

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

25
2026

18. Juni 2026

Epidemiologisches Bulletin

**Influenza-Ausbruchsmanagement in einer
Pflegeeinrichtung | Saison stechmücken-
übertragener Krankheitserreger beginnt**

Inhalt

Herausforderungen im Ausbruchmanagement – am Beispiel eines großen Influenza-Ausbruchs in einer Pflegeeinrichtung

4

Influenza-Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen sind aufgrund des hohen Alters sowie der häufig bestehenden Grunderkrankungen der Bewohnenden mit einem erheblichen Risiko für schwere Krankheitsverläufe und einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden. In diesem Beitrag werden der Verlauf und das Management eines Influenza-Ausbruchs in einer Pflegeeinrichtung in Baden-Württemberg im Januar 2026 dargestellt. Im Rahmen des Ausbruchs erkrankten 54 Personen (47 Bewohnende, 7 Beschäftigte) und 7 Personen davon verstarben infolge der Influenza-Erkrankung (6 Bewohnende, 1 Pflegekraft). Trotz bereits eingeleiteter Maßnahmen durch die Einrichtung breitete sich das Infektionsgeschehen über einen Zeitraum von etwa drei Wochen aus. Auffällig waren die verzögerte Information des Gesundheitsamtes und das Fehlen einer antiviralen Postexpositionsprophylaxe. Anhand dieses Ausbruchs wird die Bedeutung einer frühen Meldung von Ausbrüchen, einer raschen Erregerdiagnostik, hoher Influenza-Impfquoten, der konsequenten Umsetzung von infektionshygienischen Maßnahmen, antiviraler Prophylaxe sowie der Vermeidung von *Staff Presenteeism* hervorgehoben.

Challenges in outbreak management – based on the example of a major influenza outbreak in a care home

Influenza outbreaks in care homes are associated with a significant risk of severe disease progression and an increased risk of mortality, due to the advanced age of residents and their frequent underlying health conditions. This article describes the course and management of an influenza outbreak in a care home in Baden-Württemberg in January 2026. During the outbreak, 54 people (47 residents, 7 staff members) developed influenza, and 7 died following infection (6 residents, 1 care worker). Despite measures already put in place by the facility, the infection spread over a period of approximately three weeks. Notable aspects were the delayed notification of the public health service and the absence of antiviral post-exposure prophylaxis. The outbreak highlights the importance of timely outbreak reporting, rapid diagnostic testing, high influenza vaccination coverage, consistent implementation of infection prevention and control measures, antiviral prophylaxis, and the avoidance of staff presenteeism.

(Article in German)

Saison 2026 stechmückenübertragener Krankheitserreger in Deutschland beginnt

12

Wie in den Vorjahren wird auch dieses Jahr wieder auf die beginnende Saison stechmückenübertragener Krankheitserreger hingewiesen. In Deutschland gibt es diesbezüglich zwei Herausforderungen: In Teilen Deutschlands zirkuliert seit mehreren Jahren das von heimischen Stechmücken (*Culex*) übertragene West-Nil-Virus (WNV). Außerdem breitet sich die Asiatische Tigermücke (*Aedes albopictus*), ein potenzieller Vektor für Chikungunya-, Dengue- und Zikaviren, immer weiter aus. Die Zahl der nach Deutschland importierten Dengue-Fälle lag im Jahr 2025 und im ersten Halbjahr 2026 unter denen der Vorjahre. Chikungunyavirus-Infektionen wurden Ende 2025 und bis Anfang 2026 vermehrt in Reiserückkehrenden von den Seychellen und aus Kuba übermittelt. Im Jahr 2025 traten 4 autochthone WNV-Infektionen auf. Die Ärzteschaft ist dazu angehalten, diese Erkrankungen entsprechend der Risikoeinschätzung der Region bzw. ggf. in Assoziation mit Reisen differenzialdiagnostisch zu berücksichtigen.

Start of the 2026 season of mosquito-borne pathogens in Germany

As in previous years, we would like to draw attention to the start of the season for mosquito-borne pathogens. Germany faces two distinct challenges in this regard. First, West Nile virus (WNV), which is transmitted by native *Culex* mosquitoes, has been circulating in parts of the country for several years. Second, the Asian tiger mosquito (*Aedes albopictus*), a potential vector of chikungunya, dengue, and Zika viruses, continues to spread.

The number of imported dengue cases reported in Germany in 2025 and during the first half of 2026 was lower than in previous years. Chikungunya virus infections were increasingly reported among travellers returning from the Seychelles and Cuba between late 2025 and early 2026. In 2025, four autochthonous WNV infections were reported in Germany. Healthcare professionals are encouraged to consider these diseases in their differential diagnosis, taking into account the regional risk assessment and relevant travel history.

(Article in German)

Rahmenkonzept „Epidemisch bedeutsame Lagen erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen“

16

Framework concept for “Identifying, assessing and jointly managing epidemiologically significant situations successfully”

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 24. Woche 2026

17

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)

Redaktionsassistenten

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 im Ausbruchsmangement – am Beispiel eines großen Influenza-Ausbruchs in einer Pflegeeinrichtung

Einleitung

Influenza-Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen sind aufgrund des hohen Alters sowie der häufig bestehenden Grunderkrankungen der Bewohnenden mit einem erheblichen Risiko für schwere Krankheitsverläufe und einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden. Für das Management solcher Ausbrüche liegen spezifische Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) vor. Die praktische Umsetzung dieser Empfehlungen stellt Pflegeeinrichtungen sowie zuständige Gesundheitsämter jedoch häufig vor große organisatorische und personelle Herausforderungen.

Im Folgenden wird der Verlauf und das Management eines Influenza-Ausbruchs in einer Pflegeeinrichtung in Baden-Württemberg im Januar 2026 dargestellt. Ziel ist es, typische Herausforderungen bei der Umsetzung empfohlener Interventionsmaßnahmen aufzuzeigen.

Methodik/Ausbruchsbeschreibung

In diesem Abschnitt erfolgt eine retrospektive Beschreibung des Ausbruchsgeschehens auf Grundlage der Auswertung von Meldedaten sowie der vom Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis zur Verfügung gestellten Informationen und Daten.

Am Montag, den 12.1.2026, meldete die Leitung einer stationären Pflegeeinrichtung dem Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises, Baden-Württemberg, eine Häufung von Influenza-Erkrankungen unter den dortigen Bewohnenden mit bereits 32 Fällen, darunter vier Hospitalisierungen sowie die mündliche Information über einen Todesfall unter dem Personal. Die Falldefinition umfasste Bewohnende und Beschäftigte der stationären Pflegeeinrichtung (Person), bei denen im Zeitraum vom 30.12.2025 bis

zum 19.1.2026 (Zeit) in der betroffenen Pflegeeinrichtung im Rhein-Neckar-Kreis, Baden-Württemberg (Ort), grippeähnliche Symptome entsprechend der definierten klinischen Kriterien auftraten, darunter Atemnot/Dyspnoe, Halsschmerzen, Husten oder Schnupfen, allgemeine Krankheitszeichen, Fieber, Pneumonie oder krankheitsbedingter Tod, bzw. bei denen ein positiver Influenza-Schnelltest bzw. eine positive Influenza-Point-of-Care-(POC-)PCR vorlag.

Die Fallliste der Mitarbeitenden wurde einen Tag später, am 13.1.2026 an das Gesundheitsamt gesendet. Die ersten beiden Influenza-Erkrankungen waren bei zwei stationär aufgenommen Bewohnenden zweier von insgesamt fünf Wohnbereichen nachgewiesen worden. Die Erkrankungsbeginne waren am 30.12.2025 und 2.1.2026. Da mit weiteren Fällen zu rechnen war, wurden durch die stationäre Pflegeeinrichtung unter Einbezug der internen Hygienebeauftragten u. a. folgende Schutzmaßnahmen ab dem 30.12.2025 ergriffen:

- ▶ Isolation von Influenza-Erkrankten mit Aufhebung der Isolation zwei Tage nach Symptombefreiheit
- ▶ Geräte/Medizinprodukte sollten personengebunden verwendet oder desinfiziert werden
- ▶ bei Bedarf hausärztliche Vorstellung symptomatischer Bewohnender
- ▶ Tragen von Schutzkleidung, einschließlich FFP2-Masken (FFP: *filtering face piece*) und Einweghandschuhe durch das Personal vor Betreten eines Patientenzimmers; in den betroffenen Wohnbereichen Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS)
- ▶ regelmäßiges Lüften, Anleitung von Bewohnenden und Personal zur Händehygiene
- ▶ ab dem 5.1.2026 Aushänge zum Ausbruchsgeschehen und allgemeinen Hygienemaßnahmen wie Händedesinfektion; Monitoring von Kontaktpersonen, soweit nachvollziehbar, mittels täglichem Fiebermessen bis vier Tage nach dem letzten Kontakt in der Einrichtung

- ▶ Besuchende von erkrankten Bewohnenden sollten in allen Wohnbereichen FFP2-Maske und Schutzkittel tragen

Ab dem 8.1.2026 intensivierte die Einrichtung die Maßnahmen, da sich das Ausbruchsgeschehen auf weitere Wohnbereiche ausgeweitet hatte. Es gab Einschränkungen der Bewegungsfreiheit der Bewohnenden.

- ▶ Schließung des wohnbereichsübergreifenden Speisesaals sowie des Bewohnenden-/Angehörigenkaffees; die Essensversorgung erfolgte auf den Wohnbereichen; wohnbereichsübergreifende Aktivitäten wie z. B. Gottesdienste wurden ausgesetzt; tägliche Unterweisung vor Ort von Pflege- und Hauswirtschaftspersonal durch die hygienebeauftragte Person
- ▶ Besuche waren weiterhin möglich, Information der Besuchenden zu Händehygiene und Maskentragen; Bereitstellung von Masken im zentralen Eingangsbereich der Einrichtung
- ▶ Hinweis auf Verzicht von Besuchen von Angehörigen mit Erkältungssymptomen
- ▶ Intensivierung der Oberflächendesinfektion: tägliche Desinfektion häufig berührter Flächen in den betroffenen Wohnbereichen (z. B. Handläufe, Türklinken) mit einem Flächendesinfektionsmittel mit viruzider Wirkung gegen behüllte und unbehüllte Viren, einschließlich Influenza-Viren

Trotz der eingeleiteten Maßnahmen konnte der Ausbruch nicht gestoppt werden. Nach Mitteilung der Erkrankungshäufung durch die stationäre Pflegeeinrichtung an das Gesundheitsamt wurden unter Berücksichtigung der Empfehlungen des RKI zu Präventions- und Kontrollmaßnahmen folgende Maßnahmen auf Veranlassung der Einrichtungsleitung des Pflegeheims ab dem 15.1.2026 intensiviert:

- ▶ FFP2-Maskenpflicht für das Personal in den betroffenen Wohnbereichen
- ▶ FFP2-Maskenpflicht für Besuchende der Einrichtung unabhängig vom Erkrankungsstatus der besuchten Bewohnenden

Zusätzlich:

- ▶ Information der Einrichtung und der behandelnden Hausärzte/-ärztinnen über die Empfehlung

zum Einsatz einer Prä- bzw. Postexpositionsprophylaxe (PEP) im Ausbruchsgeschehen sowie zur Durchführung der saisonalen Influenza-Impfung

- ▶ Empfehlung des Gesundheitsamts zur Vorhaltung und Durchführung von Schnelltests sowie zur diagnostischen Abklärung mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) am Labor des Landesgesundheitsamts
- ▶ zimmerbezogene Essensversorgung sowie eingeschränkter Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen für Bewohnende mit Demenz unter Berücksichtigung von entsprechenden Abständen
- ▶ Aussetzung von Gruppentherapien

Erkrankte Bewohnende bzw. Beschäftigte des Pflegeheims wurden in einer Fallliste erfasst und täglich an das Gesundheitsamt übermittelt. Als klinisch-epidemiologischer Fall wurde das Auftreten „grippeähnlicher Symptome (mit Fieber)“ entsprechend der oben genannten Falldefinition seit dem 30.12.2025 bei Bewohnenden bzw. Beschäftigten der stationären Pflegeeinrichtung definiert. Bei einem klinisch-laboridiagnostischen Fall lag ein positiver Schnelltest bzw. eine positive Influenza-POC-PCR vor.

Ergebnisse

Im Zeitraum vom 30.12.2025 bis zum 19.1.2026 erkrankten 47 Bewohnende aus allen fünf Wohnbereichen (Erkrankungsrate 22 %) und sieben von 130 Beschäftigten (Erkrankungsrate 5 %). Die Alters- und Geschlechterverteilung ist in [Abb. 1](#) dargestellt. Die Erkrankungsraten nach Wohnbereich betrugen zwischen 10 % und 43 %. Die letzte Erkrankung trat am 19.1.2026 bei einem ungeimpften Bewohnenden (siehe [Abb. 2](#) Epikurve) auf. Neun (ca. 9 %) der Erkrankten wurden aufgrund der Schwere ihrer Krankheitsverläufe in Krankenhäuser eingewiesen. Von den neun stationär behandelten Erkrankten war die überwiegende Zahl (N = 7) nicht gegen Influenza geimpft. Sieben Bewohnende verstarben (davon sechs ursächlich an der Influenza-Erkrankung), vier davon waren geimpft. Von den sieben erkrankten Beschäftigten verstarb eine geimpfte Pflegekraft. Fünf der Fälle unter den Beschäftigten waren ungeimpft; bei einem Beschäftigten konnte der Impfstatus nicht ermittelt werden. Das vom Pflegeheim empfohlene Impfangebot im Herbst 2025 wurde von N = 80 (ca. 40 %) Bewohnenden angenommen.

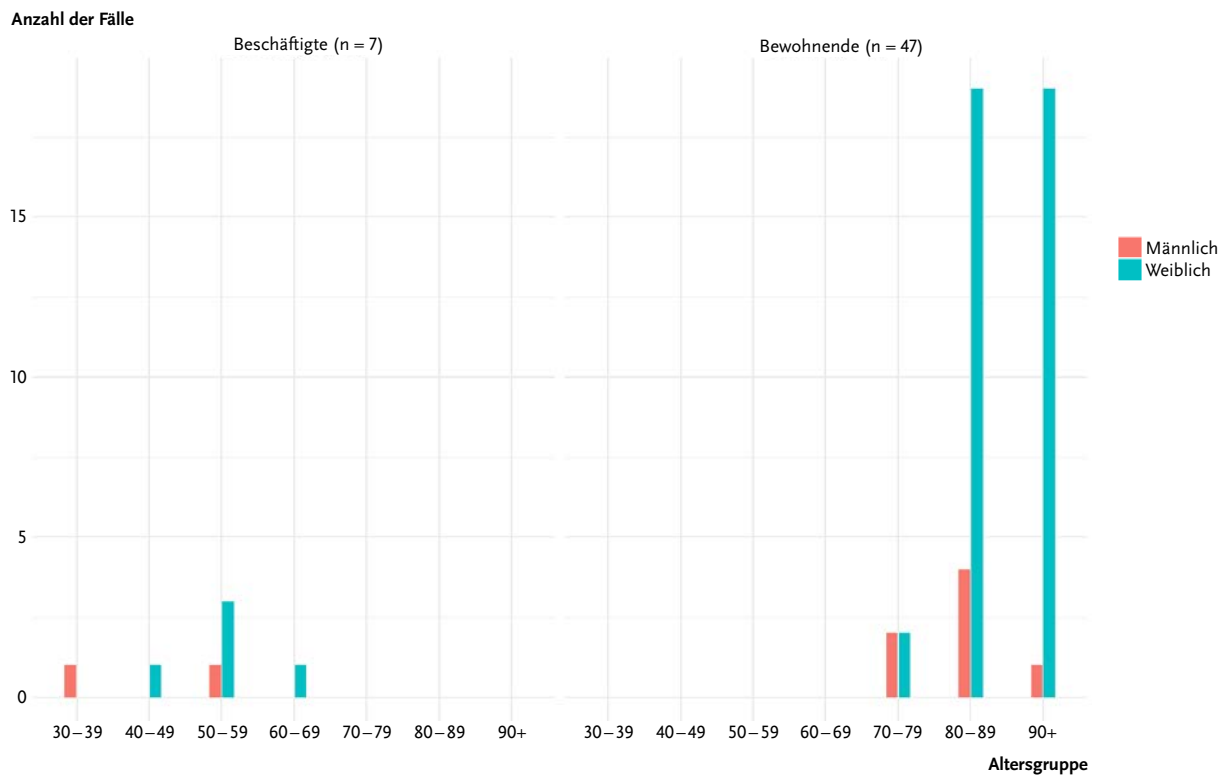


Abb. 1 | Alters- und Geschlechterverteilung der Influenza-Fälle, N = 54; Influenza-Ausbruch in einer Pflegeeinrichtung 2026, Baden-Württemberg

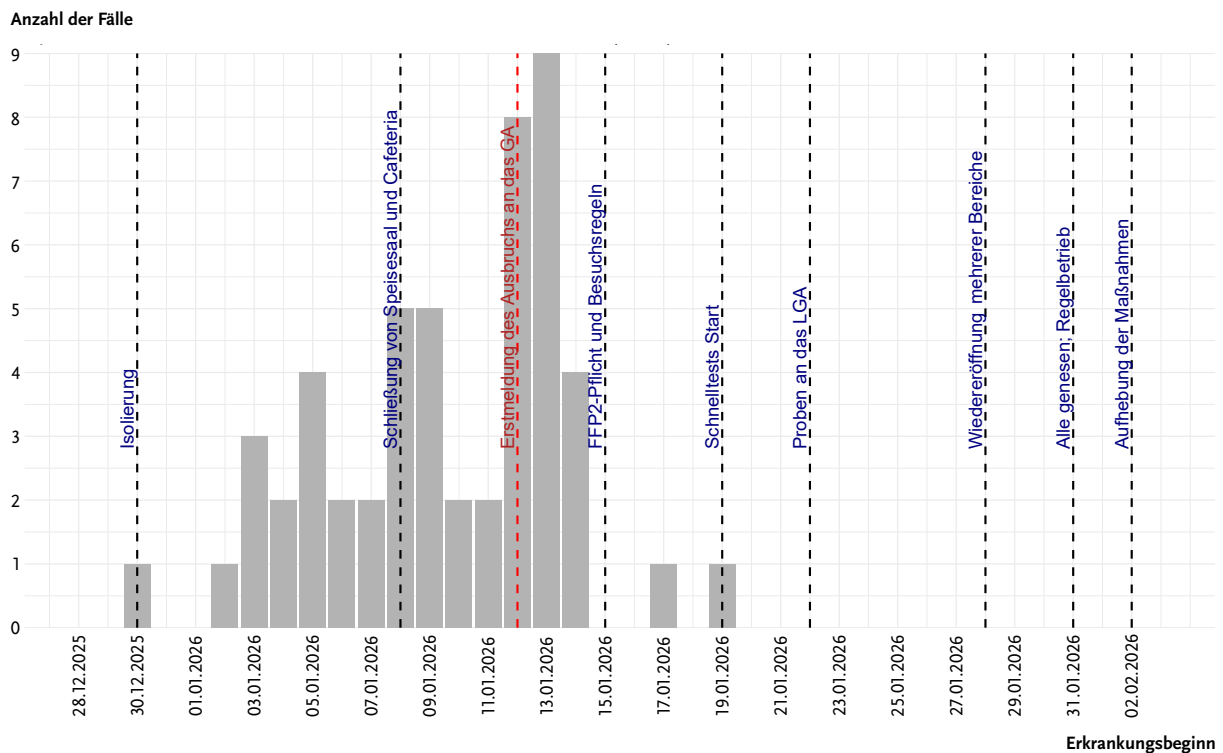


Abb. 2 | Epikurve des Influenza-Ausbruchs (2026); Anzahl der Influenza-Fälle nach Erkrankungsbeginn (graue Säulen) mit ausgewählten Interventionsmaßnahmen im Zeitverlauf; Influenza-Ausbruch in einer Pflegeeinrichtung 2026, Baden-Württemberg; N=51 mit Angaben
GA: Gesundheitsamt, FFP: *filtering face piece*; LGA: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Für die Mitarbeitenden bestand kein Impfangebot seitens des betriebsärztlichen Dienstes. Die vom Gesundheitsamt über die Pflegeeinrichtung angeregte PEP wurde durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Zurückhaltung sowie einer unklaren Kontaktpersonen-Situation nicht umgesetzt. Die einzigen zwei durchgeführten antiviralen Behandlungen erfolgten bei zwei stationär behandelten Bewohnenden.

Von den insgesamt 54 Fällen wurden 46 (85 %) klinisch-epidemiologisch erfasst, bei acht Fällen (15 %) konnte die Influenza-Infektion mittels Antigenschnelltest oder Nukleinsäurenachweis (POC-PCR) labordiagnostisch als Influenza A bestätigt werden. Eine Subtypisierung war aufgrund fehlenden Probenmaterials und des zum Zeitpunkt der Empfehlung bereits abgelaufenen Ausbruchsgeschehens nicht möglich. Der erste Nachweis von Influenza A bei einem erkrankten Bewohnenden erfolgte am 5.1.2026 durch das aufnehmende Klinikum. Ein erneutes Impfangebot erfolgte zwischen dem 15.1. und dem 19.1.2026, es wurde jedoch nur vereinzelt angenommen.

Diskussion

Der beschriebene Influenza-Ausbruch in einer stationären Pflegeeinrichtung verdeutlicht die besondere Vulnerabilität solcher Einrichtungen gegenüber respiratorischen Erregern sowie die Bedeutung eines frühzeitigen Ausbruchsmanagements. Trotz bereits eingeleiteter Maßnahmen durch die Einrichtung selbst breitete sich das Infektionsgeschehen über einen Zeitraum von etwa drei Wochen aus. Erst nach Einbindung des Gesundheitsamtes und Umsetzung zusätzlicher Interventionsmaßnahmen konnte die Transmission unterbrochen und der Ausbruch am 2.2.2026 für beendet erklärt werden. Auffällig war die verzögerte Information des Gesundheitsamtes. Dieses wurde erst 13 Tage nach dem ersten bestätigten Influenza-Fall gemäß § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) informiert. Zum Zeitpunkt der Erstmeldung waren bereits 32 Erkrankungsfälle unter den Bewohnenden sowie ein Todesfall unter dem Personal aufgetreten. Eine frühere Einbindung der Gesundheitsbehörden, beispielsweise bereits nach den ersten Fällen (Häufungen), hätte möglicherweise eine schnellere Umsetzung

koordinierter Maßnahmen, insbesondere im Bereich Diagnostik, Kohortierung (räumliche Trennung infizierter und nicht infizierter Personen) und antivirale Prophylaxe, ermöglicht. Die Epikurve sowie die kurze Inkubationszeit der Influenza deuten darauf hin, dass bei früherem Bekanntwerden des Ausbruchs und einer frühzeitigen flächendeckenden antiviralen PEP vermutlich ein relevanter Anteil der nachfolgenden Fälle hätte verhindert werden können.

Die Umsetzung klassischer infektionshygienischer Maßnahmen gestaltete sich im Kontext Pflegeeinrichtung teilweise schwierig. Die Isolation erkrankter Bewohnenden sowie die Einschränkung der Bewegungsfreiheit mobiler Bewohnenden konnten aufgrund kognitiver Einschränkungen (z. B. Demenz) nur teilweise umgesetzt werden. Solche strukturellen Herausforderungen sind aus Pflegeeinrichtungen bekannt und erschweren häufig die effektive Unterbrechung von Übertragungsketten respiratorischer Infektionskrankheiten. Darüber hinaus dürften niedrige Influenza-Impfquoten sowohl unter Bewohnenden als auch unter Beschäftigten zur Virusausbreitung beigetragen haben. Daten zur Influenza-Impfquote unter den 130 Beschäftigten lagen seitens der Einrichtung nicht vor. Obwohl im November 2025 ein Impfangebot für alle Bewohnenden organisiert wurde, nahmen lediglich etwa 40 % der Personen dieses Angebot wahr. Auch unter den erkrankten Beschäftigten war die Impfquote niedrig. Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sollten insbesondere Personen mit engem Kontakt zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z. B. Bewohnende von Pflegeeinrichtungen), wie Pflegepersonal, eine Influenza-Impfung erhalten, um sowohl sich selbst als auch betreute Personen zu schützen.

Nahezu jeder fünfte Bewohnende der Einrichtung erkrankte im Verlauf des Ausbruchs. In einem Wohnbereich waren 43 % der Bewohnenden betroffen, was auf eine besonders intensive Transmission innerhalb einzelner Wohneinheiten hinweist. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass auch asymptomatische oder mild verlaufende Infektionen aufgetreten sind, die zur weiteren Viruszirkulation beigetragen haben könnten.

Ein weiterer möglicher Faktor für die Ausbreitung des Virus ist der sogenannte *Staff Presenteeism* (Präsentismus), also das Arbeiten von Beschäftigten trotz eigener, auch milder Krankheitssymptome. Gerade in Pflegeeinrichtungen kann dies aufgrund personeller Engpässe oder beruflicher Verpflichtungsgefühle auftreten und zur Transmission von Infektionserregern beitragen. Influenza-Infektionen bei Personal können somit eine wichtige Rolle bei der Eintragung und Weiterverbreitung von Influenza-Viren in Pflegeeinrichtungen spielen.

Die diagnostische Strategie spielte ebenfalls eine Rolle im Ausbruchsgeschehen. Zum Zeitpunkt des Ausbruchs standen in der Einrichtung keine Schnelltests zur Verfügung, was eine frühzeitige diagnostische Abklärung des Infektionsgeschehens zusätzlich erschwert haben könnte. Eine weiterführende Influenza-Diagnostik wurde erst auf Empfehlung des Gesundheitsamtes durchgeführt. Eine frühzeitige Identifikation des Erregers ist jedoch entscheidend, um geeignete Maßnahmen, einschließlich antiviraler Prophylaxe und Therapie, zeitnah einzuleiten. In Ausbruchssituationen kann zudem eine wiederholte Testung (*repeated testing*) von symptomatischen Personen sinnvoll sein, insbesondere wenn initiale Testergebnisse negativ ausfallen oder neue Erkrankungsfälle auftreten. Durch ein solches diagnostisches Monitoring können neue Infektionsketten frühzeitig erkannt und Maßnahmen entsprechend angepasst werden. Die Vorhaltung und frühzeitige Anwendung von Schnelltests können ein zeitnahes Erkennen von Infektionen ermöglichen und dazu beitragen, Ausbrüche frühzeitig zu kontrollieren bzw. deren Ausbreitung zu verhindern. Da der kontinuierlichen Bereitstellung solcher Tests häufig wirtschaftliche Aspekte entgegenstehen, erscheint eine frühzeitige Klärung der Kostenübernahme sinnvoll. Die betreuenden Hausärzte und -ärztinnen führten in diesem Ausbruch in der Regel keine Schnelltestungen sowie Erregerdiagnostik durch.

Der Influenza-Subtyp konnte im vorliegenden Ausbruch nicht bestimmt werden, da zum Zeitpunkt der entsprechenden Empfehlung des Gesundheitsamtes kein geeignetes Probenmaterial der Erkrankten mehr verfügbar war. Die Kenntnis des Subtyps hätte zusätzliche epidemiologische Informationen geliefert

und möglicherweise Rückschlüsse auf die Übertragungsdynamik sowie die Wirksamkeit der Impfung erlaubt. In der Influenza-Saison 2025/2026 wird die geschätzte Impfeffektivität gegen Influenza-A-bedingte Erkrankungen insgesamt auf etwa 44 % geschätzt. Gegen Influenza A(H3N2), einschließlich der neu zirkulierenden Variante der Subklade K, liegt sie bei etwa 52 %, während sie für Influenza A(H1N1)pdm09 auf etwa 30 % geschätzt wird.^{1,2} Auch bei einer höheren Impfquote wäre daher nicht zu erwarten gewesen, dass alle Erkrankungsfälle hätten verhindert werden können. Dennoch hätte eine höhere Impfquote gepaart mit einer sofortigen PEP bei Bewohnenden und Personal wahrscheinlich zu einer erheblichen Reduktion der Fallzahlen bzw. möglicherweise zu mildereren Krankheitsverläufen beigetragen.

Neben nicht-pharmazeutischen Maßnahmen stellt die antivirale Prophylaxe eine wichtige Ergänzung der Ausbruchskontrolle dar. Internationale Empfehlungen sehen bei Influenza-Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen eine prä- oder postexpositionelle prophylaktische Gabe von Neuraminidase-Hemmern für Bewohnende und Beschäftigte vor, unabhängig vom individuellen Impfstatus (s. auch *Epid Bull* 39/2013).³ Diese Maßnahme kann das Auftreten von Zweit-erkrankungen signifikant reduzieren.^{4,5} Ye *et al.* berichteten in ihrer Veröffentlichung, dass jeder verzögerte Tag des Beginns der Oseltamivir-Prophylaxe mit 2,2 Tagen verlängerter Ausbruchsdauer assoziiert ist.⁶ Im vorliegenden Ausbruchsgeschehen konnte eine entsprechende Prophylaxe jedoch nicht umgesetzt werden. Gründe hierfür könnten organisatorische Herausforderungen, eine zurückhaltende Verschreibungspraxis der Hausärzte/-ärztinnen sowie Vorbehalte gegenüber möglichen Nebenwirkungen gewesen sein. Darüber hinaus stellte die bereits fortgeschrittene Ausbreitung des Ausbruchs zum Zeitpunkt der Meldung eine zusätzliche Herausforderung dar. Da das Gesundheitsamt erst informiert wurde, als bereits eine größere Zahl von Erkrankungsfällen aufgetreten war, gestalteten sich sowohl die Identifikation relevanter Kontaktpersonen als auch die zeitnahe Umsetzung einer PEP schwierig. Insbesondere bei größeren Ausbrüchen mit zahlreichen potenziell exponierten Bewohnenden und Beschäftigten kann die systematische Erfassung von Kontaktpersonen sowie die Organisation antiviraler

Prophylaxe logistisch anspruchsvoll sein. Auf die mangelnde Durchführung einer PEP bei Ausbrüchen in stationären Pflegeeinrichtungen wurde bereits in einer Veröffentlichung 2014 hingewiesen.⁷

Um die weitere Transmission zu unterbrechen, hatte die Einrichtung zusätzlich eine Maßnahme ergriffen, bei der Bewohnende über zwei Tage (am Wochenende) ihre Zimmer nicht verlassen sollten, um Kontakte zwischen den Wohnbereichen zu reduzieren. Ein solcher Eingriff stellt eine erhebliche Einschränkung des Alltags und der Autonomie der Bewohnenden dar und verdeutlicht die schwierige Abwägung zwischen Infektionsschutz und Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen. Hätte die Pflegeeinrichtung das Gesundheitsamt bereits bei Auftreten der ersten Erkrankungsfälle informiert, hätten Maßnahmen wie die frühzeitige Identifikation von Kontaktpersonen, die gezielte Einleitung einer antiviralen Prophylaxe sowie weitere Kontrollmaßnahmen vermutlich früher umgesetzt werden können. In diesem Fall wären derartig weitreichende Einschränkungen für die Bewohnenden möglicherweise nicht erforderlich gewesen.

Obwohl FFP2-Masken und Schutzausrüstung vom Personal angewendet wurden und laut Einrichtung bereits in der Vergangenheit wiederholte Unterweisungen zu den Themen Händehygiene sowie korrekte Anwendung persönlicher Schutzausrüstung (PSA) bzw. FFP2-Masken stattgefunden hatten, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine unzureichende oder inkonsequente Umsetzung der Maßnahmen im Versorgungsalltag zur fortgesetzten Transmission beigetragen hat. Darüber hinaus befand sich die infektionshygienische Betreuung der Einrichtung zum Ausbruchszeitpunkt in einer Übergangssituation. In der betroffenen Einrichtung hatte zum Jahresende ein personeller Wechsel stattgefunden. Die zuvor zuständige Hygienebeauftragte hatte die Einrichtung verlassen, und eine neu eingesetzte Person befand sich noch in der Einarbeitungsphase. Dies könnte die frühzeitige Bewertung des Infektionsgeschehens sowie die strukturierte Umsetzung infektionshygienischer Maßnahmen zusätzlich erschwert haben.

Der Ausbruch unterstreicht insgesamt die Bedeutung einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung

respiratorischer Ausbruchsgeschehen, einer engen Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Gesundheitsämtern, einer ausreichenden Ausstattung mit qualifizierten Hygienebeauftragten bzw. Hygienefachpersonal sowie der konsequenten Umsetzung der empfohlenen Interventionsmaßnahmen. Insbesondere eine hohe Influenza-Impfquote unter Bewohnenden und Personal, eine aktive Surveillance respiratorischer Erkrankungen bei Bewohnenden und Personal einschließlich einer raschen Erregerdiagnostik sowie die frühzeitige Einleitung antiviraler Prophylaxe können wesentlich dazu beitragen, die Ausbreitung von Influenza-Viren in Pflegeeinrichtungen schneller zu begrenzen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

► Frühe Meldung von Ausbruchsgeschehen:

Sensibilisierung der Einrichtungen für die Meldepflicht: Respiratorische Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen sollten frühzeitig gemäß § 6 Abs. 3 IfSG an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden, um eine rasche epidemiologische Bewertung und Einleitung gezielter Maßnahmen zu ermöglichen.

► Rasche Erregerdiagnostik:

Pflegeeinrichtungen sollten Schnelltests vorhalten, um rasch testen zu können. Eine frühzeitige labordiagnostische Abklärung respiratorischer Infektionen bzw. Ausbruchsgeschehen ist entscheidend für ein zielgerichtetes Patientenmanagement bzw. eine effektive Ausbruchskontrolle. Bei initial negativen Testergebnissen kann eine wiederholte Testung symptomatischer Personen – entweder durch die Einrichtung selbst oder durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte – sinnvoll sein.

► Hohe Influenza-Impfquoten in Pflegeeinrichtungen:

Eine hohe Impfquote unter Bewohnenden und insbesondere unter Beschäftigten stellt eine zentrale Maßnahme zur Vermeidung von Infektionen sowie zur Reduktion der Transmission von Influenza-Viren in Pflegeeinrichtungen dar. Die Einrichtungen sollten nach Möglichkeit den Impfstatus von Bewohnenden und Personal in digitaler, schnell abrufbarer Form dokumentieren.

Zur Steigerung der Impfquote bei Beschäftigten können niedrigschwellige Impfangebote, Informationskampagnen, die Vorbildfunktion der Einrichtungsleitung sowie der Einsatz sogenannter *Vaccine Champions* beitragen. Bei Bewohnenden können beispielsweise Dauerrezepte eine zeitnahe und umfassende Impfung erleichtern.

► **Konsequente Umsetzung infektionshygienischer Maßnahmen:**

Maßnahmen wie Isolation Erkrankter, Kohortierung von Bewohnenden, aktive Surveillance von Kontaktpersonen sowie Einschränkungen von Gemeinschaftsaktivitäten sollten frühzeitig umgesetzt werden, wobei strukturelle Besonderheiten von Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden müssen.

► **Bedeutung von antiviraler Prophylaxe:**

Bei Influenza-Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen sollte die prä- oder postexpositionelle Gabe antiviraler Medikamente bei Bewohnenden und Personal – unabhängig vom Impfstatus – eingesetzt werden.^{7,8}

► **Vermeidung von *Staff Presenteeism*:**

Beschäftigte mit respiratorischen Symptomen sollten nicht im direkten Bewohnerkontakt eingesetzt werden oder – falls ein Einsatz unvermeidbar ist – nur unter geeigneten Schutzmaßnahmen (z. B. Tragen einer FFP2-Maske), da sie zur Eintragung und Weiterverbreitung von Influenza-Viren beitragen können.

Literatur

- 1 European Centre for Disease Prevention and Control: Threat Assessment Brief – Assessing the risk of influenza for the EU/EEA in the context of increasing circulation of A(H3N2) subclade K – 20 November 2025. ECDC: Stockholm; 2025.
- 2 De Clercq A, Blanquart F, Vieillefond V, Visseaux B, Jacques A *et al.*: Interim vaccine effectiveness against influenza virus among outpatients, France, October 2025 to January 2026. *Euro Surveill.* 2026;31(2):pii=2500992.
- 3 Maßnahmen zum Management von Ausbrüchen durch respiratorische Erreger in Pflegeeinrichtungen. *Epid Bull* 2013; 39: 395–397.
- 4 European Centre for Disease Prevention and Control: Public health guidance on seasonal influenza in long-term care facilities. Stockholm: ECDC
- 5 Rainwater-Lovett K *et al.*: Effect of oseltamivir prophylaxis in controlling influenza outbreaks in long-term care facilities: a systematic review. *Influenza Other Respir Viruses.* 2014;8(1):74-82. DOI: 10.1111/irv.12203.
- 6 Ye M, Jacobs A, Khan MN, Jaipaul J, Oda J, Johnson M, Doroshenko A.: Evaluation of the use of oseltamivir prophylaxis in the control of influenza outbreaks in long-term care facilities in Alberta, Canada: a retrospective provincial database analysis. *BMJ Open.* 2016 Jul 5;6(7):e011686. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011686.
- 7 Robert Koch-Institut: Erfahrungen mit dem Management von Influenzaausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen. *Epid Bull* 2014; 28: 239–243.
- 8 Checkliste für die Gesundheitsämter und/oder Pflegeeinrichtungen. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/I/Influenza/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.pdf [Abrufdatum: 11.3.2026].

Autoren

^{a)} Dr. Aparna Dreßler | ^{a)} Dr. rer. nat. Christiane Wagner-Wiening | ^{b)} Dr. med. habil. Juliana J. Petersen | ^{b)} Dr. med. Britta Knorr

^{a)} Landesgesundheitsamt, Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg

^{b)} Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis

Korrespondenz: aparna.dressler@sm.bwl.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

Dreßler A, Wagner-Wiening C, Petersen J J, Knorr B: Herausforderungen im Ausbruchsmangement – am Beispiel eines großen Influenzaausbruchs in einer Pflegeeinrichtung

Epid Bull 2026;25:4-11 | DOI 10.25646/14246

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](#)

Saison 2026 stechmückenübertragener Krankheitserreger in Deutschland beginnt

Das Robert Koch-Institut (RKI) möchte, wie in den vorherigen Jahren, auf die beginnende Saison stechmückenübertragener Krankheitserreger aufmerksam machen.¹⁻³

In Deutschland gibt es zwei wichtige Aspekte in diesem Kontext: das durch heimische *Culex*-Stechmücken übertragene West-Nil-Virus (WNV), das in mehreren Regionen bereits etabliert ist, sowie die fortschreitende Ausbreitung der Asiatischen Tigermücke (*Aedes [Ae.] albopictus*), die u. U. verschiedene tropische Erreger übertragen kann. Die international sehr bedeutende durch *Anopheles*-Stechmücken übertragene Malaria ist nicht Gegenstand dieses Artikels.

Während seit 2019 jedes Jahr stechmückenübertragene, in Deutschland erworbene (autochthone) WNV-Infektionen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das RKI übermittelt werden, wurden bisher noch keine von *Ae. albopictus* in Deutschland übertragenen Infektionen (Chikungunyafieber, Denguefieber oder Zikavirus-Infektionen) identifiziert. Diese tropischen Krankheiten werden aber häufig bei Reiserückkehrenden diagnostiziert. In südeuropäischen Ländern werden mittlerweile jedes Jahr autochthone Krankheitsausbrüche von insbesondere Dengue- und Chikungunyafieber festgestellt.

Ausführlichere Informationen zu den Zusammenhängen von WNV und den von *Ae. albopictus* übertragenen Krankheitserregern für die öffentliche Gesundheit in Deutschland finden Sie im [Epid Bull 22/2023](#).⁴

Veränderung im Jahr 2025 gegenüber den Vorjahren und Ausblick für 2026

Seit 2019 wurden jedes Jahr zwischen 4 und 35 autochthone **WNV-Infektionen** identifiziert, im Jahr 2025 waren es 4 Fälle. Im Jahr 2026 gab es bisher noch keinen solchen Fall. Unter den WNV-Infektionen im Jahr 2025 hatten 3 Personen einen neuro-

invasiven Verlauf (Enzephalitis/Meningitis), eine weitere Infektion wurde im Rahmen der Blutspende entdeckt. Die Übertragungssaison erstreckte sich in den letzten Jahren von Juli bis Ende September. [Abbildung 1](#) zeigt die betroffenen Land- und Stadtkreise, in denen WNV-Infektionen bei Vögeln und Pferden (Daten des Friedrich-Loeffler-Instituts, FLI) nachgewiesen wurden,⁵ sowie die Wohnortkreise

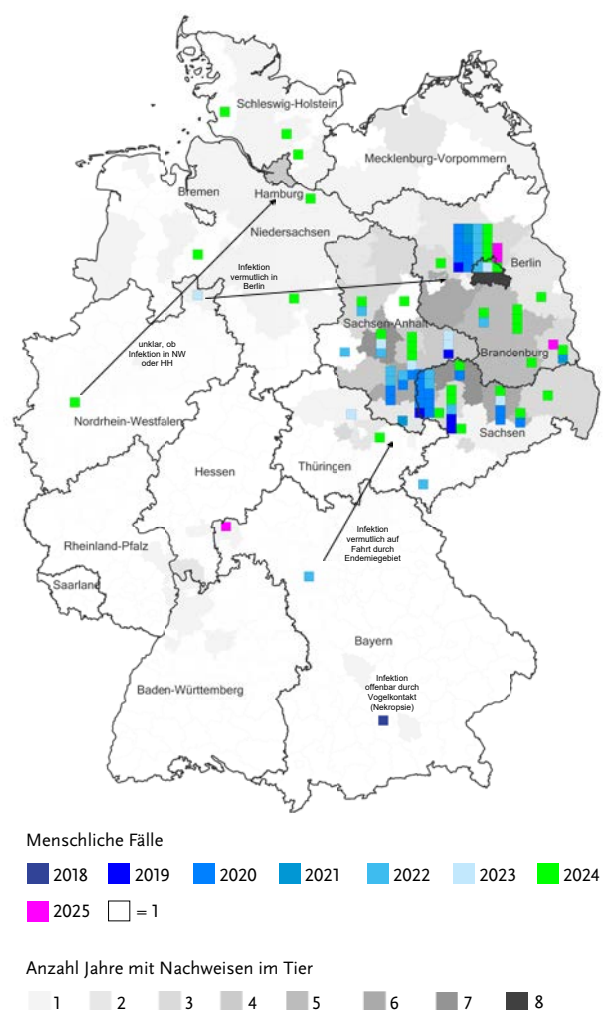


Abb. 1 | Gemeldete autochthone WNV-Infektionen beim Menschen, 2018 bis 2025 (gem. IfSG) nach Wohnortkreis (Quelle: RKI/SurvNet) und Anzahl der Jahre, 2018 bis 2025 mit WNV-Nachweisen in Pferden oder Vögeln (Quelle: FLI/TSN&TSIS).

ten Fälle im Jahr 2026 waren vor allem durch Reise-rückkehrende von den Malediven und aus Thailand geprägt. Chikungunyavirus-Infektionen wurden Ende 2025 und bis Anfang 2026 vermehrt in Reise-rückkehrenden von den Seychellen und aus Kuba übermittelt, mittlerweile sind die Fallzahlen wieder auf dem Niveau der Jahre vor 2025.

Empfehlungen

Die Ärzteschaft sollte in der Saison bei Fällen von Enzephalitis und Häufungen von Fieber-Erkrankungen mit unklarer Ursache an **WNV**-Infektionen denken, auch wenn die Betroffenen keine Reise-anamnese aufweisen. Zudem gibt es im Süden und Südosten der WNV-Endemiegebiete zunehmend Stadt- und Landkreise, die gleichzeitig Frühsommer-Meningoenzephalitis-(**FSME**-)Risikogebiete sind.⁷ Bei Personen mit Meningoenzephalitis sollten beide Viren als Infektionserreger abgeklärt werden, vor allem bei älteren Menschen, oder solchen mit bestimmten Vorerkrankungen (die z. B. eine Immunschwäche bedingen).

In Gebieten mit *Ae. albopictus* sollten Ärztinnen und Ärzte in der Saison bei Erkrankungen mit Fieber unklaren Ursprungs bei Personen (auch ohne Reise-anamnese) an durch Stechmücken übertragene, eigentlich in Deutschland nicht vorkommende Erreger denken. Kleinräumige Häufungen solcher Erkrankungen in Ortschaften und Straßenzügen deuten auf Ausbrüche hin.

Wo in Deutschland gleichzeitig *Ae. albopictus* und **WNV** vorkommen ist eine Infektion mit WNV wahrscheinlicher als eine der durch *Ae. albopictus* übertragbaren Krankheiten. Dies gilt auch bei Verdacht auf eine durch *Ae. albopictus* übertragene Infektion nach Aufenthalt in einem Gebiet in Südeuropa, ohne dort bekannten Ausbruch von Dengue-, Chikungunya- oder Zikavirus – auch in Südeuropa ist in weiten Teilen WNV endemisch und eine wahrscheinlichere Ursache für ein derartiges Krankheitsbild.

Bei der Diagnostik von Flavivirus-Infektionen treten Kreuzreaktionen der diagnostischen Tests zu jeweils anderen Flaviviren (u. a. WNV, Dengue- und Zikavirus) auf. Daher sind für eine eindeutige Dia-

gnose gegebenenfalls weiterführende Untersuchungen in dafür ausgerüsteten Laboren erforderlich.

Personen mit erhöhtem Risiko für schwere Verläufe von WNV-Infektionen, vor allem ältere Personen und Menschen mit Vorerkrankungen, wird insbesondere im Sommer bis zum Frühherbst in den betroffenen Gebieten Schutz vor Stechmücken empfohlen.

Reisenden in Dengue- und Chikungunyavirus-Endemiegebieten wird ganztägiger Mückenschutz empfohlen. Bezüglich der Möglichkeit, sich vor der Reise impfen zu lassen, informieren Sie sich bitte auf den Seiten der Ständigen Impfkommision (STIKO).⁸

Auch **Reiserückkehrende** aus tropischen und subtropischen Endemiegebieten sollten in Regionen mit *Ae. albopictus* für zwei Wochen nach der Rückkehr Mückenschutzmaßnahmen beachten, um eine mögliche Virusübertragung in Deutschland zu verhindern.

Weiterführende Informationen: www.rki.de/muecken

Hinweis: Das Robert Koch-Institut führt keine individuelle medizinische Beratung zu Klinik, Therapie oder Impfungen durch.

Literatur

- 1 Frank C, Offergeld R, Lachmann R, Stark K: Gekommen, um zu bleiben? Bei autochthonen West-Nil-Virus-Infektionen steht regional die Saison 2022 vor der Tür. [Epid Bull 2022;25/26:18-20](#). DOI 10.25646/10171
- 2 Frank C, Lachmann R: Saison 2024 stechmückenübertragener Krankheitserreger in Deutschland beginnt. [Epid Bull 2024;29:14-16](#). DOI 10.25646/12221
- 3 Frank C, Jung-Sendzik T: Saison 2025 stechmückenübertragener Krankheitserreger in Deutschland beginnt. [Epid Bull 2025;29:24-27](#). DOI 10.25646/13288
- 4 Frank C, Offergeld R, Lachmann R, Stark K, Schmidt-Chanasit J: Saison stechmückenübertragener Krankheitserreger beginnt. [Epid Bull 2023;22:3-7](#). DOI 10.25646/11492
- 5 Friedrich-Loeffler-Institut. Tierseucheninformationssystem TSIS [<https://tsis.fli.de>], Abfrage über Seuchelage – Tierseucheninformationen – Tierseuchenabfrage – Infektionen mit dem West-Nil-Virus bei einem Vogel oder Pferd (Abfragemodus „Alle verfügbaren Fälle darstellen“). Oder Karte hier: <https://www.fli.de/de/aktuelles/tierseuchengeschehen/west-nil-virus/>
- 6 Lachmann R, Frank C: Starker Anstieg der Denguefieber-Meldefallzahlen in den ersten Monaten 2024. [Epid Bull 2024;20/21:3-8](#). DOI 10.25646/12101
- 7 Robert Koch-Institut (RKI): FSME-Risikogebiete in Deutschland (Stand: Januar 2025). [Epid Bull 2025;9:3-23](#). DOI 10.25646/13037.2
- 8 Robert Koch-Institut Informationen der STIKO zu Reiseimpfungen (Stand 16.6.2026): https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-Impfkommision/Reiseimpfungen/reiseimpfung_inhalt.html

Autoren

Dr. Raskit Lachmann | Christina Frank, PhD |
Dr. Tanja Jung-Sendzik

Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie,
FG 35 Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und
tropische Infektionen

Korrespondenz: FrankC@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

Lachmann R, Frank C, Jung-Sendzik T:
Saison 2026 stechmückenübertragener
Krankheitserreger in Deutschland beginnt

[Epid Bull 2026;25:12-15](#) | DOI 10.25646/14274

Open access



[Creative Commons Namensnennung
4.0 International](#)

Publikationshinweis

Rahmenkonzept „Epidemisch bedeutsame Lagen erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen“

Trotz verbesserter Präventions-, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten gehören große Ausbrüche von Infektionskrankheiten auch in Deutschland nicht der Vergangenheit an. So zeigte die Coronavirus-Disease-2019-(COVID-19-)Pandemie, wie wichtig es ist, auf epidemisch bedeutsame Lagen vorbereitet zu sein. Sowohl globale Pandemien als auch grenzüberschreitende Ausbrüche werden durch die immer intensiver werdenden lokalen wie globalen Handels- und Reiseverbindungen erleichtert und beschleunigt. Neben der Weiterentwicklung von Präventions-, Diagnose-, und Therapieoptionen (wie z. B. Investitionen in Hygiene, Impfungen und Antibiotika) müssen private und staatliche Akteure für die Bewältigung epidemisch bedeutsamer Lagen biologischen Ursprungs gewappnet sein. Hierfür sind die Kenntnis der vorhandenen Zuständigkeiten und Prozesse sowie ein genaues Verständnis der nötigen Vorbereitungen Voraussetzung.

Das aktualisierte Rahmenkonzept „Epidemisch bedeutsame Lagen – erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen“ beschreibt bestehende Strukturen, Prozesse und Empfehlungen zum Vorgehen bei solchen Lagen. Es bildet eine Brücke zwischen den generischen Konzepten des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie des Bevölkerungsschutzes und den Agens- und Erregergruppen-spezifischen Plänen wie dem Nationalen Pandemieplan. Das Ziel ist es, einen allgemeinen Rahmen zu setzen. Die Ausführungen bieten einen exemplarischen Einblick in das Themenfeld und sind nicht abschließend zu verstehen. Auch orientieren sich die behandelten Themen nicht am Zuständigkeitsbereich des Robert Koch-Instituts (RKI), sondern betreffen die Zuständigkeitsbereiche vieler Akteure. Die Bewältigung von epidemisch bedeutsamen Lagen kann nur dann bestmöglich gelingen, wenn sowohl staatliche als auch nicht-staatliche Institutionen sowie private Akteure interdisziplinär koordiniert und zielgerichtet zusammenwirken.

Dieses Rahmenkonzept möchte den verschiedenen Akteuren im Infektionsschutz eine grobe Orientierung zur eigenen Verortung im komplexen Gesamtgefüge geben. Es werden hier keine Zuständigkeiten oder Verfahren festgelegt. Das Rahmenkonzept wurde vom RKI erstellt. Nach der erstmaligen Veröffentlichung 2019 liegt es nun in einer aktualisierten Version unter <https://www.rki.de/rahmenkonzept-epidemisch-bedeutsame-lagen> vor.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

24. Woche 2026 (Datenstand: 17. Juni 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
	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.
Baden-Württemberg	63	1.547	1.422	11	327	359	6	201	150	30	3.063	4.469	25	961	1.467
Bayern	123	2.545	2.209	36	578	583	17	241	194	60	5.315	6.713	57	1.829	2.939
Berlin	19	964	798	4	135	158	2	107	103	7	3.215	2.167	16	1.177	1.295
Brandenburg	38	743	602	3	116	121	6	68	66	32	3.211	2.521	53	1.582	2.033
Bremen	12	185	154	2	18	14	1	24	25	3	448	348	3	272	116
Hamburg	24	489	471	0	50	81	1	64	55	7	1.642	1.216	6	480	644
Hessen	49	1.274	1.129	12	242	314	9	213	218	22	2.838	3.643	29	1.204	1.497
Mecklenburg-Vorpommern	48	630	458	2	85	81	3	81	80	13	1.800	1.593	20	780	1.095
Niedersachsen	77	1.716	1.510	6	290	286	11	347	272	36	3.825	4.752	52	1.504	3.392
Nordrhein-Westfalen	229	5.133	4.281	25	636	676	22	460	446	84	7.722	12.392	104	2.681	4.798
Rheinland-Pfalz	55	1.045	1.012	11	182	220	4	136	99	32	1.953	3.231	24	638	1.541
Saarland	6	278	288	1	33	55	0	55	40	4	470	809	2	77	702
Sachsen	83	1.495	1.161	13	214	255	7	138	119	70	4.097	4.996	90	2.552	2.043
Sachsen-Anhalt	44	678	548	10	152	164	7	75	64	43	2.313	2.697	30	730	1.852
Schleswig-Holstein	30	719	556	2	86	92	2	120	94	32	2.229	1.547	15	643	628
Thüringen	41	771	536	15	309	278	2	97	80	41	2.231	2.547	43	952	1.552
Deutschland	941	20.212	17.135	153	3.453	3.737	100	2.427	2.105	516	46.372	55.641	569	18.062	27.594

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.
Baden-Württemberg	3	47	57	32	879	1.046	13	428	543	7	195	263	10	21.282	33.175
Bayern	1	45	88	42	1.163	1.701	22	575	741	9	259	273	12	31.223	71.689
Berlin	1	15	23	20	412	708	11	228	234	9	146	134	1	7.893	15.359
Brandenburg	1	12	16	5	96	139	2	54	77	2	54	35	1	11.210	18.105
Bremen	0	4	5	5	90	158	1	30	52	2	35	30	1	997	1.188
Hamburg	0	7	13	11	263	644	5	109	129	0	72	107	0	4.555	9.810
Hessen	1	30	40	19	425	666	7	246	278	7	188	209	8	10.852	20.746
Mecklenburg-Vorpommern	2	15	8	2	65	74	3	32	43	1	30	27	1	11.724	13.265
Niedersachsen	2	45	66	28	674	895	15	296	357	9	154	129	8	14.787	28.425
Nordrhein-Westfalen	4	91	95	55	1.477	2.181	21	693	955	9	365	436	20	34.098	63.875
Rheinland-Pfalz	0	9	24	19	371	535	4	163	163	4	87	107	2	9.151	16.782
Saarland	1	7	8	3	79	120	4	59	74	0	17	24	0	1.885	3.203
Sachsen	2	14	23	13	168	199	5	121	108	1	47	83	1	21.741	43.055
Sachsen-Anhalt	0	8	7	8	115	192	1	58	67	5	43	43	1	11.294	25.978
Schleswig-Holstein	0	12	13	13	152	271	6	106	155	0	41	46	1	6.692	10.606
Thüringen	1	12	13	6	72	97	1	41	67	2	42	35	1	10.794	17.750
Deutschland	19	373	499	281	6.501	9.626	121	3.239	4.043	67	1.775	1.981	68	210.178	393.011

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.
Baden-Württemberg	0	8	17	2	11	8	0	0	0	18	661	444	68	1.629	1.891
Bayern	1	5	36	1	8	38	0	0	0	52	1.943	727	104	2.677	3.477
Berlin	1	3	10	0	4	9	0	0	0	2	99	122	24	520	656
Brandenburg	0	1	3	0	1	5	0	0	0	4	133	197	5	269	411
Bremen	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	4	17	1	62	52
Hamburg	0	1	3	0	2	4	0	0	0	4	104	85	5	251	376
Hessen	0	12	19	1	11	13	0	0	1	11	201	254	20	494	479
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12	116	91	4	79	115
Niedersachsen	0	13	15	0	10	18	0	0	0	3	141	253	17	777	689
Nordrhein-Westfalen	0	13	39	0	26	45	0	0	1	34	569	589	131	2.283	2.046
Rheinland-Pfalz	0	2	8	0	6	6	0	0	0	20	363	206	19	355	453
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	38	101	5	105	69
Sachsen	0	0	8	1	5	11	0	0	0	45	473	333	41	912	1.178
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	2	1	0	0	0	10	313	407	3	83	97
Schleswig-Holstein	0	0	0	1	6	5	0	0	0	3	51	83	8	387	297
Thüringen	0	0	1	1	2	2	0	0	0	10	330	339	7	324	209
Deutschland	2	58	165	7	96	168	0	0	2	229	5.539	4.248	462	11.207	12.495

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
	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.
Baden-Württemberg	2	50	42	17	562	559	0	43	47	1	52	55	9	2.860	3.061
Bayern	3	43	40	22	445	562	5	107	127	1	47	59	8	4.859	5.177
Berlin	2	34	35	13	238	359	1	13	21	0	37	31	5	1.360	1.920
Brandenburg	0	7	3	5	114	89	2	46	46	1	9	15	1	1.706	1.363
Bremen	0	0	1	0	21	16	0	7	9	0	0	0	1	127	165
Hamburg	0	12	14	10	176	226	2	18	16	0	23	27	2	483	926
Hessen	1	26	25	20	515	563	1	54	49	0	42	48	4	1.765	2.401
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	2	54	56	0	20	24	0	9	14	0	1.106	1.115
Niedersachsen	1	24	17	14	359	353	4	63	82	2	57	57	6	1.969	2.209
Nordrhein-Westfalen	3	90	74	43	894	1.194	10	225	307	12	162	151	19	4.782	6.786
Rheinland-Pfalz	0	13	9	7	139	224	0	34	50	1	17	19	4	1.507	1.629
Saarland	0	5	6	2	21	34	0	5	10	0	14	4	1	491	504
Sachsen	2	14	4	5	134	153	0	128	161	0	30	29	7	2.610	2.729
Sachsen-Anhalt	1	15	3	3	97	88	0	55	36	0	19	26	1	1.264	1.380
Schleswig-Holstein	0	17	10	7	103	124	3	33	28	1	12	11	0	1.208	1.272
Thüringen	0	3	6	6	73	77	2	26	24	1	18	19	1	1.220	896
Deutschland	15	353	294	176	3.945	4.677	30	877	1.037	20	548	565	69	29.317	33.533

¹ Infektion und Kolonisierung (bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen nach jeweils geltender Falldefinition, s. www.rki.de/falldefinitionen)

² *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

³ Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

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

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2026		2025
	24.	1.–24.	1.–24.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	130	168
Bornavirus-Erkrankung	0	6	2
Botulismus	0	0	4
Brucellose	0	17	28
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	8	6
Chikungunyavirus-Erkrankung	1	172	67
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	57	78
Denguefieber	11	339	508
Diphtherie	0	19	25
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	21	114	139
Giardiasis	25	1.080	1.333
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	24	733	926
Hantavirus-Erkrankung	9	98	127
Hepatitis D	0	6	34
Hepatitis E	129	2.574	2.604
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	29	26
Kryptosporidiose	32	649	751
Legionellose	31	699	815
Lepra	0	1	0
Leptospirose	0	17	85
Listeriose	16	271	256
Malaria	14	352	354
Meningokokken, invasive Infektion	0	133	199
Mpox	10	253	291
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	7	20
Ornithose	0	11	15
Paratyphus	0	11	11
Pneumokokken, invasive Infektion	111	5.779	6.912
Q-Fieber	0	43	39
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	82	66.597	64.907
Shigellose	30	1.342	1.047
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	39	53
Typhus abdominalis	0	25	38
West-Nil-Fieber*	0	2	1
Yersiniose	72	2.037	1.785
Zikavirus-Erkrankung	1	4	6

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.