

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

13
2026

26. März 2026

Epidemiologisches Bulletin

**Impfen im Justizvollzug –
Vorschläge und Betrachtung aus
der Praxis der Vollzugsmedizin**

Inhalt

Impfen im Justizvollzug – Vorschläge und Betrachtung aus der Praxis der Vollzugsmedizin 3

Impflücken sind ein bekanntes Problem in Deutschland, Menschen sind deshalb nur unzureichend vor impfpräventablen Erkrankungen und deren Folgen geschützt. Dies gilt insbesondere für Personen in Haft, welche aufgrund der Unterbringung vieler Menschen auf engem Raum sowie weiterer Faktoren einem erhöhten Risiko für Infektionen mit impfpräventablen Erkrankungen ausgesetzt sind. Die Rahmenbedingungen der vollzuglichen Versorgungstätigkeit erfordern pragmatische Ansätze, die sich niederschwellig und nachhaltig in bestehende Abläufe integrieren lassen. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über mögliche Impfprioritäten im Vollzug aus der Praxis der Vollzugsmedizin, der als Handreichung in diesem Setting dienen kann. Die Empfehlungen in diesem Artikel ersetzen nicht die offiziellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder des Robert Koch-Instituts.

Vaccination in prisons – suggestions and considerations from the practical field of prison healthcare

Vaccination gaps are a well-known problem in Germany, as a result of which people are inadequately protected against vaccine-preventable diseases and their consequences. This applies in particular to people in prisons, who are exposed to an increased risk of infections with vaccine-preventable diseases due to the accommodation of many individuals in confined spaces as well as other factors. The framework conditions of prison healthcare require pragmatic approaches that can be integrated into existing processes in a low-threshold and sustainable manner. This article provides an overview of possible vaccination priorities in prisons based on practical experience in prison healthcare, which can serve as a guide in this setting. The recommendations in this article do not replace the official recommendations of the Standing Committee on Vaccination (STIKO) or the Robert Koch Institute.

(Article in German)

Fünf Gonorrhö-Fälle mit Reiseanamnese nach Asien und hochresistenten Erregernachweisen, Deutschland 2025 7

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 12. Woche 2026 8

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
(Ltd. Redakteurin)

Sabine Trömer
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistenz

Nadja Harendt

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



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

Impfen im Justizvollzug – Vorschläge und Betrachtung aus der Praxis der Vollzugsmedizin

Einleitung

Impflücken sind ein bekanntes Problem in Deutschland, Menschen sind deshalb nur unzureichend vor impfpräventablen Erkrankungen und deren Folgen geschützt.¹ Jeder Patientenkontakt sollte daher zur Überprüfung des Impfstatus genutzt werden.² Dies betrifft auch den Justizvollzug als besonders prekäres Umfeld. Die Rahmenbedingungen der vollzuglichen Versorgungstätigkeit erfordern pragmatische Ansätze, die sich niederschwellig und nachhaltig in bestehende Abläufe integrieren lassen. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über mögliche Impfprioritäten im Vollzug aus der Praxis der Vollzugsmedizin, der als Handreichung in diesem Setting dienen kann und Schwerpunkte basierend auf den Lebensumständen und epidemiologischen Gegebenheiten in diesem Kontext setzt.

Besondere Verantwortung des Justizvollzugs

Grundsätzlich besteht in deutschen Gefängnissen ein Anspruch auf medizinische Leistungen entsprechend dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherungen („Äquivalenzprinzip“).³ Auch Impfungen sind daher gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) anzubieten.²

Da Menschen in Haft in Deutschland häufig eine Reihe von Risikofaktoren für unzureichende Impfquoten aufweisen, bspw. mangelnden Versicherungsschutz, Wohnungslosigkeit oder Herkunft aus Ländern mit eingeschränktem Zugang zu Impfungen, kann das Äquivalenzprinzip in diesem Zusammenhang nur als Mindeststandard angesehen werden.

Menschen in Haft sind zudem unfreiwillig in einer Gemeinschaftsunterkunft untergebracht und dem hiermit assoziierten, erhöhten Risiko für Ansteckungen mit impfpräventablen Infektionskrankheiten ausgesetzt. Hieraus lässt sich eine besondere

Fürsorgepflicht des Vollzugs ableiten, die es erforderlich macht, sowohl das individuelle als auch das populationsbezogene Risiko impfpräventabler Erkrankungen durch gezielte Maßnahmen zu minimieren.

Risiken impfpräventabler Erkrankungen in Haft

Die Unterbringung von vielen Menschen auf relativ kleinem Raum ist grundsätzlich mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Ansteckungen mit Infektionskrankheiten verknüpft. Zudem gibt es Infektionsrisiken, die vollzugsspezifisch besonders berücksichtigt werden müssen.

Insbesondere ist das Verletzungsrisiko in Haft erhöht (Selbst- und Fremdaggression, Impulskontrollstörungen, körperliches Arbeiten teilweise unter Medikamenten- bzw. Drogeneinfluss), sodass auf einen ausreichenden Tetanusschutz geachtet werden sollte. Aufgrund der gemeinschaftlichen Unterbringung und der großen Internationalität in vielen Justizvollzugsanstalten sollte dabei aufgrund der aktuellen Pertussis-, Polio- und Diphtherie-Situation vorzugsweise eine Vierfachimpfung erfolgen (Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Polio-Kombinationsimpfung).⁴⁻⁶

Seit dem Ende der COVID-19-Pandemie sind die Masern-Fallzahlen in Europa wieder stark angestiegen.⁷ Die hohe Kontagiosität der Masern gepaart mit der gemeinschaftlichen Unterbringungssituation und den oben genannten Risikoprofilen bedingt die Notwendigkeit einer Priorisierung der Masern-Impfung (als einmalige Masern-Mumps-Röteln-Impfung) im Vollzugssetting.

Auch Hepatitis B nimmt im Vollzug eine Sonderstellung ein, einerseits aufgrund der häufiger als außervollzuglich vorliegenden individuellen Risikofaktoren, andererseits aufgrund der in Haft erhöh-

Tab. 1 | Übersicht über einen Vorschlag pragmatischer Impfprioritäten im Justizvollzug; die **einschlägigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission in der jeweils gültigen Fassung bleiben maßgeblich**, siehe www.rki.de/stiko-empfehlungen.

Impfstoff	Besonders zu berücksichtigen bei ...	Bei bestehender Grundimmunisierung	Ohne bestehende Grundimmunisierung	
Besondere Priorisierung im Vollzugskontext	Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Polio (Tdap-IPV)	Allen	Falls keine Tetanus- oder keine Diphtherie-Auffrischimpfung in den vergangenen 10 Jahren, oder keine einmalige Pertussis- oder Polio-Auffrischimpfung dokumentiert ist ^a	Einmalig Tdap-IPV, dann Komplettierung mit Td-IPV nach 1 und nach 6 Monaten (bzw. nach Fachinfo)
	Masern-Mumps-Röteln (MMR)	Rezenter Migrationshintergrund	—	Eine Impfstoffdosis eines MMR-Impfstoffs für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder nur einer Impfung in der Kindheit
	Hepatitis B	i. v.-Drogenabusus, sonstiges Risikoprofil ^b	Einmalige Auffrischimpfung, ^c ggf. Verzicht falls adäquater Impfter in letzten 10 Jahren dokumentiert	Impfung nach 0, 1 und 6 Monaten (bzw. nach Fachinfo)
Risikoabhängige Priorisierung	Hepatitis A	i. v.-Drogenabusus, sex./berufl. Expos.	Einzelfallentscheidung basierend auf Fachinfo	Impfung gemäß Fachinfo, ggf. mittels Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfstoff
Saisonal	Influenza	Saisonal (altersabh., Komorbidität)	Jährliche Impfung im Herbst/Winter entsprechend der STIKO-Indikationen ^d	
	COVID-19		Jährliche Impfung im Herbst entsprechend der STIKO-Indikationen	Grundimmunisierung und jährliche Impfung im Herbst entsprechend der STIKO-Indikationen
	Respiratorische Synzytial-Viren (RSV)		—	Einmalige Impfung im Spätsommer/Herbst
Sonstige Impfungen	Pneumokokken	Altersabh., Komorbidität	—	Einmalige Impfung (PCV20) ^e
	Herpes zoster	Altersabh., Komorbidität	—	Impfung nach 0 und 2–6 Monaten
	Röteln/Varizellen	Frauen	Differenzierte Empfehlungen abhängig von Impfdokumentation, Serostatus, Kinderwunsch	
	FSME	Personen, die in FSME-Risikogebieten zeckenexponiert sind ^d	Auffrischung gemäß Fachinfo	Gemäß Fachinfo
	Mpox	Sexuelles Risiko	Einmalige Impfung (bei früherer Pockenimpfung)	Impfungen nach 0 und mind. 28 Tagen
	COVID-19/Influenza/Pertussis	Schwangere	Prüfung der Grundimmunisierung gegen COVID-19, Auffrischimpfung gegen Influenza und Pertussis in jeder Schwangerschaft	Grundimmunisierung gegen COVID-19, Auffrischimpfung gegen Influenza und Pertussis in jeder Schwangerschaft
	HPV	altersabhängig ggf. individuell	—	Gemäß Fachinfo

^a Impfung mit Einzelimpfstoffen möglich, sofern verfügbar (siehe bspw. [Epid Bull 4/2026, S. 69](#)); verstärkte Impfreaktionen möglich bei sehr häufigen Auffrischimpfungen.

^b HCV-/HIV-Infektion, riskantes Sexualverhalten, Rückkehr in Risikosegung (Obdachlosigkeit, Psychiatrie, Hochprävalenzländer [insb. in Osteuropa, Südostasien, Afrika, Karibik, Südamerika]). Bundeslandabhängig allgemeine Impfeempfehlung.

^c Reguläre Kinderimpfung in Deutschland seit 1995; Anti-HBs-Titerkontrolle nach 4–8 Wochen.

^d Bundeslandabhängig können erweiterte Impfeempfehlungen bestehen (bspw. uneingeschränkte Empfehlung zur Influenza-Impfung und FSME-Impfung ohne geografische Einschränkung in Baden-Württemberg; lbv.landbw.de/-/impfungen [abgerufen am 28.10.2025]).

^e Differenzierte Empfehlungen, falls mit anderem Impfstoff vorgeimpft.

ten Expositionswahrscheinlichkeit gegenüber blutübertragenen Viren.⁸ Eine Hepatitis-B-Impfung kann als Anlass für eine Hepatitis-A-Impfung genommen werden, für die auch primär eine Indikation bestehen kann (z. B. bei intravenös Drogenkonsumierenden, bei Personen mit erhöhtem sexuellem Expositionsrisiko, oder mit Krankheiten der Leber/Leberbeteiligung).²

Die saisonal empfohlenen Impfungen gegen respiratorische Erkrankungen wie COVID-19, Grippe (Influenza) und Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) sollten auch in Justizvollzugsanstalten angeboten werden. Die Unterbringungssituation bedingt regelhaft ein erhöhtes Ansteckungsrisiko und eine rasche, epidemische Ausbreitung bei unweigerlich von außerhalb über Personal, Neuaufnahmen oder Besuch eingetragenen Infektionen.⁹

Pragmatisches Vorgehen in der Praxis

Verschiedene Ansätze zur Steigerung von Impfquoten sind bekannt,¹⁰ wobei die Datenlage hinsichtlich der Wirksamkeit von Impfanstrengungen im Vollzug eher begrenzt ist.¹¹

Unabhängig von dezidierten Projekten zur Impfquotensteigerung sollte jeder Mensch, der neu in den Vollzug kommt, ärztlich vorgestellt werden. Die Erstuntersuchung sollte eine Prüfung des Impfstatus beinhalten, sofern die Situation dies zulässt und nicht beispielsweise durch Intoxikationen oder psychische Ausnahmezustände belastet ist. Oft kann zudem kein Impfpass vorgelegt werden. In [Tabelle 1](#) wird daher eine pragmatische Priorisierung der anzubietenden Impfungen vorgeschlagen.

Während die Empfehlungen der STIKO vorsehen, bei nicht vorliegender Dokumentation von nicht stattgehabten Impfungen auszugehen, sollen glaubhafte Angaben zu früheren Impfungen berücksichtigt werden.² In der Praxis werden Angebote zu Nachholimpfungen erfahrungsgemäß oftmals abgelehnt unter dem eher unspezifischen Verweis darauf, dass man ja in der Kindheit und Jugend alle Impfungen erhalten habe. Eine Compliance für Tetanus-Auffrischimpfungen mittels Vierfachimpfstoff und/oder für eine Nachholimpfung gegen

Masern mittels Dreifachimpfstoff lässt sich unter Verweis auf die vollzugsspezifisch erhöhten Risiken allerdings häufig erreichen. Zielführend wäre es, den im Allgemeinen daheim vorhandenen Impfpass vorzulegen und an einem Folgetermin weitere Impferfordernisse in Ruhe zu besprechen, bspw. eine Komplettierung der Tetanus- oder Hepatitis-Impfungen entsprechend des Risikoprofils vorzunehmen. Bei Schwangeren ist an die Sicherstellung einer Grundimmunisierung gegen COVID-19 sowie in jeder Schwangerschaft an eine Auffrischimpfung gegen Influenza und Pertussis zu denken.

Bei saisonalen Impfungen bietet sich eine Information durch Aushänge an, die im Sinne gesundheitlicher Chancengleichheit mehrsprachig gestaltet sein sollten. Bei häufig mit großem zeitlichem Vorlauf veranlasster bedarfsorientierter Beschaffung der saisonalen Impfstoffe sollten optimalerweise Reserven insbesondere für neuankommende Personen mit erhöhtem Risiko mit eingeplant werden.

Neben der Verbesserung des Impfangebots für Menschen in Haft ist es wichtig, die beruflich empfohlenen Standardimpfungen für das Personal von Justizvollzugsanstalten im Rahmen der arbeitsmedizinischen Versorgung sicherzustellen.²

Fazit

Da viele Abläufe im Vollzug standardisiert erfolgen, bietet sich die Integration einer routinemäßigen Überprüfung des Impfstatus und eines Impfangebots beispielsweise im Rahmen der Erstuntersuchung an. Dies könnte ein niederschwellig implementierbarer Mindeststandard zur Verbesserung der Impfquote sein, optimalerweise in Kombination mit Information und Schulung des Gesundheitsfachpersonals.¹² Eine „Überimpfung“ ist grundsätzlich nicht zu befürchten, mit Ausnahme verstärkter Impfreaktionen insbesondere bei sehr häufigen Tetanus- oder Diphtherie-Auffrischimpfungen.² Zudem gilt, dass jede Impfung zählt.² Eine kurze Haftdauer ohne Möglichkeit, eine Impfserie zu komplettieren, ist somit kein Grund für eine Nichtimpfung.

Literatur

- 1 Rieck T, Steffen A, Lottes M, Badenschier F, Feig M, Rau C. Impfquoten in Deutschland. *Epid Bull* 2025;50:3-13 | DOI 10.25646/13589.2.
- 2 Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2026. *Epid Bull* 2026;4:1-79 | DOI 10.25646/13636.2.
- 3 Pont J. Ethische Grundlagen. In: Keppler, Stöver, Gefängnismedizin. Thieme Verlag 2009.
- 4 Keeren K, Badenschier F, Rau C, *et al.* Weltpoliotag 2025 – Ziel der weltweiten Ausrottung von Polio in Gefahr. *Epid Bull* 2025;43:4-8.
- 5 Robert Koch-Institut. Signal für bundesweiten Diphtherie-Ausbruch mit *Corynebacterium diphtheriae* ST-574. *Epid Bull* 2025;18:6-7.
- 6 Schönfeld V, Schlager J, Steinmetz I, Rau C. Keuchhusten: Die aktuelle Epidemiologie in Deutschland. *Epid Bull* 2024;48:3-7.
- 7 <https://www.who.int/europe/de/news/item/13-03-2025-european-region-reports-highest-number-of-measles-cases-in-more-than-25-years---unicef-who-europe> (zuletzt abgerufen am 22.8.2025).
- 8 Stöver H, Knorr B. HIV, Hepatitis und Haft. *HIV&more* 2013;4:28-35.
- 9 Simpson PL, Butler T. Prisons and pandemic preparedness. *Br Med J* 2023;381:860.
- 10 Schmid P, Böhm R, Das E, *et al.* Vaccination mandates and their alternatives and complements. *Nat Rev Psychol* 2024;3:789-803.
- 11 Moazen B, Agbaria N, Ismail N, *et al.* Interventions to increase vaccine uptake among people who live and work in prisons: a global multistage scoping review. *J Community Psychol* 2024;52:1091-1107.
- 12 Rand CM, Schaffer SJ, Dhepyasuwan N, *et al.* Provider communication, prompts, and feedback to improve HPV vaccination rates in resident clinics. *Pediatrics* 2018;141:e20170498.

Autoren

Prof. Dr. Lutz Philipp Breitling
Justizvollzugsanstalt Mannheim

Korrespondenz

lutz.breitling@jvamannheim.justiz.bwl.de

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte im Sinne der „Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals“ des ICMJE bestehen. Es besteht ein Anstellungsverhältnis mit der Justizvollzugsanstalt Mannheim (Tätigkeit als Anstaltsarzt).

Für die Erstellung des Artikels wurde keine finanzielle Unterstützung erhalten.

Dies ist ein externer Beitrag. Die Empfehlungen in diesem Artikel ersetzen nicht die offiziellen Empfehlungen der STIKO oder des Robert Koch-Instituts.

Vorgeschlagene Zitierweise

Breitling LP: Impfen im Justizvollzug – Vorschläge und Betrachtung aus der Praxis der Vollzugsmedizin
Epid Bull 2026;13:3-6 | DOI 10.25646/13911

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Fünf Gonorrhö-Fälle mit Reiseanamnese nach Asien und hochresistenten Erregernachweisen, Deutschland 2025

Im Jahr 2025 wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) insgesamt fünf Gonorrhö-Fälle im Zusammenhang mit Reiseanamnesen nach Asien (s. u.) gemeldet, bei welchen Erreger mit extensiver Antibiotikaresistenz (*extensively drug resistant*, XDR) oder Multiresistenz (MDR) am RKI bestätigt wurden. Die Fälle wurden zwischen Mai und Dezember 2025 in verschiedenen Bundesländern Deutschlands erfasst. Alle Fälle waren Männer im Alter zwischen 23 und 50 Jahren mit symptomatischer Urethritis. Bei vier Fällen wurde die Infektion höchstwahrscheinlich im Rahmen heterosexueller Kontakte in Thailand erworben, bei einem Fall vermutlich in China. Zwei der Fälle gaben an, im Ausland Kontakt zu einer Sexarbeiterin gehabt zu haben.

Die antimikrobielle Empfindlichkeitstestung der *Neisseria-gonorrhoeae*-Isolate am RKI ergab für alle Fälle Resistenzen gegenüber dem Erstlinientherapeutikum Ceftriaxon* und dem Alternativtherapeutikum Cefixim (s. Tabelle). Zudem wurden

Resistenzen gegenüber Ciprofloxacin und Tetracyclin nachgewiesen. Vier der Isolate waren zusätzlich resistent gegenüber Azithromycin (über dem epidemiologischen Cut-off), drei davon mit Hochresistenz. Vier Isolate waren resistent gegenüber Penicillin.

Die Behandlung erfolgte in vier Fällen mittels dem Erstlinien-Therapeutikum Ceftriaxon; zum Teil in Kombination mit Azithromycin (s. Tabelle). Ein Fall wurde mit Cefixim in Kombination mit Azithromycin behandelt. Alle Fälle unterzogen sich vier Wochen nach Behandlung einer Therapiekontrolle, dabei wurde jeweils kein Erreger mehr nachgewiesen.

Trotz Resistenz gegenüber den zur Behandlung empfohlenen Cephalosporinen Cefixim und Ceftriaxon war die Behandlung aller fünf Fälle erfolgreich. Dies ist vermutlich auf die MHK-Werte im niedrigen Resistenzbereich und auf die in zumindest vier der Fälle eingesetzte hohe Dosierung von 1–2 g Ceftriaxon zurückzuführen, wie von der Leitlinie empfohlen. Grundsätzlich werden eine kulturelle Empfindlichkeitstestung, eine leitliniengerechte Therapie und eine Kontrolle des Therapieerfolgs für alle Infektionen mit *N. gonorrhoeae* dringend empfohlen. Zusätzlich sollte immer eine Reiseanamnese erhoben werden, da Cephalosporin-Resistenz bei *N. gonorrhoeae* insbesondere im asiatischen Raum deutlich prävalenter ist als in Europa. Um Infektionsketten zu unterbrechen ist die Benachrichtigung von sexuellen Kontaktpersonen essenziell.

Zur Beratung bezüglich Diagnostik und Therapie der Gonorrhö steht das [Konsiliarlabor für Gonokokken am RKI](#) zur Verfügung.

Tabelle | Resistenzprofil der *Neisseria-gonorrhoeae*-Isolate und erfolgte Behandlung der Fälle.

Fall	Phänotypisches Empfindlichkeitsprofil (MHK in mg/L)	Behandlung
1	AZM: 0,5 (< ECOFF); CFM: 1,5 (R); CRO: 0,38 (R); CIP: >32 (R); PEN: 2 (R); TET: 4 (R)	Ceftriaxon 1 g, i. m. (einmalig)
2	AZM: 256 (> ECOFF, hochresistent); CFM: 1,5 (R); CRO: 0,38 (R); CIP: 16 (R); PEN: 32 (R); TET: 64 (R)	Ceftriaxon 2 g, i. v. (3d); Azithromycin (einmalig, DU)
3	AZM: 1,5 (> ECOFF); CFM: 1,5 (R); CRO: 0,25 (R); CIP: >32 (R); PEN: 1,5 (R); TET: 6 (R)	Cefixim (3d, DU); Azithromycin (einmalig, DU)
4	AZM: 256 (> ECOFF, hochresistent); CFM: 1,5 (R); CRO: 0,19 (R); CIP: 6 (R); PEN: >32 (R); TET: 48 (R)	Ceftriaxon 2 g, einmalig
5	AZM: 256 (> ECOFF, hochresistent); CFM: 1,5 (R); CRO: 0,25 (R); CIP: 12 (R); PEN: 0,5 (I); TET: 64 (R)	Ceftriaxon 2 g, i. v. einmalig; Azithromycin 500 mg, p. o. einmalig

AZM = Azithromycin; CFM = Cefixim; CRO = Ceftriaxon; CIP = Ciprofloxacin; PEN = Penicillin; TET = Tetracyclin; MHK = Minimale Hemmkonzentration; I = Sensibel bei erhöhter Konzentration; R = Resistent; ECOFF = Epidemiologischer Cut-off; d = Tage; i. m. = intramuskulär; i. v. = intravenös; p. o. = oral; DU = Dosis unbekannt

* Deutsche STI-Gesellschaft. Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe. AWMF S2k-Leitlinie: Registernummer 059 – 004. AWMF; 2019.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

12. Woche 2026 (Datenstand: 25. März 2026)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	34	648	636	10	147	146	9	108	70	116	1.894	2.964	34	326	534
Bayern	67	1.068	892	13	258	200	15	132	57	194	3.365	4.162	82	542	928
Berlin	24	400	322	5	55	68	4	49	46	160	2.410	1.504	48	244	446
Brandenburg	20	289	264	5	54	48	2	35	35	149	2.185	1.697	56	314	996
Bremen	7	93	80	0	7	3	3	14	18	21	305	229	11	160	32
Hamburg	12	179	233	0	20	33	5	32	25	45	978	668	8	159	239
Hessen	30	557	490	8	114	137	12	102	104	93	1.966	2.506	23	370	544
Mecklenburg-Vorpommern	22	248	208	1	47	36	6	42	41	92	1.188	1.027	30	190	273
Niedersachsen	41	682	655	8	155	126	12	170	111	129	2.397	3.000	43	526	1.158
Nordrhein-Westfalen	129	2.277	1.890	17	293	298	8	228	214	210	4.885	8.370	72	847	1.540
Rheinland-Pfalz	40	511	471	17	102	96	7	65	45	53	1.296	2.168	13	218	424
Saarland	3	121	122	3	16	16	0	19	16	24	327	604	4	13	294
Sachsen	52	601	551	4	115	142	8	65	60	232	2.606	3.478	85	833	832
Sachsen-Anhalt	29	266	278	7	86	78	2	33	27	100	1.608	1.774	38	360	752
Schleswig-Holstein	31	338	270	1	38	33	1	59	55	79	1.406	859	19	230	217
Thüringen	28	338	262	16	195	99	3	39	35	109	1.396	1.585	27	410	557
Deutschland	569	8.616	7.624	115	1.702	1.559	97	1.192	959	1.806	30.212	36.595	593	5.742	9.766

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	0	21	29	45	453	511	13	219	257	8	95	134	440	20.913	31.309
Bayern	3	21	47	45	607	863	21	283	367	10	103	128	188	30.645	67.919
Berlin	0	8	15	21	228	354	11	124	131	5	63	68	55	7.754	14.174
Brandenburg	0	6	11	6	53	71	2	28	38	3	32	17	106	11.025	16.879
Bremen	0	1	3	2	36	78	1	17	25	0	10	17	2	972	1.123
Hamburg	0	3	9	12	123	353	6	60	76	0	29	58	50	4.440	8.993
Hessen	3	19	18	22	225	383	10	118	161	9	93	95	89	10.479	19.635
Mecklenburg-Vorpommern	1	10	2	3	32	42	0	17	21	0	13	13	79	11.521	11.850
Niedersachsen	0	30	22	23	398	464	10	163	190	2	72	63	128	14.522	26.576
Nordrhein-Westfalen	2	50	43	53	787	1.163	34	374	498	12	173	204	286	33.253	60.479
Rheinland-Pfalz	0	3	12	24	202	303	5	85	86	8	46	50	61	8.998	15.722
Saarland	0	3	6	6	42	77	1	30	36	0	10	10	13	1.855	2.973
Sachsen	2	7	8	10	73	97	7	54	59	1	22	30	128	21.454	40.450
Sachsen-Anhalt	1	4	5	4	55	106	1	24	31	3	17	21	130	11.075	24.638
Schleswig-Holstein	1	7	3	9	76	146	5	58	85	1	19	20	60	6.470	9.818
Thüringen	1	7	5	3	36	48	3	18	41	0	10	20	76	10.655	16.801
Deutschland	14	200	238	288	3.426	5.059	130	1.672	2.102	62	807	948	1.891	206.031	369.339

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	0	3	10	0	4	2	0	0	0	33	221	335	90	868	980
Bayern	0	2	8	0	5	22	0	0	0	90	875	498	172	1.520	1.878
Berlin	0	1	7	0	2	4	0	0	0	1	30	91	34	243	357
Brandenburg	0	0	1	1	2	2	0	0	0	10	77	143	17	152	236
Bremen	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	9	11	26	23
Hamburg	0	1	2	1	2	2	0	0	0	0	44	61	13	102	123
Hessen	4	8	12	2	9	5	0	0	1	6	91	176	24	253	219
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	61	58	3	45	77
Niedersachsen	0	7	0	2	6	10	0	0	0	3	52	180	31	396	378
Nordrhein-Westfalen	1	7	14	1	11	23	0	0	1	33	260	389	74	1.147	1.005
Rheinland-Pfalz	0	0	2	0	3	1	0	0	0	16	102	150	10	186	236
Saarland	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	22	66	1	51	38
Sachsen	0	0	2	0	0	4	0	0	0	19	149	219	35	402	624
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	152	271	2	36	42
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	26	40	17	233	147
Thüringen	0	0	1	0	1	0	0	0	0	17	188	235	13	153	96
Deutschland	5	29	60	7	51	80	0	0	2	253	2.351	2.921	547	5.813	6.459

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		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	3	20	24	21	289	290	3	24	20	1	24	36	128	2.663	2.461
Bayern	3	24	18	17	240	280	3	54	79	0	27	31	76	4.560	3.864
Berlin	0	13	16	8	114	171	0	7	7	1	19	13	32	1.291	1.469
Brandenburg	0	2	2	2	52	48	0	21	22	0	7	10	17	1.638	1.134
Bremen	0	0	0	1	7	11	0	2	6	0	0	0	2	122	132
Hamburg	1	5	9	9	89	113	0	9	5	1	15	16	6	446	675
Hessen	1	10	12	17	270	290	1	21	26	4	28	30	31	1.653	1.853
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	2	22	29	0	8	14	0	4	5	16	1.087	919
Niedersachsen	0	8	11	17	194	173	5	29	45	3	31	28	30	1.827	1.803
Nordrhein-Westfalen	1	48	33	42	464	612	9	135	137	10	71	68	79	4.347	5.169
Rheinland-Pfalz	0	8	6	3	73	106	0	15	19	0	8	8	30	1.426	1.293
Saarland	0	4	1	1	13	18	1	3	4	1	8	3	2	467	374
Sachsen	0	4	2	6	70	78	5	74	88	1	10	12	29	2.343	2.342
Sachsen-Anhalt	0	4	0	4	54	57	0	36	19	0	8	17	17	1.208	1.155
Schleswig-Holstein	0	6	2	6	49	56	2	15	17	0	7	6	23	1.119	999
Thüringen	1	3	4	8	41	34	2	9	10	0	8	11	10	1.150	736
Deutschland	10	159	142	164	2.041	2.366	31	462	518	22	275	294	528	27.347	26.378

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
	12.	1.–12.	1.–12.
Adenovirus-Konjunktivitis	3	64	115
Bornavirus-Erkrankung	1	2	0
Botulismus	0	0	1
Brucellose	0	4	12
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	2	3
Chikungunyavirus-Erkrankung	2	120	10
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	14	50
Denguefieber	6	111	242
Diphtherie	0	7	14
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	0	10	8
Giardiasis	27	531	647
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	33	428	523
Hantavirus-Erkrankung	3	33	50
Hepatitis D	0	2	16
Hepatitis E	77	1.149	1.298
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	10	10
Kryptosporidiose	17	265	390
Legionellose	25	370	437
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	6	35
Listeriose	13	134	117
Malaria	10	164	169
Meningokokken, invasive Infektion	1	76	112
Mpox	13	105	127
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	4	16
Ornithose	0	2	6
Paratyphus	1	7	3
Pneumokokken, invasive Infektion	242	3.315	4.081
Q-Fieber	0	11	16
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	4.872	52.379	47.664
Shigellose	44	735	482
Trichinellose	0	0	0
Tularämie	0	9	19
Typhus abdominalis	0	11	21
West-Nil-Fieber*	0	1	0
Yersiniose	63	911	797
Zikavirus-Erkrankung	0	2	3

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