.026	3.502	17	1.338	2.028
Nordrhein-Westfalen	140	8.871	6.888	33	1.905	1.698	20	904	952	162	12.906	8.914	37	3.450	3.878
Rheinland-Pfalz	42	2.351	2.222	9	540	501	4	208	100	39	2.914	1.974	6	850	912
Saarland	4	579	643	2	109	83	3	18	14	4	625	532	1	229	374
Sachsen	69	2.889	2.903	19	630	533	3	228	155	56	6.531	4.290	27	1.932	2.618
Sachsen-Anhalt	28	1.107	926	15	397	394	5	141	95	71	3.563	2.271	18	692	1.652
Schleswig-Holstein	21	1.191	1.167	1	208	212	3	149	150	15	1.971	1.057	4	514	569
Thüringen	52	1.323	1.201	22	660	525	3	91	34	47	3.267	2.114	17	1.519	1.942
Deutschland	712	37.900	33.545	200	10.197	8.975	90	3.558	2.810	713	63.146	43.349	174	18.826	23.766

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	7	83	68	38	1.994	2.253	11	961	1.124	3	486	587	32	24.000	7.245
Bayern	3	104	86	88	3.179	3.494	38	1.271	1.473	6	480	527	60	45.764	12.705
Berlin	0	50	47	25	1.134	1.049	18	440	456	5	256	296	11	5.797	2.676
Brandenburg	1	29	20	3	344	333	0	129	150	4	102	83	5	7.040	2.200
Bremen	0	7	3	9	249	325	2	146	110	0	51	47	0	790	189
Hamburg	0	27	10	33	1.092	781	3	288	357	1	139	173	6	4.044	1.815
Hessen	1	76	60	33	1.425	1.585	20	582	546	4	431	377	16	11.755	4.253
Mecklenburg-Vorpommern	2	14	11	2	204	229	2	116	96	0	49	43	10	6.555	1.206
Niedersachsen	0	63	61	18	1.573	1.202	12	658	728	5	234	291	11	12.478	3.701
Nordrhein-Westfalen	5	184	216	62	3.812	4.630	38	1.925	2.226	21	748	804	34	28.970	10.963
Rheinland-Pfalz	1	30	35	20	1.169	1.466	10	335	461	2	143	172	8	10.241	3.435
Saarland	2	15	9	3	269	338	3	161	170	0	41	34	2	1.593	499
Sachsen	0	25	29	12	363	465	2	201	239	2	119	123	20	20.747	4.434
Sachsen-Anhalt	1	25	21	3	309	329	2	137	169	1	77	62	21	12.157	1.784
Schleswig-Holstein	1	21	28	13	528	431	5	327	288	1	93	89	4	4.403	1.072
Thüringen	0	17	12	5	189	231	5	112	127	4	80	75	10	8.384	1.618
Deutschland	24	770	716	367	17.833	19.141	171	7.789	8.720	59	3.529	3.783	250	204.718	59.795

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	1	47	2	0	31	31	0	1	1	49	3.906	200	41	2.435	2.392
Bayern	0	65	7	3	62	55	0	4	0	78	4.136	577	83	3.327	3.534
Berlin	0	94	14	0	18	13	0	1	1	7	753	88	13	907	678
Brandenburg	0	4	1	0	5	5	0	1	1	17	1.119	228	16	489	401
Bremen	0	2	0	0	5	4	0	0	0	2	72	6	3	140	75
Hamburg	0	16	2	0	15	8	0	1	0	6	376	62	6	404	398
Hessen	4	39	1	5	27	16	0	0	0	15	785	94	27	774	693
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	3	0	0	0	9	213	90	2	182	137
Niedersachsen	0	44	3	3	27	17	0	0	0	9	1.055	93	18	1.026	1.045
Nordrhein-Westfalen	0	234	6	1	98	50	0	1	1	50	3.267	264	44	2.683	2.465
Rheinland-Pfalz	0	9	0	0	23	15	1	2	0	19	772	106	5	463	378
Saarland	0	9	0	0	2	13	0	0	0	2	266	25	1	90	70
Sachsen	0	21	0	0	8	5	0	0	0	37	1.438	96	12	1.528	1.360
Sachsen-Anhalt	0	2	16	0	3	5	0	0	0	36	780	157	3	186	173
Schleswig-Holstein	0	3	1	0	15	9	0	0	0	6	441	56	9	400	466
Thüringen	0	7	0	1	9	6	0	0	0	36	1.044	400	9	291	317
Deutschland	5	596	53	13	348	255	1	11	4	378	20.423	2.542	292	15.325	14.582

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		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	0	81	73	23	901	658	3	81	89	6	81	54	1.403	18.222	117.461
Bayern	2	98	87	21	1.099	817	4	188	175	0	100	118	2.939	35.374	174.139
Berlin	0	92	71	10	549	501	0	40	32	0	62	33	373	6.179	41.314
Brandenburg	3	23	19	4	182	215	3	68	69	0	21	29	442	4.664	30.144
Bremen	0	1	4	0	33	27	0	8	6	0	3	8	34	984	9.348
Hamburg	1	20	24	8	337	264	0	30	20	1	37	24	170	4.218	17.605
Hessen	2	66	52	18	962	692	2	91	60	0	84	70	704	12.436	97.368
Mecklenburg-Vorpommern	0	9	8	2	155	90	1	21	58	1	16	18	507	4.860	21.029
Niedersachsen	3	62	41	8	654	495	3	149	125	5	87	114	723	14.213	134.104
Nordrhein-Westfalen	6	123	142	44	1.709	1.567	12	491	394	6	226	263	1.584	37.249	305.100
Rheinland-Pfalz	2	20	19	18	351	226	2	59	62	0	21	20	422	8.198	62.699
Saarland	0	3	1	3	37	40	1	14	6	1	16	6	155	2.229	17.927
Sachsen	0	16	16	7	212	243	2	233	100	1	55	69	1.022	11.624	39.599
Sachsen-Anhalt	0	10	11	7	165	113	0	73	85	0	44	35	658	7.191	24.131
Schleswig-Holstein	1	21	30	6	208	161	0	38	42	0	24	37	422	6.269	28.993
Thüringen	1	10	4	3	100	70	1	49	27	0	41	29	361	4.413	17.692
Deutschland	21	655	602	182	7.654	6.179	34	1.633	1.350	21	918	927	11.919	178.323	1.138.653

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
	42.	1.–42.	1.–42.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	243	844
Bornavirus-Erkrankung	0	3	3
Botulismus	0	8	36
Brucellose	0	26	31
<i>Candida auris</i> , invasive Infektion	0	3	—*
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	27	26
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	65	127
Denguefieber	14	1.445	688
Diphtherie	0	36	111
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	10	563	429
Giardiasis	37	2.250	1.944
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	31	1.347	1.437
Hantavirus-Erkrankung	3	362	283
Hepatitis D	0	82	107
Hepatitis E	76	3.854	3.986
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	53	70
Kryptosporidiose	110	2.500	2.041
Legionellose	37	1.812	1.767
Lepra	0	0	2
Leptospirose	0	167	179
Listeriose	7	544	543
Malaria	23	776	—*
Meningokokken, invasive Infektion	0	266	205
Mpox	3	140	57
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	32	8
Paratyphus	0	43	30
Pneumokokken, invasive Infektion	154	6.637	4.257
Q-Fieber	1	75	62
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	57	42.761	—*
Shigellose	54	1.630	726
Trichinellose	0	2	2
Tularämie	3	143	74
Typhus abdominalis	2	68	64
West-Nil-Fieber	0	2	2
Yersiniose	27	2.424	1.559
Zikavirus-Erkrankung	0	29	10

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).

* Die Meldepflicht für den Nachweis von *Plasmodium spp.* (Malaria-Erreger) wurde im Rahmen einer IfSG-Änderung im Juli 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. Eine Meldepflicht für RSV und *Candida auris* besteht erst seit Juli 2023. Der Vergleich mit den Vorjahreswerten erfolgt ab 2025.