



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

46
2025

13. November 2025

Epidemiologisches Bulletin

**Diabetesbedingte Major- und Minor-
amputationen | Polio-Wildviren Typ 1 in
Abwasserprobe in Hamburg nachgewiesen**

Inhalt

Diabetesbedingte Major- und Minoramputationen – Zeitliche Entwicklung in Deutschland 3

Diabetes mellitus zählt weltweit zu den häufigsten nichtübertragbaren Erkrankungen; in Deutschland beträgt die Prävalenz in der erwachsenen Bevölkerung 10,3 %. Dazu kommen unerkannte Diabetesfälle, deren Prävalenz für den Altersbereich 18 bis 79 Jahre zuletzt auf 2,0 % geschätzt wurde. Zu den Komplikationen eines Diabetes mellitus gehören u. a. Durchblutungsstörungen und Nervenschädigungen an den unteren Extremitäten, die langfristig zu Amputationen führen können. Diabetesbedingte Amputationen oberhalb des Sprunggelenks (Majoramputationen) gelten als Indikator für die ambulante Versorgungsqualität des Diabetes mellitus, da sie bei optimaler Behandlung potenziell vermeidbar wären. Bei Minoramputationen handelt es sich um Amputationen unterhalb des Sprunggelenks. Berichtet wird über die Fallzahlentwicklung diabetesbedingter Major- und Minoramputationen im Zeitraum 2015 bis 2023.

Trends in diabetes-related major and minor amputations in Germany

Diabetes mellitus is one of the most common non-communicable diseases worldwide. In Germany, the prevalence among adults is 10.3 %. In addition, there are undiagnosed cases of diabetes of which the prevalence was recently estimated to be 2.0 % among 18 to 79 year-olds. Complications of diabetes mellitus include circulatory disorders and nerve damage in the lower extremities, which can lead to amputations in the long term. Diabetes-related amputations above the ankle (major amputations) are considered an indicator of the quality of outpatient care for diabetes mellitus, as they could potentially be avoided with optimal treatment. Minor amputations are amputations below the ankle. This report presents the trends in the number of diabetes-related major and minor amputations between 2015 and 2023.

(Article in German)

Polio-Wildviren Typ 1 in Abwasserprobe in Hamburg nachgewiesen 10

Veröffentlichung des Wochenberichts zur Übersterblichkeit in Deutschland 12

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 45. Woche 2025 13

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



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

Diabetesbedingte Major- und Minoramputationen – Zeitliche Entwicklung in Deutschland

Diabetes mellitus zählt weltweit zu den häufigsten nichtübertragbaren Erkrankungen (non-communicable diseases, NCD).¹ In Deutschland beträgt die aktuelle Prävalenz des diagnostizierten Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung 10,3%.² Dazu kommen unerkannte Diabetesfälle, deren Prävalenz für den Altersbereich 18–79 Jahre zuletzt im Zeitraum 2008–2011 auf 2,0 % geschätzt wurde.³ Insgesamt wurde in einer internationalen Analyse für Deutschland mit etwa acht Millionen eine der höchsten Diabetesfallzahlen in der erwachsenen Bevölkerung Europas ermittelt.⁴

Mit einem Anteil von über 90 % ist der Typ-2-Diabetes die am häufigsten vorkommende Diabetesform, die sich meist im mittleren bzw. höheren Erwachsenenalter manifestiert.⁵ Eine Insulinresistenz (d. h. eine verminderte Insulinwirkung v. a. in Muskeln, Leber und Fettgewebe) und ein fortschreitender relativer Insulinmangel (d. h. kein dauerhafter Ausgleich der Insulinresistenz durch eine erhöhte Insulinsekretion des Pankreas) führen zu einer gestörten Glukoseaufnahme in die Zellen und in der Folge zu einer erhöhten Glukosekonzentration im Blut.⁶ Die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes wird durch das Zusammenspiel ungünstiger verhaltensbasierter Faktoren (z. B. ungünstiges Ernährungs- und Aktivitätsverhalten, Übergewicht), nachteiliger sozialer bzw. umweltassoziierter Rahmenbedingungen (z. B. soziale Deprivation, Luftverschmutzung) und einer genetischen Prädisposition gefördert.⁷ Da die meisten Risikofaktoren potenziell vermeidbar sind, ergeben sich Möglichkeiten zur Verhaltens- und Verhältnisprävention hinsichtlich der Entwicklung eines Typ-2-Diabetes. Dennoch wird für Deutschland ein Fallzahlenanstieg auf 8,2 bis 12,5 Millionen erwachsenen Personen mit einem diagnostizierten Typ-2-Diabetes bis 2050 prognostiziert.⁸ Ein Teil des Fallzahlenanstiegs ergibt sich durch die demografisch bedingte Alterung der Bevölkerung. Die Größenordnung des Anstiegs insgesamt ist jedoch insbesondere von der Entwicklung der Risikofaktoren und der damit verbundenen Inzidenz des Typ-2-Diabetes abhängig.

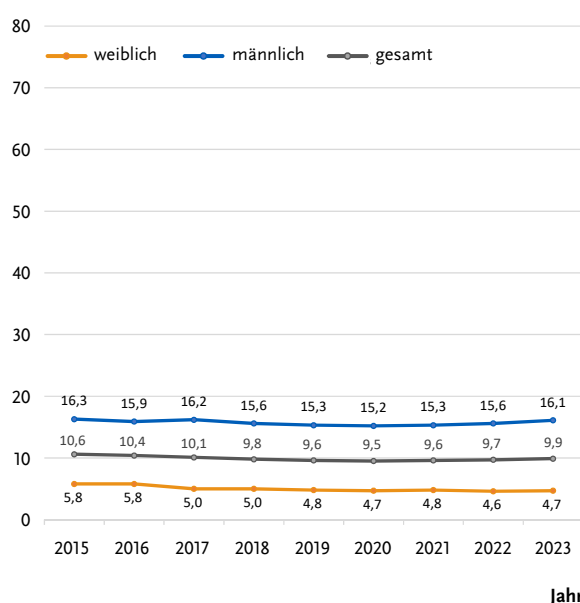
Da für Personen mit Typ-2-Diabetes bzw. anderen Diabetesformen zur verbesserten Kontrolle des Blutzuckerspiegels häufig eine dauerhafte medikamentöse Behandlung notwendig ist und ein nicht adäquat behandelter Diabetes mellitus zu akuten Stoffwechselentgleisungen sowie langfristig zu mikro- und makrovaskulären Komplikationen führen kann, ergibt sich aus der bestehenden und prognostizierten Fallzahl ein hoher Versorgungsbedarf für Diabetes mellitus in Deutschland.⁶ Zu den schwerwiegenden langfristigen Komplikationen eines Diabetes mellitus gehören u. a. Amputationen der unteren Extremitäten.⁹ So kann ein Diabetes mellitus im Krankheitsverlauf zu Durchblutungsstörungen und Nervenschädigungen (Polyneuropathien) an den Extremitäten führen. Bei nicht adäquater Versorgung eines sich daraus entwickelnden diabetischen Fußsyndroms kann als Folge von irreversiblen Durchblutungsstörungen oder nicht beherrschbaren Infektionen eine Amputation notwendig sein.¹⁰ Bereits die 1989 verabschiedete St. Vincent-Deklaration, die unter der Schirmherrschaft der europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation und der Internationalen Diabetesföderation verbesserte Versorgungsmaßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen bei Personen mit Diabetes mellitus forderte, formulierte eine deutliche Senkung der Amputationsrate als eines ihres Hauptziele.¹¹

Im Rahmen des Diabetes-Surveillance-Projekts am Robert Koch-Institut (2015–2024) wurden zentrale Indikatoren aus vier Handlungsbereichen des Diabetesgeschehens mit dem wissenschaftlichen Projektbeirat abgestimmt und regelmäßig erfasst.¹² Dieses Pilotprojekt wird seit 2025 als übergreifende NCD-Surveillance weiterentwickelt und integriert ausgewählte Indikatoren der Diabetes-Surveillance, darunter auch diabetesbedingte Majoramputationen, d. h. Amputationen oberhalb des Sprunggelenks. Diabetesbedingte Majoramputationen gelten als Indikator für die ambulante Versorgungsqualität des Diabetes mellitus, da sie bei optimaler Behandlung potenziell vermeidbar wären.¹³ Majoramputa-

tionen werden in der NCD-Surveillance auf Datenbasis der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) des Statistischen Bundesamts erfasst und analog zur Definition der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) berechnet.^{14,15} In die Analyse aufgenommen werden Amputationsfälle oberhalb des Sprunggelenks (OPS-Codes 5–864/5–865.0) bei Personen ab 15 Jahren mit einer Haupt- oder Nebendiagnose eines Diabetes mellitus (ICD-10-GM-Codes E10.-/E11.-/E13.-/E14.-). Dabei werden Krankenhausfälle ausgeschlossen, die aus einer Rehabilitationseinrichtung bzw. einem anderen Akutkrankenhaus verlegt wurden, während des Aufenthalts verstarben, innerhalb von 24 Stunden wieder entlassen wurden, als Haupt- oder Nebendiagnose eine Tumorerkrankung von Knochen der unteren Extremität bzw. eine traumatische Amputation der unteren Extremität aufwiesen oder eine in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Geburt stehende Behandlung hatten.¹⁶ Die Rate wird bezogen auf 100.000 Personen ab 15 Jahren in der Bevölkerung des jeweiligen Jahres berechnet und auf die europäische Standardbevölkerung 2013 als Bezugspopulation altersstandardisiert.²⁰ Die im

Webportal der Gesundheitsberichterstattung dargestellten NCD-Surveillance-Ergebnisse bilden für den entsprechend operationalisierten Indikator u. a. die zeitliche Entwicklung ab.¹⁷ Demnach setzte sich die in einer früheren Analyse zwischen 2005 und 2015 beobachtete Abnahme der altersstandardisierten Rate diabetesbedingter Majoramputationen (Frauen: –53 %, Männer: –33 %) zunächst im Zeitraum 2015–2019 fort (Frauen: –17 %, Männer: –6 %) (s. Abb. 1).¹⁸ Nach einem weiteren Absinken im Pandemiejahr 2020 (Frauen: –2 %, Männer: –1 %) erfolgte bis 2023 jedoch bei Frauen eine Stagnation (+/–0 %) und bei Männern eine sukzessive Zunahme (+6 %). Damit ist die altersstandardisierte Rate diabetesbedingter Majoramputationen im Jahr 2023 bei Frauen (4,7 pro 100.000 Personen bzw. 2.123 Fälle insgesamt) nur noch geringfügig niedriger und bei Männern (16,1 pro 100.000 Personen bzw. 5.925 Fälle insgesamt) deutlich höher als im präpandemischen Jahr 2019. Die Rate ist zudem bei Männern im Zeitraum 2015–2023 durchgängig höher als bei Frauen, wobei der entsprechende Faktor im Zeitverlauf sogar zugenommen hat (von 2,8 auf 3,4).

Majoramputationsfälle pro 100.000 Personen



Minoramputationsfälle pro 100.000 Personen

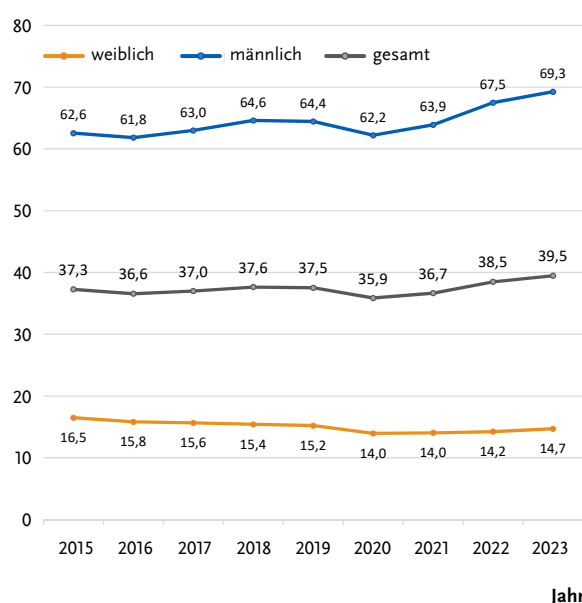


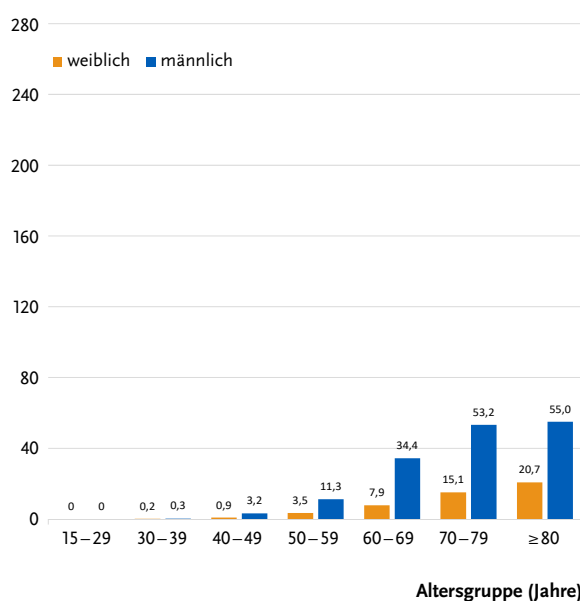
Abb. 1 | Diabetesbedingte Major-¹⁷ und Minoramputationsfälle (eigene Analyse) für Personen ab 15 Jahren im Zeitraum 2015–2023 in Deutschland (altersstandardisiert auf Europastandardbevölkerung 2013²⁰).

Eine Betrachtung von Minoramputationen, d. h. von Amputationen unterhalb des Sprunggelenks wie z. B. der Zehen, zeigt basierend auf einer weiteren früheren Analyse eine Zunahme der altersstandardisierten Rate zwischen 2005 und 2014 (Frauen: +4 %, Männer: +36 %).¹⁹ Hierbei ist anzumerken, dass in dieser Studie auf Minoramputationen, die auf einen Diabetes mellitus oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit zurückgehen, fokussiert wurde. Diabetesbedingte Minoramputationen stellten jedoch nach Ausschluss von Fällen, die auf weitere Ursachen hinweisen (wie Tumore, Haut- oder muskuloskelettale Erkrankungen, Verletzungen), den größten Anteil dar (z. B. im Jahr 2014: 86 %). Eine auf diabetesbedingte Minoramputationen (OPS-Codes 5 – 865 ausgeschl. 5 – 865.o) fokussierte Analyse im Rahmen der Diabetes-Surveillance bildete im weiteren Zeitverlauf zwischen 2015 und 2019 bei Frauen eine sukzessive Abnahme (–8 %) und bei Männern Schwankungen (+3 %) ab, gefolgt von einer Abnahme im Pandemiejahr 2020 bei beiden Geschlechtern (Frauen: –8 %, Männer: –3 %).¹⁶ Anschließend erfolgte bis 2023 eine Zunahme bei beiden Geschlechtern (Frauen: +5 %, Männer: +11 %) (s. Abb. 1). Damit ist – ähnlich wie bei den

diabetesbedingten Majoramputationen – die Rate der diabetesbedingten Minoramputationen im Jahr 2023 bei Frauen (14,7 pro 100.000 Personen bzw. 6.857 Fälle insgesamt) nur noch geringfügig niedriger und bei Männern (69,3 pro 100.000 Personen bzw. 25.389 Fälle insgesamt) höher im Vergleich zum präpandemischen Jahr 2019. Die Rate der Minoramputationen ist wiederum bei Männern im Zeitraum 2015–2023 durchgängig höher als bei Frauen und der Faktor hat im Zeitverlauf ebenfalls zugenommen (von 3,8 auf 4,7).

Neben dem ausgeprägten Geschlechterunterschied liegt eine schrittweise Zunahme der diabetesbedingten Major- und Minoramputationen bei Frauen und Männern mit steigendem Alter vor (s. Abb. 2). Diese Altersassoziation erscheint plausibel aufgrund der Manifestation des am häufigsten auftretenden Typ-2-Diabetes meist erst im mittleren bzw. höheren Lebensalter sowie der sich über Jahre entwickelnden Komplikation eines diabetischen Fußsyndroms und wird auch von einer vorausgehenden Auswertung der DRG-Statistik von Minor- und Majoramputationen unabhängig von der Grunderkrankung im Jahr 2023 berichtet.²¹

Majoramputationsfälle pro 100.000 Personen



Minoramputationsfälle pro 100.000 Personen

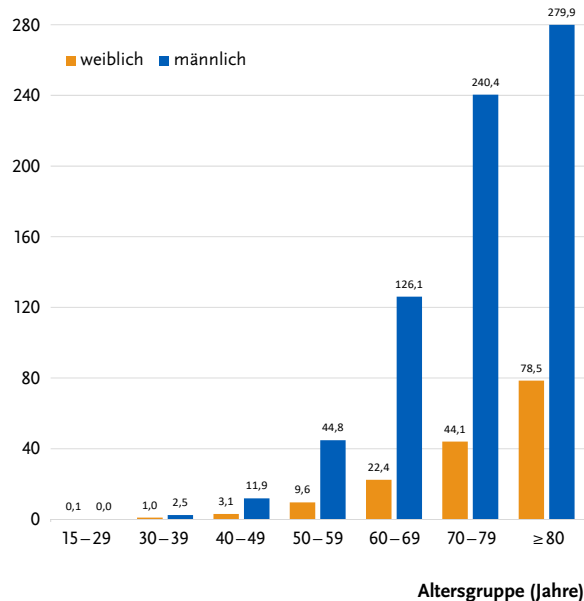


Abb. 2 | Diabetesbedingte Major-¹⁷ und Minoramputationsfälle (eigene Analyse) für Personen ab 15 Jahren im Jahr 2023 in Deutschland differenziert nach Geschlecht und Altersgruppe (altersstandardisiert auf Europastandardbevölkerung 2013²⁰).

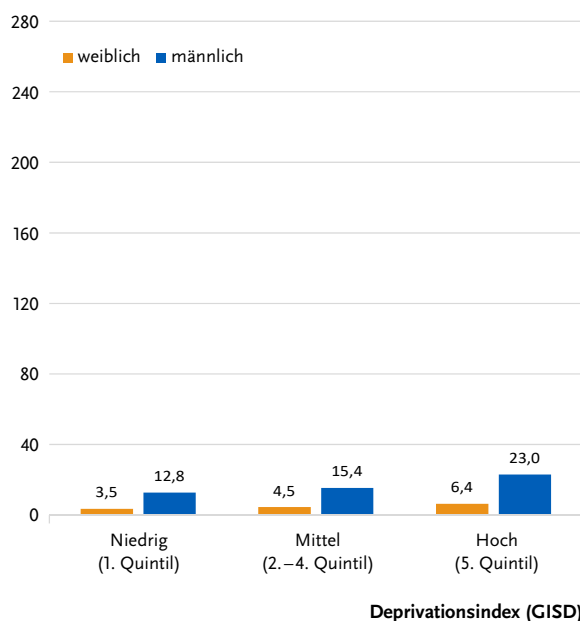
Weiterhin sind nach Verknüpfung der DRG-Daten mit dem German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD, Release 2022 vo.2), der Informationen zur Bildungs-, Beschäftigungs- und Einkommenssituation aller Land- und Stadtkreise enthält, im Jahr 2023 fast doppelt so hohe Majoramputationsraten und fast 1,5-fach so hohe Minoramputationsraten bei Frauen und Männern im Quintil mit der höchsten regionalen sozioökonomischen Deprivation im Vergleich zum Quintil mit der niedrigsten Deprivation zu beobachten (s. Abb. 3).²² In einer vorhergehenden Analyse mit einem Vergleich der Amputationsraten nach GISD-Quintilen für das Jahr 2022 wurde darauf hingewiesen, dass die höheren Amputationsraten bei höherer regionaler Deprivation zumindest teilweise mit den bekannten sozioökonomischen Unterschieden der Diabetesprävalenz in der Bevölkerung zusammenhängen.¹⁶ Zudem wurde diskutiert, dass bei höherer regionaler Deprivation eine geringere fachärztliche Dichte vorliegt und damit möglicherweise ein schlechterer Zugang zu einer multiprofessionellen Behandlung bestehen könnte sowie dass bei Personen mit einem Diabetes mellitus abhängig vom sozioökonomischen Status bereits Unterschiede in der Prävalenz

des diabetischen Fußsyndroms beobachtet wurden. Dies wird unterstützt von einer Analyse der DRG-Statistik der Jahre 2011–2015, die zeigt, dass die altersstandardisierte Amputationsrate auf Kreisebene um den Faktor 5 variiert, wohingegen sich die Diabetesprävalenz in einem deutlich geringeren Maße unterscheidet.²³

Daraus ergibt sich, dass eine engmaschige Weiterbeobachtung insbesondere der Rate der schwerwiegenden diabetesbedingten Majoramputationen im Rahmen der NCD-Surveillance wichtig ist, um feststellen zu können, ob der aktuelle Anstieg dieser Langzeitkomplikation des Diabetes mellitus im weiteren zeitlichen Verlauf wieder abflacht oder ob sich dieser Trend weiter fortsetzt. Relevant erscheinen dabei nach Geschlecht, Altersgruppen und regionaler sozioökonomischer Lage untergliederte Trendbeobachtungen, um abzuleiten, ob bestimmte Personengruppen besonders betroffen sind.

Im internationalen Vergleich sind die Majoramputationsraten in Deutschland als relativ hoch einzuordnen. Der zweijährlich erscheinende OECD-Bericht „Health at a Glance“ enthält seit 2015 den

Majoramputationsfälle pro 100.000 Personen



Minoramputationsfälle pro 100.000 Personen

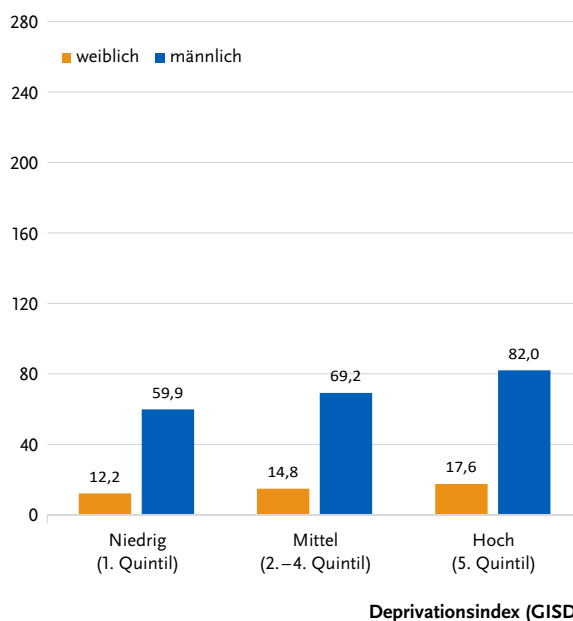


Abb. 3 | Diabetesbedingte Major-¹⁷ und Minoramputationsfälle (eigene Analyse) für Personen ab 15 Jahren im Jahr 2023 in Deutschland differenziert nach Geschlecht und regionaler sozioökonomischer Deprivation (altersstandardisiert auf Europa-standardbevölkerung 2013²⁰).

Indikator zu diabetesbedingten Majoramputationen, der etwa zwei Jahre zurückliegende und auf die jeweilige OECD-Bevölkerung altersstandardisierte Werte im Ländervergleich darstellt.²⁴ Die durchschnittliche Majoramputationsrate der einbezogenen OECD-Länder betrug für die Jahre 2013, 2015, 2017 und 2019 konstant 6,4 pro 100.000 Personen und nahm dagegen für Deutschland mit 9,2, 8,6, 8,2 und 7,9 pro 100.000 Personen zwar schrittweise ab (wie bereits für den entsprechenden NCD-Surveillance-Indikator beschrieben), lag jedoch jeweils deutlich über dem OECD-Durchschnitt. Bis 2021 stieg die durchschnittliche OECD-Rate mit 8 pro 100.000 Personen deutlich und die Rate für Deutschland nur geringfügig an, sodass der Wert für Deutschland kurzzeitig dem OECD-Durchschnitt entsprach. Bis 2023 nahm die durchschnittliche OECD-Rate wieder auf 7,2 pro 100.000 Personen ab, wohingegen die Rate für Deutschland mit 8,6 pro 100.000 Personen anstieg. Im OECD-Bericht für 2025 werden zusätzlich zu den diabetesbedingten Major- auch die Minoramputationsraten ausgewiesen. Demnach lag die Minoramputationsrate im Jahr 2023 in Deutschland im Vergleich zum OECD-Durchschnitt deutlich höher (14,3 vs. 34,6 pro 100.000 Personen), wobei ein Teil der Differenz möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass die DRG-Statistik nur Analysen von Fallzahlen (statt Personenzahlen) erlaubt und im selben Jahr mehrere Minoramputationen an einer Person durchgeführt werden können.

Da die diabetesbedingten Amputationsraten auf die Bevölkerung bezogen werden, spiegeln die vergleichsweise hohen Raten für Deutschland zumindest teilweise die insgesamt relativ hohe Diabetesprävalenz wider, jedoch auch das deutliche Verbesserungspotenzial in der ambulanten Versorgungsqualität zur Vorbeugung v. a. von Majoramputationen. So zeigen z. B. Ergebnisse des Disease-Management-Programms (DMP)-Atlas für Nordrhein-Westfalen, dass die Anteile von Typ-2-Diabetes-Patientinnen und -Patienten mit erreichtem Therapieziel „Fußstatus komplett untersuchen“ bzw. „bei Ulkus Pulsstatus prüfen“ zwar insgesamt mit über 80 % bzw. über 90 % bereits relativ hoch sind, jedoch im Zeitraum 2017–2023 jeweils leicht abgenommen haben.²⁵ Der Anteil mit erreichtem Therapieziel „bei Ulkus adäquat betreut“ ist zudem im Zeitverlauf

schwankend und insgesamt mit unter 50 % im Jahr 2023 niedrig.

Insgesamt wird ein Großteil der Amputationen bei adäquater, d. h. frühzeitiger, strukturierter und interdisziplinär abgestimmter Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms als vermeidbar eingeschätzt.²⁶ Der Anstieg bzw. die Stagnation der Amputationsraten in zeitlicher Nachfolge der COVID-19-Pandemie könnte somit auf Veränderungen im Angebot und im Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitlichen Versorgungsleistungen während der Pandemie hindeuten. So zeigte auch eine Studie auf Basis von Daten der AOK Rheinland/Hamburg bei Personen mit Diabetes mellitus im Jahr 2020 im Vergleich zu den Jahren 2017–2019 eine erhöhte Hospitalisierungsrate aufgrund von Majoramputationen bei einer gleichzeitig reduzierten Hospitalisierungsrate aufgrund eines diabetischen Fußsyndroms.²⁷ In einer Analyse mit elektronischen Gesundheitsdaten von versicherten und nicht versicherten Typ-2-Diabetes-Patientinnen und -Patienten einer US-amerikanischen Studie wurde zudem festgestellt, dass die insgesamt beobachtete Stagnation der Amputationsrate während der Pandemie sowie die nachfolgende postpandemische starke Zunahme insbesondere auf Männer und bestimmte Altersgruppen zurückzuführen war.²⁸

Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass sich zusätzlich zu einer engmaschigen und nach soziodemografischen Merkmalen differenzierten Surveillance insbesondere der schwerwiegenden Majoramputationen der Bedarf ergibt, zu prüfen, wie die Umsetzung der in den Versorgungsleitlinien für Diabetes mellitus verankerten Maßnahmen und der in den DMP für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 vereinbarten Therapieziele zur gezielteren Prävention des diabetischen Fußsyndroms und der diabetesbedingten Amputationen verbessert bzw. erweitert werden könnten.^{9,29} Das Verständnis der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungsmaßnahmen des Diabetes mellitus ist dabei wichtig, um bei künftigen Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit einem nachfolgenden längerfristigen Anstieg diabetesbedingter Amputationen durch Entwicklung gezielter Strategien vorbeugen zu können. Dazu sind gezielte Versorgungsstudien notwendig, da die Versorgung des Diabetes mellitus

ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren darstellt, darunter u. a. die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten mit unterschiedlichen Facharztgruppen zur Gewährleistung notwendiger regelmäßiger ärztlicher Untersuchungen, eine adäquate medikamentöse

Behandlung, die Informationsvermittlung und Motivation durch Ärztinnen und Ärzte bzw. durch Schulungen zur Optimierung des Selbstmanagements von Personen mit Diabetes mellitus sowie strukturelle Versorgungskomponenten.

Literatur

- 1 GBD Diseases and Injuries Collaborators (2024) Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* 403(10440):2133–2161
- 2 Robert Koch-Institut (2025) Diabetes mellitus: Prävalenz (ab 18 Jahre). <https://gbe.rki.de/diabetes-praevalenz> (Stand: 15. September 2025)
- 3 Heidemann C, Du Y, Paprott R et al. (2016) Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2011. *Diabet Med* 33(10):1406–1414
- 4 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2024) Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *Lancet* 404(10467):2077–2093
- 5 Reitzle L, Ihle P, Heidemann C et al. (2023) [Algorithm for the Classification of Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus for the Analysis of Routine Data]. *Gesundheitswesen* 85(S 02):S119–S126
- 6 Ahmad E, Lim S, Lamprey R et al. (2022) Type 2 diabetes. *Lancet* 400(10365):1803–1820
- 7 Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I et al. (2018) Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS One* 13(3):e0194127
- 8 Baumert J, Reitzle L, Brinks R et al. (2025) Trends in prevalence and number of cases of diagnosed type 2 diabetes in Germany: Projections until 2050. *J Health Monit* 10(3):e13381
- 9 Bundesärztekammer (BÄK) KBK, Arbeitsgemeinschaft der, Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2023) Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0 https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf. (Stand: 26. September 2025)
- 10 The International Working Group on the Diabetic Foot (2023) Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes: IWGDF 2023 update. <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-02-Prevention-Guideline.pdf> (Stand: 26. September 2025)
- 11 World Health Organization (Europe), International Diabetes Federation (Europe) (1990) Diabetes care and research in Europe: the Saint Vincent declaration. *Diabet Med* 7(4):360
- 12 Heidemann C, Reitzle L, Ziese T et al. (2021) Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut – Modellprojekt für den Aufbau einer NCD-Surveillance in Deutschland. *Public Health Forum* 29(4):277–281
- 13 Musuuza J, Sutherland BL, Kurter S et al. (2020) A systematic review of multidisciplinary teams to reduce major amputations for patients with diabetic foot ulcers. *J Vasc Surg* 71(4):1433–1446 e1433
- 14 Statistisches Bundesamt (2023) Entgeltsysteme im Krankenhaus: DRG-Statistik und PEPP-Statistik. www.forschungsdatenzentrum.de/de/gesundheit/drg (Stand: 26. September 2025)
- 15 OECD (2023) Health at a Glance 2023: OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (Stand: 26. September 2025)

- 16 Tuncer O, Du Y, Michalski N et al. (2024) Diabetes-related amputations in Germany: analysis of time trend from 2015 to 2022 and differences by area-level socioeconomic deprivation. *J Health Monit* 9(2):e12026
- 17 Robert Koch-Institut (2025) Diabetesbedingte Amputationen (ab 15 Jahre). <https://gbe.rki.de/diabetes-amputationen> (Stand: 15. September 2025)
- 18 Pollmanns J, Weyermann M, Geraedts M et al. (2018) [Hospitalizations and amputations for diabetes mellitus-trends and small-area variation in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 61(11):1462–1471
- 19 Kroger K, Berg C, Santosa F et al. (2017) Lower Limb Amputation in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 114(7):130–136
- 20 Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2025) Europastandardbevölkerung 2013. <https://www.gbe-bund.de/gbe/i?i=1000:55515> (Stand: 26. September 2025)
- 21 Egen C, Bokel A, Grosshennig A et al. (2025) The Changing Rates of Lower-Limb Amputations in Germany: An Analysis of Data from the Federal Statistical Office, 2005-2023. *Dtsch Arztebl Int* 122(16):449–450
- 22 Michalski N, Reis M, Tetzlaff F et al. (2022) German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6840304> (Stand: 26. September 2025)
- 23 Spoden M (2019) [Lower Extremity Amputation in Germany: Regional Analysis using Nationwide Hospital Discharge Data 2011-2015]. *Gesundheitswesen* 81(5):422–430
- 24 Organisation for Economic Co-operation and Development (Biennial) Health at a Glance. https://www.oecd.org/en/publications/serials/health-at-a-glance_g1gha65a.html (Stand: 26. September 2025)
- 25 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2025) DMP Atlas Nordrhein-Westfalen: Regionalisierte Darstellung der Disease-Management-Programme. https://www.zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw/index.html (Stand: 15. September 2025)
- 26 Eckhard M (2023) Diabetisches Fußsyndrom: Amputationen häufig vermeidbar. *Dtsch Arztebl Int* 120(19):A865–A870
- 27 Narres M, Claessen H, Kvitkina T et al. (2022) Hospitalisation rate and mortality among people with and without diabetes during the COVID-19 pandemic year 2020. *Eur J Epidemiol* 37(6):587–590
- 28 Luu IY, Hong AT, Lin F et al. (2025) Trends of lower-limb complications in patients with type 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic. *Diabetes Res Clin Pract* 226:112331
- 29 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2025) Disease-Management-Programme. <https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/dmp> (Stand: 26. September 2025)

Autorinnen und Autoren

^{a)} Dr. Christin Heidemann | ^{b)} Oktay Tuncer |
^{b)} Dr. Lukas Reitzle

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 25 Körperliche Gesundheit
^{b)} Robert Koch-Institut, Abt. 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 24 Gesundheitsberichterstattung

Korrespondenz: HeidemannC@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

Heidemann C, Tuncer O, Reitzle L:
Diabetesbedingte Major- und Minoramputationen –
Zeitliche Entwicklung in Deutschland

Epid Bull 2025;46:3-9 | DOI 10.25646/13542

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0
International

Polio-Wildviren Typ 1 in Abwasserprobe in Hamburg nachgewiesen

Das Nationale Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE) hat in einer Abwasserprobe aus Hamburg Polio-Wildviren vom Typ 1 (*wild polio virus type 1*, WPV1) nachgewiesen. Die Genomsequenz des Isolats zeigt eine sehr starke Ähnlichkeit mit einem genetischen Cluster in Afghanistan, wie Analysen in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ergeben haben. Die Abwasserprobe in Hamburg wurde am 6.10.2025 (Kalenderwoche [KW] 41/2025) entnommen und im Rahmen des Forschungsprojektes zum Nachweis von Polioviren im Abwasser (PIA) analysiert. Die zuständige Landesstelle in Hamburg wurde informiert. Dem Robert Koch-Institut (RKI) wurden bislang keine klinischen Fälle oder Verdachtsfälle von Poliomyelitis (Kinderlähmung) übermittelt.

Der Nachweis von Polio-Wildviren im Abwasser ist ein ungewöhnliches, aber grundsätzlich nicht unerwartetes Ereignis. WPV1 zirkulieren aktuell nur noch in Afghanistan und Pakistan.¹ In den vergangenen Jahren wurden WPV1 aber auch außerhalb dieser zwei Länder nachgewiesen: in Umweltproben im Iran (2019) und bei bestätigten Fällen in Malawi (2021) und Mosambik (2022).² Die letzte in Deutschland erworbene Poliomyelitis-Erkrankung durch Polio-Wildviren wurde 1990 erfasst; die letzten importierten Fälle wurden 1992 registriert.³ Regelmäßige Untersuchungen von Abwasserproben auf Polioviren erfolgen in Deutschland seit Mai 2021 im Rahmen des RKI-Forschungsprojekts PIA in enger Kooperation mit dem Umweltbundesamt (UBA). WPV1 wurden in der Vergangenheit nicht im Abwasser in Deutschland nachgewiesen.

Der aktuelle Nachweis spricht dafür, dass die Viren von mindestens einer Person ausgeschieden wurden, die sich um den Zeitpunkt der Abwasserprobenahme in Hamburg aufgehalten hat. Eine Verbindung zu den zirkulierenden Impfstoff-abgeleiteten Polioviren Typ 2 (*circulating vaccine-derived poliovirus type 2*, cVDPV2), die seit Ende 2024 in Abwasserproben in Deutschland und mehreren anderen europäischen Ländern nachgewiesen wurden, besteht

nicht, da es sich um einen anderen Typ von Polioviren handelt. Das RKI hatte mehrfach im *Epidemiologischen Bulletin* zu den cVDPV2-Nachweisen berichtet, jüngst anlässlich des Weltpoliotags im Oktober 2025.⁴ Seit dem letzten Bericht im Juli 2025 erfolgten weitere cVDPV2-Nachweise in Abwasserproben in München in der KW 29/2025, in Mainz in der KW 31/2025, in Frankfurt am Main in der KW 34/2025 und in Köln in den KW 39/2025 sowie 41/2025.⁵

Beide Typen von Polioviren (cVDPV2 und WPV1) können bei ungeimpften oder nicht vollständig geimpften Menschen Poliomyelitis auslösen. Eine vollständige Poliomyelitis-Impfung mit dem in Deutschland eingesetzten Totimpfstoff schützt zuverlässig vor der Erkrankung, jedoch nur eingeschränkt vor einer Ansteckung und Weitergabe der Erreger. Infizierte Menschen können potenziell andere Menschen anstecken. Die Ansteckung erfolgt hauptsächlich über direkten Kontakt und kontaminierte Oberflächen, insbesondere über Stuhl bei schlechten hygienischen Bedingungen. Zu Beginn der Infektion ist eine Ansteckung auch über Tröpfchen möglich, z. B. durch Husten oder Niesen.

Die Poliomyelitis-Impfquoten bei Kindern liegen in Hamburg über dem bundesweiten Durchschnitt. So waren in Hamburg zuletzt 81 % der Kinder des Geburtsjahrgangs 2021 im Alter von 24 Monaten vollständig gegen Polio geimpft – bundesweit 77 %. Im Alter von sechs Jahren waren in Hamburg 91 % der Kinder des Geburtsjahrgangs 2017 vollständig gegen Polio geimpft – bundesweit 88 %. Diese Angaben basieren auf Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die im Rahmen des RKI-Impfquotenmonitorings ausgewertet werden. Auf dem Impfquoten-Dashboard „VacMap“ des RKI (www.rki.de/vacmap) sind die Impfquoten nach Alter, Bundesland und Landkreis abrufbar.

Das Risiko für die Bevölkerung in Deutschland durch Polio-Wildviren wird aufgrund der hohen Impfquoten und des einzelnen Nachweises im Ab-

wasser als sehr gering eingeschätzt, auch wenn das Auftreten eines klinischen Falles bei ungeimpften Personen möglich ist.

Die Empfehlungen für medizinisches und labor-technisches Personal, die vom RKI in den vergangenen Monaten mehrfach im Rahmen der cVDPV2-Funde publiziert wurden, gelten auch für den aktuellen WPV1-Nachweis:

- ▶ **Impflücken schließen:** Impfende Ärztinnen und Ärzte sowie Eltern sollten darauf hinwirken, dass im ersten Lebensjahr ein vollständiger Poliomyelitis-Impfschutz gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) aufgebaut wird und dass eventuell bestehende Impflücken im Kindes- und Jugendalter zeitnah geschlossen werden. Siehe auch www.rki.de/polio-impfung.
- ▶ **Notwendiger Impfschutz auf Reisen:** Vor einem Aufenthalt in Afghanistan oder Pakistan empfiehlt die STIKO eine Polio-Auffrischimpfung, wenn die letzte Impfstoffdosis vor mehr als zehn Jahren verabreicht worden ist. Bei Aufenthalten von mehr als vier Wochen greifen internationale Empfehlungen. Diese sehen vor, dass alle Menschen vor Ausreise aus Afghanistan oder Pakistan nachweisen müssen, dass sie mindestens vier Wochen und maximal ein Jahr zuvor eine Polio-Impfstoffdosis erhalten haben. Diese Maßnahme soll die weitere Ausbreitung von Polio-Wildviren reduzieren. Siehe auch www.rki.de/reiseimpfungen.
- ▶ **An Poliomyelitis denken:** Die Mehrzahl der Poliovirus-Infektionen verläuft asymptomatisch. Wenn das zentrale Nervensystem betroffen ist, kann es zu einer paralytischen Verlaufsform kommen. Typisch für diese Form der Erkrankung sind Symptome einer aseptischen Meningitis sowie rein motorische Lähmungen (akute schlaffe Parese). Bei Auftreten dieser Symptome sollte differentialdiagnostisch an eine Poliomyelitis gedacht werden. Siehe auch www.rki.de/polio-ratgeber.
- ▶ **Nationale Enterovirus-Surveillance nutzen:** Um Personen, die Polioviren ausscheiden oder gar an Poliomyelitis erkrankt sind, frühzeitig zu erkennen, sollten Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Labore eine unentgeltliche Enterovirus-Diagnostik aus Stuhl- oder Liquorproben nutzen.

Dies wird allen pädiatrischen und neurologischen Kliniken zur differentialdiagnostischen Abklärung von viralen Meningitiden bzw. Enzephalitiden sowie akuten schlaffen Paresen angeboten. Außerdem bietet das NRZ PE einen unentgeltlichen Poliovirus-Ausschluss in Enterovirus-positiven Patientenproben. Siehe auch www.rki.de/EVSurv.

- ▶ **Verdachtsfälle und Virusnachweise melden:** Erkrankungs- und Todesfälle durch Polioviren, auch bei Verdacht, müssen gemäß Infektionsschutzgesetz und RKI-Falldefinition innerhalb von 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden und dann unverzüglich an die zuständige Landesbehörde und von dieser unverzüglich an das RKI übermittelt werden. Auch bereits der Verdacht ohne labordiagnostischen Nachweis ist meldepflichtig. Siehe auch www.rki.de/meldepflicht.
- ▶ **Nationalen Polio-Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bei Bedarf anwenden:** Falls ein klinischer Fall von Poliomyelitis in Deutschland auftritt, sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst den Leitfaden der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in Deutschland nutzen.⁶ Siehe auch www.rki.de/polio-leitfaden.

Das RKI wird die Situation gemeinsam mit den Landesbehörden der Bundesländer, der WHO, der Globalen Polioeradikationsinitiative und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten weiterhin engmaschig analysieren und die Fachöffentlichkeit entsprechend informieren.

Weitere Informationen:

- ▶ Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zu Poliomyelitis mit Schwerpunkt Abwasseruntersuchung: www.rki.de/polio-abwasser-faq

Literatur

- 1 Global Polio Eradication Initiative: Annual Report 2024. Geneva: World Health Organization; 2025. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/62a7436e-682f-437e-a25f-825173a571da/content>
- 2 Global Polio Eradication Initiative: Wild poliovirus count. <https://polioeradication.org/wild-poliovirus-count/>
- 3 Robert Koch-Institut: Ratgeber Poliomyelitis <https://www.rki.de/polio-ratgeber>
- 4 Keeren K, Badenschier F, Rau C, Wichmann O, Böttcher S, Diedrich S: Weltpoliotag 2025 – Ziel der weltweiten Ausrottung von Polio in Gefahr. Epid Bull 2025;43:4-8. <https://doi.org/10.25646/13535>
- 5 Robert Koch-Institut: Weitere Polioviren-Nachweise in Abwasserproben. Epid Bull 2025;27:13-14. <https://doi.org/10.25646/13271>
- 6 Nationale Kommission für die Polioeradikation in der Bundesrepublik Deutschland: Leitfaden für Gesundheitsämter zum Vorgehen bei Fällen von Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland. www.rki.de/polio-leitfaden

Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: Polio-Wildviren Typ 1 in Abwasserprobe in Hamburg nachgewiesen

Epid Bull 2025;46:10-12 | DOI 10.25646/13559

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Veröffentlichung des Wochenberichts zur Übersterblichkeit in Deutschland

Ereignisse wie Infektionswellen oder Hitzeperioden führen in Deutschland regelmäßig zu einem Anstieg der Mortalität. Ist die Anzahl von Sterbefällen im Vergleich zu einer erwarteten Sterbefallzahl ungewöhnlich groß, wird von Übersterblichkeit gesprochen. Die zeitnahe Erkennung von Übersterblichkeit ist ein wichtiges Instrument, um Gesundheitsgefahren in der Bevölkerung frühzeitig zu erkennen und einzuordnen. Dafür werden dem Robert Koch-Institut gemäß Bevölkerungsstatistikgesetz Daten zu Sterbefällen über-

mittelt. Diese werden vom Robert Koch-Institut analysiert und im „Bericht zur Übersterblichkeit in Deutschland“ veröffentlicht. Im Bericht wird die Gesamtzahl der Sterbefälle in Deutschland gezeigt, es wird aber auch nach Altersgruppen, Bundesländern und Sterbeorten (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, andere Orte) stratifiziert. Der Bericht erscheint ab dem 12.11.2025 wöchentlich immer mittwochs und kann unter folgendem Link abgerufen werden: <https://www.rki.de/uebersterblichkeitsbericht>.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

45. Woche 2025 (Datenstand: 12. November 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.
Baden-Württemberg	46	3.659	3.756	17	1.160	1.350	8	391	308	17	5.292	3.975	6	2.014	1.376
Bayern	83	6.032	5.512	24	1.664	1.645	10	510	309	61	8.139	8.981	41	3.822	2.275
Berlin	17	1.938	1.576	7	332	582	2	249	126	30	2.733	3.480	2	1.526	1.097
Brandenburg	40	1.574	1.377	12	269	383	2	179	108	52	3.023	3.630	32	2.326	1.248
Bremen	8	340	289	2	45	59	1	62	18	3	418	316	0	161	91
Hamburg	3	1.095	980	3	175	208	4	156	83	11	1.526	1.824	1	795	626
Hessen	27	2.993	2.924	17	766	851	9	482	314	36	4.423	3.258	3	1.896	1.275
Mecklenburg-Vorpommern	21	1.305	1.104	11	227	262	8	286	111	23	1.981	2.089	6	1.413	568
Niedersachsen	53	3.571	3.860	15	722	991	11	814	647	61	5.736	5.294	10	3.868	1.394
Nordrhein-Westfalen	151	10.289	9.678	54	1.790	2.113	33	1.303	1.017	174	14.863	13.537	22	5.993	3.631
Rheinland-Pfalz	41	2.636	2.558	14	512	599	8	282	230	33	3.935	3.072	9	1.958	878
Saarland	7	772	658	1	112	132	0	83	21	10	936	664	0	780	236
Sachsen	66	3.258	3.143	16	595	698	7	277	257	90	6.075	6.669	39	2.926	1.982
Sachsen-Anhalt	26	1.374	1.197	11	325	426	3	152	150	38	3.404	3.710	24	2.210	718
Schleswig-Holstein	27	1.362	1.283	9	202	238	2	274	164	24	1.930	2.039	3	854	528
Thüringen	31	1.458	1.437	6	540	700	7	186	103	69	3.229	3.394	16	1.945	1.551
Deutschland	647	43.656	41.332	219	9.436	11.237	115	5.686	3.966	732	67.643	65.932	214	34.487	19.474

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.
Baden-Württemberg	0	103	93	37	1.755	2.244	18	919	1.048	8	464	517	67	33.772	24.105
Bayern	3	156	125	40	2.726	3.536	14	1.232	1.401	4	471	537	146	72.759	45.945
Berlin	1	50	55	22	1.138	1.240	19	470	478	6	286	283	51	15.644	5.858
Brandenburg	1	33	30	5	245	372	1	138	134	5	99	111	30	18.290	7.069
Bremen	0	8	9	7	240	298	1	78	150	2	59	50	0	1.200	793
Hamburg	2	37	31	13	1.020	1.254	2	214	297	0	140	181	24	10.071	4.099
Hessen	2	81	80	14	1.018	1.582	11	497	624	4	375	468	50	21.036	11.829
Mecklenburg-Vorpommern	2	20	14	3	116	216	1	77	124	0	45	52	16	13.390	6.596
Niedersachsen	2	91	70	33	1.545	1.703	20	630	695	2	251	252	55	28.705	12.517
Nordrhein-Westfalen	8	218	198	72	3.530	4.342	34	1.644	2.064	9	727	830	102	64.265	29.174
Rheinland-Pfalz	5	77	36	21	834	1.254	3	320	359	3	173	155	36	16.993	10.276
Saarland	1	15	16	3	191	296	4	129	178	3	43	46	3	3.231	1.605
Sachsen	0	39	25	7	320	408	6	196	217	3	133	145	97	43.537	20.606
Sachsen-Anhalt	0	12	31	3	310	325	2	108	141	1	66	81	35	26.198	12.223
Schleswig-Holstein	2	24	22	9	431	608	7	266	346	1	76	109	7	10.704	4.420
Thüringen	1	24	19	3	163	217	1	109	117	0	68	80	24	17.904	8.413
Deutschland	30	988	854	292	15.582	19.895	144	7.027	8.373	51	3.476	3.897	743	397.699	205.528

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.
Baden-Württemberg	8	46	63	0	15	33	0	1	1	12	738	4.120	80	2.818	2.606
Bayern	0	43	69	1	56	63	0	0	4	21	1.071	4.503	80	4.828	3.629
Berlin	0	12	94	0	17	18	0	0	1	0	167	803	8	854	968
Brandenburg	0	4	4	1	12	4	0	0	1	0	247	1.254	9	562	529
Bremen	0	1	2	0	2	5	0	0	0	0	19	77	5	130	151
Hamburg	0	3	16	0	5	15	0	0	1	0	134	420	15	576	435
Hessen	0	19	40	1	22	26	0	1	0	3	336	867	14	816	818
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	178	237	4	218	195
Niedersachsen	0	18	47	0	31	28	0	0	0	2	332	1.190	27	1.180	1.093
Nordrhein-Westfalen	0	42	240	4	92	99	0	1	1	11	829	3.532	68	3.326	2.915
Rheinland-Pfalz	1	15	9	1	15	25	0	0	2	2	310	839	8	700	485
Saarland	0	1	9	0	1	4	0	0	0	3	138	305	1	113	95
Sachsen	0	11	21	0	16	8	0	0	0	13	746	1.565	18	1.617	1.656
Sachsen-Anhalt	0	3	1	0	2	3	0	0	0	10	583	895	8	217	198
Schleswig-Holstein	0	0	3	1	11	15	0	0	0	1	133	469	9	449	427
Thüringen	0	1	7	0	3	8	0	0	0	3	513	1.193	16	355	314
Deutschland	9	220	625	9	300	354	0	3	11	87	6.474	22.269	370	18.759	16.514

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
	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.
Baden-Württemberg	1	83	97	28	1.123	1.001	1	91	87	2	85	91	608	9.336	21.364
Bayern	0	88	107	18	1.045	1.177	3	233	209	3	112	117	917	16.513	41.077
Berlin	2	63	98	17	650	622	0	42	42	0	54	66	289	4.891	7.416
Brandenburg	0	13	23	2	188	206	7	93	71	1	30	24	264	3.618	5.862
Bremen	0	3	1	1	24	40	0	16	8	0	0	3	26	457	1.105
Hamburg	0	22	21	1	388	363	1	36	35	1	45	38	107	2.408	4.706
Hessen	2	70	70	26	1.022	1.062	1	80	101	1	90	94	299	6.143	14.259
Mecklenburg-Vorpommern	0	9	11	0	102	169	0	52	22	0	21	16	160	2.398	6.032
Niedersachsen	2	42	64	12	698	709	2	147	160	2	91	101	316	5.630	16.298
Nordrhein-Westfalen	4	170	145	58	2.202	1.979	7	558	536	3	246	275	864	17.475	41.278
Rheinland-Pfalz	0	21	19	6	413	380	1	87	66	0	31	22	248	4.549	9.355
Saarland	0	8	3	0	54	44	0	25	14	0	9	16	88	1.374	2.491
Sachsen	0	12	17	6	280	263	12	301	256	2	61	62	643	7.107	15.368
Sachsen-Anhalt	0	19	10	2	181	176	2	78	77	1	41	46	281	3.502	9.487
Schleswig-Holstein	0	35	22	5	224	233	1	53	41	0	19	25	156	3.206	7.185
Thüringen	1	16	11	2	159	115	2	46	49	1	28	42	240	2.234	5.658
Deutschland	12	674	719	184	8.753	8.539	40	1.938	1.774	17	963	1.038	5.506	90.841	208.941

1 Infektion und Kolonisation
(bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen nach jeweils geltender Falldefinition, s. www.rki.de/falldefinitionen)

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
	45.	1.–45.	1.–45.
Adenovirus-Konjunktivitis	2	296	299
Bornavirus-Erkrankung	0	3	3
Botulismus	0	5	8
Brucellose	0	37	48
Candida auris, invasive Infektion	1	14	19
Chikungunyavirus-Erkrankung	1	143	44
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	117	113
Denguefieber	5	772	1.573
Diphtherie	0	39	49
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	6	646	625
Giardiasis	34	2.593	2.468
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	37	1.352	1.463
Hantavirus-Erkrankung	6	257	392
Hepatitis D	0	8	107
Hepatitis E	70	4.606	4.174
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	165	56
Kryptosporidiose	73	2.462	2.870
Legionellose	28	1.997	1.987
Lepra	0	2	1
Leptospirose	0	139	285
Listeriose	8	530	597
Malaria	11	799	830
Meningokokken, invasive Infektion	0	263	293
Mpox	7	458	184
Nicht-Cholera-Vibrien-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	2	17	34
Paratyphus	0	41	48
Pneumokokken, invasive Infektion	161	9.172	7.179
Q-Fieber	0	70	89
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	108	65.957	42.940
Shigellose	68	2.751	1.865
Trichinellose	0	2	3
Tularämie	3	171	166
Typhus abdominalis	0	76	72
West-Nil-Fieber*	0	11	47
Yersiniose	55	3.256	2.698
Zikavirus-Erkrankung	0	14	32

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