



3
2026

15. Januar 2026

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFJEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Epidemiologisches Bulletin

**Welt-Lepra-Tag 2026 | Auswertung Leser-
umfrage *Epidemiologisches Bulletin***

Inhalt

Lepra ist heilbar – Stigmatisierung als zentrale Hürde auf dem Weg zu Zero Leprosy 3

Das Motto des Welt-Lepra-Tages „Leprosy is curable, the real challenge is stigma“ zeigt auf, dass Lepra heute weniger eine medizinische als vielmehr eine gesellschaftliche Herausforderung darstellt. Wirksame diagnostische und therapeutische Instrumente stehen zur Verfügung. Dennoch werden jährlich mehr als 170.000 Neuerkrankungen registriert, von denen ein relevanter Anteil mit fortgeschrittenen Behinderungen einhergeht. Dies macht deutlich, dass die anhaltende Lepra-Verbreitung nicht primär auf biologische Erreger-eigenschaften zurückzuführen ist, sondern maßgeblich durch soziale Determinanten wie Stigmatisierung, Diskriminierung und eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsdiensten bedingt ist.

Leprosy is curable – stigmatization as a key obstacle on the path to zero leprosy

The theme of World Leprosy Day, “Leprosy is curable, the real challenge is stigma”, highlights the fact that leprosy is less of a medical challenge than a social one. As reported in Epidemiologisches Bulletin 3/2026, effective diagnostic and therapeutic tools are available. Nevertheless, more than 170,000 new cases are registered each year, a significant proportion of which are associated with advanced disabilities. This makes it clear that the continued spread of leprosy is not primarily due to biological pathogen characteristics, but is largely caused by social determinants such as stigma, discrimination, and limited access to health services.

(Article in German)

Ergebnisse einer Umfrage unter Leserinnen und Lesern des Epidemiologischen Bulletins 10

Ein Großteil der über 600 Teilnehmenden kommen aus dem ÖGD und der Ärzteschaft, viele Tätigkeitsfelder befassen sich zudem mit dem Thema Hygiene. Ab 2026 sind alle Ausgaben barrierefrei. Eine erweiterte Nutzungsmöglichkeit der Tabellen meldepflichtiger Infektionskrankheiten wird für 2026 angestrebt. Die Kurztexte im Inhaltsverzeichnis werden seit 2025 auch auf Englisch angeboten, den Wünschen nach ausführlicheren Abstracts wird in Zukunft mehr Beachtung geschenkt werden.

Stellenausschreibung: Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie 19

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 2. Woche 2026 20

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat

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.



ISSN 2569-5266



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

Lepra ist heilbar – Stigmatisierung als zentrale Hürde auf dem Weg zu Zero Leprosy

Der Welt-Lepra-Tag wird jährlich am letzten Sonntag im Januar begangen und dient der Erinnerung an eine Erkrankung, die trotz nennenswerter medizinischer Fortschritte weiterhin weltweit besteht. Das Motto des Welt-Lepra-Tages 2026 – „Leprosy is curable, the real challenge is stigma“ – bringt eine zentrale Diskrepanz auf den Punkt: Während Lepra heute effektiv heilbar ist, bilden soziale und psychosoziale Faktoren weiterhin wesentliche Barrieren für Kontrolle, Eliminierung und gesellschaftliche Teilhabe.¹

Lepra stellt heute weniger eine medizinische als vielmehr eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Wirksame diagnostische und therapeutische Instrumente stehen zur Verfügung, wären grundsätzlich weltweit implementierbar.² Dennoch werden jährlich weiterhin mehr als 170.000 Neuerkrankungen registriert,³ von denen ein relevanter Anteil bereits mit fortgeschrittenen Behinderungen einhergeht.⁴ Dies macht deutlich, dass die anhaltende Lepra-Verbreitung nicht primär auf biologische Eigenschaften des Erregers zurückzuführen ist, sondern maßgeblich durch soziale Determinanten wie Stigmatisierung, Diskriminierung und eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsdiensten bedingt ist.⁵

Lepra – eine heilbare Infektionserkrankung

Lepra wird durch *Mycobacterium leprae* verursacht, ein Bakterium mit einer außergewöhnlich langen Inkubationszeit.⁶ Klinisch manifestiert sich die Erkrankung vor allem an der Haut und den peripheren Nerven, kann jedoch auch Augen, Schleimhäute und Atemwege betreffen.⁶ Die Erkrankung verläuft chronisch, ist aber bei frühzeitiger Diagnose und Behandlung gut kontrollierbar.⁶

Einen Meilenstein in der Lepra-Bekämpfung stellte die Einführung der Multi-Drug-Therapie (MDT) in den 1980er-Jahren dar.² Die Kombination mehrerer

Antibiotika führt bei nahezu allen Betroffenen zur vollständigen Heilung und bewirkt, dass Erkrankte kurz nach Therapiebeginn nicht mehr infektiös sind.⁷ Die Behandlung ist weltweit kostenlos verfügbar und auch in ressourcenarmen Settings gut umsetzbar.⁶

Aus medizinischer Perspektive ist Lepra heute eine gut behandelbare Infektionskrankheit. Verspätete Diagnosestellungen führen jedoch weiterhin zu bleibenden Behinderungen, die damit nicht Folge unzureichender Therapie, sondern verzögerter Inanspruchnahme und eingeschränkten Zugangs zu medizinischer Versorgung sind.⁸ Dies unterstreicht erneut die zentrale Bedeutung nicht-medizinischer Einflussfaktoren im Krankheitsverlauf.

Epidemiologische Situation der Lepra

Trotz eines langfristigen globalen Rückgangs der Lepra-Inzidenz werden jährlich weiterhin mehr als 170.000 neue Fälle gemeldet.³ Der Großteil dieser Fälle tritt in wenigen Ländern mit hoher Endemizität auf, insbesondere in Indien, Brasilien und Indonesien.³ Gleichzeitig zeigen sporadische Fälle in Ländern mit niedriger Inzidenz, dass Lepra auch in Europa weiterhin auftreten kann, begünstigt durch Migration, hohe Mobilität und lange Inkubationszeiten.² Dies verdeutlichen jüngste Meldungen aus Rumänien, wo Ende November 2025 zwei bestätigte Lepra-Fälle diagnostiziert wurden.⁹ Das Risiko für die Allgemeinbevölkerung wurde jedoch als gering eingeschätzt.⁹ Die Ereignisse unterstreichen die Notwendigkeit, Lepra auch in Niedriginzidenzländern als seltene, aber relevante Differentialdiagnose zu berücksichtigen.

Ein zentrales epidemiologisches Problem stellen die erhebliche Untererfassung von Leprafällen sowie die vielerorts mangelhafte Datenqualität dar.¹⁰ Die offiziell gemeldeten Fallzahlen bilden die tatsächliche Krankheitslast vermutlich nur unvollständig ab.¹⁰ Besonders in strukturschwachen Regionen und

marginalisierten Bevölkerungsgruppen bestehen weiterhin relevante diagnostische Lücken.¹¹ Ein wichtiger Indikator hierfür ist der anhaltend hohe Anteil von Neuerkrankungen mit Grad-2-Behinderungen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung, der auf langjährig unerkannte Erkrankungen und fortgesetzte Transmission hinweist.⁶

Für Gesundheitssysteme in Ländern mit niedriger Endemizität ergibt sich zudem die Herausforderung, Lepra trotz seltener Fallzahlen kontinuierlich mitzudenken. Begrenzte klinische Erfahrung aufgrund niedriger Exposition sowie unzureichende Sensibilisierung des Gesundheitspersonals können zu erheblichen Diagnoseverzögerungen führen, mit entsprechenden medizinischen und psychosozialen Folgen für die Betroffenen.¹¹

Stigmatisierung als zentrale soziale Determinante

Die mit Lepra verbundene Stigmatisierung stellt eine der zentralen sozialen Determinanten der Erkrankung dar und beeinflusst den gesamten Krankheitsverlauf, von der Wahrnehmung erster Symptome über die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bis hin zur sozialen Integration während und nach erfolgreicher Behandlung.¹² Stigmatisierung ist dabei kein monolithisches Phänomen, sondern ein mehrdimensionaler Prozess, der auf individueller, sozialer und struktureller Ebene wirkt.¹²

Historisch ist Lepra eng mit kulturellen, religiösen und moralischen Deutungsmustern verknüpft. Über Jahrhunderte hinweg wurde die Erkrankung mit Vorstellungen von Unreinheit, Schuld oder göttlicher Strafe assoziiert.¹³ Obwohl diese Konzepte medizinisch widerlegt sind, prägen sie in vielen Gesellschaften weiterhin, oft implizit, die Wahrnehmung der Erkrankung und beeinflussen soziale Reaktionen gegenüber Betroffenen.¹⁴

Auf individueller Ebene äußert sich Stigmatisierung häufig in internalisierten Schuld- und Schamgefühlen sowie in der Angst vor Zurückweisung und dem Verlust sozialer Rollen.¹⁵ Menschen mit Lepra-Erfahrung berichten über eine Abwertung der eigenen Identität, die häufig mit psychischen Belastungen wie Angststörungen, depressiven Symptomen

und sozialem Rückzug einhergeht.¹⁵ Diese psychosozialen Belastungen werden durch strukturelle Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit und rechtliche Diskriminierung zusätzlich verstärkt.¹⁴

Auf sozialer Ebene manifestiert sich Stigma durch Ausgrenzung, Diskriminierung und Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe.¹⁶ Betroffene verlieren nicht selten ihren Arbeitsplatz, erfahren Ablehnung in der Schule oder Gemeinde oder sehen sich Einschränkungen in partnerschaftlichen Beziehungen ausgesetzt.¹⁶ Diese sozialen Konsequenzen betreffen häufig auch Familienangehörige und können selbst dann fortbestehen, wenn keine sichtbaren Krankheitszeichen (mehr) vorhanden sind oder die Erkrankung erfolgreich behandelt wurde.¹²

Auf struktureller Ebene wirkt Stigmatisierung durch institutionelle Mechanismen, beispielsweise durch fehlende soziale Absicherung oder diskriminierende gesetzliche Regelungen.¹⁷ In einigen Ländern bestehen bis heute rechtliche oder administrative Einschränkungen für Menschen mit Lepra-Erfahrung, beispielsweise im Hinblick auf Eheschließung oder Beschäftigung.⁶ Auch die unzureichende Integration psychosozialer Unterstützung in nationale Lepra-Programme spiegelt eine strukturelle Vernachlässigung dieses Aspekts wider.¹

Aus Public-Health-Perspektive ist besonders relevant, dass Stigmatisierung das Gesundheitsverhalten maßgeblich beeinflusst. Die Angst vor sozialer Ausgrenzung führt dazu, dass frühe Symptome häufig verschwiegen oder fehlinterpretiert werden.¹⁸ Dies kann zu erheblichen Verzögerungen in der Diagnosestellung führen, erhöht das Risiko irreversibler Nervenschäden und begünstigt die weitere Übertragung auf Kontaktpersonen. Stigmatisierung wirkt damit als eigenständiger Risikofaktor für späte Diagnosen und anhaltende Transmission.¹⁸ Dieser Zusammenhang lässt sich als selbstverstärkender Kreislauf darstellen (s. Abb.1).

Auch in Ländern mit niedriger Lepra-Inzidenz bleibt Stigmatisierung ein relevantes Problem. Seltene Erkrankungen gehen häufig mit Unsicherheit, begrenztem Wissen und übersteigerten Ängsten einher. Fehlende klinische Erfahrung und geringe

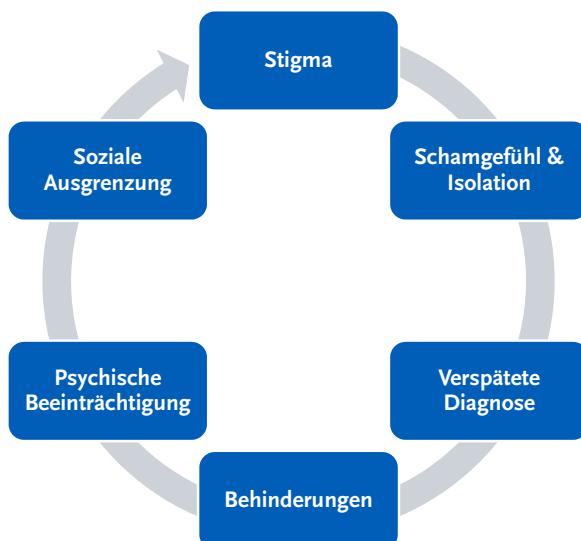


Abb. 1 | Selbstverstärkender Kreislauf der Stigmatisierung.¹⁹

Sensibilisierung im Gesundheitswesen können in solchen Kontexten zu Fehldiagnosen, verzögerter Abklärung und zusätzlicher sozialer Belastung für die Betroffenen führen.

Auswirkungen von Stigma auf Früherkennung und Transmission

Eine der gravierendsten Folgen Lepra-assozierter Stigmatisierung ist die Verzögerung der Diagnosestellung. Aus Angst vor sozialer Ausgrenzung verschweigen viele Betroffene frühe Symptome oder meiden den Kontakt mit Gesundheitseinrichtungen.²⁰ In der Folge wird Lepra häufig erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien diagnostiziert.²⁰

Diese Diagnoseverzögerungen haben unmittelbare epidemiologische Konsequenzen. Unbehandelte Personen können über Jahre hinweg Kontaktpersonen gefährden und so zur fortgesetzten Transmission beitragen. Gleichzeitig steigt mit zunehmender Krankheitsdauer das Risiko irreversibler Nervenschäden und sichtbarer Behinderungen – Faktoren, die ihrerseits Stigmatisierung weiter verstärken.²¹

Stigmatisierung wirkt damit als persistierender Mechanismus, der sowohl individuelle Krankheitsverläufe verschlechtert als auch die Ziele der öffentlichen Gesundheitsvorsorge unterminiert.¹⁹ Der systematische Abbau von Stigma ist daher nicht nur

eine Frage des Menschenrechtsschutzes, sondern auch eine zentrale epidemiologische Voraussetzung für wirksame Früherkennung, Prävention und das Erreichen von Zero Leprosy.

Auswirkungen von Stigma auf aktive Fallfindung, Kontaktuntersuchung und Postexpositionsprophylaxe

Angesichts der unter anderem stigmabedingten Grenzen passiver Fallfindung – also des Abwartens, bis Betroffene selbst medizinische Hilfe suchen – setzen moderne Lepra-Programme zunehmend auf aktive Strategien. Dazu zählen gezielte Hautscreenings in Hochrisikogruppen, die systematische Untersuchung enger Kontaktpersonen sowie die Integration der Lepra-Diagnostik in die Primärversorgung.²² Insbesondere Kontaktuntersuchungen haben sich als besonders effizient erwiesen, da enge Kontaktpersonen ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen.²³ Mit sinkender Inzidenz nimmt zudem der Anteil neu diagnostizierter Fälle zu, die im Rahmen solcher Untersuchungen identifiziert werden, was die besondere Bedeutung dieser Strategie in Übergangsphasen auf dem Weg zur Eliminierung unterstreicht.²³

Die erfolgreiche Umsetzung aktiver Fallfindung setzt jedoch ein hohes Maß an Vertrauen in Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheitsmaßnahmen voraus. In stark stigmatisierten Gemeinschaften werden Kontaktuntersuchungen häufig abgelehnt oder nur eingeschränkt akzeptiert, da sie mit der Angst vor sozialer Ausgrenzung, öffentlicher Sichtbarkeit und Diskriminierung verbunden sind. Stigma wirkt hier als zentrale strukturelle Barriere und limitiert die Reichweite selbst evidenzbasierter Maßnahmen.

Diese Dynamiken betreffen in besonderem Maße auch präventive Interventionen wie die Postexpositionsprophylaxe (PEP). Die einmalige Gabe von Rifampicin an enge Kontaktpersonen stellt einen zentralen Baustein moderner Lepra-Präventionsstrategien dar⁷ und kann das Risiko einer späteren Erkrankung um bis zu 60 % reduzieren.⁶ Entsprechend empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 2018 die systematische Implementierung von PEP als integralen Bestandteil nationaler

Lepra-Programme.²⁴ Die tatsächliche Wirksamkeit dieser Maßnahme wird jedoch maßgeblich durch soziale Faktoren beeinflusst. In stark von Stigma geprägten Kontexten lehnen Kontaktpersonen prophylaktische Angebote mitunter ab, da sie befürchten, öffentlich mit Lepra in Verbindung gebracht zu werden. Damit zeigt sich, dass medizinische Präventionsinstrumente ihr volles Potenzial nur dann entfalten können, wenn sie durch stigmasensible und vertrauensbildende Maßnahmen flankiert werden.

Psychosoziale Dimension und mentale Gesundheit

Psychosoziale Aspekte der Lepra wurden in Programmen und Strategien lange Zeit nur randständig berücksichtigt.¹ Erst in den vergangenen Jahren hat sich ein stärkeres Bewusstsein für die enge Wechselwirkung zwischen Stigmatisierung, mentaler Gesundheit und Krankheitsverlauf entwickelt. Menschen mit Lepra-Erfahrung berichten häufig über Depressionen, Angststörungen, soziale Isolation und ein vermindertes Selbstwertgefühl.²⁵ Diese psychosozialen Belastungen werden durch strukturelle Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit und rechtliche Diskriminierung zusätzlich verstärkt.¹⁴

Obwohl die WHO-Strategie 2021–2030 das Ziel „Zero Stigma and Discrimination“ ausdrücklich verankert, bleibt die systematische Integration psychosozialer Interventionen in nationale Lepra-Programme bislang vielfach unzureichend umgesetzt.⁶ Die Vernachlässigung mentaler Gesundheit wirkt dabei nicht nur auf individueller Ebene, sondern beeinflusst auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, die Teilnahme an aktiver Fallfindung sowie die Akzeptanz präventiver Maßnahmen wie PEP. Damit wird erneut deutlich, dass stigmaassoziierte psychosoziale Belastungen nicht nur eine Folge von Lepra darstellen, sondern strukturell zur Persistenz von Transmission und verspäteter Diagnose beitragen können.

Evidenzbasierte Strategien zur Reduktion von Lepra-assoziertem Stigma

Eine nachhaltige Reduktion Lepra-assoziierter Stigmatisierung erfordert einen mehrdimensionalen Ansatz, der individuelle, soziale und strukturelle

Ebenen gleichermaßen adressiert.¹³ Als besonders wirksam gelten integrierte Informations-, Bildungs- und Kommunikationsmaßnahmen, community-basierte Interventionen sowie die konsequente Einbettung der Lepra-Versorgung in allgemeine Gesundheitssysteme.¹³ Diese Ansätze entfalten ihre Wirkung insbesondere dann, wenn sie kontext- und kultursensibel umgesetzt werden, gezielt verbreitete Fehlannahmen zur Übertragbarkeit und Heilbarkeit der Erkrankung adressieren und sowohl Menschen mit Lepra-Erfahrung als auch nicht direkt betroffene Gemeindemitglieder einbeziehen.⁶

Ein weiterer zentraler Ansatz sind kontaktbasierte Interventionen, die den direkten oder indirekten Austausch mit Menschen mit Lepra-Erfahrung fördern.²⁶ Solche Begegnungen konnten in unterschiedlichen Kontexten zu einer Reduktion sozialer Distanz, negativer Einstellungen und diskriminierender Verhaltensweisen beitragen.²⁶ Ergänzend zeigen sozioökonomische Rehabilitationsmaßnahmen, etwa der Zugang zu Beschäftigung oder einkommensschaffenden Aktivitäten, positive Effekte auf Selbstwertgefühl, gesellschaftliche Teilhabe und eine langfristige Verringerung von Stigmatisierung.²¹

Zunehmend an Bedeutung gewinnt zudem die Integration psychosozialer Unterstützung, einschließlich Beratung, Resilienzförderung und Angeboten zur mentalen Gesundheit.⁶ Wirksame Strategien gehen dabei über individuelle Maßnahmen hinaus und berücksichtigen auch strukturelle Rahmenbedingungen wie den Zugang zu Gesundheitsleistungen, soziale Sicherungssysteme und rechtliche Gleichstellung.¹⁸ Aus Sicht der Lepra-Eliminierung ist Stigmareduktion damit kein ergänzendes Element, sondern ein integraler Bestandteil wirksamer Präventions- und Kontrollstrategien.⁶

Storytelling als partizipativer Ansatz zur Reduktion Lepra-assoziierter Stigmatisierung

Ergänzend zu klassischen Aufklärungs- und Community-Interventionen gewinnen partizipative Ansätze wie Storytelling zunehmend an Bedeutung.²⁷ Storytelling wird dabei als strukturierte psychosoziale Intervention verstanden, in deren Rahmen Menschen mit Lepra-Erfahrung ihre eigenen Le-

bensgeschichten aktiv gestalten und kommunizieren, etwa in Form von Texten, Bildern, Videos oder anderen kulturellen Ausdrucksformen.²⁸ Ziel ist es, stereotype Krankheitsnarrative aufzubrechen und individuelle Erfahrungen sichtbar zu machen.¹⁹

Untersuchungen aus dem Bereich der vernachlässigten Tropenkrankheiten weisen darauf hin, dass Storytelling sowohl internalisierte als auch gesellschaftliche Stigmatisierung reduzieren kann. Auf individueller Ebene berichten Teilnehmende über gesteigertes Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und eine verbesserte psychische Gesundheit.²⁷ Auf gesellschaftlicher Ebene wirken narrative Formate als kontaktbasierte Interventionen, die Empathie fördern und Ängste sowie Fehlannahmen gegenüber Lepra abbauen können häufig wirksamer als rein faktenbasierte Informationsvermittlung.²⁹

Ein besonderer Vorteil partizipativer Storytelling-Ansätze liegt in ihrer kulturellen Anschlussfähigkeit und ihrer vergleichsweise geringen Ressourcenintensität.²⁹ Als lokal adaptierbare Interventionen lassen sie sich gut in bestehende Community-Strukturen integrieren und sinnvoll mit medizinischen und epidemiologischen Maßnahmen verknüpfen.²⁷ Auch wenn weiterer Evidenzaufbau erforderlich ist, sprechen aktuelle Erkenntnisse dafür, Storytelling

systematisch als Bestandteil umfassender Strategien zur Stigmareduktion zu berücksichtigen, insbesondere im Rahmen ganzheitlicher Lepra-Programme.

Zero Leprosy: Stigma überwinden, Eliminierung ermöglichen

Das Motto des Welt-Lepra-Tages 2026 verdeutlicht: Die medizinischen Voraussetzungen für die Eliminierung der Lepra sind gegeben. Die verbleibenden Herausforderungen liegen vor allem in sozialen und psychosozialen Barrieren, die den Zugang zu früher Diagnose, wirksamer Prävention und kontinuierlicher Versorgung weiterhin einschränken.

Eine nachhaltige Lepra-Bekämpfung erfordert daher einen integrierten Ansatz, der medizinische und epidemiologische Maßnahmen systematisch mit Stigmareduktion, psychosozialer Unterstützung und gesellschaftlicher Teilhabe verbindet. Der Abbau von Stigmatisierung ist dabei keine ergänzende Maßnahme, sondern eine zentrale Voraussetzung für wirksame Präventions- und Kontrollstrategien. Entscheidend ist, dass diese Perspektive politisch unterstützt und konsequent in nationale Programme und globale Strategien eingebettet wird, um das Ziel „Zero Leprosy“ zu erreichen.³⁰

Literatur

- 1 Fastenau A. Neglect of mental health issues and lack of integration of psychosocial interventions in Zero Leprosy Roadmaps: A critical oversight. *PLOS Ment Health.* 2024;1(4):e0000140. doi:10.1371/journal.pmen.0000140
- 2 Saunderson P, Fastenau A. Leprosy in Europe – towards zero leprosy. *Lepr Rev.* 2022;93(4):298–310. doi:10.47276/lr.93.4.298
- 3 World Health Organization. Leprosy – number of new leprosy cases. Global Health Observatory data repository. Geneva: WHO; 2025. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-new-leprosy-cases>
- 4 World Health Organization. Leprosy – number of new G2D cases. Global Health Observatory data repository. Geneva: WHO; 2025. <https://www.who.int/int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/leprosy---number-of-new-g2d-cases>
- 5 Messa Carmona P, Chaudhuri N, Mora AB, Paniagua DZ, Willis M, Schlumberger F, et al. Barriers to leprosy elimination in Bolivia: Exploring perspectives and experiences of medical professionals and leprosy patients – a phenomenological study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2025;19(8):e0013345. doi:10.1371/journal.pntd.0013345
- 6 World Health Organization. Towards zero leprosy: global leprosy (Hansen's disease) strategy 2021–2030. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2021.

- 7** World Health Organization. Leprosy (Hansen disease). WHO Fact Sheets. Geneva: World Health Organization; 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
- 8** Duighuisen HNW, Fastenau A, Eslava Albarracín DG, Ortúñoz-Gutiérrez N, Penna S, Kamenshchikova A. Scrutinising delay in leprosy diagnosis in Colombia: perceptions and experiences by leprosy health professionals. *Glob Public Health*. 2024;19(1):1–11. doi:10.1080/17441692.2024.2354777
- 9** Romania finds two masseuses with leprosy in first cases in 40 years. Reuters. 12.12.2025. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/romania-finds-two-masseuses-with-leprosy-first-cases-40-years-2025-12-12/>
- 10** Smith WC, van Brakel W, Gillis T, Saunderson P, Richardus JH. The missing millions: a threat to the elimination of leprosy. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015; 9(4):e0003658. doi:10.1371/journal.pntd.0003658
- 11** Fastenau A, Schwermann F, Mora AB, Maman I, Hambridge T, Willis M, et al. Challenges and opportunities in the development and implementation of zero leprosy roadmaps in low-endemic settings: experiences from Bolivia, Pakistan, and Togo. *PLoS Negl Trop Dis*. 2025;19(4):e0013009. doi:10.1371/journal.pntd.0013009
- 12** Sermrittirong S, van Brakel WH. Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants. *Lepr Rev*. 2014;85(1):36–47. doi:10.47276/lr.85.1.36
- 13** Willis M, Fastenau A, Penna S, Klabbers G. Interventions to reduce leprosy related stigma: a systematic review. *PLOS Glob Public Health*. 2024; 4(8):e0003440. doi:10.1371/journal.pgph.0003440
- 14** Somar P, Waltz M, van Brakel W. The impact of leprosy on the mental wellbeing of leprosy-affected persons and their family members: a systematic review. *Glob Ment Health*. 2020;7:e15. doi:10.1017/gmh.2020.3
- 15** Van Hoorde T, Willis M, Penna S, Barnowska EJ, Unterkircher SCW, Schlumberger F, Fastenau A. Mental health and stigma in persons affected by Hansen's disease and their families in rural Sitapur, India. *PLOS Ment Health*. 2025;2: e0000475. doi:10.1371/journal.pmen.0000475
- 16** Asboeck A, Kallon LH, Schlumberger F, et al. Socio-cultural and structural determinants of healthcare-seeking of people affected by leprosy in Sierra Leone's Western Area: a qualitative study. *Trop Med Health*. 2025;53:94. doi:10.1186/s41182-025-00772-y
- 17** Mayoral-García C, Fastenau A, Ghergu C. Exploring the experiences of leprosy stigma among patients and healthcare workers in Norte de Santander, Colombia. *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(3):e0003939. doi:10.1371/journal.pgph.0003939
- 18** Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, Dovidio JF. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, cross-cutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019;17(1):31. doi:10.1186/s12916-019-1271-3
- 19** Fastenau A, Brüggemann R, Ibrahim N, Salam A, McKane L, Murtaza A, et al. Sharing is healing: the power of storytelling to transform mental health in the field of neglected tropical diseases. *PLOS Ment Health*. 2025;2(8):e0000400. doi:10.1371/journal.pmen.0000400
- 20** Nehring C, Kaifie A, Reddy A, et al. Barriers to seeking healthcare services and contributing factors to grade 2 disability among women affected by leprosy in Telangana, India: a qualitative study. *Int J Equity Health*. 2025;24:240. doi:10.1186/s12939-025-02642-9
- 21** van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Glob Health Action*. 2012;5:18394. doi:10.3402/gha.v5i0.18394
- 22** Fastenau A, Murtaza A, Salam A, Iqbal M, Ortúñoz-Gutiérrez N, Schlumberger F, Unterkircher SC, Tremel E, Hambridge T, Hasker E, Schmotzer C, Saunderson P. Roadmap towards zero leprosy, Pakistan. *Bull World Health Organ*. 2025;103(8):507–514. doi:10.2471/BLT.24.292585
- 23** Smith WC, Aerts A, Bakker MI, et al. The epidemiology of *Mycobacterium leprae*. *Lepr Rev*. 2015;86(4):297–310.
- 24** World Health Organization. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2018.
- 25** Unterkircher SCW, Salam A, Fernandes I, Fastenau A. "The general public will never truly know what it feels like": exploring the lived experiences of persons affected by leprosy in Sindh, Pakistan: a qualitative study. *PLOS Ment Health*. 2025;2:e0000453. doi:10.1371/journal.pmen.0000453

- 26** Peters RMH, Dadun, Zweekhorst MBM, Bunders JFG, Irwanto, van Brakel WH. A Cluster-Randomized Controlled Intervention Study to Assess the Effect of a Contact Intervention in Reducing Leprosy-Related Stigma in Indonesia. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9(10):e0004003. pmid:26485128
- 27** Vegt N, Visch V, Spooren W, van Rossum EFC, Evers AWM, van Boeijen A. Erasing stigmas through storytelling: why interactive storytelling environments could reduce health-related stigmas. *Design Health.* 2024;8(1):46–77. doi:10.1080/24735132.2024.2306771
- 28** Peters RMH, Zweekhorst MBM, van Brakel WH, Bunders JFG, Irwanto. “People like me don’t make things like that”: participatory video as a method for reducing leprosy-related stigma. *Glob Public Health.* 2016;11(5–6):666–682. doi:10.1080/17441692.2016.1153122
- 29** Kosyluk K, Marshall J, Conner K, Macias DR, Macias S, Michelle BEEKMAN B, et al. Challenging the Stigma of Mental Illness Through Creative Storytelling: A Randomized Controlled Trial of This Is My Brave. *Community Ment Health J.* 2021;57(1):144–52. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00625-4> PMID: 32388690
- 30** Fastenau A. Zero leprosy is within reach: eliminating leprosy in low-endemic settings demands political will. *Lancet Reg Health Southeast Asia.* 2024;44:100703. doi:10.1016/j.lansea.2024.100703

Autoren

Anil Fastenau | Felicitas Schwermann | Constanze Vettel | Batri Reshu | Ngozi Ekeke | Imran Khan | Sisay Tadesse | Ashenafi Girma | Srilekha Penna | Joseph Ngozi Chukwu

DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V

Korrespondenz: Anil.Fastenau@DAHW.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Fastenau A, Schwermann F, Vettel C, Reshu B, Ekeke N, Khan I, Tadesse S, Girma A, Penna S, Chukwu JN: Lepra ist heilbar – Stigmatisierung als zentrale Hürde auf dem Weg zu Zero Leprosy

Epid Bull 2026;3:3-9 | DOI 10.25646/13606

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Ergebnisse einer Umfrage unter Leserinnen und Lesern des *Epidemiologischen Bulletins*

Das *Epidemiologische Bulletin (Epid Bull)* ist eine vom Robert Koch-Institut (RKI) herausgegebene deutschsprachige Zeitschrift, die wöchentlich mit insgesamt 50 Ausgaben im Jahr erscheint. Es richtet sich an Leserinnen und Leser im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), an die Ärzteschaft und Mitarbeitende in Praxen, Kliniken und Laboren sowie an Beschäftigte in Wissenschaft und Forschung. Veröffentlicht werden insbesondere Artikel zu den gemäß Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen Infektionskrankheiten, aber auch zu Hygiene und Public Health im Allgemeinen. Alle Ausgaben sind seit der ersten im Jahr 1996 veröffentlichten Ausgabe auf der Internetseite des RKI abrufbar.

Das *Epid Bull* wurde 2011 erstmals anhand einer Leserumfrage evaluiert. Dies führte zu verschiedenen Anpassungen. So wurde das Angebot eines Newsletters mit jeweiligem Link zur aktuellen Ausgabe für alle Interessierten eingeführt, die Printausgabe bzw. die (kostenpflichtige) Abonnementmöglichkeit einer gedruckten Ausgabe wurden u. a. auf Grund geringer Nachfrage eingestellt. Zudem werden seitdem Digital Object Identifiers (DOI) für alle veröffentlichten Artikel vergeben. Im Jahr 2020 erfolgte ein Relaunch des *Epid Bull* in einem neuen Layout.

Ziele der nun von der Redaktion durchgeführten zweiten Leserumfrage waren, die beruflichen Hintergründe und die Altersgruppe der Lesenden zu erfahren. Zudem interessierte uns, wie Leserinnen und Leser auf die publizierten Beiträge aufmerksam werden und wie sie inhaltliche Aspekte, z. B. Aktualität, Relevanz und Qualität bewerten. Es sollten im Rahmen der Umfrage auch die Lesegewohnheiten erfasst werden. Dazu gehörten Fragen zur Regelmäßigkeit des Lesens, zur Endgerätnutzung und dem bevorzugten Format des *Epid Bull* sowie zu der in jeder Ausgabe erscheinenden „Aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“.

Außerdem konnten Anregungen, Wünsche, Kritik oder Verbesserungsvorschläge geäußert werden.

Wir möchten die Ergebnisse für weitere Verbesserungen und zur Planung der zukünftigen Ausrichtung des *Epid Bull* nutzen.

Methode

Die Umfrage fand zwischen dem 12.9.2024 und 6.10.2024 mittels einer Online-Befragung unter Nutzung der Software Voxco statt. Der Fragebogen wurde vorab intern durch Mitarbeitende des RKI auf Verständlichkeit, logischen Aufbau und Befragungsdauer geprüft. Das *Epid Bull* veröffentlichte vor und während des Befragungszeitraums in drei aufeinanderfolgenden Ausgaben Teilnahmeaufrufe mit einem Link zur Umfrage bzw. einem QR-Code; das RKI bewarb die Umfrage außerdem über LinkedIn und auf der RKI-Internetseite.

Der Fragebogen enthielt 21 Fragen, und die veranschlagte Zeit für die Beantwortung betrug höchstens 10 Minuten. Bei 11 Fragen waren Antwortmöglichkeiten vorgegeben, bei fünf dieser Fragen waren mehrfache Antworten möglich. Sieben Fragen konnten über eine Antwortskala vom Likert-Typ (drei-, vier- oder fünfstufig) und drei weitere Fragen mit ja oder nein beantwortet werden. Für alle Fragen gab es die Möglichkeit, entweder mit „Sonstiges“ oder „Ich weiß nicht“ zu antworten bzw. die Frage zu überspringen.

Am Ende der Umfrage gab es in einem Freitextkommentarfeld die Möglichkeit, Anregungen, Wünsche und Kommentare zu übermitteln.

Die Datenaufbereitung sowie die Erstellung der Abbildungen erfolgten in R (Version 4.2.1). Die Antworten im Freitextkommentarfeld wurden thematisch nach Braun und Clarke (2006) analysiert. Ziel war es, Gemeinsamkeiten (Muster) in den Freitexten zu identifizieren und daraus übergeordnete Themen sowie ggf. Unterthemen zu entwickeln.

Die Ergebnisse aus der Umfrage 2024 wurden, wo möglich, mit denen aus 2011 verglichen.

Die Umfrage erfolgte anonym und ohne die Erhebung personenbezogener Daten. Es lag ein positives Datenschutzzvotum der Datenschutzbeauftragten des RKI vor.

Ergebnisse

An der Umfrage nahmen 621 Personen teil. 15 der insgesamt 21 Fragen wurden von allen Teilnehmenden beantwortet, drei Fragen wurden von allen beantwortet, denen eine Folgefrage zu einer möglichen Autorenschaft im *Epid Bull* gestellt wurde (Einige Folgefragen wurden nur bei bestimmten Antworten angezeigt). Bei drei Fragen gab es Enthaltungen.

Demografie

Auf die Frage, in welchem Bereich die Teilnehmenden tätig sind, antworteten 33,7 % mit Hygiene, (diese Antwortmöglichkeit war 2011 nicht enthalten), 31,4 % mit ÖGD und 27,2 % mit Ärztlicher Dienst (2011: 27 % Gesundheitsamt; 21 % Arztpraxis). Es folgten die Bereiche Wissenschaft/Forschung/Lehre mit 12,2 % (2011: 8 %), Labor 7,7 % (2011: 6 %) und Pflege/Krankenversorgung 6,1 % (2011: 11 % Krankenhaus). Mit „Sonstiges“ antworteten 10,0 %. Bei dieser Frage waren maximal drei Antworten möglich.

In Abbildung 1 sind die häufigsten angegebenen Tätigkeitsbereiche dargestellt (horizontales Barplot). Zusätzlich werden innerhalb dieser Bereiche die enthaltenen Antwortkombinationen dargestellt (vertikales Barplot), da es sich um eine Frage mit möglicher Mehrfachnennung handelt.

Häufigkeit der gewählten Antwortkombinationen

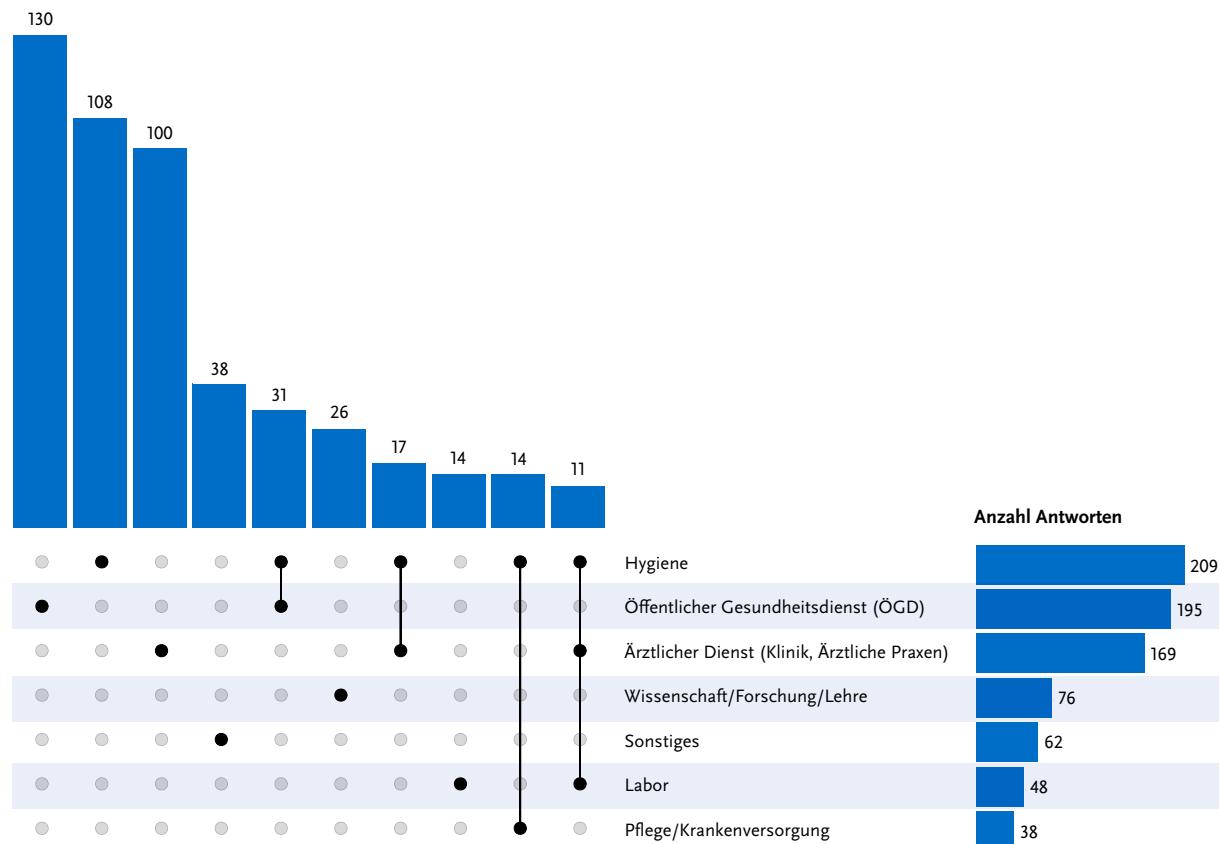


Abb. 1 | Die sieben am häufigsten angegebenen Tätigkeitsbereiche (dargestellt als horizontales Barplot) und die darin enthaltenen Antwortkombinationen (dargestellt als vertikales Barplot) der Teilnehmenden. Antwortkombinationen sind durch die möglichen Mehrfachnennungen (maximal drei Antworten) entstanden (Anzahl Antwortende: 621, Anzahl Antworten: 845).

Die Mehrheit der Teilnehmenden (209 Antworten) hat angegeben, im Bereich Hygiene tätig zu sein (von ihnen 108 ausschließlich in diesem Bereich). Insgesamt 195 Teilnehmende sind im ÖGD tätig (von ihnen 130 ausschließlich in diesem Bereich). 169 Teilnehmende waren im ärztlichen Dienst tätig (davon 100 ausschließlich in diesem Bereich). 76 Teilnehmende gaben an, im Bereich Wissenschaft/Forschung/Lehre beschäftigt zu sein.

Die häufigsten Antwortkombinationen waren die Bereiche Hygiene und ÖGD (n=31), gefolgt von Hygiene und ärztlicher Dienst (n=17). 38 Teilnehmende gaben ausschließlich „Sonstiges“ als Tätigkeitsbereich an. Die Tätigkeitsbereiche Wirtschaft, Rettungsdienst, Apotheke, Politik, Kranken-/Sozialversicherung, Presse/Medien waren nicht unter den häufigsten sieben gewählten Bereichen und umfassten nur zwischen 0,5–2,4 % der insgesamt 845 Antworten.

Ein Drittel (33,5 %) der Teilnehmenden haben als höchsten Bildungsabschluss einen Hochschulabschluss, 39,8 % haben promoviert. Knapp 20 % haben einen Berufsfachschulabschluss.

Mit 32,2 % stellt die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen den größten Anteil der Lesenden dar, gefolgt von den 40- bis 49-Jährigen mit 25,9 %. Auch in der Umfrage von 2011 waren die meisten Lesenden ähnlichen Altersgruppen zugehörig: 40 % waren 51 bis 60 Jahre, 28 % 41 bis 50 Jahre alt (beide Altersgruppen zusammengenommen gegenüber 2011 jedoch -9,9 Prozentpunkte). Der Anteil der jüngeren Lesenden (zwischen 20 und 39 Jahren) hat im Vergleich zu 2011 hingegen um +5,8 Prozentpunkte zugenommen, ebenfalls der Anteil der Leserinnen und Leser >60 Jahre (+7,8 Prozentpunkte). Die Altersgruppedefinition unterschied sich in beiden Umfragen minimal (s. Abb. 2).

Fast alle Teilnehmenden (98,7 %) hatten ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland.

Lesegewohnheiten

Die Mehrheit der Teilnehmenden liest das *Epid Bull* im Allgemeinen wöchentlich (2024: 58,9 %; 2011: 80 %) oder mindestens einmal im Monat (2024: 35,3 %; 2011: 14 %). Hierbei erfahren 81,0 % von einer neuen Ausgabe über den Newsletter und 27,1 % über die RKI-Webseite. Weitere Quellen sind Suchmaschinen (9,7 %), Kolleginnen und Kollegen (8,4 %) sowie Social-Media-Kanäle (4,8 %), s. Abbildung 3.

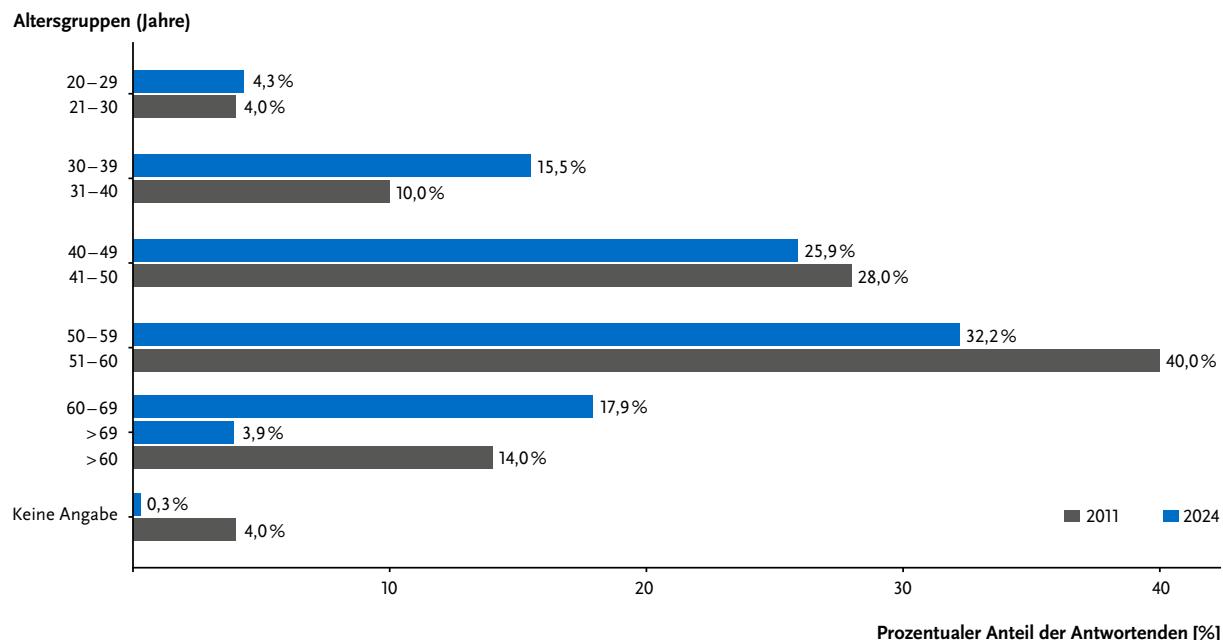


Abb. 2 | Vergleich der Altersverteilung der Teilnehmenden aus den Leserumfragen 2011 und 2024.

Informationsquelle

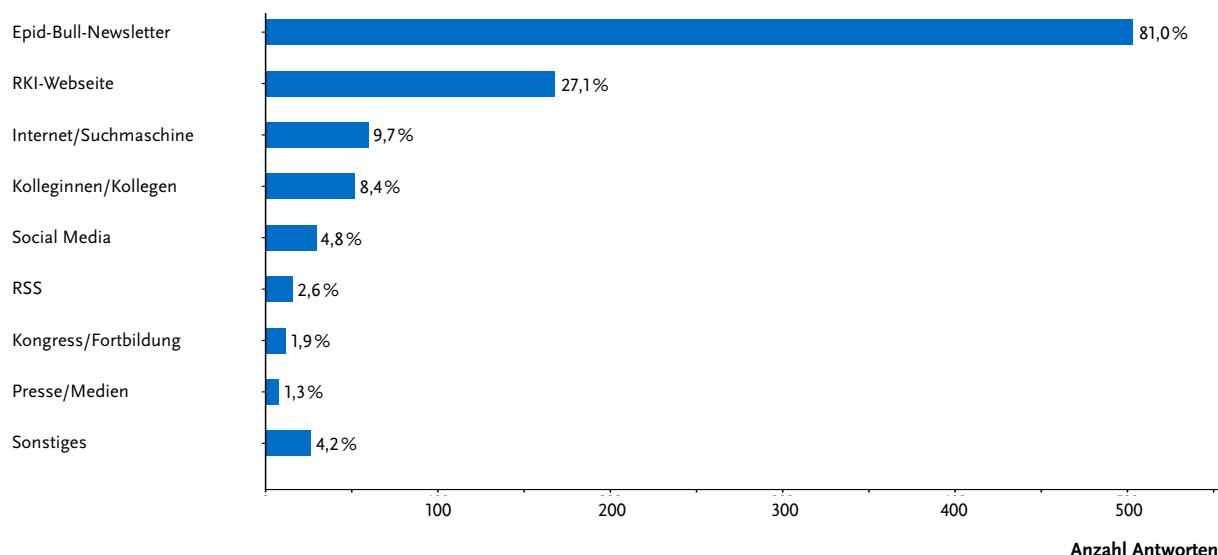


Abb. 3 | Angabe der Lesenden zu den am meisten genutzten Informationsquellen, um von einer neuen Ausgabe des *Epid Bull* zu erfahren. Mehrfachnennungen waren möglich. (Anzahl Antwortende: 621, Anzahl Antworten: 875)

Bewertung der technischen Voraussetzungen

Die vier gestellten Fragen zur Webseite (Informationsgehalt, Navigation, Suchfunktion und Übersichtlichkeit) werden hier nicht thematisiert, da es zu Beginn des Jahres 2025 einen Relaunch der RKI-Webseite gab, s. auch [Diskussion](#).

Das *Epid Bull* wird als PDF-Dokument online veröffentlicht und die Mehrheit der Teilnehmenden liest die Ausgaben am Computer (89 %), 18,8 % verwenden ihr Smartphone und 13,5 % ein Tablet. Vorausgesetzt, die Darstellung der Beiträge wäre für die

jeweiligen Endgeräte optimiert, würden 79,9 % die Ausgaben weiterhin am Computer lesen (-9,1 Prozentpunkte), 28,2 % würden auf ihr Smartphone zurückgreifen (+9,4 Prozentpunkte) und 26,9 % die Ausgabe am Tablet lesen (+13,4 Prozentpunkte). Der Anteil der Teilnehmenden, die einen Ausdruck lesen, ist mit 9,5 % gering, zudem gab niemand an, sich dies zusätzlich zu wünschen. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich (Anzahl Antwortende: 621, Anzahl Antworten: 849), s. [Abbildung 4](#).

Endgerätewahl

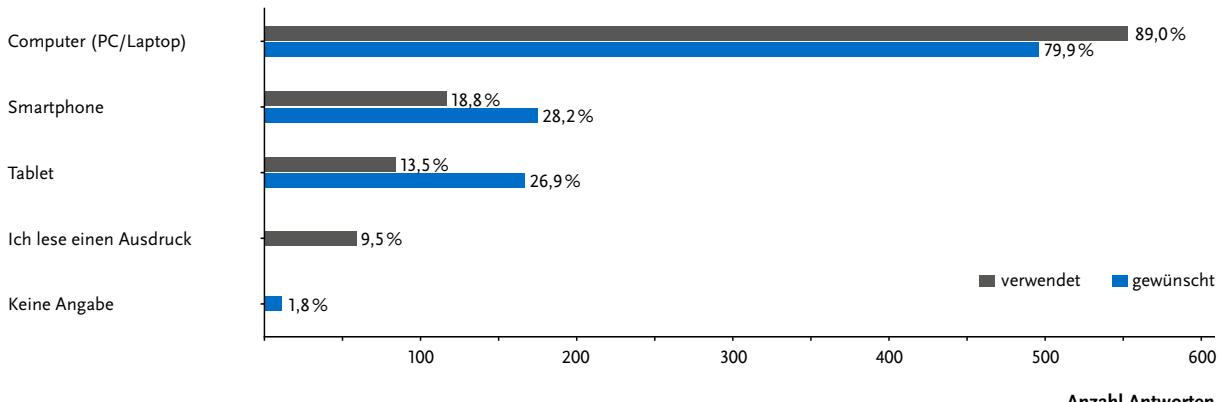


Abb. 4 | Angaben zu tatsächlicher und (bei optimaler Darstellung) gewünschter Verwendung von Endgeräten zum Lesen des *Epid Bull*. Mehrfachnennungen waren möglich (Anzahl Antwortende: 621, Anzahl Antworten: 849)

Das *Epid Bull* verwendet ein zweispaltiges Layout. Auf die Frage, ob sie beim Lesen am Bildschirm ein ein- oder ein zweispaltiges Layout bevorzugen würden, antworteten 46,9 % der Teilnehmenden, dass sie ein einspaltiges Layout bevorzugen, ein geringerer Anteil (29,1%) bevorzugt das zweispaltige Layout. 24 % hatten keine Präferenz.

Bei einer in Zukunft barrierefreien bzw. barrierearmen Gestaltung des *Epid Bull* würden sich 69 % ein barrierefreies/barrierearmes PDF-Dokument wünschen und 9,2 % eine barrierefreie/barrierearme HTML-Version. 21,8 % der Teilnehmenden gaben auf diese Frage keine Antwort.

Inhaltliche Bewertung

In einem weiteren Fragenblock wurden die Leserinnen und Leser gebeten, die Relevanz der publizierten Artikel für ihren (beruflichen) Alltag, den Informationswert, die Verständlichkeit im Allgemeinen sowie den Umfang der Beiträge zu beurteilen. Die Beurteilung des Informationswertes und der Verständlichkeit der veröffentlichten Artikel sind in Abbildung 5 dargestellt. Es wurde außerdem gefragt, wie die Anzahl der Abbildungen im *Epid Bull* sowie die Gestaltung der Artikel insgesamt beurteilt werden.

Überwiegend positiv bewertet wurden die Artikelrelevanz für den beruflichen Alltag (76 % der Teilnehmenden fanden die Artikel relevant bis sehr relevant), der Informationswert (91,5 % guter bis sehr guter Informationswert), die Verständlichkeit (98,1 % verständlich bis sehr gut verständlich) sowie die Gestaltung (85,4 % gut bis sehr gut).

Der Artikelumfang wurde mit 44,7 % als genau richtig eingestuft, während 50,5 % der Teilnehmenden angaben, die Artikel zu lang bzw. etwas zu lang zu finden.

Bezüglich der Abbildungszahl gaben 55,1 % der Teilnehmenden an, dass das *Epid Bull* genau die richtige Anzahl Abbildungen enthält. 25,9 % wünschten sich mehr Abbildungen. Lediglich 1,9 % gaben an, dass weniger Abbildungen benötigt werden.

Drei dieser sechs Fragen wurden auch 2011 gestellt. Im Allgemeinen wurde (bei etwas anderen Antwortmöglichkeiten) die Artikelrelevanz für den (beruflichen) Alltag 2011 besser bewertet, der Informationswert der publizierten Artikel jedoch in der Leserumfrage 2024 als besser empfunden. Die Bewertung der Verständlichkeit fiel in beiden Jahren

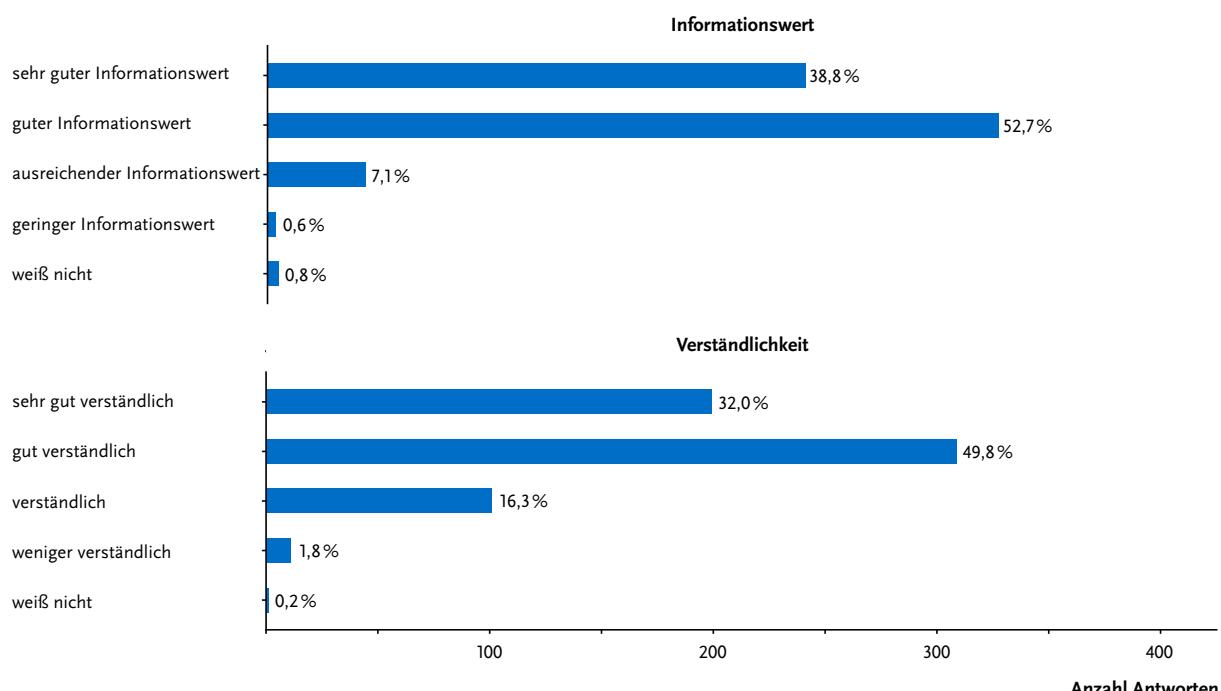


Abb. 5 | Beurteilung von Informationswert und Verständlichkeit der im *Epid Bull* veröffentlichten Artikel.

ähnlich aus. Fragen zum Artikelumfang, zur Abbildungsanzahl und Gestaltung waren 2011 nicht in der Leserumfrage enthalten.

Die wöchentlich erscheinenden Tabellen zur aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten lesen 44,4 % der Teilnehmenden regelmäßig und 46,4 % gelegentlich. In der Umfrage 2011 hatten 41 % angegeben, die Tabellen immer oder oft zu lesen, 27 % lasen sie unterschiedlich häufig. Aktuell lesen 8,9 % der Teilnehmenden nie die Statistiktabellen, 2011 waren es 32 % (selten oder nie).

Abschließend wurden zwei Fragen zu Autorenschaft und zur Artikeleinreichung gestellt: 6,6 % waren schon einmal Autorinnen bzw. Autoren eines Artikels im *Epid Bull*, die überwiegende Mehrheit nicht (92,3 %). Auf die Frage, ob eine Artikeleinreichung in Frage käme antworteten 20,3 % mit „ja“ und 28,1 % waren unentschlossen. Diejenigen, die mit „nein“ antworteten (51,6 %), gaben als Gründe an, keine Erfahrungen mit wissenschaftlichen Publikationen (58,5 %) bzw. keine geeigneten Themen im beruflichen Alltag (41,8 %) oder Zeitmangel (13,4 %) zu haben, mit Sonstigem antworteten 9,3 %.

Freitextkommentare

Insgesamt hinterließen 133 Personen Kommentare im Freitextfeld. In der Auswertung nicht berücksichtigt wurden Kommentare wie z. B. „keine weiteren Hinweise“. Einige Kommentare beinhalteten mehrere Themenbereiche. Dies begründet die höhere Anzahl auswertbarer Inhalte (n=170). Es konnten insgesamt sieben (übergeordnete) Themen identifiziert werden, 15 Antworten konnten keinem Thema zugeordnet werden.

Gestaltung des *Epid Bull* (21 Kommentare): Im Unterthema *Tabellen und Abbildungen* (n=9) gab es viele Anregungen bezüglich der Farbgestaltung und des Wunsches nach einer abwechslungsreicheren (bunteren) und barrierefreien Darstellung. Ein Kommentar bezog sich auf die Einbindung von Tabellen und Abbildungen in den Text.

► „Tabellen: Überschrift mit blauer Schrift auf weißem Hintergrund ist ungewohnt aber in Ordnung; der Inhalt mit schwarzer Schrift auf grauem Hintergrund ist für mich sehr schwer

lesbar: zu wenig Kontrast. Liniendiagramme nehmen in der Farbe leider keine Rücksicht auf Farbenblindheit.“

- „Die Farbgebung bei vielen Figures ist für schnelle Erfassung suboptimal (verschiedene Blau- und Grau-Töne); höhere Kontraste durch breitere Auswahl an Farben wären besser.“
- „Ich fände es super, wenn die Abbildungen im EpiBull entweder im SVG-Format eingebunden werden könnten oder die Daten, die hinter den Abbildungen liegen online oder am Ende des EpiBulls als Tabelle abrufbar wären.“

Dem Unterthema *Allgemeines Layout* konnten 12 Kommentare zugeordnet werden. Angeregt wurde vor allem, dass das zweispaltige Layout besser lesbar und moderner gestaltet werden könnte.

- „responsives Design, gute Lesbarkeit auf PC und Handy. Gerne zusätzlich PDF-Version“
- „Das Layout wirkt, auch bei oft guten Inhalten, altbacken und könnte eine Auffrischung vertragen.“
- „Präferenz für Lesen am Desktop-Computer: zweispaltig Präferenz für Lesen auf dem Smartphone: einspaltig (Es war nur eine Antwortmöglichkeit zulässig.)“

Lesbarkeit der Artikel (20 Kommentare): Hier wurde mehrheitlich angemerkt, dass die Artikel, insbesondere Beiträge zu epidemiologischen Themen, oft sehr lang und komplex sind. Kommentiert wurden auch Sprache und Verständlichkeit, wo teilweise eine zu komplizierte Ausdrucksweise kritisiert wurde. Es gab allerdings auch positive Rückmeldungen.

- „Insgesamt sind die Artikel etwas altbacken dargestellt. Oft zu behördlich, die meistens sehr wertvollen Inhalte könnten besser dargestellt werden.“
- „Mehr Übersicht. Struktur in den Texten. Kurze Sätze. Das Wichtigste dick gedruckt.“
- „Insgesamt etwas zu sperrige Darstellung. In der Kürze liegt die Würze.“
- „Teilweise gibt es Wiederholungen der nahezu identischen Informationen an verschiedenen Stellen, was das Lesen verlangsamt.“
- „Die Beiträge sind auch für „Nicht“ Mediziner sehr gut zu verstehen.“

Es gab 14 Kommentare, die Wünsche und Anregungen zu **Artikelzusammenfassungen bzw. Abstracts** beinhalteten. Derzeit gibt es lediglich im Inhaltsverzeichnis des *Epid Bull* jeweils eine kurze Zusammenfassung der Artikel, die von der Redaktion verfasst wird. Einige der Teilnehmenden wünschen sich darüber hinaus jedoch ausführlichere und prägnantere Zusammenfassungen.

- ▶ „Eine separate und prägnante Zusammenfassung zu Beginn der Artikel bzw. im Content wäre gut.“
- ▶ „Stichwortartige Zusammenfassung immer am Anfang des Artikels – ermöglicht gerade bei Zeitnot einen schnelleren Überblick und Zugriff auf bestimmte Artikel.“

Vierzehn Teilnehmende äußerten sich im Freitextfeld zu den **Tabellen meldepflichtiger Erkrankungen**. Hier wurden vor allem eine grafische Darstellung der in den Tabellen enthaltenen Daten (z. B. Zeitverläufe) sowie Kommentare oder Bewertungen bei Auffälligkeiten angeregt.

- ▶ „Ich würde mir eine statistische Auswertung der Daten aus den Tabellen der meldepflichtigen Erkrankungen wünschen. Zum Beispiel eine Grafik über den Jahresverlauf mit Vergleich zu Vorjahren. Weil man rein aus der Tabelle heraus nicht erkennen kann, ob es saisonal Ausreißer nach oben gibt.“
- ▶ „Bei der Statistik meldepflichtiger Erkrankungen wäre eine kurze Zusammenfassung relevanter Tendenzen sinnvoll.“

Zum Punkt **Newsletter bzw. Epid-Bull-Website** gab es jeweils drei Anregungen.

- ▶ „Außerdem würde[e] ich mir im Newsletter einen Link zum EpiBull wünschen und keinen Link zu einem Link wie aktuell.“
- ▶ „Durch den Newsletter werde ich immer an das Epidemiologische Bulletin erinnert. Diese Nachricht ist für mich sehr gut. Ich lese dann entweder auf dem Laptop oder dem Tablet“
- ▶ „Ich würde mich freuen, wenn auf der Webseite des Epi Bulls der Download link irgendwie auffälliger wäre. Als Nutzerin klicke ich total oft versehentlich auf das Inhaltsverzeichnis.“

Die Punkte **Spezifische inhaltliche Themen (n=9)** und **Themenwünsche (n=20)** werden auf Grund der starken Heterogenität der Antworten hier nicht dargestellt.

Positives Feedback (n=51): Eine große Anzahl der Kommentare beinhaltete ein positives Feedback.

- ▶ „Die Informationen sind immer sehr nah an den aktuellen Geschehnissen und häufig im beruflichen Alltag anwendbar“;
- ▶ „Ich bin als Klinikchef einer Kinderklinik sehr dankbar für die Versendung des epid. Bulletins.“
- ▶ „Die Themen sind für den ÖGD durchaus relevant.“
- ▶ „Gutes Format und wichtiges Element in meiner Arbeit.“
- ▶ „Ansonsten vielen herzlichen Dank für die Bereitstellung des EpiBulls und die ganze Arbeit die rein fliesst!!! Ganz großes Lob :-“

Diskussion

Im September 2024 fand innerhalb eines Zeitraums von etwas mehr als drei Wochen eine Online-Umfrage unter Leserinnen und Lesern des *Epid Bull* statt, an der sich 621 Personen beteiligten. Ziel der Umfrage war, mehr über die Leserinnen und Leser sowie ihre Zufriedenheit mit dem *Epid Bull* zu erfahren und nach möglichen Verbesserungen zu fragen. An der letzten Leserumfrage im Jahr 2011 nahmen 387 Personen teil, sodass ein Rücklauf von 621 Antworten bei der vorliegenden Auswertung als sehr gutes Ergebnis gewertet werden kann.

Die Teilnehmenden haben insgesamt einen heterogenen Berufshintergrund. Ein Großteil befasst sich mit Themen der Hygiene, an zweiter Stelle folgt der ÖGD und dann die Ärzteschaft. Bei dieser Frage waren jedoch Mehrfachantworten möglich und in vielen Tätigkeitsbereichen, so z. B. auch im ÖGD und im ärztlichen Alltag, spielen Hygienethemen eine große Rolle. Die sonstigen Angaben entsprachen weitestgehend der Befragung von 2011 (Variable Hygiene 2011 nicht enthalten).

Die Mehrheit der Teilnehmenden wohnt in Deutschland. Das ist nachvollziehbar, da das *Epid Bull* eine deutschsprachige Zeitschrift ist und vornehmlich

Deutschland betreffende Themen veröffentlicht. Eine länderspezifische Auswertung der *Epid-Bull*-Zugriffszahlen für das Jahr 2025 ergab, dass neben Lesenden aus Deutschland (68,6 %) auch Personen mit Standort Vereinigtes Königreich (3,3 %), USA (2,8 %) oder Frankreich (2,3 %), um die drei häufigsten anderen Länder zu nennen, das *Epid Bull* lesen (Stand: 7.1.2026). Die geringe Zahl der Personen, die im Fragebogen einen Wohnsitz außerhalb Deutschlands angaben, (1,3 %) lässt darauf schließen, dass diese in der Umfrage vermutlich unterrepräsentiert sind.

Wie auch in der Umfrage von 2011 gab die Mehrheit der Teilnehmenden aktuell an, das *Epid Bull* wöchentlich oder monatlich zu lesen. Dabei gab es aber eine Verschiebung gegenüber der Befragung von vor 13 Jahren: 2011 lasen 80 % das *Epid Bull* wöchentlich, 2024 sind es ca. 60 %. Dies spiegelt womöglich das gestiegene Angebot an Fachliteratur und/oder eine in vielen Arbeitsbereichen höhere Arbeitsverdichtung wider, so dass nicht jede Ausgabe gelesen werden kann bzw. nur bei spezifischem Interesse. Zudem hat sich vor allem seit Beginn der COVID-19-Pandemie der Umfang des *Epid Bull* deutlich vergrößert (s. hierzu auch die Jahresrückblicke „In eigener Sache“ in den Ausgaben 50/2021, 50/2022 und 50/2023), sodass das Lesen der Ausgabe mehr Zeit in Anspruch nehmen würde.

Die Mehrheit der Teilnehmenden liest das *Epid Bull* am Computer (89 %). Insgesamt 32 % verwenden Smartphone oder Tablet (Mehrfachnennungen waren möglich). Das deckt sich weitestgehend mit einer Auswertung von Zugriffszahlen, wonach 70 % vom Computer aus das *Epid Bull* aufrufen und 28 % über das Smartphone. Im Vergleich dazu wird die RKI-Internetseite überwiegend vom Smartphone (56 %) aus aufgerufen (Computer 40 %; Stand: 7.1.2026).

Die Mehrheit erfährt von einer neuen *Epid-Bull*-Ausgabe durch die RKI-Webseite oder den Newsletter, der gegenwärtig 13.394 Abonnentinnen und Abonnenten hat (Stand: 7.1.2026). Nur 3,4 % der Lesenden erfährt über Social Media vom Erscheinen einer neuen Ausgabe, obwohl fast alle Publikationen des *Epid Bull* vom RKI-Social-Media-Team verbreitet werden. Eine Erklärung wäre, dass an der

Umfrage eher Personen teilnahmen, die den Newsletter erhalten oder sich auf der RKI-Webseite informieren. Social-Media-Inhalte erreichen eher Personen, die ein bestimmtes Thema wahrnehmen, sich aber nicht unbedingt intensiver mit dem Content befassen. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass der Newsletter in der Regel unmittelbar nach dem Erscheinen der aktuellen Ausgabe versendet wird, während die Social-Media-Beiträge gelegentlich zeitlich verzögert veröffentlicht werden. Die Social-Media-Beiträge erfahren auf den diversen Plattformen je nach Thema eine gute bis sehr gute Resonanz, allerdings lässt sich nicht erkennen, ob die Zielgruppe dieser Posts mit der Leserschaft des *Epid Bull* übereinstimmt. Die meisten Teilnehmenden gaben an, der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen anzugehören (wenngleich es einen Umbruch gegenüber 2011 gibt, u. a. ein Zuwachs an Lesenden in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen).

Die Ergebnisse der Befragung aus dem Jahr 2024 zur Relevanz der publizierten Artikel für den (beruflichen) Alltag, zum Informationswert sowie zur Verständlichkeit der Artikel wurden im Vergleich zur Befragung 2011 teilweise besser, zumeist aber ähnlich bewertet.

Die Statistiktabellen zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten lesen laut der Umfrage 2024 (bei etwas anderer Fragestellung) deutlich mehr Teilnehmende als 2011; knapp unter 9 % gaben jetzt an, sie so gut wie nie zu nutzen gegenüber 32 % bei der Umfrage 2011. Zudem gab es viele Kommentare in den Freitexten zu den Tabellen. Insgesamt ging es darin um eine erweiterte Nutzungsmöglichkeit, wie z. B. unterstützende Grafiken oder eine inhaltliche Einordnung. Gegenwärtig wird an einer erweiterten Nutzung bzw. einer grafischen Darstellung gemeinsam mit Fachgebiet 32 Surveillance und elektronisches Melde- und Informationssystem (DEMIS), ÖGD-Kontaktstelle des RKI gearbeitet. Wir hoffen, zu den Statistiktabellen meldepflichtiger Infektionskrankheiten im Laufe dieses Jahres auch Grafiken anbieten zu können.

Die *Epid-Bull*-Webseite wurde überwiegend positiv bewertet, Verbesserungsbedarf gibt es insbesondere bei der Suchfunktion und der Navigation. Die Übersichtlichkeit und der Informationsgehalt wurden

sehr positiv bewertet. Im Januar 2025 fand ein Relaunch der RKI-Webseite statt. Dieser fand in Bezug auf die Umfrage zu einem ungünstigen Zeitpunkt statt, denn im Zuge dessen wurden das Aussehen und der Aufbau sowie die Navigation verändert. Die Lesbarkeit auf Endgeräten wie Tablet oder Handy wurden verbessert. Bei einer früheren Befragung hätten die Umfrageergebnisse einen Einfluss auf die Neugestaltung der Webseite nehmen können. Bei einer späteren Befragung hätte die aktuelle Webseite bewertet werden können.

Als Folge der Umfrage im Jahr 2011 wurden die Druckversion des *Epid Bull* eingestellt und die kostenpflichtigen Abonnements beendet. Außerdem wurde die Möglichkeit eines E-Mailverteilers für alle Interessierten über den ÖGD hinaus geschaffen. Das Layout des *Epid Bull* wurde verändert und eine Erklärung zur Publikationsethik, Autorenhinweise sowie eine Checkliste für Artikeleinreichungen erarbeitet. Wir sind daran interessiert, dass auch externe Autorinnen und Autoren Artikel im *Epid Bull* publizieren. Bei (thematischer) Eignung begleitet die Redaktion durch den Publikationsprozess, so dass auch Interessierte mit weniger Erfahrung im wissenschaftlichen Publizieren Beiträge einreichen können.

Mit der Veröffentlichung von Ausgabe 1/2026 werden alle *Epid-Bull*-Ausgaben als barrierefreie Ausgabe angeboten. Aufgrund des komplexen Layouts war das zunächst eine technische und redaktionelle Herausforderung, da bestehende Arbeitsabläufe

angepasst und teilweise neu entwickelt werden mussten. Zusätzlich waren gestalterische Entscheidungen erforderlich, die das Layout sowie den Einsatz von Farben und deren Wirkung im Hinblick auf Barrierefreiheit berücksichtigen mussten, insbesondere hinsichtlich eindeutiger Farbunterscheidungen und ausreichender Kontraste. Diese Umstellungen liefen bereits seit einiger Zeit parallel zu den wöchentlichen Publikationen und konnten nun erfolgreich abgeschlossen werden. Gleichzeitig möchten wir, obwohl der Relaunch der RKI-Webseite 2025 bereits mit Veränderungen der *Epid-Bull*-Webseite einherging, die Userfreundlichkeit z. B. bezüglich der Lesbarkeit auf dem Handy oder aber auch hinsichtlich der Suchfunktion weiterentwickeln und verbessern. Die Kurztexte im Inhaltsverzeichnis werden seit 2025 auch auf Englisch angeboten, den Wünschen nach ausführlicheren Zusammenfassungen (Abstracts) werden wir in Zukunft mehr Beachtung schenken.

Die Umfrage hat interessante Ergebnisse und Anregungen generiert. Wir prüfen, inwieweit sie umsetzbar sind. Bei einigen wichtigen Punkten (Barrierefreiheit und Visualisierung der Statistiktabellen meldepflichtiger Infektionskrankheiten) ist die Umsetzung bereits erfolgt bzw. befinden wir uns gegenwärtig in der Umsetzung.

Die Redaktion des *Epid Bull* bedankt sich bei allen Leserinnen und Lesern, die an der Umfrage teilgenommen haben.

Autoren

^{a)} Dr. Jamela Seedat | ^{a)} Dr. Maren Winkler* |

^{b)} Yari Osenberg

^{a)} Robert Koch Institut, Presse und Öffentlichkeitsarbeit

^{b)} Robert Koch-Institut, MF2 Fachdaten-Kompetenzzentrum, MFI Methodenentwicklung, Forschungsinfrastruktur und Informationstechnologie

* (bis Ende 2025)

Korrespondenz: epidbull@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Seedat J, Winkler M, Osenberg Y: Ergebnisse einer Umfrage unter Leserinnen und Lesern des *Epidemiologischen Bulletins*

Epid Bull 2026;3:10-18 | 10.25646/13605

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Stellenausschreibung

Teilnahme als Fellow an der 2-jährigen Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE)

Die Ausbildung richtet sich an Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus einem Public-Health-relevanten Fach (Medizin, Gesundheitswissenschaften).

Alle Ausbildungsinhalte sind an der Praxis orientiert und darauf ausgerichtet, im konkreten Fall die geeigneten Maßnahmen für die Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten zu ermitteln und umzusetzen. Inhaltliche Schwerpunkte des Programms sind dabei:

- ▶ Bearbeitung von Surveillance- und Public-Health-relevanten Forschungsprojekten und Publikation der Ergebnisse
- ▶ Durchführung von Ausbruchsuntersuchungen
- ▶ Mitarbeit bei vielfältigen Routineaufgaben in der Infektionsepidemiologie
- ▶ Planung und Durchführung von Lehrveranstaltungen

Die Teilnehmenden sind in der Abteilung für Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut (RKI) tätig.

Es besteht die Möglichkeit, sich für einen in das Ausbildungsprogramm integrierten Master of Science in Applied Epidemiology (MSAE) einzuschreiben, der in Kooperation mit der Charité angeboten wird.

Bewerbungsfrist ist der 8. Februar 2026, Beginn der Ausbildung ist am 7. September 2026.

Die vollständige Stellenausschreibung kann auf der Website des RKI eingesehen werden. Nähere Informationen zum Ausbildungsprogramm finden sich unter www.rki.de/pae.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

2. Woche 2026 (Datenstand: 14. Januar 2026)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
Baden-Württemberg	25	46	81	2	9	23	5	7	6	108	172	381	12	17	45
Bayern	38	104	154	12	24	22	4	11	6	137	303	457	15	36	89
Berlin	16	25	63	2	3	12	2	2	2	129	265	208	2	9	31
Brandenburg	20	34	54	6	6	6	4	5	8	135	217	200	14	18	140
Bremen	5	8	15	0	0	0	0	1	2	20	45	19	9	14	4
Hamburg	14	19	49	4	4	6	0	3	2	39	97	68	10	18	34
Hessen	30	38	72	5	12	10	5	9	10	128	246	346	18	24	94
Mecklenburg-Vorpommern	22	33	48	4	9	5	3	3	6	47	71	135	4	7	29
Niedersachsen	44	78	137	8	14	27	9	16	14	130	213	416	16	28	90
Nordrhein-Westfalen	207	301	379	9	19	54	13	20	23	375	573	1.302	48	81	203
Rheinland-Pfalz	46	59	98	5	8	11	4	6	5	122	196	323	8	13	66
Saarland	9	14	27	1	1	4	1	2	1	19	33	95	1	2	51
Sachsen	44	78	92	9	13	18	4	5	9	140	230	430	45	71	44
Sachsen-Anhalt	12	25	30	4	9	21	2	2	2	100	158	252	33	50	51
Schleswig-Holstein	17	35	39	3	5	8	4	8	8	123	190	84	5	7	17
Thüringen	24	36	45	13	17	25	3	5	3	119	169	187	23	46	63
Deutschland	573	933	1.383	87	153	252	63	105	107	1.871	3.178	4.903	263	441	1.051

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
Baden-Württemberg	1	3	7	14	24	41	5	13	17	5	9	14	3.019	5.555	1.772
Bayern	4	5	8	19	38	55	8	13	30	3	9	21	4.271	8.621	3.293
Berlin	1	1	2	19	26	33	6	12	15	1	3	7	914	1.615	1.175
Brandenburg	1	1	1	3	4	8	0	0	4	1	2	3	810	1.205	667
Bremen	0	0	1	4	5	11	2	3	1	0	2	4	148	260	43
Hamburg	0	0	2	5	7	20	1	4	1	2	3	8	367	652	495
Hessen	0	2	6	19	26	40	5	9	11	11	16	15	1.802	2.928	1.126
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	0	2	3	2	0	1	3	2	2	2	509	734	385
Niedersachsen	5	8	6	27	37	29	16	21	14	5	8	12	1.213	1.999	929
Nordrhein-Westfalen	10	13	6	51	63	99	23	33	33	14	18	25	3.474	5.301	2.996
Rheinland-Pfalz	3	3	2	10	14	30	5	5	6	6	8	8	1.081	1.745	714
Saarland	0	1	1	4	4	9	0	2	0	1	1	3	238	316	190
Sachsen	2	2	3	4	6	10	5	5	6	0	2	1	2.473	4.018	1.581
Sachsen-Anhalt	0	0	1	3	6	10	1	2	3	2	2	6	814	1.151	592
Schleswig-Holstein	2	2	0	3	6	13	2	5	11	1	2	4	280	483	505
Thüringen	1	1	0	3	3	4	0	0	3	2	2	3	653	1.024	628
Deutschland	30	45	46	190	272	414	79	128	158	56	89	136	22.066	37.607	17.091

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
Baden-Württemberg	1	1	1	1	1	0	0	0	0	7	10	32	79	105	159
Bayern	0	0	1	0	0	2	0	0	0	14	28	69	110	153	341
Berlin	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	16	16	23	46
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	30	12	15	40
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	2
Hamburg	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	16	27
Hessen	0	0	0	0	1	3	0	0	0	7	8	30	14	21	27
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	6	14	17	13
Niedersachsen	0	1	0	0	1	2	0	0	0	4	4	33	57	66	61
Nordrhein-Westfalen	2	2	1	1	1	1	0	0	0	11	13	42	130	190	164
Rheinland-Pfalz	0	0	1	0	0	0	0	0	0	9	9	21	10	17	24
Saarland	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	6	7	7	9
Sachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	14	35	48	64	99
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	13	39	6	7	7
Schleswig-Holstein	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	8	23	32	14
Thüringen	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	10	44	24	30	17
Deutschland	4	5	7	3	6	9	0	0	0	92	121	418	563	767	1.050

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

	Acinetobacter ¹			Enterobakteriales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
Baden-Württemberg	1	5	2	27	49	43	1	3	3	0	3	5	505	1.090	803
Bayern	0	1	4	17	28	31	3	6	13	1	2	4	746	1.593	1.078
Berlin	1	1	3	7	12	20	3	5	0	1	3	2	264	486	457
Brandenburg	0	0	0	7	10	4	2	4	9	0	1	0	275	506	309
Bremen	0	0	0	1	1	2	1	2	0	0	0	0	14	44	33
Hamburg	0	1	2	6	10	19	5	5	1	2	3	2	77	168	134
Hessen	0	0	4	26	39	45	0	1	4	4	4	3	371	651	572
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	1	2	1	1	3	1	0	0	2	218	379	243
Niedersachsen	2	2	1	16	27	25	5	7	5	0	1	6	310	627	460
Nordrhein-Westfalen	2	5	1	33	56	91	16	22	33	5	14	9	815	1.392	1.368
Rheinland-Pfalz	1	1	1	9	14	20	3	3	1	2	2	2	276	481	379
Saarland	0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	96	149	109
Sachsen	1	3	0	8	10	11	8	16	12	0	2	0	469	887	687
Sachsen-Anhalt	0	0	0	3	4	6	4	10	2	0	0	1	217	359	293
Schleswig-Holstein	0	0	0	3	5	9	1	1	2	0	3	0	187	332	234
Thüringen	0	1	0	3	5	5	0	0	1	0	1	4	238	442	205
Deutschland	8	20	19	169	274	333	53	88	87	15	39	40	5.078	9.586	7.364

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	2026		2025
	2.	1.-2.	1.-2.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	4	18
Bornavirus-Erkrankung	0	0	0
Botulismus	0	1	0
Brucellose	0	0	2
Candidozyma auris, invasive Infektion	1	1	0
Chikungunaviruss-Erkrankung	5	10	0
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	0	6
Denguefieber	1	6	35
Diphtherie	0	0	3
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	1	1	4
Giardiasis	19	37	81
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	51	92	121
Hantavirus-Erkrankung	3	7	11
Hepatitis D	0	2	4
Hepatitis E	61	108	142
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	1	0
Kryptosporidiose	18	30	51
Legionellose	24	48	59
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	0	8
Listeriose	18	26	25
Malaria	16	29	21
Meningokokken, invasive Infektion	4	8	17
Mpox	8	18	26
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	0	2
Paratyphus	0	0	0
Pneumokokken, invasive Infektion	357	689	761
Q-Fieber	0	0	1
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	1.667	2.635	2.536
Shigellose	33	57	44
Trichinellose	0	0	0
Tularämie	0	0	4
Typhus abdominalis	0	0	2
West-Nil-Fieber*	0	0	0
Yersiniose	41	75	64
Zikavirus-Erkrankung	0	0	0

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).

* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle