



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

15
2026

9. April 2026

Epidemiologisches Bulletin

Übung zu einem „Ausbruchsgeschehen
im Hamburger Hafen“ im Rahmen eines
BVÖGD Kongresses

Inhalt

Gemeinsam Stark: Übung zu einem Ausbruchsgeschehen im Hamburger Hafen im Rahmen der Pre-Conference des BVÖGD Kongresses 2024

3

Der maritime Sektor ist aufgrund besonderer struktureller Merkmale und zunehmender globaler Mobilität dezidierten Risiken im Bereich übertragbarer Krankheiten ausgesetzt. Zur Minimierung der Ausbreitung endemischer und importierter Krankheitserreger ist ein effektives Vorgehen zur Prävention und zum Management von Infektionsgeschehen an Bord von Schiffen und in Häfen essenziell. Im Rahmen des Projekts „Gesunde Häfen – gemeinsam stark“ wurde ein Pre-Conference-Workshop auf dem BVÖGD-Kongress 2024 durchgeführt. Ein Fokus des Workshops war es, mithilfe von Table-Top-Übungen zum Szenario eines Denguevirus-Ausbruchs im Hamburger Hafen die verschiedenen Rollen der Akteurinnen und Akteure des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu trainieren und dabei Kommunikation, Vernetzung und Schnittstellen zu veranschaulichen. Der Artikel gibt Einblicke in den Prozess von der Konzeptentwicklung bis zur Umsetzung des Workshops und stellt zentrale *Lessons Learned* der Zusammenarbeit während eines Ausbruchs dar.

Stronger Together: Exercise Simulating an Outbreak at the Port of Hamburg as Part of the Pre-Conference of the BVÖGD Congress 2024

The maritime sector is exposed to specific risks related to communicable diseases due to its unique structural characteristics and increasing global mobility. To minimize the spread of endemic and imported pathogens, an effective approach to the prevention and management of infectious disease outbreaks on board ships and in ports is essential. As part of the “Healthy Ports – Strong Together” project, a pre-conference workshop was held at the 2024 BVÖGD Congress. One focus of the workshop was to use tabletop exercises simulating a dengue virus outbreak in the Port of Hamburg to train the various roles of public health service stakeholders, thereby illustrating communication, networking, and collaboration structures. The article provides insights into the process from concept development to the implementation of the workshop and key lessons learned about collaboration during an outbreak.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 14. Woche 2026

11

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)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt
Sabine Schleusener
(Stellv. Redaktionsassistentin)

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.

Gemeinsam Stark: Übung zu einem Ausbruchsgeschehen im Hamburger Hafen im Rahmen der Pre-Conference des BVÖGD Kongresses 2024

Einleitung

Aufgrund besonderer struktureller Merkmale und der zunehmenden globalen Mobilität ist der maritime Sektor dezidierten Risiken im Bereich übertragbarer Krankheiten ausgesetzt.¹ Zur Minimierung der Ausbreitung endemischer (z. B. Influenzaviren) und importierter (z. B. Denguevirus) Krankheitserreger ist ein effektives Vorgehen zur Prävention und zum Management von Infektionsgeschehen an Bord von Schiffen und in Häfen als Grenzübergangsstellen von zentraler Bedeutung.² Zusätzlich zu theoretischer Wissensvermittlung stellen *Table-Top*-Übungen und darin zu bearbeitende Übungsszenarien eine effektive Fortbildungs- und Netzwerkmöglichkeit dar.³⁻⁵ Der Fokus in dem hier beschriebenen Übungsformat lag auf der Planung und Strategieentwicklung hypothetischer Szenarien mit aktuellem Themenbezug. Darüber hinaus sollten unterschiedliche Akteurinnen und Akteure aus den unteren, mittleren und oberen Gesundheitsbehörden im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) die Möglichkeit erhalten, verschiedene Rollen in den unterschiedlichen Szenarien einzunehmen.

Hintergrund, Vorbereitung und Ziel der Pre-Conference

Bereits 2022 entstand die Idee, im Rahmen des Kongresses des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) 2024 in Hamburg eine Übung für Mitarbeitende im ÖGD anzubieten. Am 24.11.2022 wurde die Idee beim ÖGD Landesverband Hamburg vorgestellt. Daraus ergab sich die Möglichkeit, eine Pre-Conference im Rahmen des 73. BVÖGD-Kongresses am 24.4.2024 durchzuführen. Nach einem ersten Treffen im Dezember 2022 erweiterte sich der Kreis der Beteiligten stetig auf 19 Personen aus neun Institutionen:

- ▶ Amt für Gesundheit der Sozialbehörde Hamburg
- ▶ Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM)

- ▶ Gesundheitsamt Hamburg-Altona
- ▶ Gesundheitsamt Hamburg-Mitte
- ▶ Institut für Hygiene und Umwelt Hamburg
- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Universität Hamburg
- ▶ Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa in Kopenhagen
- ▶ Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Zu den vorbereitenden Aktivitäten zählte die Konzeption einer *Table-Top*-Übung im Public-Health-Bereich mit einem Bezug zu spezifischen Tätigkeitsfeldern der Stadt Hamburg. Die Übung bestand aus drei Szenarien, die parallel in drei Teilgruppen bearbeitet und in einer abschließenden Lagebesprechung zusammengeführt werden sollten. Die Szenarien zielten darauf ab, die verschiedenen Rollen der Akteurinnen und Akteure des ÖGD zu trainieren, um Kommunikation, Vernetzung und Schnittstellen im Einsatzfall praktisch zu veranschaulichen und zu testen. Insgesamt folgten etwa 40 Treffen in größeren und kleineren Arbeitsgruppen, bis drei (Teil-)Szenarien und die finale Verknüpfung zu einer gemeinsamen Abschlussbesprechung der Übung entwickelt waren.

Teilnehmende der Pre-Conference

Für die 30 Teilnahmeplätze, ausgeschrieben im Programm des BVÖGD Kongresses, gingen innerhalb der Anmeldefrist über 120 Anmeldungen zur Pre-Conference ein. Daher wurde ein anonymisiertes Auswahlverfahren auf der Grundlage der Anmelde-daten umgesetzt. Ziel war es, einen hinsichtlich der Tätigkeit auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene sowie der fachlichen Vorerfahrung heterogenen Teilnehmendenkreis auszuwählen. Es wurde zudem darauf geachtet, dass jedes Bundesland bei der Teilnahme vertreten war. Darüber hinaus wurden sechs Beobachtungsplätze vergeben, um einerseits

weiteren Personen die Teilnahme zu ermöglichen und andererseits Feedback zur Konzeption und Organisation sowie zum Erreichen der Übungsziele zu erhalten.

Ablauf der Veranstaltung

Die Veranstaltung begann mit zwei Impulsvorträgen (s. Abb. 1), die den Teilnehmenden Grundlagen für die folgenden Szenarien vermitteln sollten:

1. Es wurde das Verbundforschungsprojekt „Gesunde Häfen, Gemeinsam Stark (GESA)“ vorgestellt und dessen Bedeutung für den ÖGD erläutert.⁶
2. Einblicke in das Thema „Exotische Stechmücken in Europa – Ökologie, Globalisierung und Klimawandel und damit verbundene Gesundheitsrisiken“.⁷

Die daran anschließenden Übungen fanden in einem rotierenden Format statt. Dabei durchliefen alle drei Teilgruppen ein Programm aus drei Blöcken:

- ▶ **Table-Top-Übung:** Jede Teilgruppe arbeitete in unterschiedlichen Konferenzräumen an einem spezifischen Szenario:
 - ▶ **Teilgruppe 1: Infektionskrankheit auf einlaufendem Kreuzfahrtschiff**
Schwerpunkte: Arbeitsbereiche des hafenärztlichen Dienstes sowie nationale und internationale Meldewege.
 - ▶ **Teilgruppe 2: Exotischer Stechmückenfund im Hamburger Hafen**
Schwerpunkte: Hintergrundwissen zur Asiatischen Tigermücke (*Aedes albopictus*), Vektormonitoring, Bestimmung, Vorgehen bei einem exotischen Stechmückenfund in einem Gebiet ohne etablierte Populationen, Zuständigkeiten, Kooperationspartner, Öffentlichkeitsarbeit, Empfehlungen, rechtliche Grundlagen zu Bekämpfungsmaßnahmen.
 - ▶ **Teilgruppe 3: Eingang einer Meldung einer Erkrankung gemäß § 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Gesundheitsamt eines angrenzenden Landkreises mit Bezug zu Hamburg.**
Schwerpunkte: Kommunikationswege zwischen Gesundheitsämtern und der zuständigen Landesstelle, bundeslandübergreifende Kommunikation, Zuständigkeiten, Eindämmungs- und Präventionsmaßnahmen, Beratung von Infizierten, Information der Fachöffentlichkeit.

- ▶ **Stechmückenbestimmung:** Jede Gruppe hatte 30 Minuten Zeit, um praktische Kenntnisse in der Identifikation von Stechmückenarten zu erwerben. Es gab verschiedene Mückenarten, die unter Anleitung mikroskopisch bestimmt werden konnten.
- ▶ **Kollegialer Austausch:** Es gab variable Pausenzeitfenster zur Vernetzung und zum kollegialen Austausch der Teilnehmenden

Nach dem rotierenden Format wurden die Teilgruppen in einer abschließenden Lagebesprechung zusammengeführt. Die in den Teilgruppen erarbeiteten Maßnahmen wurden hier von ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern vorgestellt und diskutiert, während die anderen Teilnehmenden zuhörten. Das Ziel bestand darin, die Ergebnisse der Teilgruppen zu verknüpfen, um übergreifende Zusammenhänge zu verdeutlichen, praxisnahe Erkenntnisse festzuhalten und Kommunikationsfähigkeiten zu üben.

Beschreibung der Table-Top-Szenarien

Szenario 1 – Infektionskrankheit auf Kreuzfahrtschiff

Ein Kreuzfahrtschiff mit Verdacht auf ein Infektionsgeschehen erreicht den Hamburger Hafen. Der hafenärztliche Dienst muss die Lage bewerten und über notwendige Maßnahmen entscheiden.

In diesem Szenario ging es um die Inhalte und praktische Anwendung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), insbesondere die Seegesundheitserklärung und die Freie Verkehrserlaubnis (*Free Pratique*). Die Teilnehmenden sollten die gesetzlichen Grundlagen dieser Erklärung verstehen und ihre Bedeutung für die Gesundheitskontrolle im Hafen erfassen.

Darüber hinaus sollten sie eine fundierte Risikobewertung auf Basis der Seegesundheitserklärung und der Reiseroute entwickeln, um angemessene Maßnahmen zur Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit zu treffen. Dabei waren die besonderen Gegebenheiten an Bord eines Kreuzfahrtschiffes sowie die internationale infektionsepidemiologische Lage zu berücksichtigen. Auch die internationalen Informationsflüsse und Meldewege wurden thematisiert.

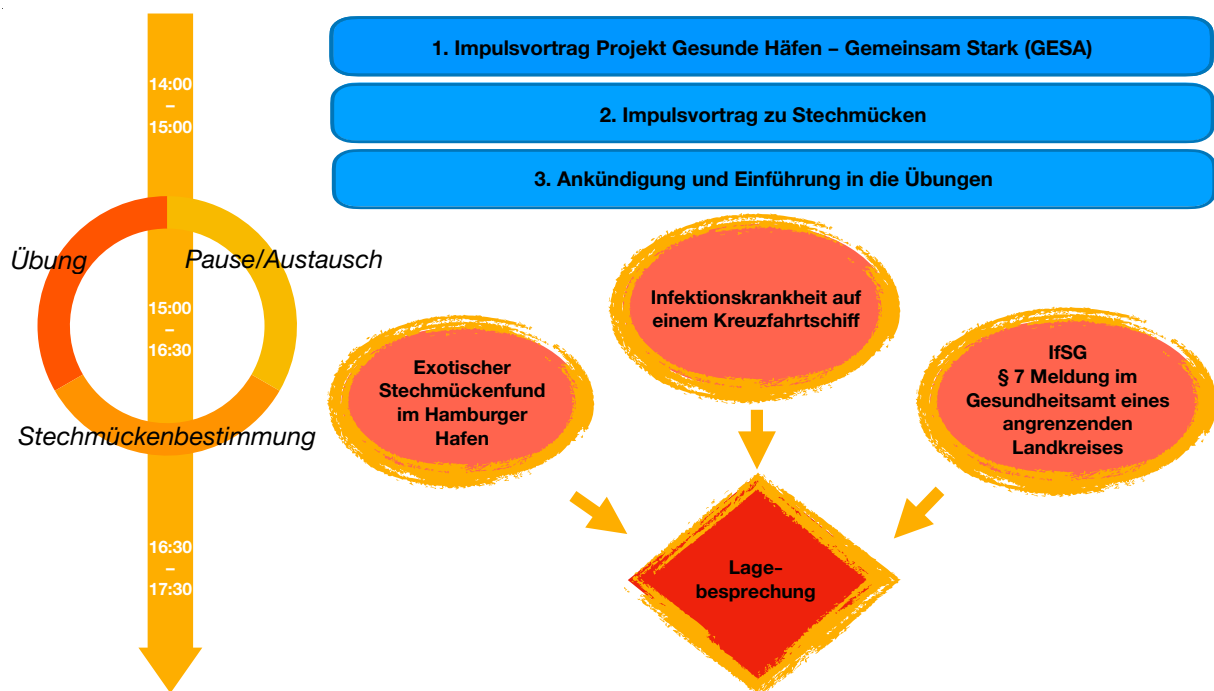


Abb. 1 | Ablaufplan des halbtägigen Pre-Conference-Workshops im Rahmen des BVÖGD Kongresses 2024

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Erarbeitung geeigneter Maßnahmen, z. B. von Quarantäne- und Desinfektionsmaßnahmen sowie der Kontaktpersonennachverfolgung.

In diesem Szenario gestellte Lernfragen waren beispielsweise:

1. Auf welchen gesetzlichen Grundlagen basiert die Seegesundheitserklärung und die Erteilung der Freien Verkehrserlaubnis?
2. Welche Gesundheitsrisiken ergeben sich aus der Seegesundheitserklärung und dem Infektionsgeschehen auf Kreuzfahrtschiffen?
3. Welche zusätzlichen Informationen sind für eine fundierte Risikobewertung erforderlich?
4. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um die Verbreitung von Krankheiten an Bord zu verhindern?
5. Wie ist das Risiko von Denguefieber im Kontext der Ausbreitung der Asiatischen Tigermücke in Europa zu bewerten?

Zur Bearbeitung dieser Fragen wurden durch die Übungsleitung entsprechende Informationen und Hilfsmittel bereitgestellt, mit denen die Teilneh-

menden in der Rolle des hafenärztlichen Dienstes fundierte Entscheidungen treffen sollten. Im weiteren Verlauf des Übungsszenarios wurde auch die praktische Umsetzung der Maßnahmen behandelt. Dabei wurde unter anderem erörtert, wie die Risikokommunikation an Bord aussehen kann.

Szenario 2 – Exotischer Stechmückenfund im Hamburger Hafen

Das Infektionsepidemiologische Landeszentrum detektiert beim aktiven Stechmückenmonitoring eine Asiatische Tigermücke in der Nähe eines Kreuzfahrterminals. Untersuchungen prüfen eine Etablierung von Populationen der Asiatischen Tigermücke im Hamburger Hafen.

In diesem Szenario ging es um die rechtlichen, epidemiologischen und praktischen Aspekte des Vektormonitorings und der -kontrolle. Dazu zählten die Vertiefung des Hintergrundwissens zur Asiatischen Tigermücke (Merkmale, Ausbreitung in Deutschland, Vektorkompetenz), die Abklärung einer möglichen Etablierung einer Population nach einem ersten Fund in einer bisher freien Umgebung sowie das Identifizieren möglicher risikoadaptierter Bekämpfungsmaßnahmen.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Risikokommunikation, der Information der Öffentlichkeit und der Einbindung von Institutionen auf Landes- und Bundesebene.

In diesem Szenario gestellte Lernfragen waren beispielsweise:

1. Was sind typische biologische und epidemiologische (z. B. Anpassungsfähigkeit und Vektorkompetenz) Merkmale der Asiatischen Tigermücke?
2. Welche Bestimmungsmöglichkeiten gibt es?
3. Was ist zu tun bei einem Einzelfund einer Asiatischen Tigermücke in einer bisher freien Umgebung?
4. Welche Schritte sind zur Abklärung der Etablierung einer Population der Asiatischen Tigermücke notwendig und welche Akteurinnen und Akteure sollten eingebunden werden?
5. Welche rechtlichen Grundlagen regeln die Maßnahmen zur Bekämpfung invasiver Stechmückenarten in Hamburg und auf Bundesebene?
6. Welche Empfehlungen und Methoden stehen für die Bekämpfung zur Verfügung?

Das Szenario verdeutlichte die Herausforderungen, die mit der Ausbreitung invasiver Stechmückenarten in Deutschland einhergehen, insbesondere die notwendige Wissenserweiterung zu invasiven Stechmückenarten bei Mitarbeitenden im ÖGD, das Kennen der im jeweiligen Bundesland geltenden gesetzlichen sowie fachlichen Grundlagen zum Stechmückenmonitoring und der -bekämpfung. Zudem ist es wichtig, dass Funde von tropischen Stechmückenpopulationen in Deutschland zeitnah den zuständigen Gesundheitsämtern sowie den Landesbehörden für Umwelt und Gesundheit gemeldet werden. Darüber hinaus müssen solche Funde u. U. auch dem RKI und Friedrich-Loeffler-Institut gemäß § 4 (2) Satz 2 IGV-DG übermittelt bzw. angezeigt werden, um eine bundesweite Bewertung und Koordination zu ermöglichen.

Szenario 3 – Eingang einer Meldung gemäß § 7 IfSG im Gesundheitsamt eines angrenzenden Landkreises

Ein Hafenmitarbeiter, wohnhaft im angrenzenden Landkreis erkrankt an Denguefieber ohne Reiseanamnese. Kurz darauf tritt ein zweiter Fall auf; es besteht der Verdacht einer autochthonen Übertragung.

In diesem Szenario ging es um die rechtlichen, epidemiologischen und praktischen Aspekte der Meldepflichten gemäß IfSG sowie der Vorgehensweise eines Gesundheitsamtes bei dem Verdacht eines autochthonen Denguefieber-Falls. Die Teilnehmenden sollten die gesetzlichen Grundlagen zur Meldung und Bearbeitung autochthoner Infektionsfälle gemäß IfSG verstehen und die notwendigen Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung bewerten. Dabei stand die Zusammenarbeit zwischen lokalen und überregionalen Behörden sowie die bundeslandübergreifende Kommunikation im Fokus.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Risikokommunikation und der Information der (Fach-)Öffentlichkeit. Die Teilnehmenden sollten eine ausgewogene Kommunikationsstrategie erarbeiten, um Panik zu vermeiden und gleichzeitig eine transparente und wirksame Aufklärung sicherzustellen. Zudem wurde die Ausweitung des Stechmückenmonitorings diskutiert, um frühzeitig auf neue Infektionsrisiken zu reagieren.

In diesem Szenario gestellte Lernfragen waren beispielsweise:

1. Welche rechtlichen Grundlagen regeln die Meldepflichten und das Vorgehen bei autochthonen Infektionsfällen?
2. Wie sehen bundeslandübergreifende Meldewege aus?
3. Welche Maßnahmen sind notwendig, um eine weitere Denguefieber-Ausbreitung zu verhindern?
4. Wie gestalten Sie die Kommunikation mit der (Fach-)Öffentlichkeit?
5. Welche Behörden und Institutionen müssen bei der Fallermittlung und Vektorkontrolle einbezogen werden?

Dieses Szenario verdeutlichte die Herausforderungen, die mit dem Auftreten invasiver Stechmückenarten und der Gefahr bundeslandübergreifender autochthoner Denguefieber-Ausbruchsgeschehen verbunden sind. Es bot praxisnahe Anknüpfungspunkte, um sowohl die theoretischen als auch praktischen Anforderungen im Umgang mit Infektionsrisiken durch Vektoren und bundeslandübergreifende Kommunikation der Schnittstellen zu thematisieren.

Beschreibung der Stechmückenbestimmung

Zusätzlich zur Bearbeitung der Szenarien erhielten die Teilnehmenden der Pre-Conference die Möglichkeit der praktischen Stechmückenbestimmung unter Anleitung von zwei Mitarbeitenden des BNITM. Zur Beobachtung standen mehrere Glaszylinder mit verschiedenen Arten lebendiger Stechmücken bereit. Darüber hinaus konnten Stechmücken unter dem Mikroskop betrachtet, miteinander verglichen und bestimmt werden. Die Teilnehmenden erhielten die Gelegenheit, die Informationen aus dem Impulsvortrag zu nutzen, um eine selbstständige Bestimmung von Stechmücken anhand der beschriebenen Merkmale vorzunehmen.

Beschreibung der abschließenden Lagebesprechung

Um die Ergebnisse aus den Szenarien der Teilgruppen zusammenzutragen, wurde eine fiktive Lagebesprechung inszeniert. Das Ziel der abschließenden Lagebesprechung war es, die drei zuvor durchgeführten Übungsszenarien miteinander zu verknüpfen, praxisnahe Zusammenhänge zu erkennen, gemeinsame Erkenntnisse zu teilen sowie erforderliche kurz- und langfristige Maßnahmen zu besprechen und deren Umsetzung zu planen.

Jede Übungsgruppe stellte für die fiktive Lagebesprechung Teilnehmende, die stellvertretend für ihre Gruppe in folgende Rollen schlüpften: Mitarbeitende eines Gesundheitsamts in Schleswig-Holstein, eines Gesundheitsamts in Hamburg, des hafen- und flughafenärztlichen Dienstes und des Infektions-epidemiologischen Landesentrums in Hamburg.

Zur Moderation der abschließenden Lagebesprechung wurden durch die Übungsleitung weitere Rollen repräsentiert: eine Person aus dem Amt für Gesundheit der Sozialbehörde Hamburg, eine Pressesprecherin sowie eine Person aus dem RKI.

Die Moderatorin forderte alle Beteiligten auf, einen kurzen Sachstandsbericht abzugeben, die aktuelle Risikoeinschätzung vorzunehmen und bereits ergriffene als auch geplante Maßnahmen darzustellen.

- ▶ Gesundheitsamt Schleswig-Holstein: Der erste autochthone Denguefieber-Fall wurde gemeldet. Der Mitarbeiter des Hamburger Hafens zeigte typische Symptome, wies jedoch keine Reiseanamnese auf. Es folgte die Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitsamt Hamburg-Mitte, da ein in der dortigen Zuständigkeit wohnhafter Kollege des Patienten ähnliche Symptome aufwies.
- ▶ Gesundheitsamt Hamburg-Mitte: Hier wurde der zweite autochthone Fall bestätigt. Der Patient arbeitete ebenfalls im Hafen und wies keine Reiseanamnese auf. Damit erhärtete sich der Verdacht eines lokalen Denguefieber-Ausbruchs.
- ▶ Infektionsepidemiologisches Landeszentrum Hamburg: Die Landesstelle informierte, dass im Rahmen des aktiven Stechmückenmonitorings am Kreuzfahrtterminal ein einzelnes Exemplar der Asiatischen Tigermücke gefunden wurde. Das Stechmückenmonitoring wurde daraufhin intensiviert und Populationen im Hafen nachgewiesen. Bekämpfungsmaßnahmen auf Basis der Handlungsempfehlungen der Stechmückenkommission und gemäß IfSG sowie der IGV wurden eingeleitet.
- ▶ Hafen- und flughafenärztlicher Dienst: Auf einem Kreuzfahrtschiff wurde bei Ankunft in Hamburg ein schwer erkranktes Crewmitglied mit Denguefieber hospitalisiert. Weitere Passagiere wurden durch Antigennachweis aus einer Blutprobe positiv getestet. Es wurde auch bekannt, dass bereits in Southampton (Vereinigtes Königreich) ein ebenfalls mit dem Denguevirus infizierter Passagier verstorben war. Der wahrscheinliche Infektionsort war Nizza, Frankreich.
- ▶ RKI: Das RKI präsentierte aktuelle Informationen des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Demnach traten in Nizza in zeitlichem Zusammenhang mehrere autochthone Denguefieber-Fälle auf. Das RKI wertete die Fälle als gemeinsames Cluster und wies darauf hin, dass die ersten autochthonen Denguevirus-Infektionen in Deutschland eine besondere epidemiologische Bedeutung haben. In der Lagebesprechung wurde eine chronologische Übersicht der Ereignisse erstellt (s. [Abb. 2](#)).

Die abschließende Lagebesprechung wurde mit einer Zusammenfassung und der Festlegung von Maßnahmen zur Intensivierung des Stechmücken-

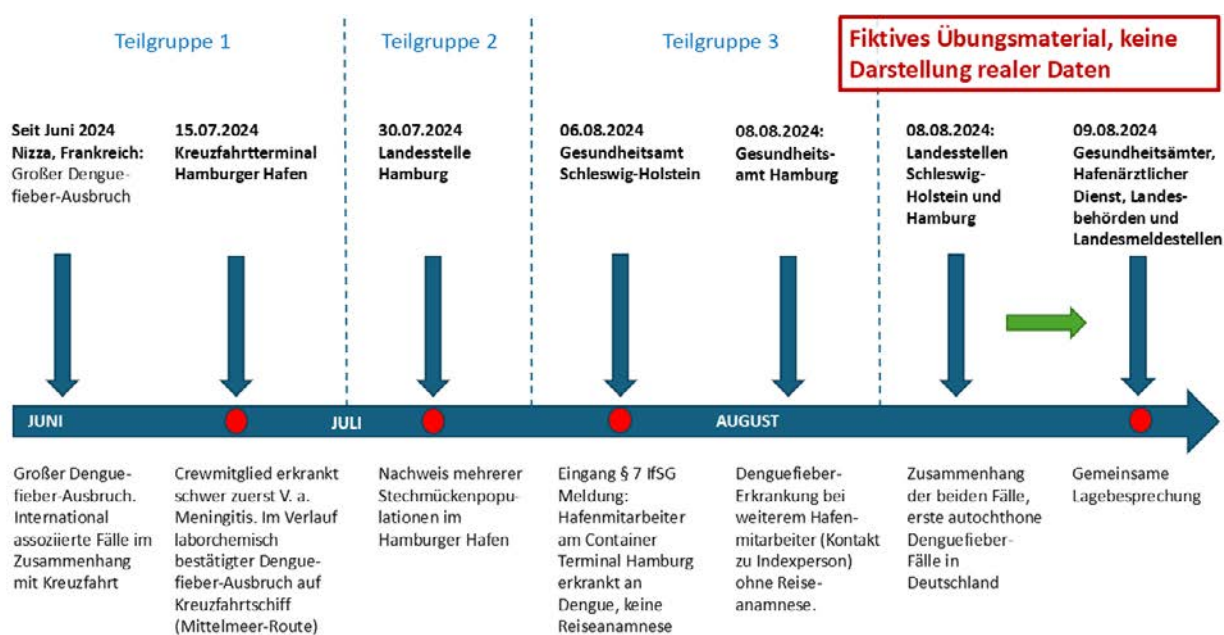


Abb. 2 | Übung zu einem Ausbruchsgeschehen im Rahmen des BVÖGD Kongresses 2024: Fiktiver Zeitplan der Szenarien

monitorings sowie von Bekämpfungsmaßnahmen beendet. Diese sollten in enger Abstimmung mit den Bundes- und Landesbehörden erfolgen. Zum Schluss wurde gemeinsam eine Pressemitteilung abgestimmt.

Die abschließende Lagebesprechung verdeutlichte die Bedeutung einer institutionsübergreifenden Zusammenarbeit, guter Kommunikation an Schnittstellen und einer klaren Kommunikationsstrategie für die (Fach-)Öffentlichkeit. Es zeigte praxisnah, wie wichtig ein strukturiertes Vorgehen bei bundeslandübergreifenden Ausbruchsgeschehen ist und welche wichtige Rolle die Koordination zwischen verschiedenen Gesundheitsämtern und Behörden spielt.

Ergebnisse der Beobachtenden

Die sechs Beobachtenden bewerteten die Übungen anhand verschiedener Kriterien. Beobachtungsbögen dienten der strukturierten Erfassung und Beurteilung der Planspielübung. Im Fokus standen dabei die Vollständigkeit der Bearbeitung, die Zusammenfassung des Sachstands sowie die Risikoeinschätzung durch die Teilnehmenden. Die Beobachtenden analysierten, inwieweit erforderliche Maßnahmen benannt und umgesetzt und ob Risikokommunikation und Öffentlichkeitsarbeit berücksichtigt wur-

den. Zudem lag ein Augenmerk auf der Gruppenkommunikation und auf der Beurteilung, ob die wesentlichen Lerninhalte verständlich vermittelt wurden. Zu jedem Kriterium konnten in einem Freitextbereich positive Aspekte, Optimierungsbedarf und Verbesserungsvorschläge notiert werden.

Die Rückmeldungen aus den Teilgruppen und der abschließenden Lagebesprechung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Teilnehmenden zeigten in allen drei Teilgruppen großes Engagement und arbeiteten systematisch an der Fallbearbeitung. Besonders positiv fiel auf, dass sie verschiedene Perspektiven einbrachten und motiviert an die Aufgaben herangingen. Die praxisnahen Elemente, wie z. B. die Übung der Stechmückenbestimmung und nachgespielte Telefonate mit Hausärzten, wurden als hilfreich wahrgenommen und förderten das Verständnis für die Thematik.

Den Beobachtenden fiel auf, dass die konsequente Risikoeinschätzung und zielgerichtete Umsetzung von Maßnahmen herausfordernd waren. Während sinnvolle Ansätze entwickelt wurden, blieben Zuständigkeiten und Prioritäten teils unklar. Dies zeigte sich insbesondere in der Entscheidungsfindung, wo Maßnahmen oft nur zögerlich entschieden wurden.

Die Öffentlichkeitsarbeit und Krisenkommunikation wurden in allen Teilgruppen erst spät berücksichtigt, obwohl ihre Relevanz erkannt wurde. Die Beobachtenden hätten sich eine frühzeitigere Einbindung und klarere Strategie für den Umgang mit der Presse und anderen Akteurinnen und Akteuren gewünscht. Dies gilt insbesondere für die Szenarien zum Stechmückenfund und zur IfSG-Meldung, in denen die externe Kommunikation essenziell ist.

Die Gruppenkommunikation wurde insgesamt konstruktiv wahrgenommen. Neben der fachlich fundierten Ausarbeitung der *Table-Top*-Übung wurde auch das interaktive und realitätsnahe Übungsformat gelobt. Die praxisorientierten Szenarien ermöglichten es den Teilnehmenden, ihr zum Teil neu gelerntes Wissen direkt anzuwenden und in einem geschützten Rahmen Entscheidungsprozesse auszuprobieren. Besonders geschätzt wurde der kollegiale Austausch während der Pausen, der neue Perspektiven eröffnete und die Zusammenarbeit zwischen Institutionen der verschiedenen Ebenen im ÖGD in der abschließenden Lagebesprechung stärkte.

Zusammenfassend lieferte die Arbeit in den Teilgruppen zu den Szenarien wertvolle Einblicke in die Herausforderungen der Krisenbewältigung, Risikobewertung, Kommunikation und interdisziplinären Zusammenarbeit.

Lessons Learned

Ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Gruppenarbeit war die bewusste Zusammenstellung der Gruppen im Rahmen des Auswahlverfahrens: Die Mischung aus Personen mit unterschiedlichem Erfahrungsniveau, aus unterschiedlichen Ebenen des ÖGD (Bundesebene, Landesebene und kommunale Ebene) und verschiedenen Bundesländern trug maßgeblich dazu bei, dass die Gruppen effektiv zusammenarbeiteten und voneinander lernen konnten.

Eine strukturierte Entscheidungsfindung ist essenziell, um Verzögerungen und Unsicherheiten zu vermeiden. In allen Szenarien zeigte sich, dass klare Zuständigkeiten und definierte Prozesse die Effizienz und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen er-

heblich verbessern können. Besonders die Krisenkommunikation und Öffentlichkeitsarbeit spielen für das Management solcher Situationen eine zentrale Rolle. Um für künftige Übungen besser vorbereitet zu sein, ist es daher sinnvoll, den Fokus noch stärker auf die frühzeitige Einbindung von Pressestellen, Behörden und internen Meldekettens zu legen. Außerdem sollten Personen aus dem Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zu den Übungen eingeladen werden.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern, Landes- und Bundesbehörden sowie externen Akteurinnen und Akteuren (wie zum Beispiel niedergelassene ärztliche Kolleginnen und Kollegen) entscheidend ist. Unklare Zuständigkeiten und unerkannte Schnittstellen können zu Verzögerungen führen, die durch eine klarere Definition der Verantwortlichkeiten vermieden werden können.

Zusammenfassend hat die Übung gezeigt, dass die Teilnehmenden mit hoher Motivation und fachlichem Engagement an die Szenarien herangegangen sind. Der Austausch zwischen den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren war konstruktiv und bot wertvolle Einblicke in die praktische Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen sowie die Einbindung von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Besonders hilfreich war, dass sich die Teilnehmenden in die Perspektive unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure auf kommunaler, Landes- und Bundesebene hineinversetzen konnten. Dies förderte ein interdisziplinäres Arbeiten, das insbesondere bei einem bundeslandübergreifenden Ausbruchsgeschehen von großer Bedeutung ist. Durch die praxisnahen Simulationen konnten wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, die das Zusammenspiel der verschiedenen Institutionen weiter stärken und die Grundlage für eine noch effektivere Zusammenarbeit in zukünftigen realen Krisensituationen legen.

Literatur

- 1 Kordsmeyer AC, Mojtahedzadeh N, Heidrich J *et al.* Systematic Review on Outbreaks of SARS-CoV-2 on Cruise, Navy and Cargo Ships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021, p. 5195.
- 2 WHO. *International Health Regulations (2005)*, 3rd Edition. Geneva : World Health Organization, 2016.
- 3 WHO. *WHO simulation exercise manual: A practical guide and tool for planning, conducting and evaluating simulation exercises for outbreaks and public health emergency preparedness and response*. No. WHO/WHE/CPI/2017.10. World Health Organization, 2017.
- 4 ECDC. *ECDC, Handbook on simulation exercises in EU public health settings – How to develop simulation exercises within the framework of public health response to communicable diseases*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2014.
- 5 RKI. *Simulationsübungen im Kontext epidemisch bedeutsamer Lagen*. [Online] 2023. [aufgerufen am 14.12.2025.] <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Preparedness-und-Response/nationale-Krisenplanung/Simulationsuebungen.html?nn=16780016>.
- 6 Frese, M., Boldt, M., Ehlers, L. *et al.* Bewältigung infektiologischer Gefahrenlagen in deutschen Häfen: Entwicklung eines standardisierten Konzepts im Verbundforschungsprojekt „Gesunde Häfen, gemeinsam stark (GESA)“. *Bundesgesundheitsbl* 68. 2025, pp. 1450–1457.
- 7 Lühken, R., Brattig, N. & Becker, N. Introduction of invasive mosquito species into Europe and prospects for arbovirus transmission and vector control in an era of globalization. *Infect Dis Poverty* 12. 2023, p. 109.
- b) Infektionsepidemiologisches Landeszentrum, Institut für Hygiene und Umwelt, Freie und Hansestadt Hamburg
- c) Amt für Gesundheit, Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration, Freie und Hansestadt Hamburg
- d) Bezirksamt Hamburg-Nord, Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit, Fachamt Gesundheit, Freie und Hansestadt Hamburg
- e) Hamburg Port Health Center, Institut für Hygiene und Umwelt, Freie und Hansestadt Hamburg
- f) Universität Hamburg, Fakultät für Mathematik, Naturwissenschaften und Informatik, Freie und Hansestadt Hamburg
- g) Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Freie und Hansestadt Hamburg
- h) Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-epidemiologie, Fachgebiet für Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen, Berlin

Korrespondenz:

scarlett.kleine-kampmann@hu.hamburg.de

Interessenkonflikt

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Bäßler J, Bühler S, Schreiber J, Weidlich A, von Rechwitz A, Engel PT, Jakubowski E, Jansen S, Lühken R, Frank C, Frese M, Kleine-Kampmann S: Gemeinsam Stark: Übung zu einem Ausbruchsgeschehen im Hamburger Hafen im Rahmen der Pre-Conference des BVÖGD Kongresses 2024

Epid Bull 2026;15:3-10 | DOI 10.25646/13969

Open access



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

Autoren

- ^{a)} Julian Bäßler | ^{b)} PD Dr. Silja Bühler | ^{c)} Dr. Dr. Jenny Schreiber | ^{d)} Anna Weidlich | ^{e)} Dr. Alexandra von Rechwitz | ^{f)} Dr. Peter Tom Engel | ^{g)} Dr. Elke Jakubowski | ^{h)} Dr. Stephanie Jansen | ⁱ⁾ Dr. Renke Lühken | ^{j)} Christina Frank, PhD | ^{k)} Marie Frese | ^{l)} Scarlett Kleine-Kampmann
- ^{a)} Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

14. Woche 2026 (Datenstand: 8. April 2026)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	11	745	729	7	167	176	4	118	83	84	2.201	3.416	13	398	670
Bayern	57	1.263	1.075	10	295	244	7	147	76	150	3.799	4.845	94	737	1.248
Berlin	11	464	400	1	61	85	2	60	55	59	2.613	1.756	27	324	577
Brandenburg	29	355	311	6	66	55	1	42	42	107	2.449	1.985	53	459	1.199
Bremen	5	105	94	0	8	5	1	16	18	13	340	263	14	187	53
Hamburg	4	212	273	0	24	41	1	39	32	52	1.143	809	14	197	287
Hessen	15	651	582	3	133	167	4	122	122	57	2.168	2.841	48	477	658
Mecklenburg-Vorpommern	16	298	239	1	50	38	3	50	47	79	1.360	1.204	30	266	386
Niedersachsen	33	808	765	8	172	150	5	187	128	94	2.688	3.475	24	618	1.597
Nordrhein-Westfalen	105	2.750	2.275	10	339	355	11	262	236	170	5.510	9.645	54	1.049	2.035
Rheinland-Pfalz	15	576	550	5	119	111	2	72	55	24	1.398	2.425	13	256	541
Saarland	6	141	148	2	21	24	1	25	19	4	359	678	0	15	383
Sachsen	57	729	634	3	130	158	5	77	67	162	2.998	3.882	93	1.082	983
Sachsen-Anhalt	31	323	319	4	93	94	1	35	30	77	1.761	2.026	26	409	1.069
Schleswig-Holstein	13	388	307	0	42	44	6	70	61	47	1.562	1.018	7	261	277
Thüringen	32	407	293	5	209	114	3	47	40	75	1.589	1.843	30	485	720
Deutschland	440	10.215	8.994	65	1.929	1.861	57	1.369	1.111	1.254	33.938	42.111	540	7.220	12.683

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	2	23	35	35	536	607	14	244	306	5	112	152	53	21.038	32.467
Bayern	1	23	52	37	698	1.019	23	334	439	4	118	151	93	30.887	70.270
Berlin	0	8	17	15	257	428	5	131	152	4	72	83	9	7.815	14.873
Brandenburg	1	7	12	0	55	88	0	29	44	2	35	18	26	11.129	17.688
Bremen	0	1	3	4	46	89	0	17	31	3	14	20	3	984	1.166
Hamburg	0	3	11	12	151	414	3	64	82	0	39	70	17	4.486	9.378
Hessen	0	20	19	8	248	434	16	146	181	3	111	114	50	10.616	20.310
Mecklenburg-Vorpommern	0	10	3	3	36	47	2	19	25	3	18	15	45	11.616	12.839
Niedersachsen	0	32	28	10	427	533	6	177	217	1	85	78	36	14.620	27.874
Nordrhein-Westfalen	1	56	54	43	899	1.364	26	440	584	13	207	257	141	33.655	62.588
Rheinland-Pfalz	1	4	15	13	231	346	4	99	103	3	52	63	25	9.068	16.367
Saarland	0	3	8	0	48	89	0	36	43	0	10	12	9	1.871	3.123
Sachsen	0	8	8	8	90	117	8	65	66	1	26	38	65	21.604	42.163
Sachsen-Anhalt	0	4	5	2	61	120	1	28	40	1	20	22	47	11.209	25.567
Schleswig-Holstein	0	7	3	5	84	172	4	65	97	1	23	29	19	6.519	10.341
Thüringen	1	8	5	2	41	56	1	21	45	4	18	25	25	10.706	17.445
Deutschland	7	217	278	197	3.908	5.923	113	1.915	2.455	48	960	1.147	663	207.823	384.459

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	1	4	12	0	5	4	0	0	0	9	267	367	43	980	1.171
Bayern	0	2	13	0	6	25	0	0	0	54	1.030	549	77	1.747	2.225
Berlin	0	1	9	0	2	5	0	0	0	2	38	99	12	280	413
Brandenburg	0	0	1	0	3	2	0	0	0	3	86	156	9	179	273
Bremen	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	9	3	30	25
Hamburg	0	1	2	0	2	3	0	0	0	2	50	65	11	121	145
Hessen	0	9	17	1	9	7	0	0	1	1	107	193	7	278	257
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	69	63	0	46	86
Niedersachsen	0	7	0	0	6	11	0	0	0	3	65	192	25	441	445
Nordrhein-Westfalen	2	11	18	2	14	28	0	0	1	17	319	426	63	1.300	1.191
Rheinland-Pfalz	0	0	4	0	3	2	0	0	0	9	128	163	4	198	278
Saarland	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	24	81	3	63	42
Sachsen	0	0	2	1	1	6	0	0	0	14	178	248	36	490	741
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	192	307	3	46	48
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	29	46	9	257	169
Thüringen	0	0	1	0	1	1	0	0	0	14	218	259	13	174	118
Deutschland	3	35	80	4	58	99	0	0	2	146	2.802	3.223	318	6.630	7.627

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
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	0	24	25	16	323	347	3	29	22	0	27	38	17	2.704	2.578
Bayern	1	26	23	14	276	321	1	59	88	1	29	38	43	4.656	4.103
Berlin	0	14	20	8	131	208	0	9	9	2	27	16	9	1.310	1.555
Brandenburg	0	2	2	5	62	54	2	24	25	0	7	12	5	1.659	1.193
Bremen	0	0	0	0	7	12	1	3	6	0	0	0	0	122	138
Hamburg	0	6	9	4	103	129	0	9	6	0	15	18	1	457	721
Hessen	3	16	13	12	304	333	1	28	28	0	28	34	21	1.689	1.942
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	2	27	32	0	9	15	0	4	6	2	1.098	974
Niedersachsen	1	9	13	9	216	195	2	32	48	1	35	36	17	1.867	1.881
Nordrhein-Westfalen	1	53	39	27	522	725	4	147	168	2	83	81	54	4.475	5.538
Rheinland-Pfalz	2	10	7	1	84	127	2	20	21	1	9	11	6	1.446	1.364
Saarland	0	4	1	0	13	20	0	4	5	0	8	3	1	469	390
Sachsen	1	5	3	4	83	95	1	83	98	0	12	15	49	2.454	2.437
Sachsen-Anhalt	0	4	0	0	56	58	3	40	24	1	10	19	7	1.224	1.214
Schleswig-Holstein	0	8	4	3	57	68	0	17	20	0	8	7	14	1.140	1.064
Thüringen	0	3	4	7	49	40	0	9	11	2	12	13	10	1.172	788
Deutschland	9	184	165	112	2.313	2.764	20	522	594	10	314	347	256	27.942	27.880

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 Verlaufsform3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2026		2025
	14.	1.–14.	1.–14.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	65	122
Bornavirus-Erkrankung	0	2	0
Botulismus	0	0	1
Brucellose	0	8	15
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	2	3
Chikungunyavirus-Erkrankung	3	136	14
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	21	58
Denguefieber	8	149	289
Diphtherie	0	7	15
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	0	10	10
Giardiasis	22	637	768
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	29	485	616
Hantavirus-Erkrankung	1	38	56
Hepatitis D	0	2	20
Hepatitis E	60	1.363	1.550
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	9	11
Kryptosporidiose	22	326	460
Legionellose	24	419	505
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	6	44
Listeriose	11	155	132
Malaria	8	181	183
Meningokokken, invasive Infektion	0	91	130
Mpox	9	125	168
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	6	16
Ornithose	0	2	7
Paratyphus	0	8	3
Pneumokokken, invasive Infektion	197	3.773	4.677
Q-Fieber	0	12	20
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	2.422	58.508	55.580
Shigellose	37	855	586
Trichinellose	0	0	1
Tularämie	0	26	21
Typhus abdominalis	0	14	26
West-Nil-Fieber*	0	1	1
Yersiniose	50	1.065	964
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

Die „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ wird ab sofort durch ein interaktives Dashboard ergänzt. Für die Darstellung von Inzidenz, Fallzahlen und des zeitlichen Verlaufs werden Fallzahlen ab 2021 berücksichtigt.