

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

38
2026

17. September 2026

Epidemiologisches Bulletin

**Influenza-Impfung für Kinder und
Jugendliche mit Grunderkrankungen |
Update: Flughafenmalaria Frankfurt am Main**

Inhalt

Influenza-Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankung in Deutschland 4

Seit mehr als 30 Jahren besteht die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO), Kinder und Jugendliche mit bestimmten Grunderkrankungen jährlich gegen Grippe (Influenza) zu impfen. Dennoch waren laut einer Auswertung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) über einen Zeitraum von 11 Saisons (2014/15 bis 2024/25) nur etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen mit impfrelevanter Grunderkrankung in der jeweiligen Influenza-Saison gegen Influenza geimpft. Bei unveränderter Impfquote hätten damit auch in der Saison 2026/27 etwa 1,1 Mio. Kinder und Jugendliche mit Grunderkrankung keinen Influenza-Impfschutz.

Influenza immunisation coverage among children and adolescents with medical preconditions in Germany

For more than 30 years, the Standing Committee on Vaccination (STIKO) has recommended that children and adolescents with certain medical preconditions receive an annual flu (influenza) vaccination. Nevertheless, according to an analysis of data from the Associations of Statutory Health Insurance Physicians (ASHIP) covering a period of 11 seasons (2014/15 to 2024/25), only around 10 % of children and adolescents with a medical precondition for which vaccination is recommended were vaccinated against influenza during the respective influenza season. If the vaccination rate remains unchanged, this would mean that, in the 2026/27 season, around 1.1 million children and adolescents with medical preconditions will have no protection against influenza.

(For article in English see [link](#))

Stellungnahme der STIKO zur Bedeutung der Influenza-Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung 8

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eindringlich, der bestehenden Influenza-Impfempfehlung nachzukommen und Kinder und Jugendliche mit Risikofaktoren durch eine rechtzeitige Impfung zu schützen. In dieser Stellungnahme geht die STIKO auf die bestehende Indikationsimpfempfehlung für Kinder und Jugendliche sowie auf die verfügbaren Influenza-Impfstoffe ein und verdeutlicht deren Bedeutung anhand von Daten zu Influenza-bedingten Hospitalisierungen bei Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankungen.

Statement by the STIKO on the importance of the influenza vaccination recommendation for children and adolescents at increased health risk

The Standing Committee on Vaccination (STIKO) strongly urges adherence to the existing influenza vaccination recommendation and calls for children and adolescents with risk factors to be protected through timely vaccination. In this statement, the STIKO addresses the current vaccination recommendation for children and adolescents, as well as the available influenza vaccines, and highlights their importance using data on influenza-related hospitalisations among children and adolescents with medical preconditions.

(Article in German)

Flughafenmalaria bei Beschäftigten und Anwohnenden am internationalen Flughafen Frankfurt am Main, Juli–September 2026 12

Verlängerung der Ausschreibungsfrist von Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboren 13

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 37. Woche 14

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.

Influenza-Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankung in Deutschland

Zusammenfassung

Seit mehr als 30 Jahren besteht die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO), Kinder und Jugendliche mit bestimmten Grunderkrankungen jährlich gegen Grippe (Influenza) zu impfen.¹ Eine Auswertung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) über einen Zeitraum von 11 Saisons (2014/15 bis 2024/25) zeigt nun: Nur etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen mit impfrelevanter Grunderkrankung waren in der jeweiligen Influenza-Saison gegen Influenza geimpft. Bei einer geschätzten Risikopopulation von derzeit etwa 1,2 Millionen (Mio.) Kindern und Jugendlichen besteht damit ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung des Impfschutzes – auch und insbesondere in der bevorstehenden Saison 2026/27.

Hintergrund und Methodik

Für Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge bestimmter Grunderkrankungen oder aufgrund individueller Risikofaktoren wird im Alter von ≥ 6 Monaten jeweils im Herbst/Winter eine Impfung gegen die saisonale Influenza empfohlen.² Eine allgemeine Empfehlung zur Influenza-Impfung für alle Kinder und Jugendlichen besteht derzeit nicht. Im Rahmen des Impfquotenmonitorings analysiert und publiziert das Robert Koch-Institut (RKI) jährlich die Inanspruchnahme der saisonalen Influenza-Impfung als Standardimpfung bei Personen im Alter von ≥ 60 Jahren und als Indikationsimpfung bei Erwachsenen mit impfrelevanter Grunderkrankung sowie bei Schwangeren.^{3–6} Für Kinder und Jugendliche mit impfrelevanter Grunderkrankung lagen entsprechende Ergebnisse bislang nicht vor.

In diesem Artikel wird erstmals die Influenza-Impfquote bei Kindern und Jugendlichen mit gemäß STIKO-Empfehlung impfrelevanten Grunderkrankungen berichtet. Künftig soll die Impfquote in die jährliche Berichterstattung aufgenommen werden.

Damit können die hier berichteten Impfquoten sowie die Fortschreibung für die Saison 2025/26 nach der nächsten Datenaktualisierung im Dezember 2026 auch über das [RKI-Impfdashboard „VacMap“](#) abgerufen werden.

Datengrundlage sind pseudonymisierte vertragsärztliche Abrechnungsdaten, die von den KVen gemäß §13 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG) quartalsweise an das RKI übermittelt werden. Die Datensätze enthalten Angaben zu abgerechneten Impfleistungen, Vorsorgeuntersuchungen und Diagnosen. Die Auswertung wurde für jede Saison (2014/15 bis 2024/25) separat als Kohortenanalyse nach derselben Methodik durchgeführt, die bereits zur Berechnung der Impfquoten bei Erwachsenen verwendet wurde. Die saisonalen Studienpopulationen wurden auf Basis dokumentierter vertragsärztlicher Behandlungskontakte definiert. Anhand eines Pseudonyms wurden dokumentierte Impfungen und Diagnosen zu ausgewählten Grunderkrankungen auf Individualebene zusammengeführt. So konnte für jede Saison ermittelt werden, welcher Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Grunderkrankung gegen Influenza geimpft wurde. Aufgrund der unterschiedlichen Verfügbarkeit der für die Auswertung erforderlichen Daten konnten erst ab Saison 2018/19 alle 17 KVen in den Analysen berücksichtigt werden (2014/15: 11 KVen, 2015/16: 13 KVen, 2016/17: 15 KVen, 2017/18: 16 KVen). Seitdem wurden pro Saison durchschnittlich 7,3 Mio. Kinder und Jugendliche in die Analyse einbezogen (Spanne: 7,0–7,5 Mio.). Eine Ausnahme bildete die Saison 2020/21 mit knapp 5,9 Mio. Kindern und Jugendlichen, bedingt durch die geringere Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen während der COVID-19-Pandemie. Von den einbezogenen Kindern und Jugendlichen wiesen je nach Saison zwischen 7 % und 9 % eine impfrelevante Grunderkrankung auf. Weitere Details zur Methodik und zu den Limitationen der Analysen wurden an anderer Stelle ausführlich beschrieben.^{4,6}

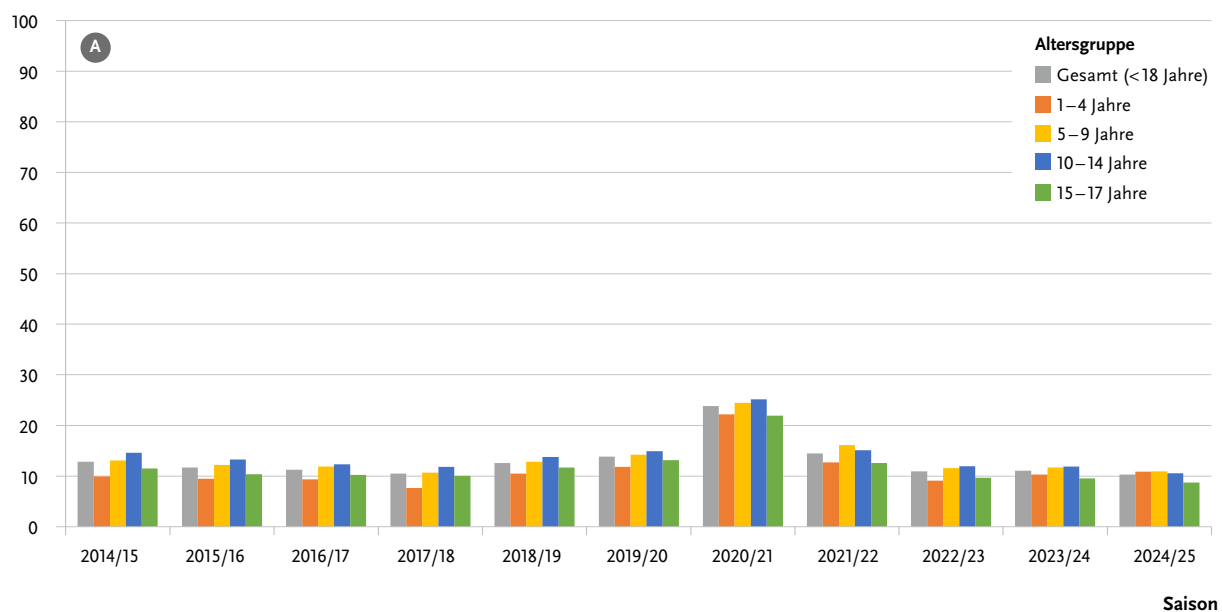
Ergebnisse

In der Saison 2024/25 lag die Influenza-Impfquote bei Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankung mit rund 10 % auf einem sehr niedrigen Niveau (s. Abb. 1A). Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen waren dabei gering. Bei den 15- bis 17-Jährigen war die Impfquote mit 9 % am niedrigsten, in den übrigen Altersgruppen betrug sie jeweils 11 %.

Auf Bundeslandebene reichten die Impfquoten von 8 % bis 16 %, wobei sechs Bundesländer Werte unter 10 % aufwiesen (Daten nicht dargestellt). Die höchsten Impfquoten wurden in Sachsen-Anhalt (16 %) und Sachsen (14 %) beobachtet.

Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit der Saison 2014/15 blieb die Impfquote weitgehend

Impfquote in %



Impfquote in %

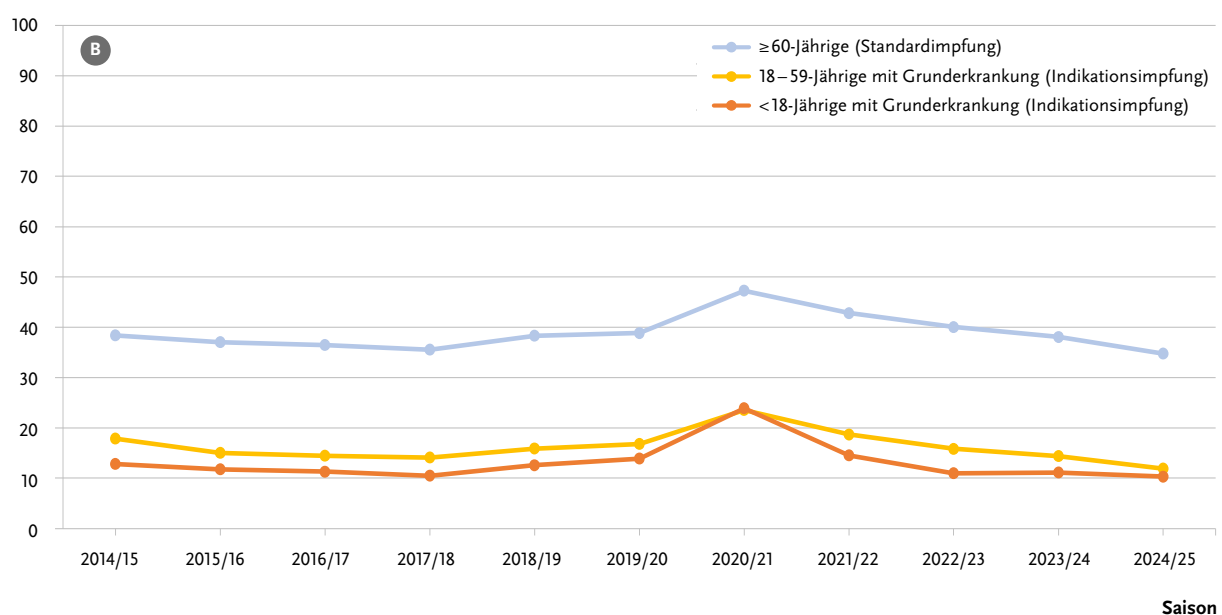


Abb. 1 | Bundesweite Inanspruchnahme der Influenza-Impfung (Standard- bzw. Indikationsimpfung) für die Saisons 2014/15–2024/25 bei A) Kindern und Jugendlichen differenziert nach Altersgruppe und B) Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

stabil. Lediglich während der COVID-19-Pandemie in Saison 2020/21 stieg sie vorübergehend auf 24 % an, bevor sie anschließend wieder auf das vorherige Niveau zurückkehrte. Diese zeitliche Entwicklung zeigte sich in ähnlicher Weise auch bei Erwachsenen mit Grunderkrankung im Alter von 18 bis 59 Jahren sowie bei älteren Erwachsenen ab 60 Jahren, für die die Standardimpfung empfohlen ist (s. Abb. 1B).

Insgesamt lagen die Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankung auf einem ähnlich niedrigen Niveau wie die der 18- bis 59-jährigen Erwachsenen mit Grunderkrankung (bspw. 10 % und 12 % in Saison 2024/25). Personen im Alter von ≥ 60 Jahren wiesen deutlich höhere Impfquoten auf (bspw. 35 % in der Saison 2024/25). Dies deutet darauf hin, dass das Alter eine wesentliche Rolle für die Inanspruchnahme der Influenza-Impfung spielt. Allerdings sind selbst die Impfquoten bei Personen ≥ 60 Jahre noch weit von dem in der Europäischen Impfgenda 2030 (EIA2030) festgelegten Ziel (Impfquote von 75 % bei Personen mit Empfehlung für eine Influenza-Impfung) entfernt.⁷

Für Deutschland fehlen bislang umfassende Daten zur Prävalenz chronischer Erkrankungen, die eine Influenza-Impfindikation bei Kindern und Jugend-

lichen begründen. Die bisher publizierten Untersuchungen beschränken sich überwiegend auf einzelne Erkrankungen oder ausgewählte Krankheitsgruppen, z. B. Autoimmunerkrankungen oder lebensbedrohliche bzw. lebensverkürzende Erkrankungen.^{8–11} Hochgerechnet auf die Gesamtpopulation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ergibt sich aus der vorliegenden Analyse eine Risikopopulation von derzeit etwa 1,2 Mio. Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankung. Bei unveränderter Impfquote hätten damit auch in der Saison 2026/27 etwa 1,1 Mio. Kinder und Jugendliche mit Grunderkrankung keinen Influenza-Impfschutz.

Schlussfolgerungen

Die Influenza-Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankung in Deutschland sind deutlich zu niedrig. Nur etwa 1 von 10 Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankung war in den vergangenen Saisons gegen Influenza geimpft. Eine stärkere Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte für die Influenza-Impfung bei Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankung könnte einen wichtigen Beitrag zur Prävention schwerer Influenza-Krankheitsverläufe leisten.

Literatur

- 1 Ständige Impfkommision (STIKO): Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommision des Bundesgesundheitsamtes (STIKO) – Stand: September 1993. Bundesgesundheitsblatt 1994;2:85–91.
- 2 Ständige Impfkommision: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2026. *Epid Bull* 2026;4-79. DOI 10.25646/13636.5
- 3 Rieck T, Steffen A, Lottes M, *et al.*: Impfquoten in Deutschland. *Epid Bull* 2025;50:3-13. DOI 10.25646/13589
- 4 Rieck T, Lottes M, Feig M, *et al.*: Inanspruchnahme von Routineimpfungen in Deutschland – Ergebnisse aus der KV-Impfsurveillance [Data set]. 2025. DOI 10.5281/zenodo.18197755
- 5 Rieck T, Steffen A, Feig M, *et al.*: Impfquoten in Deutschland - aktuelle Ergebnisse aus dem RKI-

Impfquotenmonitoring. *Epid Bull* 2024;50:3-10. DOI 10.25646/12956

- 6 Rieck T, Steffen A, Schmid-Küpke N, *et al.*: Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance und der Onlinebefragung von Krankenhauspersonal OKaPII 3. *Epid Bull* 2020;47:3-26. DOI 10.25646/7658
- 7 WHO Regional Office for Europe. European Immunization Agenda 2030. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056052> [Abrufdatum: 27.08.2026]
- 8 Poethko-Müller C, Thamm M, Thamm R: Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung 2018;3;1. DOI 10.17886/rki-gbe-2018-010
- 9 Akmatov MK, Holstiege J, Dammertz L, Kohring C, Müller D: Entwicklung der Prävalenz diagnostizierter Autoimmunerkrankungen im Zeitraum 2012–2022. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 24/05 2024. DOI 10.20364/VA-24.05
- 10 Burgio NM, Jennessen S: [PraeKids: diagnosis prevalence of life-threatening and life-limiting diseases in children and adolescents in Germany]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2023;66;7:811–820. DOI 10.1007/s00103-023-03704-5
- 11 Buchmann M, Tuncer O, Auzanneau M, *et al.*: Inzidenz, Prävalenz und Versorgung von Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Zeittrends und sozialräumliche Lage. *Journal of Health Monitoring* 2023;2:59–81. DOI 10.25646/11385.2

Autorinnen und Autoren

Dr. Annika Steffen | Dr. Thorsten Rieck |
Matthäus Lottes | Dr. Cornelius Rau

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-
epidemiologie, Fachgebiet Impfprävention/STIKO

Korrespondenz: SteffenA@rki.de

Interessenkonflikt

Alle Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Steffen A, Rieck T, Lottes M, Rau C: Influenza-
Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit
Grunderkrankung in Deutschland

Epid Bull 2026;38:4-7 | DOI 10.25646/14439

Danksagung

Wir danken allen Kassenärztlichen Vereinigungen
für die kontinuierliche Bereitstellung der für das
Impfquotenmonitoring relevanten Daten.

Open access



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

Stellungnahme der STIKO zur Bedeutung der Influenza-Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung

Hintergrund

Influenza-Erkrankungen stellen jedes Jahr weltweit eine bedeutende Krankheitslast dar, insbesondere in vulnerablen Gruppen.^{1,2} Hierzu gehören auch Kinder und Jugendliche mit bestimmten Grunderkrankungen oder individuellen Risikofaktoren, z. B. mit chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane, chronischen Herzkreislauferkrankungen, chronischen Erkrankungen des Stoffwechselsystems wie Diabetes mellitus oder Adipositas und auch angeborenen oder erworbenen Immundefizienzen.^{3–7} Diese Kinder und Jugendlichen haben ein erhöhtes Risiko, schwer an Influenza zu erkranken und infolge der Erkrankung hospitalisiert und auf einer Intensivstation behandelt zu werden oder auch zu versterben.⁸ Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine jährliche Influenza-Impfung für alle Personen im Alter von ≥ 6 Monaten mit den genannten Risikofaktoren,⁹ um das Risiko für schwere Influenza-Krankheitsverläufe zu reduzieren. Dennoch werden in Deutschland seit Jahren lediglich etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen mit Grunderkrankungen gegen Influenza geimpft, wie das Robert Koch-Institut (RKI) in dieser Ausgabe des Epidemiologischen Bulletins beschreibt.¹⁰

Hospitalisierungen wegen Influenza bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß der ICD-10-Code-basierten Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2015–2024 betrafen 31,4 % aller erfassten Influenza-Hospitalisierungen unter 18-Jährige.¹¹ Diese Angabe wird durch Daten aus der ICD-10-Code-basierten Krankenhaus-Surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) am RKI (ICOSARI) bestätigt.¹² Entsprechend der ICOSARI-Erhebung lag der Anteil der unter 18-Jährigen in den Jahren 2015–2025 bei 35 % aller aufgrund einer nachgewiesenen Influenza-Infektion im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle.^{13–15} Unter den

wegen Influenza hospitalisierten Kindern und Jugendlichen hatten im Durchschnitt 17 % mindestens einen Risikofaktor für eine schwere Influenza-Erkrankung (Daten entsprechend ICOSARI; relevante Grunderkrankungen gemäß ICD-10-Codes, siehe Anhang). Zum Vergleich: Unter allen 0- bis 17-Jährigen (Allgemeinbevölkerung) liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit impfrelevanten Grunderkrankungen bei knapp 9 % (Daten aus dem „Impfquotenmonitoring“ am RKI, das Abrechnungsdaten von den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen [KV] in Deutschland analysiert¹⁶).

Auch in anderen Ländern zeigt sich ein erhöhtes Risiko für Influenza-bedingte Hospitalisierungen bei Kindern und Jugendlichen mit Risikofaktoren. Zum Beispiel war in einer Studie in Kanada die Hospitalisierungsinzidenz aufgrund von Influenza in den Jahren 2012–2019 etwa 5- bis 10-mal höher bei Kindern mit Grunderkrankungen im Vergleich zu Kindern ohne Grunderkrankungen.¹⁷ In Norwegen hatten in den Influenza-Saisons 2017–2019 25 % der mit Influenza hospitalisierten unter 18-Jährigen mindestens eine vorbestehende Risikokonstellation. Im Vergleich dazu liegt in der allgemeinen Bevölkerung derselben Altersgruppe (unter 18-Jährige, Norwegen) der Anteil der Personen mit einer vorbestehenden Risikokonstellation bei 5 %. Entsprechend war beim Vorliegen mindestens eines Risikofaktors das Hospitalisierungsrisiko etwa sechs- bis siebenfach erhöht.¹⁸

Verfügbare Influenza-Impfstoffe

In Deutschland sind unterschiedliche Influenza-Impfstoffklassen für Kinder und Jugendliche zugelassen und verfügbar (s. Tab. 1). Die zugelassenen Impfstoffe sind sicher^{19,20} und haben insgesamt eine gute Wirksamkeit, obwohl die Wirksamkeit je nach Saison variieren kann.¹⁹ Weitere Informationen zur Sicherheit und Wirksamkeit der unterschiedlichen

Tab. 1 | Übersicht der in Deutschland zugelassenen Influenza-Impfstoffklassen für Kinder und Jugendliche

Impfstoffklasse	Herstellungsprozess	Applikation	Zulassung im Alter von
Standarddosis eibasiert (inaktiviert)	eibasiert, Spaltimpfstoff und Untereinheiten-Impfstoff	intramuskuläre Injektion	≥ 6 Monate
Standarddosis zellbasiert (inaktiviert)	Säugerzellkultivierung, Untereinheiten-Impfstoff aus Oberflächenantigenen	intramuskuläre Injektion	≥ 6 Monate
attenuierter Lebendimpfstoff	eibasiert, Virusimpfstoff, lebend-attenuiert	nasale Applikation (Nasenspray)	2 bis 17 Jahre, ggf. Kontraindikationen beachten (siehe Fachinformation)

Influenza-Impfstoffe können den jeweiligen Fachinformationen entnommen werden.²¹

Bestehende Indikationsimpfempfehlung der STIKO für Kinder und Jugendliche

Bereits seit 1993 empfiehlt die STIKO eine saisonale Influenza-Impfung für Kinder und Jugendliche mit bestimmten impfrelevanten Risikofaktoren²² (s. Tab. 2). Primäres Ziel der Impfempfehlung ist die Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe, die zu einer Hospitalisierung, zu Langzeitfolgen oder zum Tod führen können. Sekundäre Impfziele stellen die Verhinderung von Influenza-Infektionen und auch die Übertragung des Erregers dar.

Die Impfung sollte jährlich im Herbst/Winter (einmalig pro Saison) mit einem inaktivierten, ei- oder zellbasierten Influenza-Impfstoff durchgeführt werden, dessen Antigenkombination den aktuellen Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation

(WHO) entspricht. Bei Kindern im Alter von 2 bis 17 Jahren kann ein attenuierter nasaler Influenza-Lebendimpfstoff verwendet werden.

Die STIKO empfiehlt die Influenza-Impfung zudem für Personen, darunter auch Kinder und Jugendliche, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können.⁹

Schlussfolgerung

Seit vielen Jahren besteht eine ausdrückliche Impfempfehlung der STIKO für alle Kinder und Jugendlichen mit bestimmten Grunderkrankungen. Zusätzlich besteht eine Impfempfehlung für alle Kinder und Jugendlichen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können. Mit den genannten Gruppen adressiert die aktuelle STIKO-Empfehlung einen hohen Anteil der Population der

Tab. 2 | Indikationsimpfempfehlung gegen saisonale Influenza für Kinder und Jugendliche, gemäß der Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut, 2026⁹

Indikation	Anmerkungen
Personen im Alter ≥ 6 Monaten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grunderkrankung, wie z. B.: ▶ chronische Erkrankung der Atmungsorgane (inklusive Asthma bronchiale und COPD) ▶ chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankung ▶ Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen ▶ Adipositas (BMI ≥ 30) ▶ chronische neurologische Erkrankungen, z. B. Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben ▶ Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz ▶ HIV-Infektion	Jährliche Impfung im Herbst/Winter (einmalig pro Saison) mit einem inaktivierten Influenza-Impfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination. Kinder im Alter ≤ 9 Jahre, die zum ersten Mal im Leben gegen Influenza geimpft werden, erhalten 2 Influenza-Impfungen im Abstand von 4 Wochen.
Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können. Als Risikopersonen gelten hierbei Personen mit den oben beispielhaft genannten Grunderkrankungen, bei denen es Hinweise auf eine deutlich reduzierte Wirksamkeit der Influenza-Impfung gibt.	Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 17 Jahren können alternativ mit einem attenuierten Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) geimpft werden, sofern keine Kontraindikation besteht (s. Fachinformation). Bei Hindernissen für eine Injektion (z. B. Spritzenphobie, Gerinnungsstörungen) sollte präferenziell LAIV verwendet werden.

Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Bisher empfiehlt die STIKO die Influenza-Impfung allerdings nicht allgemein für alle Kinder und Jugendlichen. Die STIKO bewertet derzeit erneut die Evidenz für eine mögliche Standardimpfempfehlung gegen Influenza für alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von einer Risikokonstellation (s. aktuelle Themensetzung der STIKO²³).

Es ist bereits bekannt, dass die Impfquoten bei Erwachsenen mit Risikofaktoren und bei Personen im Alter von ≥ 60 Jahren mit ca. 30 % zu niedrig sind.^{16,24} Aktuelle Auswertungen des RKI zeigen nun auch, dass lediglich ca. 10 % der Kinder und

Jugendlichen mit einer bestehenden Indikation durch die jährliche Influenza-Impfung geschützt werden.¹⁰ Die Umsetzung der geltenden Empfehlung in dieser Population ist somit mangelhaft. Die STIKO empfiehlt daher eindringlich, der bestehenden Impfempfehlung nachzukommen und Kinder und Jugendliche mit Risikofaktoren durch eine rechtzeitige Impfung zu schützen. Sowohl auf individueller als auch auf Bevölkerungsebene wäre eine höhere Impfquote im Rahmen der aktuell bereits bestehenden Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche geeignet, um einen relevanten Anteil der Krankheitslast durch Influenza zu verhindern.

Literatur

- 1 Paget J, Iuliano AD, Taylor RJ, *et al.*: Estimates of mortality associated with seasonal influenza for the European Union from the GLaMOR project. *Vaccine* 2022;40;9:1361–1369.
- 2 Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, *et al.*: Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *The Lancet* 2018;391;10127:1285–1300.
- 3 Coleman BL, Fadel SA, Fitzpatrick T, *et al.*: Risk factors for serious outcomes associated with influenza illness in high- versus low- and middle-income countries: Systematic literature review and meta-analysis. *Influenza Other Respir Viruses* 2018;12;1:22–29. DOI 10.1111/irv.12504
- 4 Gao Y, Liu M, Uyeki TM, *et al.*: Risk Factors for Hospitalization and Mortality in Patients with Influenza Virus Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *medRxiv* 2025. DOI <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5247981>
- 5 Ünal S, Schnitzler P, Giesen N, *et al.*: Molecular epidemiology and disease severity of influenza virus infection in patients with haematological disorders. *Journal of Medical Virology* 2023;95;6:e28835.
- 6 Mtaweh H, Kaziev CL, Feinstein CA, *et al.*: Acute Respiratory Tract Infections and Severe Disease Among Hospitalized Children. *JAMA Network Open* 2026;9;6:e2617575.
- 7 Wolf RM, Antoon JW: Influenza in Children and Adolescents: Epidemiology, Management, and Prevention. *Pediatr Rev* 2023;44;11:605–617. DOI 10.1542/pir.2023-005962
- 8 Aykac K, Yakin H, Dogan Ickin E, *et al.*: Burden, Risk Factors, and Clinical Outcomes of Pediatric Influenza in a Population with Extremely Low Vaccine Coverage. *Turk Arch Pediatr* 2025;61;3:214–222. DOI 10.5152/TurkArchPediatr.2025.25307
- 9 Ständige Impfkommission (STIKO): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2026. *Epid Bull* 2026;4:1–79. DOI 10.25646/13636.5
- 10 Steffen A, Lottes M, Rieck T, *et al.*: Influenza-Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Grunderkrankungen in Deutschland. *Epid Bull* 2026;38:4–7.
- 11 DESTATIS Statistisches Bundesamt Datenbank GENESIS-Online. Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie). <https://genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23131/table/23131-0002> [Abrufdatum: 19.08.2026]
- 12 Buda S, Tolksdorf K, Schuler E, *et al.*: Establishing an ICD-10 code based SARI-surveillance in Germany – description of the system and first results from five recent influenza seasons. *BMC Public Health* 2017;17;1:612.

- 13 Tolksdorf K, Goerlitz L, Staat D, Gvaladze T, Haas W, Buda S: SARI-Hospitalisierungsinzidenz (Versions 2026-07-30) [Dataset]. Zenodo. 2026. DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.21699188>
- 14 Staat D, Schuler E, Tolksdorf K: Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) in der Saison 2024/25 im stationären Bereich. *Epid Bull* 2025;31:14–23. DOI 10.25646/13338
- 15 Gvaladze T, Buda S, Schuler E, *et al.*: Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) in der Saison 2023/24 im Vergleich mit acht Vorsaisons in Deutschland. *Epid Bull* 2024;41:3–12. DOI 10.25646/12879
- 16 Rieck T, Rau C, Wulkotte E, *et al.*: Impfquotenmonitoring in Deutschland – gegenwärtiger Stand und Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2025;68;4:351–359.
- 17 Carazo S, Guay CA, Skowronski DM, *et al.*: Influenza Hospitalization Burden by Subtype, Age, Comorbidity, and Vaccination Status: 2012–2013 to 2018–2019 Seasons, Quebec, Canada. *Clin Infect Dis* 2024;78;3:765–774. DOI 10.1093/cid/ciad627
- 18 Hauge SH, Bakken IJ, de Blasio BF, *et al.*: Risk conditions in children hospitalized with influenza in Norway, 2017–2019. *BMC Infectious Diseases* 2020;20;1:769.
- 19 Sullivan SG, Price OH, Regan AK: Burden, effectiveness and safety of influenza vaccines in elderly, paediatric and pregnant populations. *Ther Adv Vaccines Immunother* 2019;7:2515135519826481. DOI 10.1177/2515135519826481
- 20 Trombetta CM, Giancchetti E, Montomoli E: Influenza vaccines: Evaluation of the safety profile. *Hum Vaccin Immunother* 2018;14;3:657–670. DOI 10.1080/21645515.2017.1423153
- 21 Rote Liste® Service GmbH. Rote Liste. <https://www.fachinfo.de/>
- 22 Ständige Impfkommission (STIKO): STIKO-Empfehlungen 1993. Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt* 2/94 1994;37(2):85–91. DOI <http://dx.doi.org/10.25646/243>
- 23 Robert Koch-Institut (RKI). Aktuelle Themensetzung der STIKO. Stand: 09.07.2026. <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-Impfkommision/Aktuelle-Themensetzung/aktuelle-themensetzung-node.html>
- 24 Rieck T, Steffen A, Lottes M, *et al.*: Impfquoten in Deutschland. *Epid Bull* 2025;50:3–13. DOI 10.25646/13589.2

Autorinnen und Autoren

Ständige Impfkommission (STIKO)
beim Robert Koch-Institut

Korrespondenz: STIKO-Geschaefsstelle@rki.de

Interessenkonflikt

Frau Dr. Anja Kwetkat: Entgeltliche Beratertätigkeit zur Influenza-Impfung für ältere Erwachsene in einem Advisory Board, Mitglied einer Pharma-gesponserten Experten-Task-Force zur Influenza-Impfung. Sie hat an der abschließenden Beschlussfassung der Stellungnahme nicht teilgenommen.

Alle anderen Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut: Stellungnahme der STIKO zur Bedeutung der Influenza-Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung

Epid Bull 2026;38:8-11 | DOI 10.25646/14444

Danksagung

Wir danken den Kolleginnen des Fachgebiets 36 des Robert Koch-Instituts für ihre Unterstützung bei der Erstellung der Stellungnahme. Zudem danken wir allen beteiligten Personen der Helios Kliniken GmbH für die langjährige Kooperation bei der Datenerhebung für die ICD-10-Code-basierte Krankenhaus-Surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) am RKI (ICOSARI/SARI-Krankenhaus-Sentinel).

Open access



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

Flughafenmalaria bei Beschäftigten und Anwohnenden am internationalen Flughafen Frankfurt am Main, Juli – September 2026

Update: Zwischen Juli und September 2026 wurden nun insgesamt 8 Erkrankungsfälle von Malaria tropica (durch *Plasmodium falciparum*) im Zusammenhang mit dem internationalen Flughafen Frankfurt am Main detektiert. Zwei Erkrankte verstarben.

Betroffen waren zunächst 6 Beschäftigte mit Erkrankungsbeginn Anfang Juli (n=5) und Mitte August (n=1), die im Vorfeldbereich des internationalen Flughafens Frankfurt am Main tätig waren. Zusätzlich erkrankten im September 2 Anwohnende ohne kurz zurückliegende Auslandsaufenthalte an Malaria tropica. Diese wohnen in verschiedenen Haushalten im Stadtteil Frankfurt-Schwanheim.

Es wird davon ausgegangen, dass die Infektionen wahrscheinlich durch mit dem Flugzeug importierte infizierte Anophelesmücken übertragen wurden. Die Anzahl der möglichen Importe, die wahrscheinlichen Herkunftsländer der Parasiten und die Umstände der Verbreitung in Frankfurt am Main werden durch die zuständigen Behörden untersucht.

Normalerweise sind in Deutschland fast ausschließlich Fernreisende von Malaria betroffen, die in einem Gebiet mit Malariaübertragung durch den Stich einer infizierten Mücke infiziert werden.

Seit 2015 sind dem Robert Koch-Institut (RKI) 19 Malariafälle mit wahrscheinlicher Übertragung in Deutschland bekannt geworden: 2 Fälle mit Krankenhausinfektion, 1 Fall von Koffermalaria, 1 konnatale Mutter-Kind-Übertragung, 1 Fall mit unklarem Übertragungsweg und 14 Fälle von möglicher Flughafenmalaria (2 Fälle 2019, 3 Fälle 2022, 1 Fall 2023, 8 Fälle 2026). Die Fälle von Flughafenmalaria stehen alle im Zusammenhang mit dem internationalen Flughafen Frankfurt am Main.

Europaweit werden Fälle von Flughafenmalaria weiterhin selten, in den vergangenen Jahren jedoch zunehmend berichtet. Günstige Temperatur- und Feuchtigkeitsbedingungen im Rahmen des Klimawandels können das Überleben und die Aktivität importierter Anophelesmücken nach ihrer Ankunft begünstigen.

Neben Flughafenbeschäftigten waren z. B. auch bei einem Ausbruch 2020 in Belgien schon Bewohner flughafennaher Gebiete betroffen.¹ Die dortigen Ermittler gingen davon aus, dass eine infektiöse exotische Anophelesmücke überlebt und das 5 km entfernte Haus erreicht haben könnte.

Etwa die Hälfte der berichteten Fälle von Flughafenmalaria in einer Übersichtsarbeit zu Flughafen- und Gepäckmalaria in Europa traten in Ausbrüchen mit 2 bis 6 Fällen pro Cluster auf.²

Eine fehlende Tropenreise (Reiseanamnese) bei Erkrankten kann dazu führen, dass die Diagnose erst verzögert gestellt wird. Eine verspätete Diagnosestellung erhöht das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

Bitte an Ärztinnen und Ärzte: Bei Patientinnen und Patienten mit Fieber, die an einem Flughafen arbeiten, in dessen Nähe wohnen oder sich dort aufgehalten haben, sollte eine seltene Flughafenmalaria insbesondere im Sommer und bei Flugverbindungen (Passagier- und Frachtflüge) in die Tropen differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden. Neben Fieber können weitere Symptome, z. B. gastrointestinale Symptome, auftreten, die ggf. im Vordergrund stehen können. Eine unbehandelte Malaria tropica kann innerhalb kurzer Zeit zum Tode führen, daher muss bei jedem Verdacht auf Malaria schnellstmöglich eine Diagnostik und ggf. Therapie erfolgen.

Weitere Informationen zu Malaria finden sich im [RKI-Ratgeber Malaria](#).

Weitere Informationen zu Flughafenmalaria finden sich in diesen Artikeln:

- 1 Van Bortel W, Van den Poel B, Hermans G *et al.*: Two fatal autochthonous cases of airport malaria, Belgium, 2020. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9027149/>
- 2 Hallmaier-Wacker LK, van Eick MD, Briët O *et al.*: Airport and luggage (Odyssean) malaria in Europe: a systematic review. *Euro Surveill.* 2024;29(41). <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.41.2400237>

- Kessel J, Rosanas-Urgell A, Dingwerth T *et al.*: Investigation of an airport-associated cluster of *falciparum* malaria in Frankfurt, Germany, 2022. *Euro Surveill.* 2024;29(5). <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.5.2300298>

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

Verlängerung der Ausschreibungsfrist von Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboren

Die im [Epidemiologischen Bulletin Ausgabe 31](#) publizierte Ausschreibungsfrist für das Konsiliarlabor (KL) für *Coxiella burnetii*, das KL für Dermatophyten, das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Poliomyelitis und Enteroviren sowie das NRZ für Retroviren wurde bis zum 30.9.2026 verlängert.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Janna Seifried

Tel.: 030 18754-4385

E-Mail: NRZ-KL-Koordination@rki.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

37. Woche 2026 (Datenstand: 16. September 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
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	56	3.400	2.975	62	865	854	21	410	299	44	3.588	5.002	19	1.386	1.869
Bayern	147	5.662	4.867	61	1.263	1.298	17	480	412	53	6.141	7.578	51	2.536	3.546
Berlin	35	1.795	1.608	10	345	257	4	186	201	7	3.490	2.468	4	1.344	1.498
Brandenburg	54	1.486	1.271	5	213	207	6	123	135	13	3.451	2.791	8	1.823	2.224
Bremen	10	323	279	3	39	31	0	38	44	8	495	396	1	295	151
Hamburg	16	917	918	2	120	141	6	132	122	5	1.780	1.386	1	577	759
Hessen	45	2.735	2.450	21	523	576	11	405	387	15	3.270	4.081	26	1.515	1.817
Mecklenburg-Vorpommern	37	1.344	1.010	5	161	157	8	146	201	11	1.949	1.829	3	879	1.337
Niedersachsen	75	3.497	2.958	21	600	559	24	679	655	31	4.331	5.334	8	1.868	3.753
Nordrhein-Westfalen	215	9.960	8.552	46	1.376	1.371	41	936	982	81	9.043	13.757	35	3.634	5.697
Rheinland-Pfalz	50	2.206	2.169	15	450	417	9	256	207	23	2.276	3.666	3	832	1.892
Saarland	11	593	631	1	72	92	1	85	65	4	556	884	1	136	767
Sachsen	98	3.044	2.677	7	385	439	14	252	219	60	4.861	5.603	38	3.024	2.648
Sachsen-Anhalt	54	1.380	1.112	8	263	256	1	128	118	26	2.746	3.058	7	929	2.059
Schleswig-Holstein	32	1.484	1.119	2	162	161	7	235	200	5	2.391	1.768	3	815	782
Thüringen	54	1.579	1.172	12	473	433	7	171	146	22	2.538	2.903	27	1.284	1.824
Deutschland	989	41.405	35.768	281	7.310	7.249	177	4.662	4.393	408	52.906	62.504	235	22.877	32.623

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	0	69	83	17	1.306	1.480	13	657	808	4	324	390	28	21.453	33.311
Bayern	2	90	118	40	1.761	2.368	26	902	1.082	3	376	406	49	31.456	71.897
Berlin	1	30	42	16	589	977	13	350	376	5	225	235	6	7.952	15.428
Brandenburg	1	25	25	6	150	204	4	81	119	0	82	70	9	11.263	18.154
Bremen	0	6	8	1	147	221	4	48	72	0	48	52	1	997	1.191
Hamburg	1	15	25	15	415	856	6	166	186	2	108	155	1	4.603	9.945
Hessen	4	56	68	22	654	895	11	412	413	5	288	323	30	10.967	20.837
Mecklenburg-Vorpommern	1	20	14	1	101	99	1	58	67	2	48	36	3	11.753	13.289
Niedersachsen	6	78	82	16	966	1.316	19	452	515	4	234	204	11	14.873	28.509
Nordrhein-Westfalen	13	140	155	61	2.198	3.091	40	1.095	1.414	8	602	638	48	34.395	64.077
Rheinland-Pfalz	4	26	41	15	546	740	7	246	268	3	136	173	6	9.214	16.846
Saarland	0	11	12	3	123	167	2	95	114	0	22	36	5	1.901	3.212
Sachsen	1	24	34	8	249	273	8	174	170	1	81	115	17	21.870	43.176
Sachsen-Anhalt	0	15	10	5	176	272	4	87	92	2	63	59	13	11.352	26.020
Schleswig-Holstein	1	24	18	9	228	378	7	173	228	0	67	65	3	6.733	10.647
Thüringen	2	21	21	2	106	138	0	59	95	1	70	59	5	10.840	17.794
Deutschland	37	650	756	237	9.715	13.475	165	5.055	6.019	40	2.774	3.016	235	211.622	394.333

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	0	9	19	0	19	14	0	0	0	10	1.119	616	28	2.104	2.397
Bayern	0	6	42	0	18	47	0	0	0	41	3.486	941	29	3.418	4.307
Berlin	0	2	12	0	10	15	0	0	0	6	202	158	7	682	775
Brandenburg	0	1	4	0	2	10	0	0	0	18	243	258	4	372	499
Bremen	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	12	19	2	98	115
Hamburg	0	2	3	0	6	4	0	0	0	3	230	121	7	330	529
Hessen	0	13	19	0	14	18	0	1	1	29	518	309	22	686	687
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	270	146	7	126	184
Niedersachsen	0	14	18	0	15	27	0	1	0	3	264	310	23	1.066	1.000
Nordrhein-Westfalen	0	14	42	1	39	81	0	0	1	24	1.085	739	47	2.993	2.833
Rheinland-Pfalz	0	6	12	0	9	12	0	0	0	8	516	275	17	498	610
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	2	60	120	5	143	95
Sachsen	0	0	11	0	7	15	0	0	0	51	1.052	573	10	1.193	1.444
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	3	2	0	0	0	24	504	532	2	129	152
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	7	8	0	0	0	4	129	115	9	474	402
Thüringen	0	0	1	0	3	3	0	0	0	11	464	452	6	406	297
Deutschland	0	68	189	1	155	259	0	2	2	242	10.154	5.684	225	14.718	16.326

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
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	1	78	69	34	923	906	1	78	76	1	80	77	31	2.990	4.382
Bayern	4	89	76	35	735	859	11	182	197	2	87	98	64	5.106	7.416
Berlin	2	56	51	19	446	546	1	25	34	0	48	45	15	1.463	2.812
Brandenburg	0	12	11	5	208	150	3	75	75	0	17	24	6	1.751	1.866
Bremen	1	2	3	2	39	23	1	9	13	0	6	14	1	128	269
Hamburg	0	16	18	11	276	320	0	26	36	1	33	40	16	557	1.481
Hessen	2	40	54	27	815	880	5	95	72	0	67	78	21	1.883	3.531
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	9	5	108	88	2	36	39	1	15	17	2	1.134	1.391
Niedersachsen	0	40	27	17	603	578	1	111	130	1	88	90	18	2.057	3.426
Nordrhein-Westfalen	1	144	143	54	1.531	1.837	14	332	482	1	238	217	50	5.029	9.910
Rheinland-Pfalz	0	25	15	8	261	350	3	57	76	1	28	28	10	1.574	2.402
Saarland	0	5	8	0	36	50	0	8	20	0	17	6	1	505	718
Sachsen	2	27	10	6	235	234	2	188	247	1	47	46	18	2.734	3.887
Sachsen-Anhalt	2	26	12	8	176	138	2	87	58	2	34	34	7	1.308	2.014
Schleswig-Holstein	0	31	26	4	186	177	1	45	39	1	18	17	10	1.277	1.869
Thüringen	1	6	14	4	120	134	1	38	36	1	36	24	5	1.252	1.192
Deutschland	16	598	546	239	6.698	7.270	48	1.392	1.630	13	859	855	275	30.748	48.566

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

2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

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

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2026		2025
	37.	1.–37.	1.–37.
Adenovirus-Konjunktivitis	6	342	260
Bornavirus-Erkrankung	0	7	3
Botulismus	0	5	5
Brucellose	0	30	40
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion*	1	17	10
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	202	125
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	90	123
Denguefieber	9	487	682
Diphtherie	0	32	38
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	5	511	594
Giardiasis	53	1.787	2.123
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	18	944	1.163
Hantavirus-Erkrankung	5	215	217
Hepatitis D	0	51	55
Hepatitis E	92	4.188	3.931
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	68	118
Kryptosporidiose	45	1.662	1.838
Legionellose	64	1.452	1.552
Lepra	0	1	3
Leptospirose	5	133	129
Listeriose	13	441	457
Malaria	30	731	654
Meningokokken, invasive Infektion	0	167	238
Mpox	22	435	396
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	3	91	84
Ornithose	0	16	16
Paratyphus	0	19	23
Pneumokokken, invasive Infektion	55	6.903	8.100
Q-Fieber	0	59	68
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	23	66.907	65.383
Shigellose	98	2.312	1.958
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	3	142	131
Typhus abdominalis	0	43	60
West-Nil-Fieber**	0	10	10
Yersiniose	35	3.023	2.779
Zikavirus-Erkrankung	0	13	14

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

* nur invasive *Candidozyma-auris*-Infektionen. Seit Juli 2026 sind Infektionen und Kolonisationen gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 6a IfSG meldepflichtig.

Derzeit werden Falldefinition und Software aktualisiert. Es sind noch keine Daten zu Kolonisationen enthalten.

** reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

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