

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN  
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

**18**  
**2026**

30. April 2026

# Epidemiologisches Bulletin

**Internationaler Tag der Händehygiene |  
Protrahierter Ausbruch invasiver  
Hib-Infektionen**

## Inhalt

---

### Achtzehn Jahre „Aktion Saubere Hände“ – ein Überblick am internationalen Tag der Händehygiene

4

Die „Aktion Saubere Hände“ (ASH) ist eine nationale Kampagne, die sich seit 18 Jahren für die Verbesserung der Händedesinfektion im Gesundheitswesen einsetzt und damit einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit leistet. Die ASH richtet sich vor allem an Krankenhäuser, aber auch an Pflegeeinrichtungen sowie den ambulanten Sektor und erreicht mittlerweile über 1.600 Einrichtungen. Zentrale Elemente sind Wissensvermittlung, Fortbildungsprogramme, Events, motivierende Kampagnen und die Compliance-Beobachtung. Anlässlich des internationalen Tags der Händehygiene am 5.5.2026 wird berichtet, wie Infektionsprävention durch Händedesinfektion langfristig mithilfe der multimodalen Strategien der ASH im klinischen Alltag etabliert werden kann.

### 18th Anniversary of “Aktion Saubere Hände” – An Overview of the Nationwide Campaign on World Hand Hygiene Day

The “Aktion Saubere Hände” (ASH) is a national initiative that has been committed to improving hand hygiene in healthcare for 18 years, thereby making an important contribution to patient safety. ASH primarily targets hospitals but also reaches care and outpatient facilities, and now encompasses more than 1,600 institutions. Its core components include knowledge transfer, training programmes, events, motivational campaigns, and compliance monitoring. On the occasion of the International Day of Hand Hygiene on 5 May 2026, this article reports on how infection prevention through hand disinfection can be established in the long term in everyday clinical practice using the ASH’s multimodal strategies.

(Article in German)

### Protrahierter Ausbruch von invasiven *Haemophilus influenzae* Typ b-(Hib-)Infektionen in Hamburg, 2024–2026

7

Seit September 2024 wird in Deutschland (Hamburg) ein Ausbruch invasiver *Haemophilus influenzae* Typ b-(Hib-)Infektionen beobachtet. Mittels Genomsequenzierung konnte bisher für 32 der 37 möglichen Fälle eine enge genetische Verwandtschaft des Hib-Stamms gezeigt werden. Aktuelle Fälle zeigen, dass die Transmission des Erregers weiterhin und vorwiegend in einer Population mit Drogengebrauch und Wohnungslosigkeit anhält und durch die bisher erfolgten Maßnahmen nicht beendet werden konnte. Als wichtigste Ansatzpunkte für die Transmissionsunterbrechung wurden die Impfung und Aufklärung identifiziert.

### Prolonged outbreak of invasive *Haemophilus influenzae* type b (Hib) infections in Hamburg, 2024–2026

Since September 2024, an outbreak of invasive *Haemophilus influenzae* type b (Hib) infections has been observed in Germany (Hamburg). Genome sequencing has demonstrated a close genetic relationship between the Hib strains in 32 of the 37 possible cases. Current cases indicate that transmission of the pathogen continues, predominantly within a population characterised by drug use and homelessness, and has not been halted by the measures taken to date. Vaccination and public education have been identified as the most important strategies for interrupting transmission.

(Article in German)

## Impressum

### Herausgeber

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

### Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat  
(Ltd. Redakteurin)

Sabine Trömer  
(Stellv. Redakteurin)

### Redaktionsassistenz

Nadja Harendt  
Sabine Schleusener  
(Stellv. Redaktionsassistentin)

### Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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

## Achtzehn Jahre „Aktion Saubere Hände“ – ein Überblick am internationalen Tag der Händehygiene

Seit 18 Jahren engagiert sich die Aktion Saubere Hände (ASH) für die Verbesserung der Händedesinfektion im deutschen Gesundheitswesen. Die Kampagne unterstützt Einrichtungen dabei, die hygienische Händedesinfektion als zentrale Maßnahme zur Prävention von nosokomialen Infektionen zu stärken und nachhaltig im medizinischen Alltag zu verankern. Anlässlich des internationalen Tags der Händehygiene am 5.5. und des 18. ASH-Geburtstages lohnt ein Blick auf die Entwicklung der ASH, wofür sie steht und warum sie relevanter ist denn je.

Die Verbesserung der Händehygiene zählt weltweit zu den effektivsten und kosteneffizientesten Strategien zur Prävention nosokomialer Infektionen. Vor diesem Hintergrund initiierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2005 im Rahmen ihrer Patientensicherheitsagenda die globale Kampagne „Clean Care is Safer Care“. Ziel war es, die Bedeutung der Händehygiene international zu verankern, evidenzbasierte Standards zu etablieren und die Implementierung nachhaltiger Präventionsstrategien zu fördern. Mit der Einführung der „Five Moments for Hand Hygiene“ sowie der weltweiten Mobilisierung von Gesundheitseinrichtungen setzte die Initiative einen Meilenstein für die Patientensicherheit. Die ASH wurde 2008 als nationale Kampagne gegründet, um die Prinzipien der WHO-Kampagne in Deutschland umzusetzen und die Patientensicherheit durch Förderung der Händedesinfektion zu verbessern.

Unterstützt wurde die ASH vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit sowie der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. Der Wissenschaftliche Beirat der ASH setzt sich aus einer Vielzahl von Vertretern zusammen, zu denen unter anderem auch das Robert Koch-Institut zählt. Die Finanzierung erfolgte für 6 Jahre durch das

Bundesministerium für Gesundheit. Nach einer überbrückenden Förderkreisphase erfolgt die Finanzierung seit 2018 über Beitragszahlungen der teilnehmenden Einrichtungen.

Während sich die Kampagne primär auf Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen konzentrierte, wurde ihr Wirkungsbereich ab 2011 schrittweise auf Alten- und Pflegeheime sowie den ambulanten Sektor ausgeweitet. Im selben Zeitraum beteiligten sich auch erste Einrichtungen in Österreich an der ASH. Aktuell (Stand April 2026) nehmen über 900 Kliniken, 250 Alten- und Pflegeheime und 500 ambulante Einrichtungen in Deutschland und Österreich an der ASH teil.<sup>1-4</sup>

Die hygienische Händedesinfektion ist eine hochwirksame und kosteneffiziente Intervention mit breitem antimikrobiellem Spektrum<sup>1,5</sup> und stellt unter Beachtung der fünf Momente der Händedesinfektion damit einen zentralen Baustein der Patientensicherheit dar. Die ASH setzt in diesem Zusammenhang auf Wissensvermittlung, Fortbildungsprogramme, Events und motivierende Kampagnen, um medizinisches Personal zu sensibilisieren und Verhaltensänderung zu fördern. Zudem stellt sie unterstützende Tools zur Compliance-Beobachtung bereit und vergibt Zertifizierungen an Einrichtungen, die definierte Qualitätskriterien erfüllen.

Ein wesentlicher Bestandteil der ASH ist die Nutzung des Surveillance Moduls HAND-KISS aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen. Hier werden Verbrauchsdaten von Händedesinfektionsmitteln systematisch erfasst und im Zeitverlauf ausgewertet, um Entwicklungen sichtbar zu machen und Maßnahmen zu evaluieren. Ergänzend erfolgt die Erhebung der Händehygiene-Compliance durch direkte Beobachtungen des medizinischen Personals sowie die strukturierte Erfas-

sung der Spenderausstattung. Diese Daten bilden die Grundlage für Feedbackprozesse, Fortbildungen und kontinuierliche Qualitätsverbesserungen.<sup>5,6</sup> Die multimodale, evidenzbasierte ASH-Strategie – bestehend aus organisatorischen, verhaltenswissenschaftlichen und edukativen Komponenten – gilt als zentraler Erfolgsfaktor. Seit 2013 richtet die ASH ihre Aktivitäten auch an Patienten und Patientinnen sowie Angehörige, um deren aktive Mitwirkung an der Infektionsprävention zu fördern, sie zu empower und für die Thematik zu sensibilisieren.<sup>3,7</sup>

Neben Surveillance-Daten veröffentlicht die ASH jährlich neue vielfältige Kampagnen, um immer wieder die bedeutsame Rolle der Händedesinfektion zu betonen. Die diesjährige Kampagne nutzt humorvolle musikalische Parodien, um Aufmerksamkeit zu erzeugen und Verhaltensänderungen positiv zu verstärken (s. Abbildung). Solche niedrighschwellig, emotional ansprechenden Interventionen zielen darauf ab, eine breite Sichtbarkeit zu erreichen und die Händedesinfektion stärker in den Fokus zu rücken. Multimodale Strategien verstärken die Compliance langfristig und tragen nachhaltig zur Reduktion nosokomialer Infektionen bei.<sup>8</sup>

In Deutschland wird geschätzt, dass jährlich ca. 10.000–20.000 Menschen an nosokomialen Infektionen versterben.<sup>2</sup> Eine konsequente Umsetzung fachgerechter Händedesinfektion könnte dazu beitragen, diese Zahlen zu senken. Gleichzeitig zeigen Studien, dass eine Verbesserung der Händehygiene-Compliance ohne kontinuierliche Schulungen, Feedback und Surveillance oft nicht nachhaltig ist. Einmalige Interventionen führen zwar kurzfristig zu Verbesserungen, jedoch tritt ohne begleitende Maßnahmen häufig ein „Decay Effect“ ein, bei dem das Personal in alte Verhaltensmuster zurückfällt.<sup>9</sup> Wiederkehrende Feedback-Schleifen, zusätzliche Fortbildungen oder Audits sind beispielsweise wichtige Instrumente, um Händedesinfektion langfristig im klinischen Alltag zu verankern und genau hier liegt die besondere Bedeutung der fortlaufenden ASH-Arbeit.<sup>10,11</sup>

Nach fast zwei Jahrzehnten zeigt die ASH eindrücklich, dass strukturierte, evidenzbasierte und multimodale Programme einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Händedesinfektion leisten.



Abbildung | Kampagnenmaterial zum Aktionstag 2026

Die Kampagne verdeutlicht, wie Surveillance, Schulung, Infrastruktur, Kommunikation und gezielte kreative Aufmerksamkeit ineinandergreifen, um Infektionsprävention langfristig im klinischen Alltag zu etablieren.

## Literatur

- 1 Aktion Saubere Hände. Über uns – Aktion Saubere Hände. <https://www.aktion-sauberehaende.de/ueber-uns-ash> [abgerufen am: 10.03.2026]
- 2 Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhaushygiene <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhaushygiene> [abgerufen am: 10.03.2026]
- 3 Aktion Saubere Hände. Modul Patienten und Angehörige. <https://www.aktion-sauberehaende.de/patienten-und-angehoerige> [abgerufen am: 10.03.2026]
- 4 Steiermark G. Händehygiene im steirischen Gesundheitswesen. <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/haendehygiene-im-steirischen-gesundheitswesen/>. [abgerufen am: 10.04.2026]
- 5 Pittet D, Allegranzi B, Boyce J: The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2009; 30(7):611–622. DOI: 10.1086/600379
- 6 Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin. HAND-KISS. <https://www.nrz-hygiene.de/KISS-Modul/KISS/HAND> [abgerufen am: 10.03.2026]
- 7 Reichardt C, Gastmeier P: „Patient Empowerment“. *Krankenhaushygiene up2date*, 2013; 08(03):157 – 164. DOI: 10.1055/s-0033-1344688
- 8 Lotfinejad N, Peters A, Tartari E et al.: Hand hygiene in health care: 20 years of ongoing advances and perspectives. *The Lancet Infectious Diseases*, 2021; 21(8):e209–e221. DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00383-2
- 9 Silva J, Antunes C, Batista S et al.: “I Know What I Have to Do, but I Don’t Do It”: The Relationship Between Knowledge and Adherence to Hand Hygiene in Healthcare Settings. *Healthcare*, 2025; 13(5):530. DOI: 10.3390/healthcare13050530
- 10 Pittet D: Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerg Infect Dis*, 2001; 7(2):234–240. DOI: 10.3201/eid0702.010217
- 11 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Bundesgesundheitsblatt* 2016; 59(9):1189–1220. DOI: 10.1007/s00103-016-2416-6

## Autoren

<sup>a)</sup> Britta Hepner | <sup>a)</sup> Dr. Esther E. Dirks |

<sup>b)</sup> Janine Walter

<sup>a)</sup> Robert Koch-Institut, Abt. 1 Infektionskrankheiten, FG 14 Angewandte Infektions- u. Krankenhaushygiene

<sup>b)</sup> Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Aktion Saubere Hände

**Korrespondenz:** [hepnerb@rki.de](mailto:hepnerb@rki.de)

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Vorgeschlagene Zitierweise

Hepner B, Dirks EE, Walter J: Achtzehn Jahre „Aktion Saubere Hände“ – ein Überblick am internationalen Tag der Händehygiene

*Epid Bull* 2026;18:3-5 | DOI 10.25646/14117

## Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

## Protrahierter Ausbruch von invasiven *Haemophilus influenzae* Typ b-(Hib-)Infektionen in Hamburg, 2024–2026

### Aktueller Stand vom April 2026

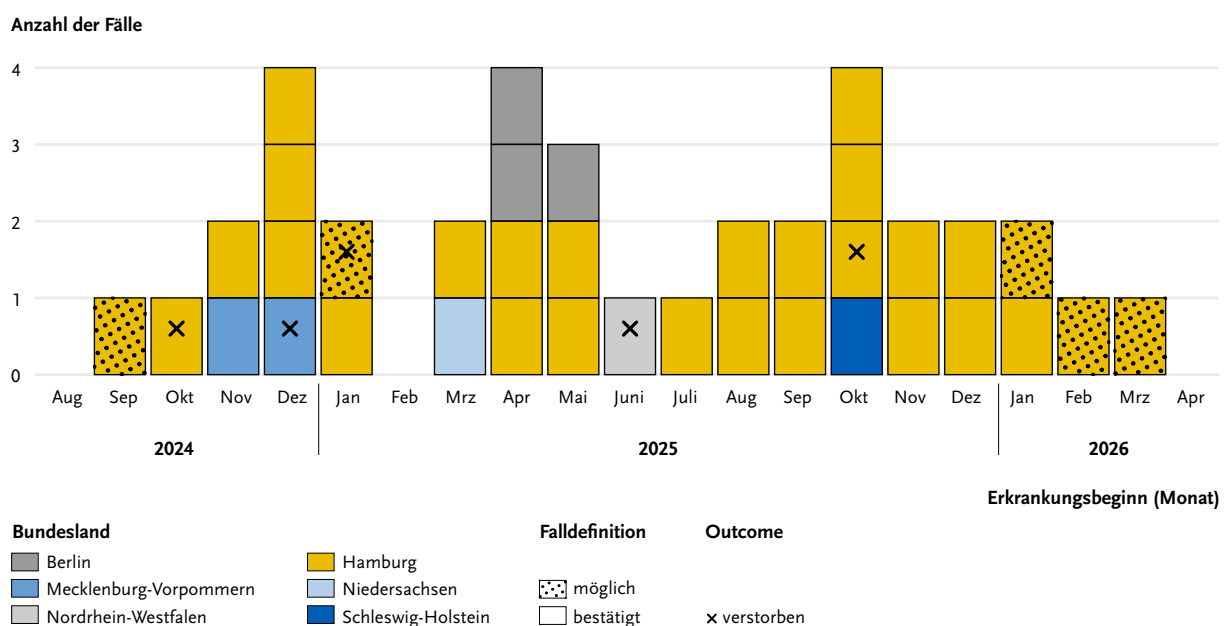
Seit September 2024 wird in Deutschland ein Ausbruch invasiver *Haemophilus influenzae* Typ b-(Hib-) Infektionen beobachtet, zu dem erstmals im [Epidemiologischen Bulletin 27/2025](#), berichtet wurde.<sup>1</sup> Die Erkrankung, die in der Vorimpfära typischerweise bei Säuglingen und Kleinkindern auftrat, betrifft im aktuellen Ausbruch vorwiegend Erwachsene jungen und mittleren Alters, die in Hamburg leben oder sich dort aufgehalten haben. Mittels Genomsequenzierung konnte bisher für 32 der 37 möglichen Fälle eine enge genetische Verwandtschaft des Hib-Stamms gezeigt werden (s. [Abb. 1](#)). Das mediane Alter der 32 bestätigten Fälle bei Erkrankung war 47 Jahre, 66 % der Fälle waren männlich.

Auch 2026 wurden weitere Hib-Fälle identifiziert, die diesem protrahierten Ausbruchsgeschehen zugeordnet werden können (letzter Erkrankungs-

beginn am 27.3.2026). Aufgrund einer engen genetischen Verwandtschaft der untersuchten Hib-Stämme werden dem Ausbruch auch die Erkrankungen von zwei Kindern (0 und 1 Jahr) sowie die einer im Sommer 2025 verstorbenen Person (>65 Jahre) zugeordnet, eine epidemiologische Verbindung nach Hamburg ließ sich retrospektiv jedoch nicht ermitteln.

### Mögliche Risikofaktoren

Bei einem Großteil der Fälle liegt anamnestisch ein Drogenkonsum (inhalative und injizierbare Substanzen) vor. Unter den Fällen mit Angaben zur Art des Drogenkonsums wurde von allen Kokain/Crack konsumiert, von etwa der Hälfte Methadon und Opiate. Ein überwiegender Anteil der erkrankten Personen ist obdachlos bzw. in Unterkünften für ehemals obdachlose Menschen untergebracht. Bei



**Abb. 1** | Epidemiologische Kurve des Ausbruchs invasiver Hib-Erkrankungen nach Bundesland, Falldefinition und klinischem Outcome, 2024–2026 (N=37, Stand 23.4.2026).

der Mehrheit der übermittelten Fälle bestehen chronische Vorerkrankungen wie Hepatitis C, HIV-Infektion, Krebserkrankung, Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen oder eine immunsuppressive Therapie. Angaben zum Impfstatus lagen lediglich bei 14 Fällen vor; von diesen hatte eine Person im 2. Lebensjahr eine einmalige Hib-Impfung erhalten, 13 Personen waren nicht geimpft.

### Klinischer Verlauf

Die bei den bestätigten Fällen am häufigsten genannten klinischen Manifestationen waren eine Pneumonie ( $n = 24$ , Mehrfachnennungen möglich), gefolgt von einer Sepsis ( $n = 20$ ). Phlegmone ( $n = 3$ ), Empyem, Zellulitis und Arthritis (jeweils einmal) wurden seltener genannt. Die bei Kindern in der Vorimpfära häufigen Manifestationen in Form einer Meningitis bzw. Epiglottitis lagen in diesem Ausbruch bei einem bzw. keinem Fall vor. 19 der 31 bestätigten Fälle mit Information zur Hospitalisierung wurden auf einer Intensivstation behandelt. Fünf Personen sind im Rahmen des Ausbruchs bisher an der Erkrankung verstorben. Vier der Verstorbenen lebten in Hamburg (50 % weiblich) und waren im Median 39,5 Jahre alt. Diese vier verstorbenen Personen waren jeweils von Wohnungslosigkeit betroffen und konsumierten Drogen; bei zwei von ihnen waren Vorerkrankungen bekannt. Die fünfte verstorbene Person mit schweren Vorerkrankungen und in höherem Lebensalter wurde durch die Genomsequenzierung der ans Nationale Referenzzentrum für Meningokokken und *Haemophilus influenzae* eingesandten Hib-Isolate identifiziert. Der Wohnort lag in Nordrhein-Westfalen und anamnestisch gab es keine Verbindung zum Hamburger Geschehen.

### Kontrollmaßnahmen

Die bei invasiven Hib-Infektionen empfohlenen Maßnahmen zur Isolierung des Indexfalles und Erregereradikation durch Antibiotikagabe sowie zur Umgebungsprophylaxe wurden entsprechend der bestehenden Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) durch die vor Ort zuständigen Hamburger Gesundheitsbehörden soweit möglich umgesetzt.<sup>2</sup> Da sich das Kontaktverhalten der erkrankten Personen oftmals nur schwer rekonstruieren lässt,

wurde der Zeitraum, in dem die Postexpositionsprophylaxe indiziert ist, von 7 Tage auf 4 Wochen ausgedehnt. Im Rahmen der Ausbruchskontrolle wurden und werden in enger Zusammenarbeit der Gesundheitsbehörden mit den Verantwortlichen von Drogenberatungsstellen und -konsumräumen sowie Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe die dort tätigen Mitarbeitenden über den Ausbruch, die Erkrankung und Vorsorgemöglichkeiten informiert. Mitarbeitende dieser Einrichtungen informieren Klientinnen und Klienten durch aktive Ansprache. Informationsblätter mit bildlicher und einfacher Darstellung klären passiv über das Geschehen und Möglichkeiten zur Prophylaxe auf. Die Ständige Impfkommision beim RKI (STIKO) nahm den anhaltenden Ausbruch zum Anlass, die Empfehlungen zur Hib-Impfung auszuweiten, sodass nun Menschen mit einem medizinisch begründbaren erhöhten Risiko für invasive Hib-Erkrankungen, wie beispielsweise aufgrund von Drogenkonsum oder prekärer Wohnsituation, in einem Ausbruchsgeschehen eine Impfindikation haben.<sup>3</sup>

Die Hib-Impfung mit dem Kombinationsimpfstoff Pentavac<sup>®</sup> wird seit August 2025 in Hamburg in ausgewählten Drogenberatungsstellen und -konsumräumen, Schwerpunktpraxen für wohnungslose Menschen und suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen sowie in der Substitutionssprechstunde einer Justizvollzugsanstalt kostenlos angeboten. Bisher wird sie jedoch nur zögerlich angenommen; insgesamt wurden 180 Impfungen bis Mitte April 2026 verabreicht.

### Schlussfolgerungen

Die in den letzten Monaten aufgetretenen invasiven Hib-Fälle zeigen, dass die Transmission des Erregers in Hamburg weiterhin und vorwiegend in einer Population mit Drogengebrauch und Wohnungslosigkeit anhält und durch die bisher erfolgten Maßnahmen nicht beendet werden konnte. Die wichtigsten Ansatzpunkte, die im Rahmen des regelmäßigen Austauschs zwischen den Akteuren der Hamburger Behörden und dem RKI identifiziert wurden, betreffen die Impfung und die Aufklärung. Sowohl für die Impfung als auch für die Aufklärung gilt es, die Zielgruppe so genau wie möglich und so breit wie nötig zu definieren:

► Die in diesem Hib-Ausbruch betroffenen Personen gehören vorwiegend nicht den „klassischen“ Risikogruppen wie ungeimpften Kleinkindern, Personen mit Asplenie oder älteren Erwachsenen an. Die hier zu schützende Risikogruppe muss dementsprechend anders definiert werden: Der Großteil der erkrankten Personen lebt in **Hamburg** und ist **zwischen 30 und 60 Jahre alt**, hat einen bekannten **Konsum inhalativer und/oder injizierbarer Drogen** und ist **obdachlos bzw. in Unterkünften für ehemals obdachlose Menschen untergebracht**. Es sind sowohl Männer als auch Frauen betroffen. Obwohl die Mehrheit eine Grunderkrankung angibt, sind auch Personen ohne bekannte Vorerkrankungen schwer erkrankt. Diese Information lässt auf eine größere Gruppe von Menschen mit potenziellem Erkrankungsrisiko schließen, die es zu schützen gilt. Die Zahl der in Hamburg lebenden wohnungslosen Personen ohne jegliche Unterkunft wird auf etwa 3.700 Personen, die Zahl derer, die in Einrichtungen untergebracht sind auf etwa 38.000 geschätzt.<sup>4,5</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 2 % der 15- bis 64-Jährigen in Hamburg in den vergangenen 12 Monaten Kokain bzw. Crack konsumierten.<sup>6</sup> Der Anteil von Kokain-/Crack-konsumierenden Personen ist bei wohnungslosen Menschen jedoch nicht bekannt.

Die Hamburger Gesundheitsbehörden arbeiten eng mit den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und Drogenhilfe daran, bestehende Impfangebote auszuweiten und die Akzeptanz der Hib-Impfung zu steigern, um einen möglichst großen Teil der Risikogruppe vor einer Hib-Infektion und invasiver Erkrankung zu schützen. Die Ausgestaltung von aufsuchenden Impfangeboten mit niedrighwelligem Zugang für die Zielgruppe erfordert – wie es in Hamburg gut zu beobachten ist – die enge Zusammenarbeit verschiedenster Akteure. Um die Inanspruchnahme zu steigern, sollen aufsuchende Impfangebote mit weiteren, bereits bestehenden Versorgungsangeboten und Hilfen für diese Bevölkerungsgruppe kombiniert werden, diese anderen Angebote jedoch gleichzeitig nicht beeinträchtigen. Hierbei ist es unerlässlich, dass verschiedenste Akteure, die mit und für die Risikogruppen arbeiten, eng zusammenwirken:

► Neben medizinischem Personal im **Öffentlichen Gesundheitsdienst** und in **Schwerpunktpraxen** müssen auch die **Obdachlosen- und Suchthilfe** eingebunden werden. Gleichzeitig sollte die Kooperation mit **ehrenamtlichen Initiativen**, sozialen Hilfs- und Dienstleistungsorganisationen, gemeinnützigen Angeboten etc. angestrebt werden. Dabei sollte die bereits begrenzte Ressourcenlage dieser Akteure berücksichtigt werden, damit bestehende Versorgungsangebote ungehindert weiterlaufen können. Der Austausch zwischen den verschiedenen Gruppen sollte auf regelmäßiger Basis und unter engmaschiger Rücksprache erfolgen, um den tatsächlichen Effekt des Angebots laufend zu analysieren und das Angebot ggf. immer wieder anzupassen.

Um im Erkrankungsfall eine schnellstmögliche medizinische Versorgung der betroffenen Menschen zu ermöglichen und damit Spätfolgen der Erkrankung sowie weitere Todesfälle zu verhindern, ist es weiterhin unerlässlich, neben medizinischem Personal auch die Angehörigen der Risikogruppe zu informieren – sowohl über das anhaltende Ausbruchsgeschehen als auch über die Krankheit und deren Therapie:

► Die Information sollte dabei in für die Risikogruppe **verständlicher Form und Sprache** und auf von ihnen **genutzten Wegen** erfolgen. Dies sollte in den frequentierten Anlaufstellen wie beispielsweise Drogenberatungsstellen und -konsumräumen, Einrichtungen der Obdachlosenhilfe, Schwerpunktpraxen sowie aufsuchend an öffentlichen Plätzen und idealerweise durch Mitarbeitende geschehen, die bereits Vertrauen genießen. Ergänzend können auch passive Informationsangebote unterstützen (z. B. Flyer).

## Literatur

- 1 Robert Koch-Institut, Ausbruch von invasiven *Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Infektionen unter vorwiegend drogengebrauchenden und wohnungslosen Menschen in Hamburg, 2024/2025. [Epid Bull 2025;27:10-12.](#)
- 2 Robert Koch-Institut, *Haemophilus influenzae*, invasive Infektion, RKI-Ratgeber 2020 11.3.2021 [zuletzt aufgerufen am 23.4.2026]; [https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber\\_HaemophilusInfluenzae.html](https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_HaemophilusInfluenzae.html).
- 3 Piechotta V, *et al.*, Beschluss und wissenschaftliche Begründung zur Erweiterung der STIKO-Empfehlung zur Indikationsimpfung und postexpositionellen Chemoprophylaxe gegen *Haemophilus influenzae* Typ b. [Epid Bull 2025;34:3-18.](#)
- 4 Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen, Wohnungslosenbericht der Bundesregierung – Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit. 2024.
- 5 Statistisches Bundesamt (Destatis), Untergebrachte wohnungslose Personen: Bundesländer, Stichtag, Nationalität, Geschlecht, Altersgruppen, Haushaltstyp. 2026, Statistisches Bundesamt (Destatis): Wiesbaden.
- 6 Olderbak S, *et al.*, Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. 2023.

## Autoren

- <sup>a)</sup> Dr. Viktoria Schönfeld | <sup>b)</sup> PD Dr. Silja Bühler |  
<sup>a)</sup> Dr. Caroline Peine | <sup>a)</sup> Dr. Vanessa Piechotta |  
<sup>a)</sup> PD Dr. Ole Wichmann
- <sup>a)</sup> Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-epidemiologie, Berlin  
<sup>b)</sup> Institut für Hygiene und Umwelt, Freie und Hansestadt Hamburg, Infektionsepidemiologisches Landeszentrum, Hamburg

**Korrespondenz:** [schoenfeldv@rki.de](mailto:schoenfeldv@rki.de)

## Interessenkonflikt

PD Dr. Silja Bühler hat in der Vergangenheit Honorare für Vortragstätigkeiten für Sanofi erhalten.

Die anderen Autorinnen und der Autor geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Vorgeschlagene Zitierweise

Schönfeld V, Bühler S, Peine C, Piechotta V, Wichmann O: Protrahierter Ausbruch von invasiven *Haemophilus influenzae* Typ b-(Hib-)Infektionen in Hamburg, 2024–2026

Epid Bull 2026;18:7-10 | DOI 10.25646/14179

## Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](#)

# Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

17. Woche 2026 (Datenstand: 29. April 2026) – abrufbar auch als interaktives [Dashboard](#)

## Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	38	977	895	9	215	211	6	133	94	68	2.584	3.943	30	568	892
Bayern	84	1.623	1.294	22	370	305	10	172	107	166	4.430	5.611	91	1.058	1.788
Berlin	20	618	489	4	87	96	1	71	65	60	2.913	1.933	83	622	828
Brandenburg	42	471	374	5	80	75	1	46	49	118	2.822	2.241	191	896	1.520
Bremen	8	132	108	0	9	8	1	17	21	10	386	301	13	226	71
Hamburg	9	286	320	1	34	50	2	49	38	45	1.351	975	25	303	385
Hessen	45	822	709	7	164	205	10	154	140	39	2.425	3.180	92	764	894
Mecklenburg-Vorpommern	20	383	286	5	66	49	1	60	57	64	1.543	1.358	58	390	531
Niedersachsen	65	1.095	914	11	210	181	13	244	164	132	3.191	4.015	90	962	2.255
Nordrhein-Westfalen	186	3.457	2.778	23	430	426	15	320	284	187	6.429	10.944	108	1.519	2.970
Rheinland-Pfalz	34	709	657	7	135	139	6	90	67	53	1.616	2.778	31	373	819
Saarland	8	186	175	0	23	27	0	38	27	7	399	720	3	35	469
Sachsen	70	948	754	8	150	180	2	87	77	129	3.494	4.340	238	1.685	1.274
Sachsen-Anhalt	25	417	375	5	118	114	4	46	37	57	1.966	2.318	31	492	1.366
Schleswig-Holstein	21	497	361	4	57	58	7	90	68	67	1.865	1.263	36	353	365
Thüringen	32	513	335	10	231	135	17	72	49	72	1.843	2.146	34	595	981
<b>Deutschland</b>	<b>707</b>	<b>13.134</b>	<b>10.824</b>	<b>121</b>	<b>2.379</b>	<b>2.259</b>	<b>96</b>	<b>1.689</b>	<b>1.344</b>	<b>1.274</b>	<b>39.257</b>	<b>48.066</b>	<b>1.154</b>	<b>10.841</b>	<b>17.408</b>

## Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	2	31	38	41	636	751	17	299	385	11	141	189	17	21.189	32.955
Bayern	3	30	60	40	836	1.210	24	395	533	6	148	183	21	31.077	71.255
Berlin	1	11	19	28	311	497	12	164	169	7	90	95	16	7.865	15.229
Brandenburg	0	8	12	3	67	106	4	36	55	0	38	20	15	11.184	17.991
Bremen	0	2	3	8	67	107	4	22	37	1	23	22	0	989	1.185
Hamburg	0	5	11	20	202	489	5	78	98	1	51	80	11	4.515	9.603
Hessen	0	23	24	27	314	514	14	176	206	2	130	140	27	10.713	20.635
Mecklenburg-Vorpommern	0	10	4	5	47	52	1	22	29	4	23	19	35	11.695	13.192
Niedersachsen	1	36	40	36	516	618	10	209	247	6	100	94	21	14.717	28.318
Nordrhein-Westfalen	8	71	63	64	1.082	1.602	37	527	702	11	258	305	39	33.930	63.579
Rheinland-Pfalz	1	6	17	21	275	388	10	119	125	1	59	78	14	9.117	16.684
Saarland	0	3	8	4	55	97	1	43	50	1	13	15	2	1.883	3.177
Sachsen	0	10	12	7	114	144	8	89	76	4	34	48	20	21.685	42.843
Sachsen-Anhalt	0	5	6	4	78	138	7	38	46	3	29	28	15	11.275	25.873
Schleswig-Holstein	2	9	7	8	104	202	3	77	112	1	32	36	6	6.597	10.549
Thüringen	0	9	5	3	48	69	3	28	48	1	25	27	4	10.747	17.712
<b>Deutschland</b>	<b>18</b>	<b>269</b>	<b>329</b>	<b>319</b>	<b>4.752</b>	<b>6.984</b>	<b>160</b>	<b>2.322</b>	<b>2.918</b>	<b>60</b>	<b>1.194</b>	<b>1.379</b>	<b>263</b>	<b>209.178</b>	<b>390.780</b>

## Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	3	6	16	0	5	6	0	0	0	17	364	385	77	1.208	1.391
Bayern	1	3	19	0	5	28	0	0	0	69	1.277	607	107	2.104	2.581
Berlin	0	2	10	0	2	5	0	0	0	6	59	103	19	357	485
Brandenburg	0	1	1	0	1	2	0	0	0	4	101	171	9	217	311
Bremen	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	15	6	41	31
Hamburg	0	1	3	0	2	3	0	0	0	0	56	70	14	168	221
Hessen	0	9	19	0	10	10	0	0	1	9	131	207	18	336	310
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	75	73	2	52	91
Niedersachsen	4	13	0	0	8	13	0	0	0	13	92	214	32	542	496
Nordrhein-Westfalen	1	13	20	1	17	38	0	0	1	18	367	486	95	1.538	1.376
Rheinland-Pfalz	0	2	7	1	4	5	0	0	0	15	174	182	22	252	331
Saarland	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	30	90	3	74	50
Sachsen	0	0	3	0	1	7	0	0	0	27	256	275	34	605	879
Sachsen-Anhalt	0	0	0	1	1	0	0	0	0	18	234	334	2	60	56
Schleswig-Holstein	0	0	0	1	6	3	0	0	0	4	38	49	13	295	203
Thüringen	0	0	1	0	1	1	0	0	0	9	246	283	11	214	135
<b>Deutschland</b>	<b>9</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>64</b>	<b>123</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>211</b>	<b>3.503</b>	<b>3.544</b>	<b>464</b>	<b>8.063</b>	<b>8.947</b>

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

	<i>Acinetobacter</i> <sup>1</sup>			Enterobacterales <sup>1</sup>			<i>Clostridioides difficile</i> <sup>2</sup>			MRSA <sup>3</sup>			COVID-19 <sup>4</sup>		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	0	28	29	21	394	409	1	34	31	2	37	43	23	2.758	2.727
Bayern	2	34	32	19	331	393	7	81	98	1	37	46	18	4.757	4.389
Berlin	0	20	22	4	154	258	0	9	13	0	32	22	3	1.332	1.654
Brandenburg	1	3	3	4	78	60	2	28	29	0	7	13	10	1.687	1.250
Bremen	0	0	0	1	11	13	0	5	6	0	0	0	0	123	146
Hamburg	0	7	10	5	130	151	0	11	7	0	16	20	2	473	793
Hessen	0	21	18	20	376	386	1	34	36	0	35	36	8	1.720	2.071
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	3	1	38	40	1	15	17	0	5	9	1	1.103	1.037
Niedersachsen	1	15	15	13	257	253	2	40	60	4	41	44	13	1.924	1.973
Nordrhein-Westfalen	5	65	46	32	633	888	13	171	205	3	106	99	36	4.598	5.937
Rheinland-Pfalz	1	12	7	2	94	153	3	25	26	2	13	14	7	1.475	1.456
Saarland	0	4	2	2	17	21	0	4	5	2	11	3	4	480	421
Sachsen	0	6	3	3	93	110	8	98	109	2	19	16	18	2.550	2.534
Sachsen-Anhalt	3	11	1	8	74	67	0	45	27	3	14	21	8	1.250	1.257
Schleswig-Holstein	0	10	4	3	71	93	0	20	22	1	9	10	8	1.189	1.117
Thüringen	0	3	5	1	51	53	1	12	16	0	13	17	2	1.199	818
<b>Deutschland</b>	<b>13</b>	<b>239</b>	<b>200</b>	<b>139</b>	<b>2.802</b>	<b>3.348</b>	<b>39</b>	<b>632</b>	<b>707</b>	<b>20</b>	<b>395</b>	<b>413</b>	<b>161</b>	<b>28.618</b>	<b>29.580</b>

1 Infektion und Kolonisation (bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen nach jeweils geltender Falldefinition, s. [www.rki.de/falldefinitionen](http://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
	17.	1.–17.	1.–17.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	65	134
Bornavirus-Erkrankung	1	3	0
Botulismus	0	0	1
Brucellose	1	12	18
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	2	5
Chikungunyavirus-Erkrankung	7	155	26
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	33	61
Denguefieber	2	208	361
Diphtherie	1	11	18
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	4	23	16
Giardiasis	22	781	909
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	29	579	721
Hantavirus-Erkrankung	5	46	71
Hepatitis D	0	2	25
Hepatitis E	105	1.703	1.839
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	17	15
Kryptosporidiose	29	406	536
Legionellose	23	493	597
Lepra	0	1	0
Leptospirose	0	6	56
Listeriose	13	192	168
Malaria	19	224	217
Meningokokken, invasive Infektion	0	102	151
Mpox	24	180	208
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	6	16
Ornithose	0	2	8
Paratyphus	0	9	5
Pneumokokken, invasive Infektion	205	4.640	5.565
Q-Fieber	0	23	30
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	1.328	64.071	61.859
Shigellose	45	1.060	723
Trichinellose	0	0	1
Tularämie	0	31	28
Typhus abdominalis	0	17	28
West-Nil-Fieber*	0	1	1
Yersiniose	74	1.350	1.160
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 Meldeweche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. [www.rki.de/falldefinitionen](https://www.rki.de/falldefinitionen)).

\* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

Die „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ wird ab sofort durch ein interaktives Dashboard ergänzt. Die dazugehörige Datenbasis ist jedoch sehr viel umfangreicher. Für die Darstellung von Inzidenz, Fallzahlen und des wöchentlichen Verlaufs werden Fallzahlen ab 2021 berücksichtigt.