



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

21
2026

21. Mai 2026

Epidemiologisches Bulletin

**Mpox in Deutschland | Ebolafieber-Ausbruch
in der Demokratischen Republik Kongo**

Inhalt

Herausforderungen und Lessons Learned des ÖGD in Deutschland bei der Bewältigung von Mpox – ein Scoping Review

4

Der Mpox-Ausbruch im Jahr 2022 erforderte ein engmaschiges Public-Health-Management durch die kommunalen Gesundheitsämter und stellte den ÖGD vor spezifische Anforderungen. Dieses Scoping Review zeigt, dass der ÖGD auf pandemieerprobte Strukturen, digitale Systeme und etablierte Meldewege zurückgreifen konnte, zugleich aber auch mit spezifischen Problemen konfrontiert war (z. B. Herausforderungen bei der Kontaktpersonenermittlung oder psychosoziale Belastungen bei Infizierten). Die wenigen im Rahmen des Reviews identifizierten Publikationen verdeutlichen, dass klare Zuständigkeiten, interinstitutionelle Kooperation und digitale Dokumentationssysteme entscheidende Erfolgsfaktoren für ein effektives Ausbruchmanagement waren. Präventive, niedrigschwellige und Community-nahe Maßnahmen wurden als relevante Komponenten der Eindämmung beschrieben.

Challenges and lessons learned by the Public Health Services in Germany in managing Mpox – a scoping review

The Mpox outbreak in 2022 required intensive public health management by local health authorities and presented the public health service with specific challenges. This scoping review shows that the public health service was able to rely on pandemic-tested structures, digital systems and established reporting channels, but was also confronted with specific problems (e.g. challenges in identifying contacts or psychosocial stress among infected individuals). The few publications identified in the review highlight that clear responsibilities, inter-institutional cooperation and digital documentation systems were crucial success factors for effective outbreak management. Preventive, low-barrier and community-based measures were described as key components of containment.

(Article in German)

Aktuelle epidemiologische Situation von Mpox in Deutschland

13

In Deutschland wurden bislang mehr als 4.500 Mpox-Fälle an das Robert Koch-Institut übermittelt, davon rund 3.700 Fälle im Zeitraum von Frühsommer bis Herbst 2022. Übertragungen von Mpox Klade IIb sind in Deutschland in erster Linie im Rahmen von sexuellen Aktivitäten erfolgt, insbesondere bei Männern, die Sex mit Männern haben mit häufig wechselnden Partnern. Wiederholte begrenzte Ausbruchsgeschehen durch Mpox Klade IIb sind weiterhin jederzeit möglich, von einem starken Anstieg der Fallzahlen wie 2022 wird derzeit jedoch nicht ausgegangen.

Current epidemiological situation of Mpox in Germany

In Germany, more than 4,500 Mpox cases have been reported to the Robert Koch Institute, with around 3,700 cases occurring between early summer and autumn 2022. Transmission of Mpox clade IIb in Germany has primarily occurred through sexual activity, particularly among men who have sex with men with frequently changing partners. Limited recurrent outbreaks of Mpox clade IIb remain possible at any time; however, a sharp increase in case numbers like that seen in 2022 is not currently expected.

(Article in German)

Konsiliarlabor für Pockenviren

16

Das Konsiliarlabor Pockenviren stellt sich im Rahmen des 30-jährigen Jubiläums der Etablierung der Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlabore vor.

Consultant Laboratory for Poxviruses

The Consultant Laboratory for Poxviruses presents itself on the occasion of the 30th anniversary of the establishment of the National Reference Centres and Consultant Laboratories.

(Article in German)

Erneuter Ebolafieber-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo

18

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 20. Woche 2026

20

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
(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.

Herausforderungen und Lessons Learned des ÖGD in Deutschland bei der Bewältigung von Mpox – ein Scoping Review

Einleitung

Mpox, ausgelöst durch das Monkeypox-Virus (MPXV), bleibt weltweit ein relevantes infektions-epidemiologisches Risiko.^{1,2} Eine MPXV-Übertragung von Mensch zu Mensch wird vor allem bei engen Kontakten, z. B. im Rahmen sexueller Aktivitäten beobachtet.³ In Deutschland wurde Mpox seit 2022 überwiegend bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), diagnostiziert. Klinisch manifestiert sich Mpox meist durch unspezifische Allgemeinsymptome wie Fieber, Myalgien, Fatigue oder Lymphadenopathie sowie durch charakteristische Haut- und Schleimhautläsionen unterschiedlicher Ausprägung. Von 2022–2025 betrug die Anzahl der gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) übermittelten Mpox-Fälle in Deutschland ca. 4.600.⁴ Die steigenden Fallzahlen mit teils komplexem klinischem und kontaktbezogenem Management erforderten ein engmaschiges Public-Health-Management durch die kommunalen Gesundheitsämter.⁵ Vor dem Hintergrund der beschriebenen epidemiologischen Entwicklungen ergeben sich weiterhin spezifische Anforderungen an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Umgang mit Mpox. Diese betreffen in Deutschland u. a. das operative Management von Infektionsgeschehen, z. B. Falldokumentation, Kontaktpersonenmanagement, Quarantänemaßnahmen sowie Gesundheitsaufklärung und Risikokommunikation.^{6,7} Zwar kann der ÖGD dabei auf Strukturen zurückgreifen, die vor der COVID-19-Pandemie aufgebaut und in großem Maße während der Pandemie ausgebaut wurden, internationale Erfahrungen zeigen jedoch, dass diese Routinen nicht ohne Weiteres auf das Mpox-Geschehen übertragbar sind.⁸ Im Gegensatz zur COVID-19-Pandemie weist Mpox andere gesellschaftliche, medizinische und kommunikative Anforderungen auf, insbesondere aufgrund des sexuellen Transmissionskontextes sowie der daraus resultierenden Notwendigkeit zielgruppenspezifischer-akzeptierter sowie niedrigschwelliger Risikokommunikation.^{9,10}

Daher ist eine systematische Aufarbeitung der bisherigen Erfahrungen des ÖGD erforderlich, um Erkenntnisse zu Herausforderungen, bewährten Maßnahmen und Weiterentwicklungsbedarfen im Umgang mit Mpox zu gewinnen. Bislang liegt keine systematische Übersicht darüber vor, wie Mitarbeitende des ÖGD in Deutschland den Umgang mit dem Mpox-Ausbruch bewältigt haben, welche operativen, strukturellen oder kommunikativen Herausforderungen auftraten und welche Handlungsstrategien sich etablierten. Ziel dieses *Scoping Reviews* (ScR) ist es daher, die verfügbare wissenschaftliche Literatur zum Umgang des ÖGD mit dem Mpox-Ausbruch in Deutschland systematisch aufzubereiten.

Methode

Das ScR wurde gemäß den PRISMA-ScR-Richtlinien durchgeführt (PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) und basiert auf einem registrierten Protokoll auf *Open Science Framework* (OSF).¹¹ Ziel war die systematische Identifikation, Auswahl und Analyse wissenschaftlicher Literatur zum Mpox-Ausbruch in Deutschland mit Fokus auf den ÖGD.

Suchstrategie

Die Literaturrecherche erfolgte in PubMed/Medline, Web of Science und Scopus mithilfe einer kombinierten Suchabfrage aus *MeSH-Terms* und freien Begriffen*. Die Suchergebnisse wurden in Citavi zusammengeführt, und zur Duplikatsbereinigung und zum Screening von Titeln und Abstracts in Rayyan hochgeladen.

* (Mpox OR Monkeypox OR "monkeypox virus" OR MPX OR MPXV) AND ("case report" OR "experience reports" OR reports OR "incident reports" OR "case study" OR "lessons learned" OR recommendations OR suggestions OR guide OR guidelines) AND ("Public health service" OR ÖGD OR health authority OR "national health service" OR "public health" OR "health authorities" OR Attitude OR Sentiment OR Opinion OR Knowledge OR Management OR Challenges OR Strategies OR Barriers).

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen zwischen 01/2022–11/2025 mit direktem Bezug zur Rolle des ÖGD bei der Bewältigung des Mpox-Ausbruchs. Ausgeschlossen wurden Arbeiten ohne ÖGD-Bezug, rein klinische Darstellungen sowie Fallberichte ohne Public-Health-Perspektive.

Auswahlprozess

Die Auswahl erfolgte dreistufig: (1) Screening von Titeln und Abstracts, (2) Volltextprüfung anhand der Kriterien und (3) Referenzlistenanalyse mittels Spidercite. Das Screening wurde verblindet und durch mehrere unabhängige Reviewer (DW, MN, RP, HB) durchgeführt; Unstimmigkeiten wurden im Konsens entschieden. Der Prozess ist im PRISMA-ScR-Flussdiagramm dargestellt (s. Abb. 1).

Datenextraktion

Für alle eingeschlossenen Quellen wurden Autorin/Autor und Jahr, Setting, Publikationstyp, Zielsetzung, Methoden, Herausforderungen, Lessons Learned, und Strategien erfasst.

Datenanalyse

Die Auswertung erfolgte qualitativ-narrativ und tabellarisch. Drei Themenbereiche wurden gebildet: (1) Herausforderungen im Ausbruchmanagement, (2) Lessons Learned und (3) eingesetzte bzw. empfohlene Strategien.

Qualitätssicherung

Die Datenextraktion wurde im Vier-Augen-Prinzip geprüft und bei Unklarheiten konsentiert (MN, RP, DW, HB). Alle Schritte wurden gemäß PRISMA-ScR transparent dokumentiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 3.323 Publikationen aus den Datenbanken PubMed, Scopus und Web of Science identifiziert. Der Studienselektionsprozess wurde im PRISMA-Flowchart visualisiert (s. Abb. 1). Nach dem Entfernen von 1.038 Duplikaten verblieben 2.285 Artikel, die anhand von Titel und Abstract gescreent wurden. In einem mehrstufigen Verfahren wurden 147 Volltexte auf Grundlage der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien geprüft.

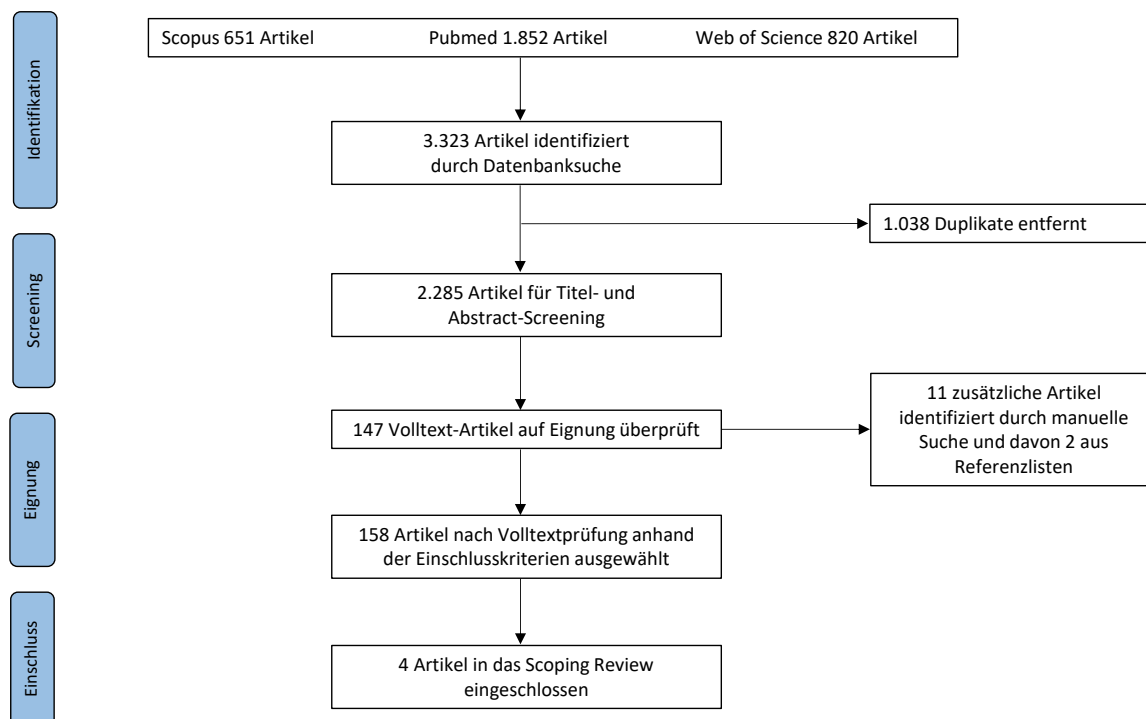


Abb. 1 | PRISMA-ScR-Flussdiagramm zum Literatursuchprozess im Rahmen des Scoping Reviews (eigene Darstellung)

Eine ergänzende Referenzlistenanalyse führte zu elf zusätzlichen Quellen. Nach Ausschluss inhaltlich nicht relevanter Arbeiten erfüllten vier Publikationen die Einschlusskriterien und wurden in die Analyse einbezogen. Die Mehrzahl der ausgeschlossenen Publikationen wies keinen direkten Bezug zum ÖGD in Deutschland auf, sondern behandelte überwiegend klinische Aspekte, globale epidemiologische Entwicklungen oder theoretische Public-Health-Konzepte ohne konkrete Implikationen für die operative Praxis des ÖGD. Der Auswahlprozess der Studien wurde gemäß den PRISMA-Leitlinien dargestellt.¹²

Die eingeschlossenen Veröffentlichungen befassen sich mit unterschiedlichen Aspekten der Mpox-Bewältigung in Deutschland durch den ÖGD. Zwei Publikationen beschreiben u. a. das operative Management in kommunalen und landesweiten Gesundheitsbehörden, eine weitere stellt seroepidemiologische Erkenntnisse dar und eine zusätzliche Veröffentlichung fokussiert auf übergeordnete strategische Ansätze der Zoonosenprävention.

Übersicht der identifizierten Arbeiten

Kröger *et al.* (2023) veranschaulichen auf Grundlage von Daten aus einer retrospektiven Beobachtungsstudie den Ansatz des Kölner Gesundheitsamtes zur Eindämmung des Mpox-Ausbruchs 2022.⁶ Laut Autorinnen und Autoren wurde Mpox anfangs sowohl von den Betroffenen als auch von einigen Ärztinnen und Ärzten falsch eingeschätzt, da die Symptome oft unspezifisch waren und Unkenntnis über die neue Krankheit existierte. Die Autorinnen und Autoren berichten, dass viele der Infizierten ihre sexuellen Kontakte anonym angaben, sodass häufig die Infektionsquelle nicht bestätigt und weitere Kontaktpersonen nicht identifiziert werden konnten. Zudem gab es auch Fälle von nicht-sexueller Übertragung. Etwa ein Viertel der Personen machte keine oder unzureichende Angaben zum vermuteten Infektionsweg, was teilweise auf die Anonymität und die hohe Zahl von Risikokontakten zurückgeführt wurde. Darüber hinaus könnten laut Kröger *et al.*⁶ Datenschutzbedenken, die Sensibilität des Themas und die Besorgnis über Stigmatisierung dazu geführt haben, dass infizierte Personen den Interviewern Informationen vorenthalten haben. Neben den organisatorischen und diagnostischen Schwierigkeiten wird in der Publikation auch auf

psychosoziale Belastungen hingewiesen. Die Autorinnen und Autoren beschreiben, dass die lange Isolationszeit und die ausgeprägten Symptome in empfindlichen Körperregionen bei vielen Infizierten mit erhöhtem psychischem Stress verbunden waren. Hinzu kam bei einigen Betroffenen die Angst vor sozialen Nachteilen oder der ungewollten Offenlegung ihrer sexuellen Orientierung, was die psychische Belastung zusätzlich verstärkte. In Einzelfällen machte diese Situation eine begleitende Betreuung durch den sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes erforderlich.

Während der Isolationszeit nahm das Gesundheitsamt regelmäßig telefonisch Kontakt mit den Betroffenen auf, um ihren klinischen Zustand zu kontrollieren und bei Bedarf Unterstützung zu leisten. Die Falldaten wurden über die Systeme DiKoMa (Software zur digitalen Erfassung von Menschen nach Mpox-Exposition in Gesundheitsämtern) und SurvNet (elektronisches Meldesystem des Robert Koch-Instituts zur Erfassung meldepflichtiger Infektionskrankheiten) dokumentiert und übermittelt, um eine standardisierte und zeitnahe Meldung sicherzustellen.

Kröger *et al.*⁶ betonen die Rolle des ÖGD als entscheidenden Akteur bei der Eindämmung von Ausbrüchen. Der ÖGD trage maßgeblich dazu bei, betroffene Personen zu isolieren, Kontaktpersonen umgehend zu identifizieren sowie leicht zugängliche Informationen bereitzustellen, etwa durch die Einrichtung einer Hotline und einer E-Mail-Adresse für niedrigschwellige Anfragen. Sie heben hervor, dass die (vorrangig personellen) Strukturen, die während der COVID-19-Pandemie im Gesundheitsamt aufgebaut wurden, auch im Mpox-Ausbruch eine schnelle Reaktionszeit und einen hohen Standard der individuellen Versorgung ermöglichten. Der Rückgang der Mpox-Fälle in Köln kann auf eine Kombination dieser Maßnahmen zurückgeführt werden. Des Weiteren führen Kröger *et al.*⁶ an, dass die rasche Reaktion des ÖGD eine wichtige Rolle bei der Eindämmung des Ausbruchs gespielt haben könnte, einschließlich der Isolierung infizierter Personen, einer umfassenden Umgebungsuntersuchung, des sensiblen Umgangs mit Betroffenen, gezielter Information und des Zugangs zu Impfungen.

Jong *et al.* (2024) dokumentieren die Reaktion des ÖGD in Nordrhein-Westfalen (NRW) auf den ersten in Deutschland importierten Fall von MPXV Klade Ib im Oktober 2024.¹³ Die Autorinnen und Autoren beschreiben das koordinierte Vorgehen von Gesundheitsamt, Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) und Robert Koch-Institut (RKI) im Fall- und Kontaktmanagement sowie in der interinstitutionellen Zusammenarbeit.

Die zuständigen Gesundheitsämter kontaktierten sämtliche Kontaktpersonen regelmäßig, erfragten mögliche Symptome, protokollierten die Angaben und übermittelten sie an das LZG.NRW. Allen Kontaktpersonen wurde eine Postexpositionsprophylaxe gemäß den aktuellen nationalen Empfehlungen angeboten, die in Deutschland die Impfung mit dem modifizierten Vacciniavirus Ankara (MVA) umfasst. Da alle Betroffenen als kooperativ und mit geringem Infektionsrisiko eingeschätzt wurden, war keine häusliche Quarantäne erforderlich, sie wurden jedoch angehalten, bei Symptomen umgehend Kontakt aufzunehmen und diese zu melden.

Zur Unterstützung der beteiligten Behörden organisierte das LZG.NRW während des Beobachtungszeitraums wöchentliche Webkonferenzen, die dem Austausch aktueller Informationen und der Abstimmung einheitlicher Vorgehensweisen dienten. Dadurch wurde gewährleistet, dass die Maßnahmen der sechs beteiligten Gesundheitsämter koordiniert und konsistent umgesetzt wurden. Die Autorinnen und Autoren betonen, dass die erfolgreiche Bewältigung des Falls auf die hohe Fachkompetenz des klinischen und öffentlichen Gesundheitspersonals zurückzuführen war, das auf Erfahrungen aus dem Mpox-Ausbruch 2022 (Klade II) aufbauen konnte. Zudem stellte der „Ständige Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB)“ den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nach Bestätigung der Infektion klinische Beratung und Handlungsempfehlungen zur Verfügung.

Darüber hinaus waren die Mitarbeitenden der beteiligten Gesundheitsämter eng vernetzt und u. a. erfahren in der Umgebungsuntersuchung, was eine schnelle Kommunikation innerhalb der unterschiedlichen Ebenen ermöglichte. Die Autorinnen und

Autoren führen an,¹³ dass häufige, niedrighschwellige Besprechungen zwischen den beteiligten Akteuren den kontinuierlichen Informationsfluss förderten und zur erfolgreichen Koordination der Maßnahmen beitrugen. Gleichzeitig verweisen Jong *et al.*¹³ auf Herausforderungen im diagnostischen Prozess. Darunter fällt unter anderem die verzögerte Diagnosestellung, da eine heterosexuelle Mpox-Übertragung in Deutschland als ungewöhnlich galt und die anfänglichen Symptome der Betroffenen auf Genitalläsionen beschränkt waren. Zunächst wurden daher andere sexuell übertragbare Erreger vermutet, was die Testung auf Mpox verzögerte und potenziell das Übertragungsrisiko erhöhte. Die Autorinnen und Autoren heben hervor, dass die Kombination aus einer schnellstmöglichen Erkennung von Fällen und Isolierung des Indexfalls, enger Umgebungsuntersuchung, Impfangeboten, koordinierter Kommunikation und institutionsübergreifender Zusammenarbeit wesentlich dazu beitrug, eine Weiterverbreitung von Mpox-Klade Ib in Deutschland zu verhindern.¹³

Marcus *et al.* (2024) untersuchten im Rahmen einer seroepidemiologischen Querschnittsstudie den Anteil klinisch unerkannter Mpox-Infektionen unter MSM, in Berlin.¹⁴ Zwischen April und Juni 2023 wurden 1.119 Blutproben aus HIV- und STI-Schwerpunktpraxen sowie *Community-Checkpoints* analysiert und mit Angaben zu Impfstatus, Diagnose und Sexualverhalten verknüpft. Die Ergebnisse zeigten, dass nur etwa 25 % bis 40 % der serologisch nachgewiesenen Mpox-Infektionen klinisch diagnostiziert worden waren, sodass ein erheblicher Anteil der Infektionen unerkannt blieb. Damit wiesen die Autorinnen und Autoren auf eine deutliche Untererfassung des tatsächlichen Infektionsgeschehens hin. Dies hat relevante Implikationen für den ÖGD, da Maßnahmen der Surveillance, Fallidentifikation und Umgebungsuntersuchungen primär auf klinisch diagnostizierten Fällen basieren. Marcus *et al.*¹⁴ folgern, dass Maßnahmen zur Mpox-Eindämmung, die ausschließlich auf einer klinischen Diagnosestellung beruhen, nur eine begrenzte Wirksamkeit bei der Verhinderung von Übertragungen in Ausbruchssituationen haben können, da viele Infektionen unerkannt und undiagnostiziert blieben. Als zentrale Maßnahme zur Eindämmung empfehlen sie einen schnellen, niedrighschwelligem Zugang zur

MVA-Impfung (Imvanex) sowie zielgruppenspezifische Aufklärung und präventive Gesundheitsangebote in MSM-Communities. Restriktive Maßnahmen wie Quarantäne oder Isolation werden hingegen als weniger wirksam eingeschätzt, da sie klinisch unerkannte Infektionen nicht erfassen.

Ulrich *et al.* (2023) betrachten in ihrem Übersichtsartikel die Bewältigung zoonotischer Infektionen in Deutschland aus der übergeordneten Perspektive des One-Health-Ansatzes, der die enge Verzahnung von Human- und Veterinärmedizin, Umweltwissenschaften und öffentlichem Gesundheitswesen betont.¹⁵ Die Autorinnen und Autoren verweisen darauf, dass Ereignisse wie die COVID-19-Pandemie und das Auftreten von Mpox die Verwundbarkeit der Bevölkerung gegenüber zoonotischen Erregern verdeutlichen und den Bedarf an integrierten, sektorenübergreifenden Präventionsstrategien unterstreichen.

Ulrich *et al.* (2023) beschreiben vielfältige Kooperationsstrukturen zwischen Forschungs- und Gesundheitseinrichtungen, insbesondere zwischen dem RKI und dem Friedrich-Loeffler-Institut (FLI). Hervorgehoben werden gemeinsame Aktivitäten im Bereich der Informationsvermittlung sowie Fortbildungs- und Vernetzungsformate für Ärztinnen und Ärzte des ÖGD, etwa im Rahmen der jährlichen Bundeskonferenz des ÖGD. Ziel dieser Initiativen war es, die Früherkennung zoonotischer Erkrankungen zu stärken, die diagnostische Sensibilität zu erhöhen und den fachlichen Austausch zwischen Human- und Veterinärmedizin systematisch zu fördern. Die Autorinnen und Autoren argumentieren, dass nur durch ein dauerhaftes, institutionalisiertes Zusammenwirken der beteiligten Sektoren, insbesondere zwischen medizinischem, veterinärmedizinischem und umweltbezogenem Fachpersonal, die Erkennung und Prävention zukünftiger zoonotischer Ausbrüche verbessert werden kann.

Diskussion

Die vier eingeschlossenen deutschen Studien betrachten vor allem operative Aspekte des Mpox-Ausbruchsmanagements, darunter Fall- und Umgebungsuntersuchung, Diagnostik sowie Impfstrategien und thematisieren zugleich psychosoziale

Herausforderungen und strukturelle Rahmenbedingungen des ÖGD. Gemeinsam zeigen sie, dass die Gesundheitsämter auf pandemieerprobte Routinen und digitale Instrumente (z. B. strukturierte Dokumentation, etablierte Meldewege, koordinierte Lagekommunikation) zurückgreifen können, jedoch mit spezifischen Hürden u. a. hinsichtlich Mpox-Epidemiologie konfrontiert waren. Dazu gehörten insbesondere Unsicherheiten in der Diagnostik, fehlende Kontaktangaben sowie anspruchsvolle Kommunikationsprozesse mit Betroffenen.

Ergänzend zu den identifizierten Publikationen liegen eigene empirische Erkenntnisse aus einer qualitativen Interviewstudie mit Mitarbeitenden (N=7) aus sieben Gesundheitsämtern in Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2024 vor.¹⁶ Ziel der Studie war es, strukturelle, organisatorische und kommunikative Herausforderungen des ÖGD im Umgang mit dem Mpox-Ausbruch zu explorieren; hierzu wurden leitfadengestützte Experten-/Expertinneninterviews durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Studie hebt insbesondere Herausforderungen in der Vermittlung von Quarantänemaßnahmen, bei unvollständigen Kontaktangaben und digitale Schnittstellenprobleme hervor. Diese Befunde decken sich in wesentlichen Punkten mit den identifizierten nationalen Studien und erweitern sie um praxisnahe Perspektiven des ÖGD. Eine weitere ergänzende eigene bundesweite quantitative Erhebung unter ÖGD-Mitarbeitenden (N=104) aus dem Jahr 2024 bestätigt zudem, dass Wissen, die berufliche Rolle und lokale Rahmenbedingungen wichtige Einflussfaktoren für die Umsetzung von Mpox-Maßnahmen waren.¹⁷

Trotz dieser Darstellungen ist die Evidenzlage in Deutschland insgesamt begrenzt. Die identifizierten deutschen Publikationen stammen überwiegend aus urbanen Kontexten, während Erkenntnisse aus ländlichen Gesundheitsämtern nahezu fehlen. Diese nationalen Befunde bilden dennoch eine wichtige Grundlage für die anschließende internationale Kontextualisierung und die Diskussion zentraler Herausforderungen, Handlungsstrategien und zukünftiger Lehren für den ÖGD. Die Veröffentlichungen^{6,13} verdeutlichen die Bedeutung klarer Zuständigkeiten, enger Verzahnung zwischen kommunaler, Landes- und Bundesebene sowie eines proaktiven

Fall- und Kontaktmanagements. Gleichzeitig werden Diagnoseverzögerungen und Informationslücken beschrieben, etwa durch unspezifische Symptomatik. Insbesondere die Studien von Kröger *et al.* und Jong *et al.*^{6,13} heben hervor, dass Verzögerungen in der Diagnostik und unvollständige Kontaktinformationen zentrale operative Herausforderungen darstellten – Befunde, die sich auch international zeigen.⁹ Die seroepidemiologischen Daten aus Berlin zeigen, dass ein erheblicher Anteil der Infektionen klinisch unentdeckt blieb. Dies legt nahe, dass Strategien, die primär auf klinischer Diagnostik, ärztlicher Fallmeldung sowie klassischer Umgebungsuntersuchungen basieren, nicht in allen Situationen ausreichen, da Transmissionen auch bei unklarer oder fehlender Symptomatik vorkommen können. Daraus ergibt sich die hohe Bedeutung niedrigschwelliger Testangebote sowie einer breiten Impfabdeckung, um Infektionsketten frühzeitig zu erkennen und präventiv zu unterbrechen. Die Befunde verdeutlichen zudem, dass eine frühzeitige Erkennung von Transmissionen nur dann gelingt, wenn klinische Diagnostik, Testangebote und seroepidemiologische Erkenntnisse systematisch zusammengeführt werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, präventive und Community-basierte Maßnahmen, etwa Impfangebote, Testmöglichkeiten und zielgruppenspezifische Beratung stärker in die öffentliche Gesundheitsarbeit zu integrieren. In diesem Zusammenhang ist auch die Anpassung der STIKO-Impfempfehlung hervorzuheben, die eine Mpox-Impfung für Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko empfiehlt, insbesondere für Männer sowie trans und nicht-binäre Personen, die Sex mit Männern haben und häufig wechselnde Partner aufweisen, sowie für Sexarbeitende.¹⁸ In vielen Kommunen bestehen bereits enge Kooperationen zwischen Gesundheitsämtern, HIV-/STI-Schwerpunktpraxen sowie Community-Organisationen, die eine wichtige Grundlage für niedrigschwellige Präventions- und Impfangebote darstellen. Für den ÖGD bedeutet dies insbesondere, diese bestehenden Strukturen weiterhin konsequent einzubinden und die Vernetzung mit Community-Angeboten weiter auszubauen. Marcus *et al.* untermauern diesen Bedarf,¹⁴ Ulrich *et al.*¹⁵ betonen im Rahmen des One-Health-Ansatzes die Bedeutung dauerhafter, intersektoraler Strukturen zur Prävention zoonotischer Erkrankungen. Auch im interna-

tionalen Kontext lässt sich der Umgang in Deutschland mit Mpox in eine sich verändernde epidemiologische Lage einordnen. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) empfiehlt niedrigschwelligen Zugang zu Diagnostik und Impfungen, Community-Kooperation und stigmatisierungsfreie Kommunikation.⁹

Insbesondere die kommunikative Dimension spielt eine zentrale Rolle, da die Angst vor Stigmatisierung oder einem unfreiwilligen *Outing* die Bereitschaft zur Weitergabe relevanter Kontaktinformationen mindern kann, ein Aspekt, der auch in den deutschen Publikationen sichtbar wurde. Internationale Daten von Paterson *et al.* (2025) aus dem Vereinigten Königreich zeigen ebenfalls deutliche Auswirkungen von Stigmatisierung auf Testbereitschaft, offene Kommunikation und die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen.¹⁹

Aktuelle virologische Übersichtsarbeiten zur zukünftigen Mpox-Verbreitung weisen darüber hinaus darauf hin, dass Mpox in west- und zentralafrikanischen Ländern langfristig endemisch bleiben und gleichzeitig intermittierende Ausbrüche in nicht-endemischen Staaten verursachen dürfte. Für Deutschland bedeutet dies, Mpox nicht als kurzfristige Ausnahmesituation zu betrachten, sondern als potenziell wiederkehrende Herausforderung, die in langfristige Surveillance- und Vorsorgestrukturen integriert werden muss. Dazu zählt auch die Berücksichtigung des Erregers in den Angeboten bestehender Strukturen der sexuellen Gesundheit, wie HIV-/STI-Schwerpunktpraxen, Checkpoints und PrEP-Beratungsstellen (PrEP: Präexpositionsprophylaxe), um eine kontinuierliche Überwachung, Prävention und niedrigschwellige Versorgung sicherzustellen. Dies schließt sowohl das Monitoring neuer Virusvarianten und Resistenzentwicklungen als auch die Berücksichtigung globaler Impfstoffungleichheiten und den Ausbau leistungsfähiger Surveillancestrukturen ein.¹ Gleichzeitig macht die Analyse deutlich, dass die praktische Umsetzung niedrigschwelliger präventiver Maßnahmen, insbesondere Impfangebote, Teststrategien und aufsuchende Gesundheitsberatung, in Deutschland weiter ausgebaut werden sollte, um den spezifischen Anforderungen von Mpox gerecht zu werden.

Eine dauerhafte Wirkung infektionsschutzrechtlicher Maßnahmen kann nur erzielt werden, wenn sie mit Vertrauen, Teilhabe und stigmatisierungssensibler Kommunikation verbunden werden. Der One-Health-Ansatz bietet hierfür einen integrativen Rahmen, um den ÖGD langfristig für zukünftige zoonotische Herausforderungen zu stärken.^{15,20,21}

Limitationen

Dieses ScR unterliegt mehreren Einschränkungen. Zum einen muss berücksichtigt werden, dass Erkenntnisse aus nicht-indexierten Quellen, grauer Literatur oder anderen Sprachräumen als Deutsch und Englisch unberücksichtigt geblieben sein könnten. Zudem bestand trotz systematischer Suchstrategie das Risiko, relevante Arbeiten aufgrund unterschiedlicher Indexierungspraktiken oder unvollständiger Metadaten nicht zu erfassen. Zum anderen ist die aktuelle Literaturlage zum Mpox-Ausbruch im ÖGD begrenzt und heterogen, was die Identifikation konsistenter Muster erschwert. Zudem ist die Evidenzbasis mit nur vier eingeschlossenen Studien insgesamt sehr klein, sodass die Ergebnisse nur eingeschränkt generalisierbar sind und eher erste Orientierungspunkte als umfassende Erkenntnisse bieten.

Implikationen für Praxis und Forschung

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der ÖGD bestehende, pandemieerprobte Routinen zwar nutzen konnte, deren Übertragbarkeit auf Mpox jedoch begrenzt war. Für die Praxis ergibt sich daraus die Notwendigkeit, digitale Schnittstellen, diagnostische Abläufe und Kommunikationsprozesse gezielt weiterzuentwickeln und an die verschiedenen Infektionslagen anzupassen. Insbesondere niedrigschwellige Test- und Impfangebote sowie die enge Zusammenarbeit mit Community-Strukturen sollten dauerhaft gestärkt werden, um Barrieren im Zugang zur Versorgung zu verringern und stigmatisierungsfreie Kommunikation zu ermöglichen.

Für die Forschung zeigt sich ein Bedarf an systematischen Analysen der operativen und kommunikativen Erfahrungen des ÖGD, insbesondere in unterschiedlichen regionalen Kontexten. Dies umfasst die Untersuchung von Kontaktpersonenmanage-

ment, digitalen Prozessen, Risikokommunikation und Schnittstellen zu HIV-/STI-Versorgungsstrukturen, um daraus belastbare, evidenzbasierte Empfehlungen für zukünftige Ausbrüche (sexuell) übertragbarer Erreger, ggf. zoonotischen Ursprungs abzuleiten.

Zusammenfassung

Der Mpox-Ausbruch im Jahr 2022 stellte den ÖGD in Deutschland vor spezifische Anforderungen, insbesondere im Hinblick auf niedrigschwellige, akzeptierende und zielgruppenspezifische Kommunikation in einem überwiegend sexualitätsbezogenen Transmissionskontext. Dieses ScR zeigt, dass der ÖGD zwar auf pandemieerprobte Strukturen, digitale Systeme und etablierte Meldewege zurückgreifen konnte, jedoch zugleich mit spezifischen Problemen konfrontiert war. Darunter fallen Unsicherheiten in der Diagnostik, Herausforderungen bei der Kontaktpersonenermittlung sowie hohe psychische Belastungen bei Betroffenen. Die wenigen verfügbaren Publikationen verdeutlichen, dass klare Zuständigkeiten, interinstitutionelle Kooperation und digitale Dokumentationssysteme entscheidende Erfolgsfaktoren für ein effektives Ausbruchmanagement waren. Gleichzeitig weisen seroepidemiologische Daten darauf hin, dass symptomorientierte Kontrollstrategien vermutlich allein nicht ausreichen, um das tatsächliche Infektionsgeschehen zuverlässig abzubilden, da ein erheblicher Anteil der Infektionen unerkannt blieb. Präventive, niedrigschwellige und Community-nahe Maßnahmen, insbesondere Impfangebote und zielgruppenspezifische, stigmatisierungsfreie Kommunikation, wurden in den eingeschlossenen Studien als relevante Komponenten der Eindämmung beschrieben.

Der One-Health-Ansatz unterstreicht schließlich die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären Vorsorge, um zoonotische Risiken frühzeitig zu erkennen und zu begrenzen.

Literatur

- 1 Tiwari R, Gulati P, Raghuvanshi RS. Mpox outbreak response: Regulatory and public health perspectives from India and the world. *J Infect Public Health*. 2025;18:102839. doi: 10.1016/j.jiph.2025.102839.
- 2 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Recommendations for preparedness: planning for public health threats. 2025. doi: 10.2900/7416543
- 3 Robert Koch-Institut (RKI). Mpox: RKI-Ratgeber. 26.1.2026. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publicationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Mpox.html. [24.2.2026]
- 4 Robert Koch-Institut (RKI). SurvStat@RKI: Affenpocken. <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx>. [24.2.2026]
- 5 Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2022 2025. doi: 10.25646/12213.2.
- 6 Kröger ST, Lehmann MC, Treutlein M, Fiethe A, Kossow A, Küfer-Weiß A, *et al.* Mpox outbreak 2022: an overview of all cases reported to the Cologne Health Department. *Infection*. 2023;51:1369–81. doi: 10.1007/s15010-023-01997-x.
- 7 Sachverständigenrat zur Begutachtung. Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen Gutachten 2023. Bonn; 2023.
- 8 Woodward A, Rivers C. Case Investigation and Contact Tracing in US State and Local Public Health Agencies: Sustaining Capacities and Applying Lessons Learned From the COVID-19 Pandemic and 2022 Mpox Outbreak. *Health Secur*. 2023;21:S8-S16. doi: 10.1089/hs.2023.0011.
- 9 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Threat Assessment Brief – Detection of autochthonous transmission of monkeypox virus clade Ib in the EU/EEA. 2025. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-detection-autochthonous-transmission-monkeypox-virus?utm_source=chatgpt.com. [31.10.2025]
- 10 Robert Koch-Institut (RKI). *Epidemiologisches Bulletin* 29/2022. [6.3.2026]
- 11 Wolff D, Pohl R, Niering M, Apfelbacher, Christian. Challenges and Lessons Learned by Public Health Services in Managing MPOX in 2022 – A Scoping Review: Protocol. 2024. <https://osf.io/4s683/overview>.
- 12 Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
- 13 Jong R de, Schauer J, Kossow A, Scharkus S, Jurke A. Response of the German public health service to the first imported mpox clade Ib case in Germany, October 2024. *Euro Surveill* 2024. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.28.2400743.
- 14 Marcus U, Michel J, Lunchenkov N, Beslic D, Treindl F, Surtees R, *et al.* A seroprevalence study indicates a high proportion of clinically undiagnosed MPXV infections in men who have sex with men in Berlin, Germany. *BMC Infect Dis*. 2024;24:1153. doi: 10.1186/s12879-024-10066-z.
- 15 Ulrich RG, Drewes S, Haring V, Panajotov J, Pfeffer M, Rubbenstroth D, *et al.* Virale Zoonosen in Deutschland aus der One Health-Perspektive. [Viral zoonoses in Germany: a One Health perspective]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2023;66:599–616. doi: 10.1007/s00103-023-03709-0.
- 16 Wolff D, Sommoggy und Erdödy J von, Niering M, Apfelbacher C. Mpox – die Rolle des ÖGD in der gesundheitlichen Versorgung. *Public Health Forum*. doi: 10.1515/pubhef-2025-0084.
- 17 Wolff D, Swart E, Niering M, Apfelbacher C. Herausforderungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Umgang mit Mpox während der COVID-19-Pandemie: Eine Mixed-Methods-Analyse. *Gesundheitswesen*. 2025;87:S169-S169. doi: 10.1055/s-0045-1802248.
- 18 Robert Koch- Institut. Beschluss und wissenschaftliche Begründung der STIKO für die Anpassung der Empfehlungen zur Indikationsimpfung sowie zur postexpositionellen Impfung zum Schutz vor Mpox: Robert Koch Institute; 2025.
- 19 Paterson A, Cheyne A, Tulunay H, Orkin C, Nutland W, Dunning J, *et al.* Mpox stigma in the UK and implications for future outbreak control: a cross-sectional mixed methods study. *BMC Med*. 2025;23:422. doi: 10.1186/s12916-025-04243-3.
- 20 Hayman DTS, Koopmans MPG, Cunningham AA, Bukachi SA, Masirika LM, Markotter W, Mettenleiter TC. Mpox: A case study for a one health approach to infectious disease prevention. *One Health*. 2025;20:101059. doi: 10.1016/j.onehlt.2025.101059.

- 21 Lu G, Chong Z, Xu E, Na C, Liu K, Chai L, *et al.* Environmental, socioeconomic, and sociocultural drivers of monkeypox transmission in the Democratic Republic of the Congo: a One Health perspective. *Infect Dis Poverty*. 2025;14:7. doi: 10.1186/s40249-025-01278-9.

Autoren

^{a)} Doreen Wolff | ^{a)} Melina Niering | ^{a)} Dr. Robert Pohl |

^{a)} Prof. Dr. Enno Swart | ^{a)} Hannah Brandt |

^{b)} PD Dr. Merle M. Böhmer | ^{a)} Prof. Dr. Dr. Christian Apfelbacher

^{a)} Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät

^{b)} Landesinstitut Gesundheit II – Task Force Infektiologie, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Korrespondenz: Doreen.wolff@med.ovgu.de

Interessenkonflikt

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

Verwendung von Künstlicher Intelligenz

Es wurde keine Künstliche Intelligenz (KI) zur Datenanalyse verwendet. KI-basierte Werkzeuge wurden zur sprachlichen Überprüfung verwendet.

Vorgeschlagene Zitierweise

Wolff D, Niering M, Pohl R, Swart E, Brandt H, Böhmer MM, Apfelbacher C: Herausforderungen und Lessons Learned des ÖGD in Deutschland bei der Bewältigung von Mpox – ein Scoping Review

Epid Bull 2026;21:4-12 | DOI 10.25646/14037

Open access



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

Aktuelle epidemiologische Situation von Mpox in Deutschland

In Deutschland wurden bislang mehr als 4.800 Mpox-Fälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt, der Großteil davon (rund 3.700 Fälle) im Zeitraum von Frühsommer bis Herbst 2022 (aktuelle Meldezahlen verfügbar unter: www.surv-stat.rki.de).¹ Nach einem starken Anstieg ab Mai 2022 sind die Fallzahlen ab August 2022 infolge intensiver Public-Health-Bemühungen verschiedener Stellen stark zurückgegangen (s. Abb. 1A).

Seit Sommer 2023 stiegen die Fallzahlen wieder an und es kommt zu einer kontinuierlichen Transmission, jedoch auf deutlich niedrigerem Niveau als im Ausbruchsgeschehen 2022. Im Jahr 2024 wurden rund 280 Fälle und 2025 rund 500 Fälle registriert (s. Abb. 1B). In Deutschland traten bislang keine Todesfälle auf, 6,5% der gemeldeten Fälle wurden hospitalisiert.

Übertragungen von **Mpox Klade IIb** sind in Deutschland in erster Linie im Rahmen von sexuellen Aktivitäten erfolgt, insbesondere bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) mit häufig wechselnden Partnern (weniger als 1% der Fälle betreffen Frauen, Jugendliche oder Kinder). Wiederholte begrenzte Ausbruchsgeschehen durch Mpox Klade IIb sind weiterhin jederzeit möglich, von einem starken Anstieg der Fallzahlen wie 2022 wird derzeit jedoch nicht ausgegangen. Deutsche und internationale Studien haben gezeigt, dass eine erhebliche Anzahl von Infektionen subklinisch oder klinisch inapparent verläuft und die Betroffenen nicht ärztlich vorstellig werden.² Dadurch werden Mpox-Infektionen oftmals nicht diagnostiziert und aufgrund der fehlenden Testung nicht gemeldet. Es ist daher davon auszugehen, dass es eine deutliche Untererfassung von Fällen gibt, insbesondere bei sehr milden klinischen Verläufen.

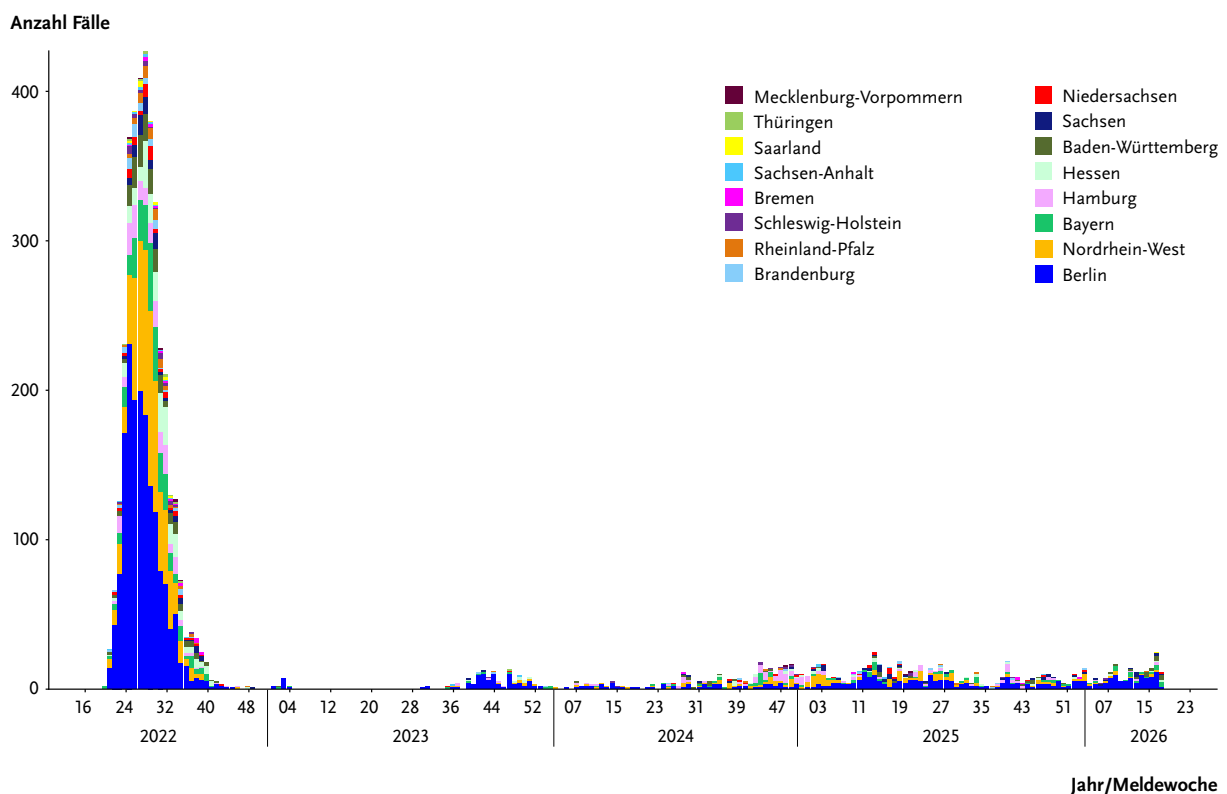


Abb. 1A | An das RKI gemeldete labordiagnostisch gesicherte Fälle von Mpox, nach Bundesland, Mai 2022 bis April 2026 (Quelle: RKI; Datenstand: 1.5.2026).

Anzahl Fälle

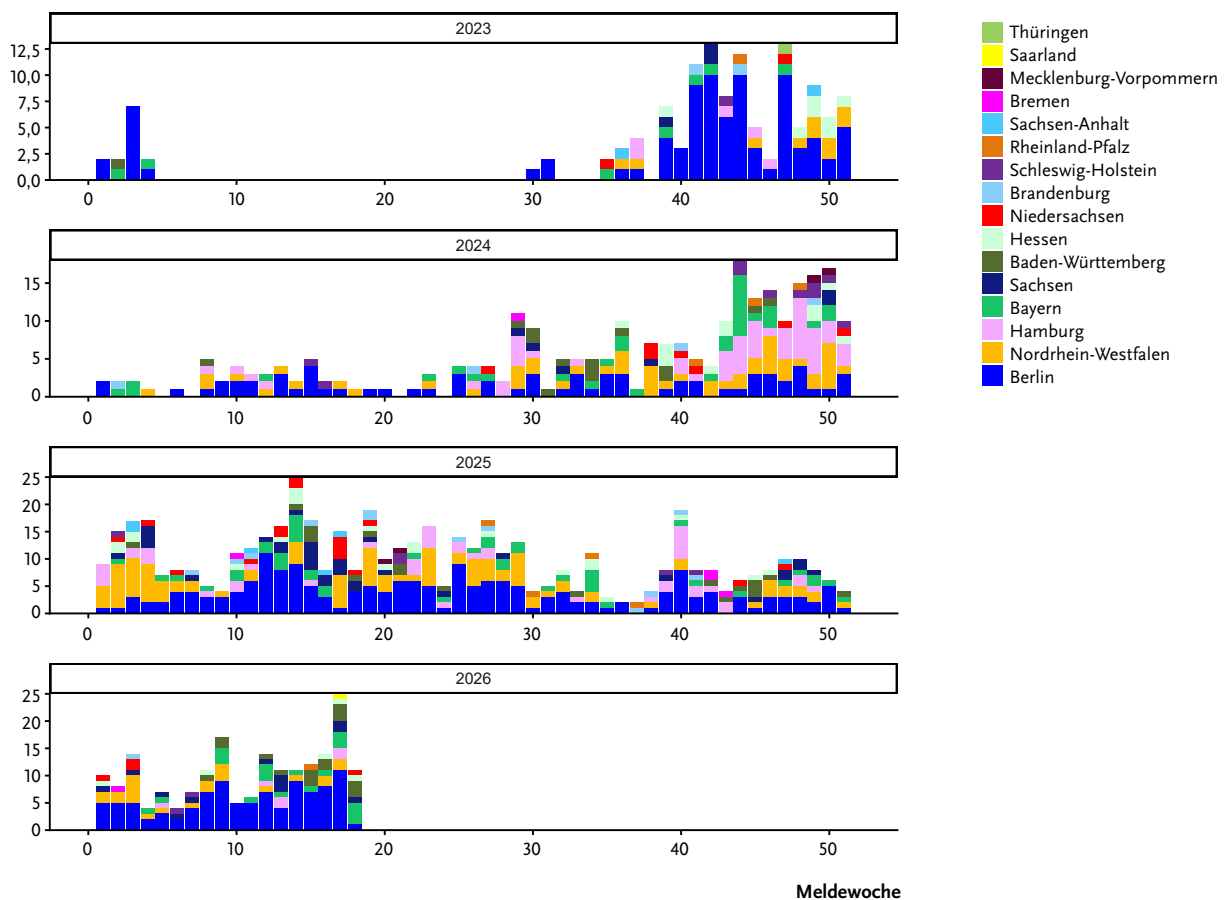


Abb. 1B | An das RKI gemeldete labordiagnostisch gesicherte Fälle von Mpox, nach Jahr und Bundesland, 2023 bis 2026; vergrößerter Ausschnitt aus Abb. 1A (Quelle: RKI; Datenstand: 1.5.2026)

Cave = unterschiedliche Skalierung nach Jahr zur besseren Lesbarkeit

Infektionen der Klade Ia (früher vor Auftreten der neuen Klade Ib, Klade I genannt) wurden bislang vor allem in Zentralafrika beobachtet, darunter insbesondere in der Demokratischen Republik Kongo (DRC). Übertragungen wurden in erster Linie nach Kontakt mit wildlebenden Nagetieren (*bushmeat*), aber auch bei engem Kontakt von Mensch zu Mensch beobachtet.

Seit 2023 berichtete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) über einen Anstieg von Infektionen mit Mpox der Klade Ia in Afrika. Vor allem in der DRC wurde ein starkes Ansteigen dieser Infektionen beobachtet.

Gleichzeitig wurde vorwiegend im Osten des Landes und auch in verschiedenen Ländern Ostafrikas (u. a. Zentralafrika, Burundi, Ruanda, Uganda,

Kenia, Kamerun und Gabun) eine schnelle Ausbreitung der 2023 neu entdeckten Klade Ib verzeichnet, bei der vor allem sexuelle Übertragungswege dokumentiert wurden.

Seit Oktober 2025 sind in einigen europäischen Ländern eine Reihe von autochthonen Übertragungen von **Mpox-Viren (MPXV) der Klade Ib** bei Männern ohne eine Reiseanamnese in bekannte Endemiegebiete festgestellt worden. Bei den Fällen, zu denen Informationen zum wahrscheinlichen Infektionsweg vorlagen, handelte es sich um sexuell zwischen MSM erworbene Infektionen. Seit Dezember 2025 wurden auch in Deutschland und hier insbesondere in Berlin bisher ca. 80 Fälle von Mpox Klade Ib von in Deutschland lebenden Männern gemeldet, bei denen eine autochthone Infektion durch Sex unter Männern berichtet oder vermutet wurde.³

Darüber hinaus wurden ähnliche Fälle bei MSM aus anderen Ländern berichtet, die sich vermutlich im Rahmen sexueller Kontakte zwischen Männern in Berlin infiziert haben. Damit ist von einem zumindest in Berlin etablierten Transmissionsgeschehen von Mpox Klade Ib im Rahmen sexueller Netzwerke von MSM auf niedrigem Niveau auszugehen. Es ist zu erwarten, dass weitere Klade-Ib-Fälle sowohl in Berlin als auch in anderen Bundesländern auftreten werden.

Die genaue Beziehung zwischen MPXV-Kladen und der Manifestation von Symptomen sowie dem Schweregrad der Mpox-Erkrankungen ist nach wie vor Gegenstand laufender Forschung. Neuere Daten aus afrikanischen Endemiegebieten zeigen, dass die Letalität der Klade Ib mit der von Klade Iib vergleichbar ist. Auch die klinischen Verläufe von bis-

her in Europa inkl. Deutschland und den USA aufgetretenen Klade-Ib-Fällen waren nicht wesentlich anders als bei Klade-Iib-Erkrankungsfällen.⁴ Um die Zirkulation der unterschiedlichen Kladen in Deutschland zeitgenau zu beobachten und auf relevante Änderungen reagieren zu können, sollte für möglichst alle Fälle eine Bestimmung der Klade in Speziallaboren wie z. B. dem Konsiliarlabor für Pockenviren erfolgen.

Gegen Mpox ist Kladen-übergreifend mit Imvanex (MVA-BN) in der Europäischen Union ein sehr gut wirksamer und gut verträglicher Impfstoff verfügbar. Eine Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) liegt sowohl für einen Einsatz als Indikationsimpfung für Personen mit einem erhöhten Infektionsrisiko als auch als für die post-expositionelle Impfung vor.⁵

Literatur

- 1 Selb R, Werber D, Falkenhorst G, *et al.*: A shift from travel-associated cases to autochthonous transmission with Berlin as epicentre of the monkeypox outbreak in Germany, May to June 2022. *Euro Surveill.* 2022; 27(27). DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.27.2200499>
- 2 Marcus U, Michel J, Lunchenkov N, Beslic D, Treindl F, Surtees R, *et al.* A seroprevalence study indicates a high proportion of clinically undiagnosed MPXV infections in men who have sex with men in Berlin, Germany. *BMC Infect Dis.* 2024 Oct 14;24(1):1153. doi: 10.1186/s12879-024-10066-z. Erratum in: *BMC Infect Dis.* 2024 Oct 28;24(1):1211. doi: 10.1186/s12879-024-10101-z. PMID: 39396951; PMCID: PMC11472563.
- 3 Bartel A, Jansen K, Boberg R, Bitzegeio J, Brinkmann A, Schrick L, *et al.* Rapid spread of MPXV clade Ib with high genetic relatedness among men who have sex with men, Berlin, Germany, week 50 2025 up to week 10 2026. *Euro Surveill.* 2026 Mar 26;31(12):2600235. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2026.31.12.2600235. PMCID: PMC13074487.
- 4 World Health Organization (WHO). Multi-country external situation report no. 59. Verfügbar unter: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/multi-country-outbreak-of-mpox-external-situation-report-59.pdf>

- 5 Koch J, Schönfeld C, Wichmann, O Grünewald T: Beschluss und wissenschaftliche Begründung der STIKO für die Anpassung der Empfehlungen zur Indikationsimpfung sowie zur postexpositionellen Impfung zum Schutz vor Mpox. *Epid Bull* 2025;29:4-10. Doi: 10.25646/13290.

Autoren

Dr. Klaus Jansen | Dr. Judith Koch | Dr. Gyde Steffen | Dr. Raskit Lachmann

Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie

Korrespondenz: jansenk@rki.de

Interessenkonflikt

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Jansen K, Koch J, Steffen G, Lachmann R: Aktuelle epidemiologische Situation von Mpox in Deutschland

Epid Bull 2026;21:13-15 | DOI 10.25646/14235

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Konsiliarlabor für Pockenviren

KONTAKTDATEN

- ▶ **Webseite**
[Konsiliarlabor für Pockenviren](#)
- ▶ **Leitung**
Prof. Dr. Andreas Nitsche
Dr. Livia Schrick, Dr. Janine Michel (Vertretung)
- ▶ **Institut**
Robert Koch-Institut
- ▶ **Adresse**
Seestraße 10, 13353 Berlin
- ▶ **E-Mail**
KL-Pocken@rki.de
NitscheA@rki.de
- ▶ **Telefon**
+49 30 18754-5111/-2313

Der wohl bekannteste Vertreter der Pockenviren ist das Variola Virus, welches die „Blattern“ beim Menschen (engl. Smallpox) verursacht und weltweit über Jahrtausende Millionen von Todesopfern gefordert hat. Durch eine globale Impfkampagne konnte diese Krankheit jedoch 1980 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ausgerottet erklärt werden. Auch heutzutage geht von Pockenviren eine Bedrohung für den Menschen aus. Zum einen fürchtet man ein unvorhersehbares Wiederauftreten von Variola Viren, die in der Umwelt sehr stabil sein können, zum anderen ist eine gezielte Freisetzung von Variola Viren im Kontext eines bioterroristischen Anschlags nicht ausgeschlossen. Weiterhin werden zunehmend natürliche Infektionen des Menschen mit zoonotischen Orthopockenviren (OPXV) wie Monkeypox Viren (MPXV), Vaccinia Viren (VACV) oder Kuhpocken Viren (CPXV) beobachtet. Wie schnell und überraschend sich Pockenviren verändern und ausbreiten können, zeigt der weltweite MPXV-Ausbruch seit 2022. Zu den in Deutschland vorkommenden humanpathogenen Pockenviren gehören neben den genannten OPXV auch Parapockenviren (PPV) und Molluscipockenviren (MOCV).

Im Konsiliarlabor (KL) für Pockenviren werden klassische virologische Verfahren und moderne molekulare Methoden verwendet, um eine schnelle und verlässliche Pockenviren-Erkennung und -Typisierung, auch von neuartigen Pockenviren, zu ermöglichen. Für den Nachweis und zur Charakterisierung von OPXV (inkl. MPXV, VACV und CPXV), PPV und MOCV nutzt das KL diverse nach DIN EN ISO 15189 und DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditierte PCR- und Sequenzierverfahren. Für den Nachweis von anti-OPXV-Antikörpern ist ein Immunfluoreszenztest akkreditiert.

Über das Spektrum der akkreditierten Verfahren hinaus, können Anzuchten der Viren in verschiedenen Systemen, infektionsserologische Nachweise für OPXV und PPV, die quantitative Bestimmung von neutralisierenden Antikörpern sowie die Genomsequenzierung zum Zwecke der molekularen Surveillance durchgeführt werden. Für den spezifischen Nachweis von Variola Viren wurden PCR-Verfahren am WHO Collaboration Centre for Smallpox mit echtem Variola-Virusmaterial an den CDC evaluiert. Differentialdiagnostisch liegen für weitere Pockenviren und andere Erreger mit entsprechender Hautsymptomatik PCR-Systeme sowie eine *Next-Generation-Sequencing*-basierte Methode zur Voramplifikation und simultanen Erregerdetektion vor.

Neben der Durchführung der Diagnostik werden im KL Pockenviren Forschungsprojekte durchgeführt und klinische Studien begleitet. Beispielsweise wurde RKI-intern ein *Bead*-basierter Multiplex Serologie Assay entwickelt, mit Hilfe dessen weltweit erstmals zwischen MPXV-Infektion und -Impfung unterschieden werden kann (Referenz s. u.).

Zur Aufklärung molekular-epidemiologischer Zusammenhänge von Mpox-Infektionen wurden seit 2022 ~1.500 MPXV-Vollgenome sequenziert und analysiert. Sequenzveränderungen und Infektionscluster werden anlassbezogen mit Gesundheitsämtern und Epidemiologen diskutiert (Referenz s. u.).

Im Rahmen der Methodenerweiterung wurden isothermale Amplifikationsverfahren zum Nachweis von OPXV entwickelt, die laborunabhängig durchgeführt und mittels Oxford-Nanopore-Sequenzierung die Differenzierung verschiedener Orthopockenvirus-Spezies ermöglichen.

Weiterhin unterstützt das KL Pockenviren WHO Partnerländer bei der Diagnostik und stellt national

und international Referenzmaterial (DNA und Virusisolate) sowie Proben für Ringversuche für die PCR-Diagnostik zur Verfügung (> 80 Mal seit 2022). Darüber hinaus stellt das KL Pockenviren das deutsche Mitglied des Advisory Committee on Variola Virus Research bei der WHO und ist in verschiedenen Gremien der WHO sowie der Task Force/Watch Group des Global Virus Networks vertreten.

Literatur

- 1 Machine learning-supported framework for the classification of mpox infection and MVA immunization from multiplexed serology data. Surtees R, Treindl F, Akhmedova S, Beslic D, Bayram F, Sesver A, Nguyen ML, Rinner T, Grossegeisse M, Skiba M, Michel J, Körber N, Jansen K, Koppe U, Marcus U, Friedrich N, Mankertz A, Ladewig K, Mages HW, Dorner BG, Nitsche A, Stern D. *Nat Commun.* 2025 Dec 5;16(1):10943. doi: 10.1038/s41467-025-66994-0. PMID: 41350540
- 2 In-hospital environmental surface and air contamination by monkeypox virus clade Ib in Germany. Wendel AF, Mattner F, Peter D, Krakau M, Gruell H, Nitsche A, Michel J. *J Hosp Infect.* 2026 Feb;168:64-69. doi: 10.1016/j.jhin.2025.11.022. Epub 2025 Dec 1. PMID: 41338437.
- 3 Genome sequencing of the mpox virus 2022 outbreak with amplicon-based Oxford Nanopore MinION sequencing. Brinkmann A, Pape K, Uddin S, Woelk N, Förster S, Jessen H, Michel J, Kohl C, Schaade L, Nitsche A. *J Virol Methods.* 2024 Apr;325:114888. doi: 10.1016/j.jviromet.2024.114888. Epub 2024 Jan 20. PMID: 38246565
- 4 Generalized cowpox virus infection in an immunosuppressed patient. Wendt R, Tittelbach J, Schrick L, Kellner N, Kalbitz S, Ruehe B, Michel J, Schliemann S, Elsner P, Lübbert C, Nitsche A. *Int J Infect Dis.* 2021 May;106:276-278. doi: 10.1016/j.ijid.2021.03.076. Epub 2021 Mar 29. PMID: 33794381
- 5 An Early American Smallpox Vaccine Based on Horsepox. Schrick L, Tausch SH, Dabrowski PW, Damaso CR, Esparza J, Nitsche A. *N Engl J Med.* 2017 Oct 12;377(15):1491-1492. doi: 10.1056/NEJMc1707600. PMID: 29020595

Erneuter Ebolafieber-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo

Die Demokratische Republik Kongo (DRC) hat am 15.5.2026 einen neuen Ausbruch von Ebolafieber im Nordosten des Landes bestätigt, der von der Ebolavirus-Spezies Bundibugyo hervorgerufen wird. Mit Stand vom 19.5.2026 wird von mehr als 500 klinischen Verdachtsfällen und mehr als 100 Todesfällen ausgegangen. Erneut sind Beschäftigte im Gesundheitswesen stark betroffen. Da in dem betroffenen Gebiet die passende Diagnostik nicht zur Verfügung steht, sind bislang nur wenige Fälle laborbestätigt.

Zentrum und mutmaßlicher Ursprung des Ausbruchs liegen in der Provinz Ituri; es ist aber auch schon die südlich angrenzende Provinz Nord-Kivu betroffen und zwei reiseassoziierte Fälle wurden in Uganda diagnostiziert. Hinweise zur aktuell bekannten betroffenen Region finden Sie hier: [rki.de/VHF-ausbruchsgebiete](https://www.rki.de/VHF-ausbruchsgebiete).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zu dem Ausbruch am 17.5.2026 eine [Gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite \(Public Health Emergency of International Concern, PHEIC\)](#) ausgerufen, wie bereits bei den Ebolafieber-Ausbrüchen in der DRC (2019) und Westafrika (2014). Das Africa CDC rief die kontinentale gesundheitliche Notlage ([Public Health Emergency of Continental Security, PHECS](#)) aus. Beides ist Ausdruck dafür, dass aufgrund der Größe und späten Entdeckung des Ausbruchs international koordinierte Maßnahmen und Unterstützung vor Ort nötig sind.

Es kommt immer wieder zu Ebolafieber-Ausbrüchen in der DRC, wobei der aktuelle Ausbruch durch die seltener auftretende Virusspezies Bundibugyo verursacht wird, gegen die es zwar bereits einen Impfstoff-Kandidaten gibt, aber aktuell noch keinen zugelassenen Impfstoff. Das Bundibugyo-Virus ist seit 2007 bekannt. Bei den beiden bisher bekannten Ausbrüchen 2007 und 2012 wurden 131 bzw. 38 laborbestätigte Fälle registriert. Es wur-

de eine Letalität zwischen 30 und 40 % festgestellt, eine vergleichsweise geringere Letalität als bei dem häufiger auftretenden Zaire-Virus. Die Fallsterblichkeit (*Case fatality rate*, CFR) hängt bei Ebola maßgeblich davon ab, wie gut die (*supportive*) medizinische Behandlung ist. Eine kausal wirksame Therapie gegen das Bundibugyo-Virus gibt es bislang nicht.

Die grenzüberschreitende regionale Ausbreitung in Nachbarländer wurde durch die Fälle in Kampala (Uganda) bereits dokumentiert: Nachbarländer, die eine Landesgrenze zum Nordosten der DRC haben, gelten aufgrund der Mobilität der Bevölkerung, der Handels- und Reiseverbindungen sowie der anhaltenden Unsicherheit als stark gefährdet für eine weitere Ausbreitung. [Das Auswärtige Amt warnt vor Reisen in die betroffene Region in der DRC.](#)

Die WHO weist in ihrem [Statement vom 17.5.2026](#) „for all Other States Parties“ in Bezug auf das Reisen darauf hin, dass aufgrund der aktuellen Lage keine Grenzen geschlossen und keine Reise- und Handelsbeschränkungen getätigt werden sollen.

Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) stuft das Risiko einer Infektion für Personen in der Europäischen Union (EU) als sehr gering ein, da die Wahrscheinlichkeit einer Eintragung und einer Sekundärübertragung in Europa sehr gering ist ([Statement vom 17.5.2026](#)).

Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sollten beachten, dass die Einreise exponierter oder schon erkrankter Personen aus den [Ausbruchsgebieten](#) nach Deutschland zwar unwahrscheinlich, aber nicht auszuschließen ist. Anhand eines vom Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlichten [Flusschemas \(Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte\)](#) können sie schrittweise abklären, ob Patientinnen und Patienten mit einer entsprechenden

Reiseanamnese begründete Verdachtsfälle für eine Ebolavirus-Infektion sind. Jeder Verdachtsfall sollte unverzüglich an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden. Wenn der Verdacht auf eine aus dem Ausbruchsbereich reiseassoziierte Infektion mit einem Erreger eines viral-hämorrhagischen Fiebers (VHF) bei fieberigen Patientinnen und Patienten besteht, sollte trotzdem zunächst immer (auch) an Malaria gedacht werden, die unverzüglich behandelt werden muss (siehe die [RKI-Hinweise zur Malaria-Diagnostik bei VHF-Verdacht](#)).

Das [RKI-Rahmenkonzept zu Ebola](#) fasst die vorhandenen Informationen, Empfehlungen und Regelungen zum seuchenhygienischen und klinischen Management von Erkrankungen an Ebolafieber in Deutschland zusammen. Diese gelten auch für die Bundibugyo-Spezies des Virus.

Die Labor-Diagnostik von Ebolafieber kann in spezialisierten Laboratorien, im [Konsiliarlabor für Filoviren an der Universität Marburg](#), dem [Nationalen Referenzzentrum für tropische Infektionserreger am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin](#) und im [Speziallabor für hochpathogene virale Erreger am RKI](#) erfolgen.

Zudem prüft das RKI aktuell mögliche fachliche Unterstützung der Krisenreaktion in der DRC und benachbarten Ländern in Partnerschaft mit der WHO und das Africa CDC, um den Ausbruch schnellstmöglich einzudämmen und eine weitere Verbreitung zu vermeiden.

Weitere Informationen

Ebolafieber-Seiten des Robert Koch-Instituts (Infektionskrankheiten A-Z), u. a. mit Antworten auf häufig gestellte Fragen: www.rki.de/ebola

Autoren

Robert Koch-Institut

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: Erneuter Ebolafieber-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo

Epid Bull 2026;21:18-19 | DOI 10.25646/14245

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](#)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

20. Woche 2026 (Datenstand: 20. Mai 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
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	29	1.198	1.113	12	268	276	5	163	114	48	2.841	4.228	35	716	1.137
Bayern	63	1.955	1.653	15	450	433	7	194	145	120	4.895	6.143	104	1.409	2.311
Berlin	24	750	616	3	117	122	1	83	79	26	3.093	2.041	58	889	1.032
Brandenburg	24	575	461	6	95	103	1	51	56	48	3.046	2.376	122	1.253	1.785
Bremen	5	147	124	1	11	10	1	19	22	7	426	322	5	248	90
Hamburg	7	374	385	0	43	65	2	57	42	16	1.514	1.087	9	385	511
Hessen	24	998	886	7	193	260	9	177	170	33	2.627	3.409	71	982	1.129
Mecklenburg-Vorpommern	23	457	342	2	72	60	2	69	69	39	1.687	1.459	55	634	714
Niedersachsen	36	1.310	1.142	6	238	221	13	292	202	60	3.559	4.394	52	1.181	2.770
Nordrhein-Westfalen	109	4.057	3.417	18	518	528	13	378	348	164	7.154	11.719	124	2.061	3.819
Rheinland-Pfalz	22	820	798	5	149	173	5	115	81	24	1.796	2.978	28	468	1.106
Saarland	6	228	215	0	29	38	2	46	31	5	440	756	3	62	587
Sachsen	69	1.157	910	11	174	212	9	110	88	73	3.796	4.671	172	2.214	1.594
Sachsen-Anhalt	30	508	440	4	131	139	2	56	52	45	2.132	2.503	35	606	1.637
Schleswig-Holstein	6	574	430	2	69	78	3	102	77	33	2.072	1.407	17	463	518
Thüringen	27	621	416	9	255	194	6	80	65	58	2.059	2.356	31	767	1.258
Deutschland	504	15.729	13.348	101	2.812	2.912	81	1.992	1.641	799	43.137	51.849	921	14.338	21.998

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	2	37	40	37	755	882	17	356	452	6	158	221	11	21.248	33.085
Bayern	1	37	75	46	1.002	1.405	17	475	622	12	193	224	21	31.160	71.519
Berlin	1	12	21	17	352	579	8	200	200	5	114	112	5	7.888	15.301
Brandenburg	0	9	14	4	80	125	4	45	67	1	43	26	2	11.202	18.046
Bremen	0	3	3	10	80	127	3	29	43	1	29	27	0	995	1.186
Hamburg	0	6	11	10	229	563	2	87	107	3	61	92	4	4.537	9.694
Hessen	2	27	30	15	348	592	14	211	237	5	155	170	6	10.781	20.696
Mecklenburg-Vorpommern	2	13	5	3	54	61	0	25	37	1	26	24	14	11.719	13.226
Niedersachsen	1	39	50	9	581	730	3	249	302	6	117	111	8	14.748	28.382
Nordrhein-Westfalen	1	76	77	58	1.257	1.868	25	603	815	10	303	354	29	34.033	63.732
Rheinland-Pfalz	0	6	20	16	327	449	9	143	145	1	66	91	3	9.133	16.739
Saarland	0	5	8	5	67	106	2	51	62	1	17	21	0	1.884	3.193
Sachsen	0	10	13	3	131	168	4	104	89	2	40	67	6	21.724	42.937
Sachsen-Anhalt	1	7	7	4	89	162	3	48	57	5	36	33	1	11.284	25.918
Schleswig-Holstein	0	9	10	5	119	233	4	91	131	3	39	36	0	6.679	10.586
Thüringen	0	10	7	3	57	81	0	29	53	3	32	29	7	10.777	17.733
Deutschland	11	306	391	245	5.528	8.131	115	2.746	3.419	65	1.429	1.638	117	209.792	391.973

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	0	8	17	1	7	6	0	0	0	46	509	418	69	1.421	1.634
Bayern	0	4	23	0	5	32	0	0	0	133	1.600	670	75	2.376	2.994
Berlin	0	2	10	0	2	6	0	0	0	3	76	111	12	422	576
Brandenburg	0	1	1	0	1	3	0	0	0	2	113	182	9	239	351
Bremen	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	16	2	49	38
Hamburg	0	1	3	0	2	4	0	0	0	0	68	78	8	216	306
Hessen	2	11	19	0	10	10	0	0	1	5	152	227	17	407	383
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	83	81	1	61	108
Niedersachsen	0	13	15	0	8	16	0	0	0	2	111	234	20	656	574
Nordrhein-Westfalen	0	13	34	3	23	41	0	0	1	12	440	532	80	1.813	1.657
Rheinland-Pfalz	0	2	8	0	4	6	0	0	0	17	224	193	13	285	411
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	2	35	94	1	82	58
Sachsen	0	0	5	0	2	8	0	0	0	12	322	303	26	718	1.004
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	2	0	0	0	0	10	274	369	4	70	74
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	5	4	0	0	0	0	40	64	23	340	248
Thüringen	0	0	1	0	1	1	0	0	0	7	280	307	17	260	161
Deutschland	2	55	140	4	74	139	0	0	2	254	4.330	3.879	377	9.415	10.577

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
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	5	36	34	21	464	477	1	39	39	0	41	50	11	2.824	2.845
Bayern	1	38	39	18	379	466	4	95	115	2	41	51	13	4.816	4.650
Berlin	3	25	25	11	189	296	0	11	17	0	35	24	4	1.346	1.760
Brandenburg	1	5	3	6	93	80	2	34	37	0	7	14	5	1.698	1.280
Bremen	0	0	0	0	16	15	0	5	7	0	0	0	1	125	147
Hamburg	1	8	10	5	145	191	0	12	14	1	20	24	1	477	850
Hessen	0	24	21	9	427	466	2	44	42	0	37	43	4	1.748	2.181
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	3	6	47	47	1	20	22	0	7	10	0	1.107	1.066
Niedersachsen	1	18	16	8	294	306	2	46	74	1	48	49	8	1.940	2.066
Nordrhein-Westfalen	3	76	62	23	716	1.012	6	189	250	9	131	123	30	4.703	6.219
Rheinland-Pfalz	0	13	7	9	112	195	1	31	39	1	15	14	6	1.490	1.518
Saarland	0	5	3	0	19	22	0	5	8	0	13	4	0	487	456
Sachsen	1	7	4	5	108	129	4	114	138	2	24	21	9	2.578	2.601
Sachsen-Anhalt	0	13	2	3	91	81	3	51	32	1	16	22	3	1.254	1.304
Schleswig-Holstein	0	14	6	5	83	110	1	24	25	1	10	11	0	1.200	1.162
Thüringen	0	3	6	1	58	67	0	14	21	0	14	18	3	1.213	847
Deutschland	16	285	241	130	3.241	3.960	27	734	880	18	459	478	98	29.006	30.952

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
	20.	1.–20.	1.–20.
Adenovirus-Konjunktivitis	3	117	149
Bornavirus-Erkrankung	0	5	1
Botulismus	0	0	3
Brucellose	0	14	23
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	6	5
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	158	43
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	42	70
Denguefieber	5	284	435
Diphtherie	0	14	21
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	8	42	48
Giardiasis	28	910	1.100
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	18	636	827
Hantavirus-Erkrankung	5	62	99
Hepatitis D	0	6	26
Hepatitis E	75	2.057	2.174
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	22	19
Kryptosporidiose	16	549	622
Legionellose	27	567	672
Lepra	0	1	0
Leptospirose	0	6	69
Listeriose	10	223	211
Malaria	15	271	265
Meningokokken, invasive Infektion	0	113	175
Mpox	12	213	245
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	7	19
Ornithose	0	2	11
Paratyphus	0	10	9
Pneumokokken, invasive Infektion	186	5.199	6.180
Q-Fieber	0	23	34
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	355	65.893	64.011
Shigellose	31	1.211	862
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	31	36
Typhus abdominalis	0	22	29
West-Nil-Fieber*	0	1	1
Yersiniose	49	1.672	1.412
Zikavirus-Erkrankung	0	2	4

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldeweche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

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.