

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

11
2025

13. März 2025

Epidemiologisches Bulletin

RKI-Ratgeber Hand-Fuß-Mund-Krankheit

Inhalt

RKI-Ratgeber Hand-Fuß-Mund-Krankheit

3

Die vorwiegend durch Enteroviren der Gruppe A verursachte Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK) ist eine sehr verbreitete Infektionskrankheit, die in den meisten Fällen harmlos verläuft. Sie betrifft vorwiegend Kinder unter zehn Jahren, kann aber auch bei Erwachsenen auftreten. Die Krankheit beginnt normalerweise mit Fieber, Appetitlosigkeit und Halsschmerzen. Ein bis zwei Tage nach Fieberbeginn zeigen sich in der Regel kleine rote, schmerzhafte Flecken an der Mundschleimhaut, die Bläschen und oftmals Ulcera bilden. Weitere ein bis zwei Tage später bildet sich ein nicht juckender Hautausschlag, meist an den Handflächen und Fußsohlen. Der RKI-Ratgeber gibt einen Überblick über die Erreger Eigenschaften, Krankheitszeichen, Diagnostik und Therapie sowie verschiedene Infektionsschutz- und Hygienemaßnahmen.

RKI guideline to hand, foot, and mouth disease

Hand, foot and mouth disease (HFMD) is a common infectious disease that is mainly caused by group A enteroviruses. In most cases, it is harmless. It mainly affects children under the age of ten years but can also occur in adults. Initial symptoms are fever, loss of appetite, and a sore throat. One to two days after the onset of fever, small painful red spots usually appear on the oral mucosa, which develop into blisters and often ulcers. Another one to two days later, a non-itchy rash develops, usually on the palms of the hands and soles of the feet. The RKI guidelines provides an overview of the pathogen, symptoms, diagnostics and therapy, as well as hygiene and preventive measures.

(Article in German)

Veranstaltungshinweis: Robert Koch Colloquium 2025

7

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 10. Woche 2025

8

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Redaktionsassistentin

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.

RKI-Ratgeber Hand-Fuß-Mund-Krankheit

Präambel

Die Herausgabe der RKI-Ratgeber erfolgt durch das Robert Koch-Institut (RKI) auf der Grundlage des § 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Zielgruppe der RKI-Ratgeber sind Fachkreise, u. a. Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Fachpersonal und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). Informationen zu wichtigen Infektionskrankheiten sollen aktuell und konzentriert der Orientierung dienen. Die Beiträge werden in Zusammenarbeit mit den Nationalen Referenzzentren (NRZ), Konsiliarlaboren (KL) sowie weiteren Expertinnen und Experten erarbeitet. Die RKI-Ratgeber sind auf der Internetseite des RKI (www.rki.de/ratgeber) abrufbar. Neu erstellte RKI-Ratgeber und deutlich überarbeitete Folgeversionen werden im *Epidemiologischen Bulletin* (www.rki.de/epidbull) veröffentlicht.

Erstveröffentlichung im *Epidemiologischen Bulletin* 10/2013, überarbeitete Fassung vom August 2017. Letzte Aktualisierung der Abschnitte „Gesetzliche Grundlage“ und „Beratung und Spezialdiagnostik“ im Februar 2018.

Erreger

Die Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK) wird vorwiegend durch Enteroviren der Gruppe A (EV-A) verursacht. Hierzu gehören Coxsackie-A-Viren (CVA₂ – A₈, A₁₀, A₁₂, A₁₄, A₁₆), EV-A₇₁ und neuere Virustypen.

CVA₆ und CVA₁₆ sind die häufigste Ursache der HFMK. Jedoch werden auch CVA₁₀ und EV-A₇₁ häufig mit der Krankheit in Verbindung gebracht. Während eines Ausbruchs können verschiedene Virusstämme kozirkulieren.

Enteroviren sind kleine, unbehüllte RNA-Viren, die zur Familie der *Picornaviridae* gehören. Als Voraussetzung für die Magen-Darm-Passage sind sie bei niedrigem pH-Wert (pH ≈ 3) stabil. Enteroviren sind relativ resistent gegen Umwelteinflüsse und unempfindlich gegenüber vielen Desinfektionsmitteln.

Auf geeignete Desinfektionsmittel wird im Abschnitt „Maßnahmen bei Einzelfällen“ genauer eingegangen.

Vorkommen

Enteroviren sind ubiquitär vorkommende Erreger mit einer hohen Kontagiosität (Übertragbarkeit).

Die HFMK ist eine sehr verbreitete Infektionskrankheit, die in den meisten Fällen harmlos verläuft. Sie betrifft vorwiegend Kinder unter zehn Jahren, kann aber auch bei Erwachsenen auftreten. Die HFMK wird ganzjährig diagnostiziert, besondere Häufungen treten jedoch im Spätsommer und Herbst auf.

Insbesondere im westpazifischen Raum kommt es regelmäßig zu sehr großen HFMK-Ausbruchsgeschehen (u. a. in Malaysia, Singapur, China und Japan). Hierbei können vor allem EV-A₇₁-Viren zu schweren Verläufen mit Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems (ZNS) oder der Ausbildung eines Lungenödems bis hin zum Tod führen.

Da die HFMK in Deutschland nicht bundesweit meldepflichtig ist, liegen keine validen Daten über das Auftreten dieser Krankheit vor.

Reservoir

Das einzige Reservoir der Erreger der HFMK ist der Mensch. Die HFMK sollte nicht mit der Maul- und Klauenseuche verwechselt werden, die bei Rindern, Schafen und Schweinen auftritt. Die beiden Krankheiten stehen in keinerlei Bezug zueinander, da sie von Viren unterschiedlicher Gattungen innerhalb der Familie der *Picornaviridae* verursacht werden.

Infektionsweg

Eine Übertragung der Erreger der HFMK erfolgt von Mensch zu Mensch durch direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten (Nasen- und Rachensekreten,

Speichel, Sekreten aus Bläschen) oder Stuhl und durch Kontakt mit viruskontaminierten Oberflächen. Eine Übertragung durch die Hände spielt eine wesentliche Rolle. Neben dieser dominierenden fäkal-oralen Übertragung kann das Virus in den ersten Tagen nach Infektion wegen der primären Virusvermehrung im Rachenepithel auch durch Tröpfchen übertragen werden.

Inkubationszeit

Die Inkubationszeit liegt zwischen 3 bis 10 Tagen (1 bis 30 Tage).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Während der ersten Woche der Krankheit sind infizierte Personen hochkontagiös (insbesondere die Flüssigkeit aus den Bläschen). Die Ansteckungsgefahr sinkt erst mit dem Eintrocknen der Bläschen.

Die Viren können auch nach dem Abklingen der Symptome über mehrere Wochen im Stuhl weiter ausgeschieden werden. Daher können die Patientinnen und Patienten sehr lange ansteckend sein.

Des Weiteren ist der Anteil der asymptomatisch infizierten Personen (zumeist Erwachsene) sehr hoch.

Klinische Symptomatik

Die Krankheit beginnt normalerweise mit Fieber, Appetitlosigkeit und Halsschmerzen. 1–2 Tage nach Fieberbeginn entwickeln sich in der Regel schmerzhafte Enantheme an der Mundschleimhaut. Sie erscheinen als kleine rote Flecken, die Bläschen und oftmals Ulcera bilden. Betroffen sind vor allem Zunge, Zahnfleisch und die Mundschleimhaut.

Ein nicht juckender Hautausschlag bildet sich innerhalb von 1–2 Tagen. Dieser zeigt sich durch ebene oder erhöhte rote Flecken, manchmal mit Blasenbildung. Meist sind die Handflächen und Fußsohlen betroffen. Bei atypischem Verlauf kann das Exanthem jedoch auch am Gesäß, im Genitalbereich, an den Knien oder den Ellenbogen auftreten und sich als stark juckender Ausschlag präsentieren. Diese atypischen Verläufe (meist verursacht durch CVA6) können vermehrt mit systemischen

Symptomen verbunden sein und eine stationäre Behandlung notwendig machen.

Die Krankheit verläuft jedoch normalerweise mild und fast alle Erkrankten erholen sich innerhalb von 5–7 Tagen ohne ärztliche Behandlung.

Die Mehrzahl der Infektionen (> 80 %) verlaufen asymptomatisch unter Ausbildung von neutralisierenden virustypspezifischen Antikörpern.

Komplikationen wie aseptische Meningitis/Enzephalitis oder polioartige Paresen treten sehr selten auf. Bei atypischen Verläufen kann es innerhalb weniger Wochen nach Infektion zum Verlust von Fingernägeln und Zehennägeln kommen (Onycholyse).

Da Enteroviren insgesamt sehr verbreitet sind, sind Schwangere insbesondere während der Sommer- und Herbstmonate diesen regelmäßig ausgesetzt. Die meisten Enterovirusinfektionen während der Schwangerschaft verursachen milde Symptome oder verlaufen asymptomatisch. Evidenzbasierte Hinweise auf schwere Komplikationen durch Enterovirusinfektionen in der Schwangerschaft sind sehr selten. Jedoch können Schwangere, die um den Geburtstermin herum Symptome einer Enterovirusinfektion aufweisen, das Virus auf das Neugeborene übertragen. Die meisten Neugeborenen zeigen einen milden Krankheitsverlauf. In sehr seltenen Fällen kann sich eine systemische Infektion etablieren bzw. die Infektion lebenswichtiger Organe (Leber, Herz) zu fulminanten Verläufen führen. Das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufes ist bei Neugeborenen in den ersten beiden Lebenswochen am höchsten.

Diagnostik

1. Differenzialdiagnostik

Aufgrund der sicheren klinischen Diagnose und des milden Verlaufs wird in den meisten Fällen keine Labordiagnostik eingeleitet.

2. Labordiagnostik

Virusnachweis: Zur molekularen Schnell Diagnostik wird die Enterovirus-PCR (5'-NCR) durchgeführt. Die weiterführende Diagnostik zur molekularen

Typisierung beinhaltet eine PCR in der proteinkodierenden VP1-Region mit anschließender Sequenzierung. Zum Nachweis von Enteroviren eignen sich vorwiegend Stuhlproben, Rachenabstriche und Bläscheninhalt. Bei ZNS-Manifestation kann auch Liquor untersucht werden. Aus dem Stuhl gelingt der Erregernachweis in den ersten 1–2 Wochen der Erkrankung in ca. 80 %.

Für das Management der Patientinnen und Patienten spielt die Virusanzucht keine Rolle. Der serologische Nachweis ist u. a. aufgrund der Vielfalt der Erreger und der hohen Durchseuchung mit Enteroviren obsolet.

Therapie

Eine spezifische Therapie steht nicht zur Verfügung, lediglich eine symptomatische Behandlung ist möglich.

Mehrere Impfstoffe gegen EV-A71 sind für den Einsatz im westpazifischen Raum verfügbar.

Infektionsschutz und Hygienemaßnahmen

1. Primärpräventive Maßnahmen

Das Infektionsrisiko kann durch gute Händehygiene reduziert werden: Regelmäßiges und sorgfältiges Händewaschen mit Seife (besonders nach dem Windelwechsel und nach dem Toilettengang) spielt eine entscheidende Rolle. Verschmutzte Oberflächen und Gegenstände (einschließlich Spielzeug und Türgriffe) müssen besonders gründlich und nach Vorgaben des Hygieneplans der Einrichtung gereinigt werden. Enger Kontakt mit Erkrankten sollte vermieden werden (z. B. Küssen, Umarmen, Besteck oder Tassen etc. teilen).

2. Maßnahmen bei Einzelfällen

Bei einer Infektion sollte auf die konsequente Einhaltung der Basishygienemaßnahmen geachtet werden.

In der häuslichen Umgebung ist auf eine gute und gründliche Händehygiene durch die infizierte Person zu achten. Eine gemeinsame Nutzung von Handtüchern sollte vermieden werden. Eine häu-

fige und gründliche Reinigung der Oberflächen mit haushaltsüblichen Reinigungsmitteln (insbesondere im Bad) ist anzuraten.

Ein genereller Ausschluss von infektiösen Kindern aus Kinderbetreuungseinrichtungen oder Schulen ist nicht empfohlen. Unter bestimmten Gegebenheiten kann das Gesundheitsamt veranlassen, dass Kinder mit HFMK eine Einrichtung nicht betreten dürfen, z. B. um einen Ausbruch einzudämmen. Nach klinischer Genesung und nach Eintrocknen der Bläschen ist eine Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen in der Regel ohne schriftliches ärztliches Attest möglich. Da HFMK meist mild verläuft, können Kinder weiterhin die Gemeinschaftseinrichtung besuchen, solange sie kein Fieber haben und sich gesund fühlen. Nach Ermessen des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin kann bei kompliziertem Verlauf auch eine Krankenschreibung für einige Tage erforderlich werden.

Für medizinische Einrichtungen sind weiterführende Angaben z. B. in der Empfehlung der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) [„Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“](#) (2015) enthalten. Die Tabelle 1 dieser Empfehlung wurde 2023 an den aktuellen Wissensstand angepasst sowie um weitere Erreger (z. B. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 – SARS-CoV-2) ergänzt. Die aktualisierte Tabelle 1 ist in der Empfehlung [„Integration von SARS-CoV-2 als Erreger von Infektionen in der endemischen Situation in die Empfehlungen der KRINKO „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten““](#) zu finden. Außerdem kann auf die KRINKO-Empfehlungen [„Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“](#) (2016) sowie [„Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“](#) (2022) verwiesen werden. Für eine sichere Virusinaktivierung in medizinischen Einrichtungen sind nur Desinfektionsmittel mit dem Wirkungsbereich „viruzid“ (Wirksamkeit gegen unbehüllte Viren) geeignet. Diese sind z. B. in der [„Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren“](#) und der

Desinfektionsmittel-Liste des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH) aufgeführt. Bei behördlich angeordneten Desinfektionsmaßnahmen ist die RKI-Liste heranzuziehen.

3. Umgang mit Kontaktpersonen

Bei strikter Einhaltung einer guten Händehygiene sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Ein Ausschluss der Kontaktpersonen aus Gemeinschaftseinrichtungen ist in der Regel nicht erforderlich.

4. Maßnahmen bei Ausbrüchen

Ob im Rahmen von Ausbruchsbekämpfung außerhalb von medizinischen Einrichtungen Hände- und Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener viruzider Wirksamkeit anzuwenden sind, sollte mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgestimmt werden, da es in der Regel einer fachlichen Beratung zur sachgerechten Anwendung (Dosierung, Einwirkzeit) dieser Mittel bedarf. Das Gesundheitsamt kann auf Grundlage einer Risikobewertung weitere notwendige Maßnahmen festlegen, z. B.:

- ▶ Intensivierung der Hände- und Flächendesinfektion mit viruziden Produkten,
- ▶ Minimierung einer fäkal-oralen Übertragung und einer Übertragung durch Körperflüssigkeiten (z. B. hygienischer Windelwechsel, keine gemeinschaftlichen Handtücher, separate Nutzung von Besteck und Geschirr, gründliche Reinigung der Spielsachen),
- ▶ gegebenenfalls Anordnung eines Betretungsverbot der Einrichtung für erkrankte Personen.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht gemäß IfSG

In Deutschland besteht keine krankheits- oder erregerspezifische Meldepflicht gemäß IfSG.

Übermittlung

entfällt

Weitergehende Mitteilungspflichten

Es bestehen ergänzende Verordnungen zur HFMK in Sachsen, zur Virusmeningitis in Sachsen-Anhalt und zur Meningitis/Enzephalitis in Thüringen.

Beratung und Spezialdiagnostik

Das RKI führt keine individuelle medizinische Beratung zu Klinik, Therapie oder Impfungen durch. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an Ärztinnen und Ärzte oder Kliniken in Ihrer Nähe, bei denen möglichst eine Spezialisierung für Infektionskrankheiten besteht.

Bezüglich Fragen zu Infektionsschutz und -prävention, kontaktieren Sie bitte Ihr zuständiges Gesundheitsamt (<https://tools.rki.de/plztool/>).

NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren

Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin
Leitung: Dr. Sabine Diedrich
E-Mail: polio@rki.de

Weiterführende Literatur

Informationen des CDC zur HFMK:
<https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/>

DGPI Handbuch: Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, 7. Auflage (2018), 464-456

Autoren

Robert Koch-Institut

Korrespondenz

Hinweise zur Reihe „RKI-Ratgeber“ richten Sie bitte an das Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie (Ratgeber@rki.de) oder an die Redaktion des Epidemiologischen Bulletins (EpiBull@rki.de).

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: RKI-Ratgeber Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK)

Epid Bull 2025;11:3-6 | DOI 10.25646/13064

Robert Koch Colloquium 2025

„Empowering Public Health: From Data to Global Health“

Das **Robert Koch Colloquium** ist ein jährlich stattfindendes interdisziplinäres Kolloquium, welches vom Robert Koch-Institut veranstaltet wird. Jedes Jahr konzentriert sich das Kolloquium auf ein aktuelles Thema aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit und bringt führende Expertinnen und Experten zusammen, um ihre Forschungsergebnisse und Erkenntnisse vorzustellen und zu diskutieren.

Das diesjährige Kolloquium findet am 19. und 20. Mai 2025 statt, im Hörsaal am Nordufer und online. Es steht unter dem Motto „Empowering Public Health: From Data to Global Health“ und untersucht das transformative Potenzial von Digitalisierung, Datenanalyse und fortschrittlichen Technologien bei der Bewältigung von Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit weltweit. An zwei Tagen werden **Vorträge** zu Themen wie die Digitalisierung in der Public-Health-Surveillance und Mikrobiologie sowie der Einsatz tragbarer Geräte, die mathematische Modellierung und das Potenzial künstlicher Intelligenz bei der Förderung systematischer Reviews präsentiert.

Mit der zunehmenden Verfügbarkeit und Komplexität von Gesundheitsdaten wird die Rolle der nationalen Institute für öffentliche Gesundheit bei der Förderung einer zeitnahen, evidenzbasierten Entscheidungsfindung durch die Anwendung

dieser Daten immer deutlicher. Diese Fortschritte sind jedoch mit vielfältigen Herausforderungen verbunden. Das Kolloquium wird sich auch mit kritischen Themen befassen, wie der Minderung von Verzerrungen in Daten, der Überwindung von Hindernissen bei der Zusammenführung und Weitergabe von Daten und der Bewältigung der Komplexität des Austauschs von Gesundheitsdaten in einer globalisierten Welt.

Internationale Gesundheitsinitiativen sind auf effektive Strategien zur Datenintegration und Zusammenarbeit angewiesen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und den Gesundheitszustand zu verbessern. Die abschließende **Podiumsdiskussion** wird sich damit befassen, wie diese Innovationen die Zukunft der öffentlichen Gesundheit gestalten. Dabei werden die sich daraus ergebenden Chancen und Herausforderungen für die lokale und globale Gesundheit diskutiert.

Durch die Erforschung der Schnittstellen zwischen fortschrittlichen Technologien, Datenintegration und öffentlicher Gesundheit soll das Kolloquium ein Forum für Wissensaustausch und anregende Diskussionen bieten.

Bitte melden Sie sich über die [RKI-Website](#) an, die Vor-Ort-Anmeldung ist verbindlich. Das Programm kann [online](#) aufgerufen werden.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

10. Woche 2025 (Datenstand: 12. März 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	28	470	495	10	105	134	5	59	36	148	2.483	1.310	25	389	196
Bayern	49	700	776	12	149	160	3	43	27	310	3.273	3.673	61	618	410
Berlin	10	241	293	4	56	77	2	30	10	65	1.183	2.053	38	298	161
Brandenburg	26	226	247	3	40	70	2	24	17	129	1.452	1.868	73	817	282
Bremen	6	64	41	0	3	8	3	15	1	25	165	123	2	17	14
Hamburg	3	146	166	3	22	31	1	18	4	34	454	871	19	178	65
Hessen	16	395	409	8	105	68	7	83	26	137	1.940	1.056	21	428	283
Mecklenburg-Vorpommern	12	180	146	1	28	67	3	34	24	42	876	744	39	212	78
Niedersachsen	43	531	594	6	95	178	6	90	101	215	2.434	2.042	74	912	229
Nordrhein-Westfalen	92	1.469	1.503	8	246	262	12	177	145	498	6.740	5.611	125	1.152	565
Rheinland-Pfalz	23	386	354	6	78	60	1	35	18	112	1.747	1.031	14	347	131
Saarland	2	88	108	0	11	11	1	12	2	18	480	258	49	216	67
Sachsen	50	438	528	6	114	126	5	44	41	247	2.905	2.691	100	646	349
Sachsen-Anhalt	24	223	204	1	63	73	4	20	20	132	1.456	1.258	72	540	84
Schleswig-Holstein	17	212	215	0	25	37	2	40	32	65	679	1.019	14	165	163
Thüringen	16	214	244	9	83	188	8	26	19	147	1.244	1.223	46	400	407
Deutschland	417	5.983	6.323	77	1.223	1.550	65	750	523	2.324	29.511	26.831	772	7.335	3.484

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	3	22	22	35	404	507	15	205	236	13	108	127	2.156	28.528	21.734
Bayern	2	37	14	67	683	870	19	282	340	9	96	126	4.221	61.833	41.550
Berlin	2	14	8	30	296	303	12	102	101	4	57	57	1.034	12.730	5.187
Brandenburg	0	10	15	5	62	79	3	27	38	2	12	21	1.640	14.933	6.226
Bremen	0	3	1	6	56	79	4	20	31	0	16	18	94	1.031	708
Hamburg	0	8	4	34	265	267	5	57	69	5	43	47	790	8.027	3.412
Hessen	1	14	14	32	298	399	11	123	137	6	88	79	1.397	17.678	10.582
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	5	3	28	50	2	19	27	1	8	9	1.372	10.126	5.385
Niedersachsen	1	21	14	39	340	506	19	160	191	4	46	39	2.335	24.094	10.944
Nordrhein-Westfalen	1	28	59	76	905	1.144	33	389	495	7	149	174	3.609	54.875	26.475
Rheinland-Pfalz	1	11	5	24	262	349	2	67	75	3	40	39	1.043	14.055	9.394
Saarland	0	5	3	6	56	79	4	29	48	0	6	9	203	2.668	1.392
Sachsen	0	4	6	6	72	88	5	45	51	4	16	28	2.842	36.556	18.246
Sachsen-Anhalt	0	2	3	12	83	73	1	20	36	0	16	16	2.428	21.797	10.801
Schleswig-Holstein	1	2	5	12	113	142	8	68	83	4	23	14	987	8.672	3.827
Thüringen	0	5	2	3	36	46	2	32	26	1	15	17	1.285	15.001	7.519
Deutschland	12	187	180	390	3.959	4.981	145	1.645	1.984	63	739	820	27.436	332.604	183.382

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	1	8	6	1	2	11	0	0	0	15	282	354	57	771	724
Bayern	2	5	8	2	17	13	0	0	0	15	422	465	72	1.539	938
Berlin	1	4	16	0	4	8	0	0	1	4	73	36	22	293	281
Brandenburg	0	1	1	0	2	0	0	0	0	6	102	129	23	184	125
Bremen	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	8	6	2	20	24
Hamburg	0	2	4	0	2	2	0	0	0	0	44	34	7	108	117
Hessen	2	11	8	1	5	11	0	1	0	8	147	57	17	178	183
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	8	13	73	54
Niedersachsen	0	0	3	1	8	7	0	0	0	9	157	69	29	324	288
Nordrhein-Westfalen	0	8	30	4	21	29	0	1	0	15	315	263	68	819	621
Rheinland-Pfalz	0	2	2	0	1	7	0	0	1	6	132	79	12	192	132
Saarland	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	56	20	0	34	26
Sachsen	0	1	14	0	2	1	0	0	0	11	171	73	50	514	462
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	2	0	0	0	18	223	45	4	35	39
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	3	7	0	0	0	2	32	21	14	124	108
Thüringen	0	1	2	1	1	1	0	0	0	15	208	127	4	76	77
Deutschland	6	44	94	10	70	101	0	2	2	125	2.426	1.786	394	5.284	4.199

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
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	0	16	12	24	220	190	1	10	13	4	30	14	87	2.319	5.854
Bayern	0	17	22	21	227	279	5	61	36	3	24	31	164	3.588	12.143
Berlin	2	14	23	16	137	121	1	7	9	0	9	16	40	1.376	1.722
Brandenburg	2	2	4	1	42	41	2	18	22	2	8	7	66	1.042	1.296
Bremen	0	0	0	3	9	6	0	4	1	0	0	1	5	121	325
Hamburg	0	5	5	9	89	68	0	4	6	1	13	6	39	602	1.071
Hessen	0	11	12	21	228	240	2	19	30	2	22	19	83	1.728	4.286
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	3	3	20	24	0	11	3	1	3	1	54	845	1.406
Niedersachsen	1	8	20	7	114	150	8	36	32	3	21	27	77	1.657	3.897
Nordrhein-Westfalen	3	26	40	45	504	404	5	108	106	3	51	64	215	4.783	11.332
Rheinland-Pfalz	1	5	3	7	93	81	0	13	14	0	3	5	46	1.214	2.917
Saarland	0	1	0	0	12	11	0	3	5	0	3	4	17	340	907
Sachsen	0	1	5	7	64	43	7	66	56	1	9	17	91	2.228	3.254
Sachsen-Anhalt	0	0	3	3	47	33	5	13	16	2	13	8	44	1.089	1.576
Schleswig-Holstein	0	2	10	1	40	53	1	13	9	0	3	4	55	921	1.529
Thüringen	0	2	2	1	30	19	1	9	15	1	11	7	25	679	1.497
Deutschland	9	111	164	169	1.876	1.763	38	395	373	23	223	231	1.108	24.532	55.012

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
	10.	1.–10.	1.–10.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	50	117
Bornavirus-Erkrankung	0	0	3
Botulismus	0	1	2
Brucellose	0	8	6
<i>Candida auris</i> , invasive Infektion	0	3	4
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	7	6
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	11	23
Denguefieber	6	171	294
Diphtherie	0	7	17
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	0	8	10
Giardiasis	40	499	531
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	31	426	454
Hantavirus-Erkrankung	2	40	83
Hepatitis D	0	8	22
Hepatitis E	77	986	902
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	5	9
Kryptosporidiose	11	315	298
Legionellose	26	364	331
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	28	35
Listeriose	8	96	127
Malaria	10	144	166
Meningokokken, invasive Infektion	3	81	81
Mpox	8	98	18
Nicht-Cholera-Vibrien-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	5	7
Paratyphus	0	0	9
Pneumokokken, invasive Infektion	343	3.340	2.378
Q-Fieber	0	8	15
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	5.492	37.573	36.102
Shigellose	33	365	302
Trichinellose	0	0	1
Tularämie	0	8	30
Typhus abdominalis	0	17	10
West-Nil-Fieber	0	2	2
Yersiniose	42	595	599
Zikavirus-Erkrankung	0	2	12

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).