ROBERT KOCH INSTITUT

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

43
2026
22. Oktober 2026

Epidemiologisches Bulletin



Weltpoliotag 2026 | Analyse der elektronischen Krankheitsmeldung über DEMIS

Inhalt

Weltpoliotag 2026 – Stand der weltweiten Polioeradikation ein Jahr nach den Nachweisen von Polio-Wildviren vom Typ 1 im Abwasser in Deutschland 4

Europa gilt seit 2002 als poliofrei – doch Ende 2025 wurden Polio-Wildviren Typ 1 im Abwasser von Hamburg nachgewiesen. Es wurden keine klinischen Fälle gemeldet. Als Reaktion auf die Nachweise folgten umfangreiche Maßnahmen auf lokaler bis nationaler Ebene. Der Weltpoliotag erinnert daran, dass gemeinsame Anstrengungen aller Länder zur Bekämpfung der Poliomyelitis essenziell bleiben, um künftig jeden vor dieser Krankheit zu schützen.

World Polio Day 2026: State of global polio eradication one year after the detection of wild poliovirus type 1 in wastewater in Germany

Europe has been considered polio-free since 2002 – but at the end of 2025, wild poliovirus type 1 was detected in wastewater in Hamburg. No clinical cases have been reported. In response to these findings, extensive measures were implemented at the local and national levels. World Polio Day serves as a reminder that joint efforts by all countries to combat polio remain essential to protecting everyone from the disease.

(Article in German)

Akzeptanz und Datenqualität der elektronischen Krankheitsmeldung über DEMIS in Deutschland 10

Gemäß IfSG müssen bestimmte Infektionskrankheiten dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden. Durch DEMIS werden die Meldungen an die Gesundheitsämter schrittweise digitalisiert. Für die Analyse der Akzeptanz und Datenqualität der Meldungen über DEMIS wurden alle elektronischen Meldungen gemäß § 6 IfSG im Zeitraum vom 14. 9. 2022 bis 3. 7. 2025 einbezogen (n = 494.872). Gemeldet wurden 40 verschiedene Krankheiten, am häufigsten COVID-19 (99 %), gefolgt von *C.-difficile*-Erkrankung (0,3 %) und Tuberkulose (0,2 %). Auswertungen der Meldungen zeigen eine weit verbreitete, jedoch heterogen verteilte Nutzung im Analysezeitraum. Die Datenvollständigkeit lag je nach untersuchter Angabe zwischen 20 und 76 %. Die hohen Meldezahlen während der COVID-19-Pandemie zeigen, dass die initiale Systemeinführung grundsätzlich erfolgreich war und eine flächendeckende Nutzung prinzipiell möglich ist. Strukturelle Barrieren wie fehlende Schnittstellenintegration und Aufwände für die initiale Authentisierung sollten abgebaut werden.

Acceptance and data quality of electronic disease notifications via DEMIS in Germany

Under the IfSG certain infectious diseases must be notified to the responsible local public health authority. DEMIS has been progressively digitalising the process of notifications to the local public health authorities. To analyse the acceptance and data quality of notifications submitted via DEMIS, all electronic notifications under § 6 of the IfSG submitted between 14. 9. 2022 and 3. 7. 2025 were included (n = 494,872). A total of 40 different diseases were notified, most commonly COVID-19 (99 %), followed by *C. difficile* infection (0.3 %) and tuberculosis (0.2 %). Analyses of notifications revealed widespread but geographically heterogeneous use during the study period. Data completeness ranged from 20 % to 76 %, depending on the variable examined. The high number of notifications during the COVID-19 pandemic demonstrates that the initial implementation of the system was generally successful and that nationwide use is feasible in principle. Structural barriers, such as a lack of interface integration and the effort required for initial authentication, should be addressed.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 42. Woche 2026 22

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)

Redaktionsassistenz
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.

ISSN 2569-5266

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Weltpoliotag 2026

Stand der weltweiten Polioeradikation ein Jahr nach den Nachweisen von Polio-Wildviren vom Typ 1 im Abwasser in Deutschland

Der Weltpoliotag wird anlässlich des Geburtstages von Jonas Salk begangen, der 1955 den ersten Impfstoff gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung) entwickelte: die inaktivierte Poliovakzine (IPV). Albert Sabin arbeitete parallel an einem Schluckimpfstoff (orale Poliovakzine, OPV), der abgeschwächte, aber replikationsfähige Polioviren enthält und kurz nach IPV als weiterer Impfstoff eingesetzt wurde. Beide Impfstoffe deckten alle drei Poliovirus-Typen (PV1, PV2 sowie PV3) ab und verhindern zuverlässig die Erkrankung Poliomyelitis, die durch akute schlaffe Lähmungen (AFP) gekennzeichnet ist, die die Extremitäten betreffen können und in seltenen Fällen auch die Atemmuskulatur. Die Mehrzahl der Infektionen mit Polioviren verläuft mild, ggf. mit grippeähnlichen Symptomen. Die hohe Infektiosität führt jedoch zu hohen Infektionszahlen, weshalb – solange noch nicht umfassend geimpft wurde – auch die klinisch relevanten Fälle häufig auftraten. Noch Mitte des 20. Jahrhunderts waren Polio-Ausbrüche weltweit gefürchtet. Auch Deutschland erlebte 1952 einen großen Poliomyelitis-Ausbruch mit 9.500 Polio-Fällen, die Lähmungen hatten, und 745 Todesfällen; vorwiegend waren Kinder betroffen. Anfang der 1960er Jahre wurde die OPV in beiden Teilen Deutschlands eingeführt. Bereits 1966 gab es deutschlandweit nur noch 61 Poliomyelitis-Fälle, mit 6 Todesfällen.

Im Jahr 1988 verabschiedete die 41. Weltgesundheitsversammlung (WHA) eine Resolution mit dem Ziel, Polio-Wildviren (Wild Polio-Virus, WPV) weltweit bis zum Jahr 2000 auszurotten. Dazu wurde noch im selben Jahr die Globale Polioeradikationsinitiative (GPEI) ins Leben gerufen. Zu diesem Zeitpunkt war Polio noch in mehr als 125 Ländern endemisch, mit etwa 350.000 paralytischen Erkrankungen pro Jahr.

Der letzte in Deutschland erworbene (autochthone) Polio-Fall wurde 1990 dokumentiert. Die Impfung reduzierte Polio-Fälle auch weltweit rasant. Europa wurde im Jahr 2002 als poliofrei zertifiziert – wie zuvor schon die WHO-Regionen Amerika (1994) und Westpazifik (2000). Im Jahr 2000 wurden nur noch – bzw. noch immer – 719 Polio-Fälle weltweit dokumentiert – das Ziel der Eradikation bis zum Jahr 2000 wurde verfehlt.

Die Krux mit dem Schluckimpfstoff

Der Schluckimpfstoff, der abgeschwächte Polioviren enthält, kann sehr selten auch eine Impfstoff-assoziierte Poliomyelitis auslösen, eine sogenannte VAPP. Dies passiert etwa einmal je 2,4 Millionen Impfdosen bzw. je 750.000 Erstimpfungen.[1] In Deutschland wurden in den 1990er Jahren bis zu drei VAPP-Fälle jährlich identifiziert. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfahl daher 1998, fortan nur noch den Totimpfstoff IPV einzusetzen, denn bei diesem Impfstoff besteht kein VAPP-Risiko. Allerdings: Insbesondere mit IPV geimpfte Personen können sich dennoch mit Polioviren infizieren, diese unbemerkt ausscheiden und weiterverbreiten.

Mit dem Einzug der Sequenzierung in die Diagnostik konnten Poliovirus-Isolate noch genauer untersucht werden. So wurde festgestellt, dass sich die abgeschwächten Polioviren aus der Schluckimpfung während längerer Zirkulation in einer ungenügend immunisierten Bevölkerung genetisch so stark verändern können, dass sie ihre krankmachenden Eigenschaften wiedererlangen. Diese veränderten Polioviren aus der Schluckimpfung werden impfstoffabgeleitete Polioviren (VDPV) genannt. Eine Infektion mit VDPV führt ähnlich häufig zu einer paralytischen Poliomyelitis wie mit WPV.

Polio-Wildviren vom Typ 2 (WPV2) wurden 2015 für eradiziert erklärt. Gleichzeitig war es die Typ-2-Komponente im trivalenten OPV-Impfstoff, die am häufigsten zu VDPV führte und Polio-Fälle verursachte. Anders als OPV1 und OPV3 trägt OPV2 weniger attenuierende Mutationen und ist daher anfälliger für Rückmutationen. Die Weltgesundheits-

organisation (WHO) beschloss daraufhin, weltweit auf einen bivalenten Lebendimpfstoff umzustellen, der nur noch die OPV1- und OPV3-Komponenten enthält. Zusätzlich sollte eine Dosis IPV verabreicht werden, um weiterhin einen Immunschutz gegen Typ 2 zu vermitteln. Aufgrund eines Mangels an IPV wurde in vielen Staaten allerdings noch längere Zeit der trivalente OPV eingesetzt oder IPV nicht zusätzlich verabreicht. Das führte zu einem Anstieg der Polio-Fälle, die durch VDPV2 verursacht wurden (s. Tab. 1). Um dem entgegenzuwirken, wurde ein neuartiger Lebendimpfstoff entwickelt, der gezielt verändert wurde und genetisch stabiler ist: novel OPV2 (nOPV2).[2] Zunächst war der Einsatz dieses Impfstoffs allerdings auf Ausbrüche mit zirkulierenden VDPV2 (cVDPV2) beschränkt und nur im Rahmen einer Notfallzulassung aus dem Jahr 2020 möglich.[3] Im Dezember 2023 erhielt nOPV2 nach strengen Prüfungen die Präqualifizierung der WHO.[4] Die Wahrscheinlichkeit, dass cVDPV2 im Zusammenhang mit dem neuen Impfstoff auftreten, ist schätzungsweise 80–90 % geringer als bei der Verwendung des herkömmlichen OPV2.[5,6]

Zum aktuellen Stand der weltweiten Polioeradikation

Aufgrund zunehmender internationaler WPV-Übertragungen erklärte die WHO am 5.5.2014 die internationale Verbreitung von Polioviren gemäß den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) für eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite (PHEIC). Alle drei Monate prüft der IGV-Notfallausschuss, ob die Notlage weiterhin besteht; bis heute wurde der Notlage-Status immer wieder verlängert. Mit diesem internationalen Alarm- und Koordinierungsmechanismus kann die WHO zeitlich begrenzte Empfehlungen erlassen, um die internationale Verbreitung von Polioviren einzudämmen, z. B. die Intensivierung von Surveillance-Maßnahmen oder Impfempfehlungen für die Bevölkerung der betroffenen Staaten und Reisende. Es erfolgt eine Risikoeinschätzung jedes Landes, in dem Polioviren nachgewiesen wurden, die mit rechtlich nicht verbindlichen Empfehlungen von temporären Maßnahmen verbunden sind.

WPV3 wurden im Jahr 2019 für eradiziert erklärt. WPV1 sind nur noch in zwei Ländern endemisch: Pakistan und Afghanistan. Im Jahr 2025 wurden in diesen beiden Ländern insgesamt noch 52 Polio-Fälle dokumentiert, im laufenden Jahr 2026 sind es bisher 42 (Stand: 12.10.2026). Polio-Fälle, die durch cVDPV verursacht werden, sind weltweit deutlich häufiger als solche durch WPV1 (s. Tab. 1 und Tab. 2).

Die Destabilisierung von Gesundheitssystemen durch Kriege und Naturkatastrophen, aber auch Angriffe auf Impfteams sorgen für Rückschläge bei der Polioeradikation. Daher wurden die zeitlichen Ziele angepasst: Die jüngste WHO-Strategie sieht die Eradikation von WPV1 bis Ende 2027 und die von cVDPV2 bis Ende 2029 vor.[7]

Nachweise von Polioviren im Abwasser in Deutschland im Jahr 2025

Zur Überwachung der Poliofreiheit werden in Deutschland insbesondere Proben von Patientinnen und Patienten mit polioähnlichen Symptomen wie dem Verdacht auf virale Meningitis/Enzephalitis und AFP der Extremitäten im Rahmen einer syndromischen Enterovirus-Surveillance (EVSurv) untersucht.[8,9] Zudem ist jeder Verdachts-, Krankheits- oder Todesfall durch Poliomyelitis namentlich meldepflichtig gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz

Tab. 1 | Anzahl der Nachweise von zirkulierenden impfstoffabgeleiteten Polioviren (cVDPV) vom Typ 1, 2 oder 3 sowie Polio-Wildviren vom Typ 1 bei Fällen von akuten schlaffen Lähmungen (AFP) zwischen 2016 und 2026; in Klammern steht die Anzahl der betroffenen Länder (Quelle: WHO HQ; Stand: 12.10.2026).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
cVDPV1	3 (1)	0 (0)	27 (2)	12 (4)	35 (4)	17 (2)	192 (5)	134 (3)	11 (2)	3 (3)	32 (4)
cVDPV2	2 (2)	96 (2)	71 (5)	366 (16)	1.082 (24)	671 (22)	687 (20)	396 (23)	448 (20)	228 (16)	142 (10)
cVDPV3	0 (0)	0 (0)	7 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	4 (1)	15 (4)	15 (3)
WPV1	37 (3)	22 (2)	33 (2)	176 (2)	140 (2)	6 (3)	30 (3)	12 (2)	99 (2)	52 (2)	43 (2)

Tab. 2 | Anzahl der Nachweise von zirkulierenden impfstoffabgeleiteten Polioviren (cVDPV) vom Typ 1, 2 oder 3 bei Fällen von akuten schlaffen Lähmungen (AFP) sowie aus Abwasserproben in den Jahren 2025 und 2026 nach Land (alphabetisch); (Quelle WHO HQ, Stand 12.10.2026).

Land	cVDPV-Typ(en)	AFP-Fälle [n]	Abwasser-Nachweise [n]
Algerien	cVDPV1, cVDPV2	1	22
Angola	cVDPV2	20	2
Äthiopien	cVDPV1, cVDPV2	49	0
Australien	cVDPV2	0	1
Benin	cVDPV2	3	4
Burkina Faso	cVDPV2	1	0
Côte d'Ivoire	cVDPV2	0	2
Demokratische Republik Kongo	cVDPV1, cVDPV2	79	2
Deutschland	cVDPV2	0	17
Dschibuti	cVDPV1, cVDPV2	1	27
Guinea	cVDPV3	2	0
Israel	cVDPV2	0	13
Jemen	cVDPV2	31	15
Kamerun	cVDPV2, cVDPV3	1	2
Laos	cVDPV1	4	0
Libyen	cVDPV2	0	2
Madagaskar	cVDPV1	4	3
Malawi	cVDPV2	0	9
Mali	cVDPV2	5	0
Namibia	cVDPV2	0	7
Niger	cVDPV2, cVDPV3	4	0
Nigeria	cVDPV2, cVDPV3	123	26
Palästinensische Gebiete	cVDPV2	0	7
Papua-Neuguinea	cVDPV2	5	64
Polen	cVDPV2	0	1
Senegal	cVDPV2	0	1
Somalia	cVDPV2	8	36
Sudan	cVDPV2	17	9
Südsudan	cVDPV1, cVDPV2	20	4
Tansania	cVDPV2	0	8
Togo	cVDPV2	2	0
Tschad	cVDPV2, cVDPV3	46	25
Vereinigtes Königreich	cVDPV2	0	4
Zentralafrikanische Republik	cVDPV2	7	3

(IfSG) und jeder Labornachweis von Polioviren gemäß §7 IfSG. Zusätzlich ist – wegen der internationalen Meldepflichten – eine Meldung gemäß §12 IfSG nötig. Als Verdachtsfall gilt bereits jede akute, nicht-traumatisch bedingte schlaffe Lähmung einer Extremität.[10]

Mit dem Fortschreiten der Eradikationsinitiative gewinnt die Abwasseruntersuchung auf Polioviren als Ergänzung der syndromischen Surveillance immer mehr an Bedeutung, da bei hohen Impfquoten schwere Verläufe einer Poliovirus-Infektion unwahrscheinlicher werden. Einige Länder nutzen bereits Abwasseruntersuchungen auf Polioviren, um frühzeitig eine Verbreitung oder gar Zirkulation von Polioviren in der Bevölkerung zu erkennen und Public-Health-Maßnahmen vor dem Auftreten von Polio-Fällen zu ergreifen (z. B. Intensivierung der Surveillance, Impfkampagnen). Infizierte Personen zu identifizieren oder die Anzahl an infizierten Personen zu ermitteln, die Polioviren ausscheiden, ist jedoch mit Abwasseruntersuchungen nicht möglich. Die Sequenz der Virusisolate kann aber ggf. Hinweise auf eine genetische Verbindung mit anderen Isolaten aus Abwasser oder infizierten Personen ergeben.

In Deutschland wurde am Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE) im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Forschungsprojekts ein Workflow zur Abwassertestung auf Polioviren etabliert. Seit Ende 2024 wurden an allen zehn Standorten, an denen das Abwasser auf Polioviren getestet wurde, cVDPV2 nachgewiesen;[11] zuletzt in Kalenderwoche (KW) 49/2025 am Standort Hamburg. Genomsequenzierungen am NRZ PE haben ergeben, dass alle detektierten Polioviren zum selben europäischen cVDPV2-Cluster gehören, in das auch die Ende 2024/Anfang 2025 in Abwasserproben aus Spanien, Polen, Finnland und dem Vereinigten Königreich detektierten Viren gehören. Bisher ist noch kein klinischer Fall gemeldet worden. Aufgrund der phylogenetischen Analysen ist ein multipler Import am wahrscheinlichsten, da sich anhand der molekularen Auswertungen keine direkte Verbindung zwischen den an verschiedenen Standorten nachgewiesenen Virusisolaten zeigt.[12]

Im November 2025 wurden zudem WPV1 in Abwasserproben aus Hamburg nachgewiesen, die im Oktober entnommen worden waren (KW 41/2025 und KW 42/2025). Dies waren die ersten Nachweise von WPV1 außerhalb von Afghanistan und Pakistan seit 2022. Die Nachweise waren zwar grundsätzlich kein unerwartetes, aber dennoch ein ungewöhnliches Ereignis. Die Genomsequenzen der Isolate aus Hamburg zeigten die größte genetische Ähnlichkeit mit einem Cluster aus Afghanistan vom August 2025, wie Analysen des NRZ PE in Zusammenarbeit mit der WHO ergaben.[13,14]

Als Reaktion auf die Nachweise folgten umfangreiche Maßnahmen auf lokaler bis nationaler Ebene. So wurde in Hamburg u. a. die Frequenz der Abwasseruntersuchung erhöht und ein freiwilliger Stuhlsurvey initiiert, in dessen Rahmen Personen, die im Herbst 2025 aus Afghanistan nach Deutschland gekommen waren, eine Stuhlprobe abgeben und untersuchen lassen konnten. Auch andere Bundesländer, in denen in der Zwischenzeit einige potenzielle Studienteilnehmende von Hamburg aus angekommen waren, beteiligten sich an der Studie. Das NRZ PE analysierte zusätzlich Enterovirus-positive Stuhlproben aus Hamburg und rief gemeinsam mit der Nationalen Kommission für die Polioeradikation (NCC) über mehrere Fachgesellschaften dazu auf, verstärkt die Enterovirus-Surveillance zu nutzen. In keiner Probe wurden Polioviren nachgewiesen. Das Robert Koch-Institut (RKI) wertete u. a. die Impfquoten in Hamburg detailliert auf Postleitzahlen-Ebene aus, beriet die zuständigen Stellen in Hamburg und stand im Austausch mit nationalen und internationalen Akteuren, darunter mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), WHO und GPEI.

Die Impfquoten in Hamburg waren den deutschlandweiten Impfquoten sehr ähnlich. Die STIKO empfiehlt eine Grundimmunisierung gegen Poliomyelitis mit drei Impfstoffdosen, von denen jeweils eine im Alter von zwei, vier und elf Monaten verabreicht werden soll. Die Grundimmunisierung sollte bis zum ersten Geburtstag abgeschlossen sein. In Deutschland wird die Grundimmunisierung bei den meisten Kindern zwar zeitgerecht begonnen, bei einigen Kindern wird sie jedoch zu spät oder gar nicht abgeschlossen. So hatten vom Geburtsjahrgang 2021 mehr als eine halbe Million Kinder zum ersten Geburtstag noch keinen vollständigen Impfschutz; zum zweiten Geburtstag waren es immer noch mehr als 180.000 Kinder.[15–17]

Was der Nachweis von WPV1 im Abwasser in Hamburg bedeutet

Bis dato gab es keine weiteren WPV1-Nachweise in Deutschland und es wurden auch keine klinischen Fälle gemeldet. Für eine lokale Zirkulation von WPV1 gab es demnach keine Hinweise. Insofern geht das RKI davon aus, dass es sich um einen Import von WPV1 handelte und um ein Ereignis, das als abgeschlossen betrachtet werden kann. Deutschland gilt somit weiterhin als poliofrei.

Deutschland wird seit März 2026 in den Berichten des Polio-Notfallausschusses der WHO als Land aufgeführt, in dem WPV1 nachgewiesen wurde. Dies ging zunächst mit entsprechenden temporären Empfehlungen einher, die jedoch nicht rechtlich bindend sind und nur so lange gelten, bis sechs Monate seit dem letzten Nachweis vergangen sind.[18] Mittlerweile ist ein Jahr seit den WPV1-positiven Abwasserproben in Hamburg vergangen – die temporären Empfehlungen gelten somit für Deutschland seit Mitte April 2026 nicht mehr.

Zudem hat der Polio-Notfallausschuss im August 2026 seine Länderklassifikation angepasst. Seitdem werden für Länder mit und ohne lokale Transmission von WPV1 jeweils unterschiedliche Empfehlungen ausgewiesen.[19]

Für Deutschland bedeutet dies: Da hierzulande keine lokale Transmission von WPV1 nachgewiesen wurde, fallen einige der initialen Empfehlungen weg. Beispielsweise gelten nun die Empfehlungen, wonach Einheimische und Langzeitbesuchende vor internationalen Reisen einen aktuellen Polio-Impfnachweis vorlegen müssen und ansonsten an einer internationalen Reise gehindert werden können, nur noch für Länder mit nachgewiesener lokaler Transmission – und somit nicht für Deutschland. Mit der Unterscheidung wird verdeutlicht, dass vereinzelte Abwassernachweise aufgrund eines Erregerimports in einem sonst poliofreien Land andere Maßnahmen erfordern als kontinuierliche Virus-

nachweise oder klinische Fälle in einem Land, in dem Polio endemisch ist.

Fazit

Die Ziele der weltweiten Polioeradikation sind weiterhin nicht erreicht. Die Nachweise von WPV1 im Abwasser in Deutschland im Jahr 2025 haben gezeigt: Polioviren aus endemischen Ländern können jederzeit in andere Länder eingetragen werden. Um Polioviren in allen Ländern der Welt zu eradizieren, braucht es weiterhin sensitive Surveillance-Systeme, hohe Impfquoten und engagierte Fachkräfte.

Literatur

1 Poliomyelitis prevention in the United States: introduction of a sequential vaccination schedule of inactivated poliovirus vaccine followed by oral poliovirus vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 1997;46;RR-3:1–25.

2 Yeh MT, Bujaki E, Dolan PT, et al.: Engineering the Live-Attenuated Polio Vaccine to Prevent Reversion to Virulence. Cell Host Microbe 2020;27;5:736–751 e8. DOI 10.1016/j.chom.2020.04.003

3 Global Polio Eradication Initiative. Novel Oral Polio Vaccine type 2 (nOPV2) granted EUL recommendation https://polioeradication.org/news/novel-oral-polio-vaccine-type-2-nopv2-granted-interim-emergency-use-listing-recommendation/

4 Global Polio Eradication Initiative. GPEI press release on nOPV2 prequalification, 09/01/2024. https://polioeradication.org/news/gpei-press-release-on-nopv2-prequalification/

5 Bandyopadhyay AS, Cooper LV, Zipursky S: One billion doses and WHO prequalification of nOPV2: Implications for the global polio situation and beyond. PLOS Glob Public Health 2024;4;2:e0002920. DOI 10.1371/journal.pgph.0002920

6 WHO. Statement following the Thirty-seventh Meeting of the IHR Emergency Committee for Polio. https://www.who.int/news/item/22-12-2023-statement-following-the-thirty-seventh-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-for-polio

7 Global Polio Eradication Initiative. Polio eradication strategy 2022-2026: delivering on a promise, extension to 2029. https://polioeradication.org/strategy-extension/

8 Keeren K, Böttcher S, Diedrich S, et al.: Enterovirus Surveillance (EVSurv) in Germany. Microorganisms 2021;9;10:2005.

9 Robert Koch Institute. Nationale-Enterovirus-Surveillance, Stand: 25.11.2024. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Eliminationsprogramme/Kommission-Polioeradikation/Nationale-Enterovirus-Surveillance/nationale-enterovirus-surveillance-node.html

10 Robert Koch-Institut. Poliomyelitis (RKI-Falldefinition), Stand: 01.03.2026. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Meldewesen/Falldefinitionen/Downloads/Polio.html?nn=16777040

11 Robert Koch-Institut: Weitere Polioviren-Nachweise in Abwasserproben. Epid Bull 2025;27:13-14. DOI 10.25646/13271

12 Bottcher S, Kreibich J, Wilton T, et al.: Detection of circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (cVDPV2) in wastewater samples: a wake-up call, Finland, Germany, Poland, Spain, the United Kingdom, 2024. Euro Surveill 2025;30;3. DOI 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.3.2500037

13 Robert Koch-Institut: Polio-Wildviren Typ 1 in Abwasserprobe in Hamburg nachgewiesen. Epid Bull 2025;46:10-12. DOI 10.25646/13559

14 Global Polio Eradication Initiative. Detection of Wild Poliovirus Type 1 (WPV1) in Environmental Sample in Germany, 13/11/2025. https://polioeradication.org/news/detection-of-wild-poliovirus-type-1-wpv1-in-environmental-sample-in-germany/

15 Rieck T, Steffen A, Lottes M, Badenschier F, et al.: Impfquoten in Deutschland. Epid Bull 2025;50:3-13. DOI 10.25646/13589.2

16 Robert Koch-Institut: VacMap – Dashboard zum Impfgeschehen in Deutschland. www.rki.de/vacmap

17 Rieck T, Badenschier F, Rau C: Poliomyelitis-Impfquoten bei Kindern in Deutschland. Epid Bull 2024;50:11-16. DOI 10.25646/12955

18 WHO. Statement of the Forty-fourth Meeting of the Polio IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/04-03-2026-statement-of-the-forty-fourth-meeting-of-the-polio-ihr-emergency-committee

19 WHO. Statement of the Forty-fifth Meeting of the Polio IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/25-08-2026-statement-of-the-forty-fifth-meeting-of-the-polio-ihr-emergency-committee

Autorinnen und Autoren

[a,b] Dr. Kathrin Keeren | [a,d] Dr. Julian Kreibich | [c] Franziska Badenschier | [c] Dr. Cornelius Rau | [a,d] Dr. Sindy Böttcher

[a] Robert Koch-Institut, Abt. 1 Infektionskrankheiten, FG15 Virale Gastroenteritis- und Hepatitiserreger und Enteroviren

[b] Geschäftsstelle Nationale Kommission für die Polioeradikation

[c] Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie, FG 33 Impfprävention, STIKO

[d] Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren

Korrespondenz: polio@rki.de

Interessenkonflikt

Alle Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Keeren K, Kreibich J, Badenschier F, Rau C, Böttcher S: Weltpoliotag 2026 – Stand der weltweiten Polioeradikation ein Jahr nach den Nachweisen von Polio-Wildviren vom Typ 1 im Abwasser in Deutschland

Epid Bull 2026;43:4-9 | DOI 10.25646/14581

Open access

Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Akzeptanz und Datenqualität der elektronischen Krankheitsmeldung über DEMIS in Deutschland

Hintergrund

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) regelt die Meldung bestimmter Infektionskrankheiten in Deutschland. Ziel ist es, zum Schutz der öffentlichen Gesundheit in Deutschland Infektionen frühzeitig zu erkennen, ihre Weiterverbreitung wirksam zu verhindern und somit übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen. Meldepflichtig sind Ärztinnen und Ärzte, Labore, andere Angehörige von Gesundheitsberufen sowie Leitungen bestimmter Einrichtungen (z. B. Kindergärten, Pflegeeinrichtungen). Die Meldung muss dem jeweils zuständigen Gesundheitsamt innerhalb von 24 Stunden vorliegen. Die Informationen werden beim Gesundheitsamt zusammengeführt und, sobald sie die Falldefinitionen erfüllen, an die zuständige Landesbehörde und von dort an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt.

Bereits seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 erfolgen die Eingabe und die Datenübertragung zwischen Gesundheitsämtern, zuständigen Landesbehörden und dem RKI elektronisch durch die vom RKI bereitgestellte Software SurvNet@RKI.[1] Die Meldung durch Meldepflichtige an die Gesundheitsämter erfolgte jedoch papierbasiert. Durch das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) wird der Meldeweg von den meldenden Personen und Einrichtungen an die Gesundheitsämter schrittweise digitalisiert.[2,3]

Durch die elektronische Meldung soll die Datenqualität im Meldewesen verbessert und der Aufwand für Meldepflichtige und Gesundheitsämter reduziert werden. Zur Sicherstellung der Interoperabilität nutzt DEMIS den internationalen Datenstandard im Bereich Gesundheit: *Fast Healthcare Interoperability Resources* (FHIR). DEMIS bietet zwei Zugangswege für die Meldung; 1) die Meldung direkt über die FHIR-Schnittstelle der jeweils verwendeten Laborinformationssysteme (LIS), Krankenhausinformationssysteme (KIS) bzw. Praxisverwaltungssysteme (PVS) sowie 2) ein Online-Meldeportal (DEMIS-Meldeportal) (s. Abb. 1). Die technischen Spezifikationen für die Umsetzung der Schnittstellen zu DEMIS sind via Simplifier.net z. B. für Erregernachweise und Krankheitsmeldungen abrufbar.

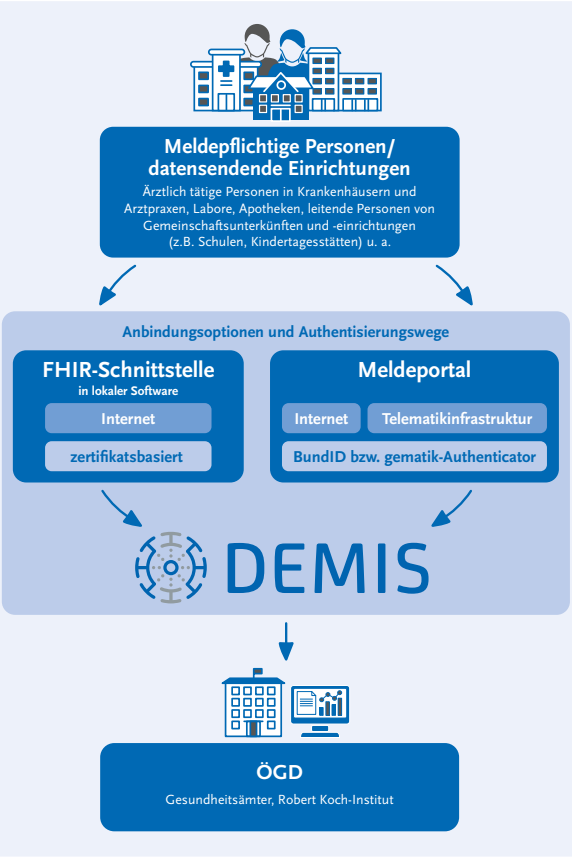


Abb. 1 | Meldewege via DEMIS von den meldenden Stellen (meldepflichtige Personen/datensendende Einrichtungen) an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD); Gesundheitsämter und Robert Koch-Institut (RKI)

FHIR = Fast Healthcare Interoperability Resources; DEMIS = Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz

Die elektronische Meldung über DEMIS wurde erstmals im Juni 2020 für Labore ermöglicht, um Erregernachweise zu melden (§ 7 Abs. 1 IfSG) und anschließend in drei Ausbaustufen auf Krankheitsmeldungen (§ 6 Abs. 1 IfSG) ausgeweitet:[4]

- Ausbaustufe I – ab 14. September 2022: Meldung von COVID-19 gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG über FHIR-Schnittstelle und DEMIS-Meldeportal
- Ausbaustufe II – ab 27. März 2024: Meldung aller Krankheiten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1, 1a und Abs. 2 IfSG über die FHIR-Schnittstelle
- Ausbaustufe III – ab 4. Juli 2024: Meldung aller Krankheiten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1, 1a und Abs. 2 IfSG über das DEMIS-Meldeportal

Die Evaluation von Surveillance-Systemen ist essenziell, um sicherzustellen, dass diese die Entscheidungsfindung und Ressourcenallokation im Bereich der öffentlichen Gesundheit wirksam unterstützen. Zur Evaluation von Surveillance-Systemen stehen zwei international anerkannte Empfehlungen zur Verfügung: die Leitlinien der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).[5,6]

In den vergangenen Jahren wurden bereits Evaluationen des Meldesystems gemäß IfSG in Deutschland durchgeführt, z. B. zur Zeitnähe[7] oder zum positiven Vorhersagewert[8]. Gezielt zu DEMIS wurde bislang nur die Datenqualität von Erregernachweismeldungen von Laboren (gemäß § 7 Abs. 1 IfSG) nach Einführung der elektronischen Meldung evaluiert.[9] Die Einführung der elektronischen Meldung gemäß § 6 Abs. 1 IfSG wurde von Qualitätskontrollen begleitet, aber bisher nicht systematisch evaluiert. Diese Evaluation zielt darauf ab, die Akzeptanz und Datenqualität der elektronischen Krankheitsmeldung über DEMIS zu bewerten. Die Auswertung der Akzeptanz soll Einblicke in die bisherige Nutzung der elektronischen Meldeinfrastruktur durch Meldepflichtige ermöglichen. Die Datenqualität ist entscheidend für die Aussagekraft epidemiologischer Analysen und die Erkennung von Defiziten kann notwendige Verbesserungspotenziale aufzeigen. Zusammen liefern diese Merkmale wesentliche Erkenntnisse darüber, ob DEMIS unter Routinebedingungen wie beabsichtigt funktioniert.

Methoden

Ziele

Ziel dieser Analyse war die Auswertung der Akzeptanz und Datenqualität der elektronischen Krankheitsmeldung über DEMIS. Zunächst erfolgte eine deskriptive Charakterisierung der im Analysezeitraum erfolgten Meldungen hinsichtlich ihrer wesentlichen Merkmale, um einen Überblick über Umfang und Zusammensetzung der Datengrundlage zu geben.

Die Akzeptanz wurde anhand der geografischen Abdeckung meldender Einrichtungen ausgewertet, um die bundesweite Nutzung darzustellen und regionale Lücken zu identifizieren. Die Datenqualität wurde anhand der Vollständigkeit der Angaben in der Meldung evaluiert, wobei ausgewählte Variablen sowohl im Gesamtdatensatz als auch im Zeitverlauf analysiert wurden.

Da die elektronische Krankheitsmeldung in der ersten Ausbaustufe zunächst für die Meldung von COVID-19 gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG eingeführt wurde und erst in den folgenden Ausbaustufen für andere Krankheiten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1, 1a und Abs. 2 IfSG (im Folgenden als „andere meldepflichtige Krankheiten“ definiert), wurde jeweils eine Stratifizierung nach Art der Krankheit (COVID-19 vs. andere meldepflichtige Krankheiten) vorgenommen.

Datenerhebung und -analyse

Datenbasis

Für die Analyse wurden alle elektronischen Meldungen gemäß § 6 IfSG (COVID-19 und andere meldepflichtige Krankheiten) einbezogen. Der Analysezeitraum wurde auf den 14. September 2022 bis zum 3. Juli 2025 eingegrenzt; d. h. vom Beginn der elektronischen Krankheitsmeldung über DEMIS (COVID-19) bis ein Jahr nach der Umsetzung von Ausbaustufe III am 4. Juli 2024. Die Analyseeinheit für diese Auswertung ist die einzelne Meldung, wie sie über DEMIS gemeldet wurde. Vor der Analyse wurde der Datensatz systematisch aufbereitet und systematischen Plausibilitätsprüfungen unterzogen.

Analyse

Wesentliche Merkmale des Datensatzes

Es wurden die Verteilung der Variablen Meldetatbestand, Art der meldenden Einrichtung, Meldeweg und Region ausgewertet und zusammenfassende Statistiken (Häufigkeiten, Mittelwerte mit Standardabweichungen [SD] und Mediane mit Interquartilsabständen [IQR]) erstellt.

Bewertung der Akzeptanz

Die Bewertung der Akzeptanz wurde über die tatsächliche Nutzung des Systems durch die meldepflichtigen Personen und Einrichtungen operationalisiert. Als Akzeptanzindikator diente, ob im Analysezeitraum mindestens eine Meldung über DEMIS abgesetzt wurde. Fokus der Bewertung war dabei die Nutzung durch die Meldenden. Die Meldungen wurden nach dem Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt zusammengefasst, in dem die Meldung auftrat bzw. sich die meldende Einrichtung befand. Diese Aggregationsebene wurde gewählt, da nicht jede Einrichtung im Analysezeitraum zwangsläufig Fälle beobachtet, die einen Meldetatbestand erfüllen und das Ausbleiben einer Meldung auf Einrichtungsebene somit nicht zwingend auf fehlende Akzeptanz, sondern auf das Fehlen meldepflichtiger Krankheiten zurückzuführen sein könnte.

Zur Bewertung der Akzeptanz wurde eine Karte der Landkreise und kreisfreien Städte, in denen von Meldepflichtigen im Analysezeitraum elektronische Krankheitsmeldungen über DEMIS übermittelt wurden, erstellt. Zur Datenvisualisierung wurde das R-Paket rkiviz genutzt. Es beinhaltet unter anderem Geodaten (Polygone) der Verwaltungsbezirke für Deutschland, die den Meldedaten zugeordnet wurden. Zudem wurde eine Stratifizierung nach Krankheit (COVID-19 vs. andere meldepflichtige Krankheiten) und Art der Datenübermittlung (Schnittstelle vs. DEMIS-Meldeportal) vorgenommen.

Neben der binären Auswertung (mindestens eine Meldung vs. keine Meldung) wurde die Häufigkeit der Meldungen anhand einer kontinuierlichen Intensitätsskala dargestellt, wobei eine zunehmende Farbintensität eine höhere Häufigkeit elektronischer Meldungen in den Regionen widerspiegelt.

Bewertung der Datenqualität

Folgende Variablen wurden ausgewählt:

1) Allgemeine Angaben: Informationen zu Symptomen, Angaben zum Tod
2) Krankheitsabhängige Angaben (Restriktion auf die drei am häufigsten über DEMIS gemeldeten Krankheiten):
   a) COVID-19: Immunisierungsstatus
   b) *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform (weiter als „*C.-difficile*-Erkrankung“ bezeichnet): Labormethode, Verlaufsform
   c) Tuberkulose: Diagnoseanlass, Manifestationsort, Geburtsland (bei Kindern unter 15 Jahren: Geburtsland der Eltern), Nationalität

Die Auswahl erfolgte unter Berücksichtigung der erwarteten Vollständigkeit und Aussagekraft für die Bewertung von Verdachtsfallmeldungen. Unter den allgemeinen Angaben wurden jeweils die Parameter ausgewählt, die für möglichst alle Meldungen unabhängig vom Meldetatbestand beantwortbar sein sollten. Diese Parameter wurden als am wenigsten anfällig für systematische Verzerrungen durch unvollständige Erhebung der meldepflichtigen Personen/datensendenden Einrichtungen eingeschätzt. In Bezug auf „krankheitsabhängige Angaben“ (II) wurde die Parameterauswahl mit den zuständigen Expertinnen und Experten am RKI abgestimmt.

Die Datenqualität wurde über die Datenvollständigkeit der oben definierten Parameter operationalisiert. Die Datenvollständigkeit wurde als Anteil der nicht fehlenden Angaben innerhalb der einzelnen elektronischen Meldungen gemessen. Dazu wurden Angaben in der Standardeinstellung „nicht erhoben“ als unvollständig ausgewertet, wohingegen jegliche andere Dateneingabe, unabhängig von der Plausibilität, als vollständig erachtet wurde. Um zu untersuchen, ob sich die Datenvollständigkeit der ausgewählten Parameter im Zeitverlauf seit Einführung der elektronischen Meldung verändert hat, wurde das Vorliegen eines monotonen Trends (auf- oder absteigend) mittels Mann-Kendall-Test geprüft.

Zudem wurde für die Auswertung der Datenvollständigkeit der allgemeinen Informationen (Symptome und Todesangabe) eine Stratifizierung nach Art der Krankheit (COVID-19 vs. andere melde-

pflichtige Krankheiten), Art der meldenden Einrichtung (Krankenhaus vs. andere medizinische Einrichtung), Meldeweg (Schnittstelle vs. DEMIS-Meldeportal) und Region (Bundesland) verwendet, um Lücken und Abweichungen zu identifizieren.

Statistische Auswertung

Alle Schritte der Datenverarbeitung, -analyse und -visualisierung wurden mit *R 4.4.1* in der integrierten Entwicklungsumgebung *RStudio* durchgeführt.

Ergebnisse

Übersicht der elektronischen Krankheitsmeldungen (09/2022 – 07/2025)

Im Analysezeitraum zwischen dem 14. September 2022 und 3. Juli 2025 wurden insgesamt 494.872 elektronische Meldungen über DEMIS abgesetzt. Diese Meldungen wurden an insgesamt 376 unterschiedliche Gesundheitsämter übermittelt; damit hat jedes Gesundheitsamt in Deutschland bereits mindestens eine Meldung gemäß § 6 IfSG über DEMIS erhalten. Die Gesamtzahl der Meldenden lässt sich für den gesamten Analysezeitraum nicht verlässlich erheben. Dies ist erst ab dem 6. Juni 2024 möglich; zwischen dem 6. Juni 2024 und dem 3. Juli 2025 übermittelten insgesamt 1.119 Meldende mindestens eine Krankheitsmeldung über DEMIS. Der zeitliche Verlauf zeigte eine mediane wöchentliche Anzahl von 1.457 Meldungen (IQR: 4.367). Es wurden 40 unterschiedliche Krankheiten über DEMIS gemeldet; am häufigsten COVID-19 (99 %), gefolgt von *C.-difficile*-Erkrankung (0,3 %) und Tuberkulose (0,2 %). Nach Einrichtungsart entfiel der größte Anteil der Meldungen auf Krankenhäuser

Tab. 1 | Übersicht der elektronischen Krankheitsmeldungen gemäß § 6 Abs. 1 IfSG (14.9.2022 – 3.7.2025)

Parameter	Charakteristika	Gesamtzahl	Anteil (%)	Wöchentliche Anzahl	
				Mittelwert (SD)	Median (IQR)
Gesamt		494.872	100	3.299 (3.708)	1.457 (4.367)
Krankheit	COVID-19	490.276	99	3.269 (3.726)	1.443 (4.416)
	C.-difficile-Erkrankung[a]	1.346	0,3	24 (13)	24 (19)
	Tuberkulose[a]	830	0,2	15 (9)	15 (14)
	Weitere[a]	2.420	0,5	43 (24)	44 (38)
Einrichtungsart	andere medizinische Einrichtung	2.827	0,6	52 (45)	38 (57)
	Krankenhaus	492.045	99,4	3.280 (3.713)	1.442 (4.358)
Übermittlungsweg	Meldeportal	416.082	84,1	2.774 (3.460)	1.077 (4.085)
	Schnittstelle	78.569	15,9	524 (703)	279 (531)
	unbekannt	221	0,0	3,4 (2,7)	3,0 (3,0)
Bundesland	Baden-Württemberg	46.226	9,3	308 (436)	104 (421)
	Bayern	82.652	16,7	551 (657)	232 (884)
	Berlin	28.125	5,7	188 (209)	89 (259)
	Brandenburg	18.419	3,7	123 (155)	43 (159)
	Bremen	3.811	0,8	27 (34)	11 (38)
	Hamburg	10.619	2,1	71 (89)	41 (73)
	Hessen	39.540	8,0	264 (277)	135 (375)
	Mecklenburg-Vorpommern	10.148	2,1	73 (92)	28 (89)
	Niedersachsen	39.065	7,9	260 (294)	142 (352)
	Nordrhein-Westfalen	89.971	18,2	600 (656)	364 (743)
	Rheinland-Pfalz	34.003	6,9	227 (330)	112 (275)
	Saarland	5.897	1,2	42 (66)	15 (49)
	Sachsen	34.611	7,0	231 (272)	103 (344)
	Sachsen-Anhalt	18.052	3,6	120 (143)	58 (182)
	Schleswig-Holstein	16.925	3,4	114 (123)	73 (146)
	Thüringen	16.787	3,4	113 (134)	50 (162)
	unbekannt	21	0,0	1,9 (1,5)	1,0 (1,0)

a Analysezeitraum 27. März 2024 – 3. Juli 2025

SD = Standardabweichung; IQR = Interquartilsabstand; IfSG = Infektionsschutzgesetz

(99 %). Der häufigste Meldeweg war das DEMIS-Meldeportal (84 %). Die Meldehäufigkeit in den einzelnen Bundesländern verhielt sich kongruent zur Einwohnerzahl, mit der höchsten Anzahl an Meldungen aus Nordrhein-Westfalen (18 %) und Bayern (17 %) sowie der niedrigsten Anzahl aus dem Saarland (1,2 %) und Bremen (0,8 %). Weitere Details sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Bewertung der Akzeptanz

Die Auswertungen der Meldungen nach Landkreisen und kreisfreien Städten zeigen eine weit verbreitete Nutzung im Analysezeitraum (s. Abb. 2). Keine elektronische Krankheitsmeldung über DEMIS wurde aus sechs Landkreisen bzw. kreisfreien Städten abgesetzt, diese waren: Kreis Lippe, Landkreis Freyung-Grafenau, Landkreis Lüchow-Dannenberg, Landkreis Peine, Landkreis Rhein-Pfalz-Kreis und kreisfreie Stadt Gera. In allen ande-

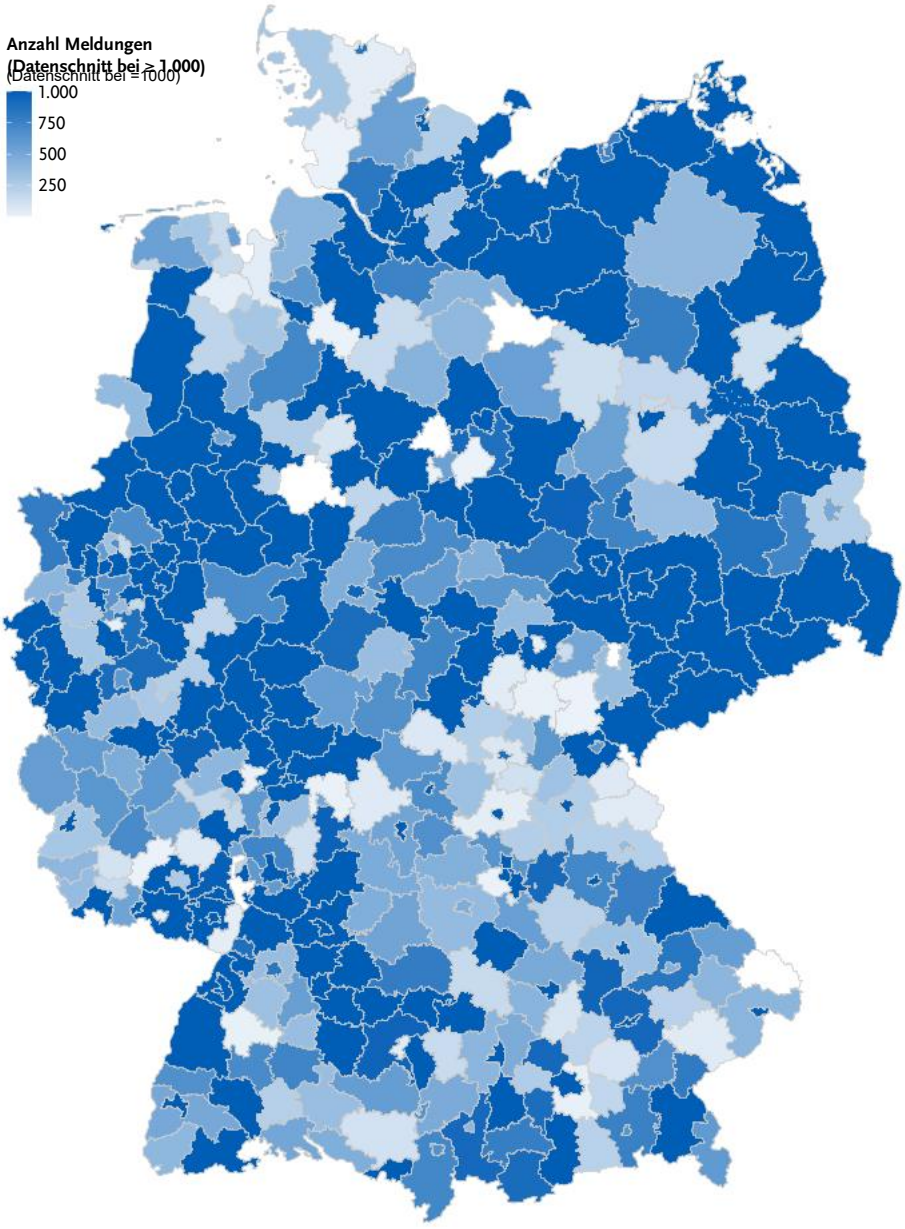


Abb. 2 | Landkreise und kreisfreie Städte in Deutschland nach Anzahl der über DEMIS gemeldeten elektronischen Meldungen gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG); COVID-19 und andere meldepflichtige Krankheiten (14.9.2022 – 3.7.2025)

ren Landkreisen und kreisfreien Städten hatte mindestens eine meldende Person/Einrichtung eine elektronische Meldung über DEMIS getätigt. Die meisten Meldungen wurden in kreisfreien Städten beobachtet. Die Anzahl von Meldungen aus ländlichen Gebieten war im Vergleich zumeist deutlich geringer (s. Abb. 2).

Eine stratifizierte Betrachtung der Meldungen nach Meldetatbestand zeigt, dass elektronische Meldungen über DEMIS bislang überwiegend für COVID-19 erfolgten, während für andere meldepflichtige Krankheiten nur eine geringe Anzahl an elektronischen Meldungen erfolgte (s. Abb. 3).

Zur Meldung von anderen meldepflichtigen Krankheiten außer COVID-19 wurde vorwiegend das DEMIS-Meldeportal genutzt.

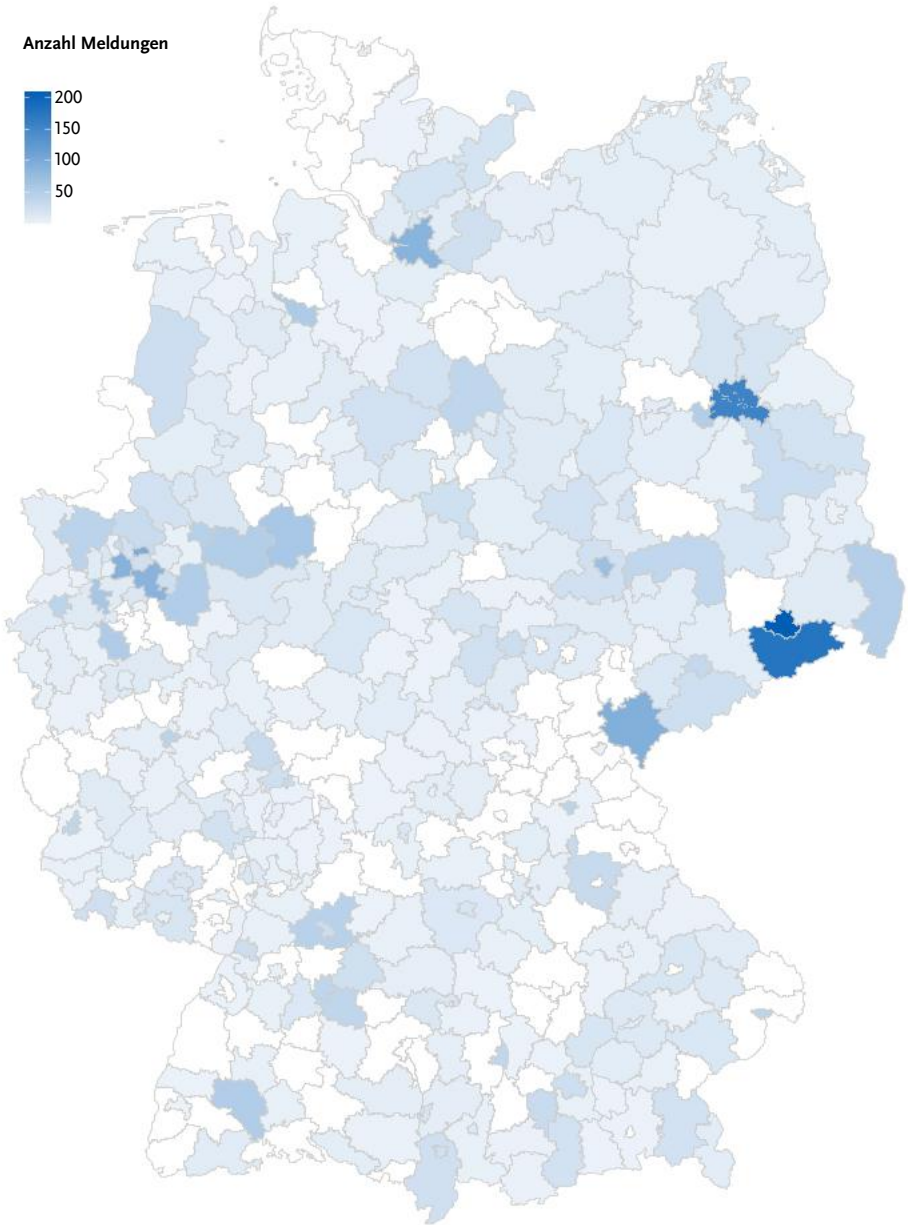


Abb. 3 | Landkreise und kreisfreie Städte in Deutschland nach Anzahl elektronischer Meldungen gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG); andere meldepflichtige Krankheiten, ohne COVID-19 (27.3.2024 – 3.7.2025)

Auswertung der Datenqualität

Allgemeine Angaben

Die Vollständigkeit der Meldedaten unterschied sich zwischen den beiden untersuchten Parametern, Symptome und Todesangabe. Angaben zu Symptomen waren bei 56 % der Meldungen (275.540/494.872) dokumentiert, die Todesangabe bei 76 % (376.325/494.872). Systematische Unterschiede in der Vollständigkeit wurden für alle untersuchten Variablen (Krankheit, Einrichtungsart, Meldeweg, Bundesland) festgestellt. COVID-19-Meldungen machten 99 % aller elektronischen Meldungen aus. In Bezug auf die Einrichtungsart unterschied sich die Vollständigkeit der Symptome in den COVID-19-Meldungen nicht relevant (Krankenhaus: 57 % vs. andere medizinische Einrichtungen: 56 %); unter den anderen meldepflichtigen Krankheiten war die Symptomangabe bei Krankenhäusern (39 %) seltener als bei anderen medizinischen Einrichtungen (59 %). Bei allen anderen untersuchten Faktoren unterschied sich der Trend in der Vollständigkeit zwischen den COVID-19-Meldungen und Meldungen zu anderen meldepflichtigen Krankheiten nicht; über die Schnittstelle übermittelte Meldungen waren vollständiger als über das Meldeportal gemeldete. Unterschiede in der Vollständigkeit nach Bundesland folgten keinem eindeutigen Trend. Die Details zur Gesamtanalyse sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Krankheitsabhängige Angaben

Die interne Vollständigkeit krankheitsabhängiger Informationen variierte sowohl zwischen als auch

Tab. 2 | Vollständigkeit der Symptome und der Todesangabe der elektronischen Meldungen gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) (14.9.2022–3.7.2025) nach Krankheit, Einrichtung, Meldeweg und Bundesland

Parameter	Anzahl Meldungen	Symptome		Todesangabe	
		Gesamtzahl	Anteil (%)	Gesamtzahl	Anteil (%)
Krankheit					
COVID-19	490.276	273.701	56	372.446	76
C.-difficile-Erkrankung	1.346	n. z.	n. z.	1.151	86
Tuberkulose	830	n. z.	n. z.	745	90
Weitere	2.420	1.839	76	1.983	82
Einrichtungsart					
andere medizinische Einrichtung	2.827	1.603	57	1.824	65
Krankenhaus	492.045	273.937	56	374.501	76
Meldeweg					
DEMIS-Meldeportal	416.082	224.624	54	298.078	72
Schnittstelle	78.569	50.792	65	78.162	99
Bundesland					
Baden-Württemberg	46.226	24.717	53	31.501	68
Bayern	82.652	43.552	53	68.703	83
Berlin	28.125	8.424	30	18.264	65
Brandenburg	18.419	11.315	61	14.421	78
Bremen	3.811	1.427	37	2.443	64
Hamburg	10.619	5.089	48	7.091	67
Hessen	39.540	20.927	53	32.250	82
Mecklenburg-Vorpommern	10.148	6.971	69	8.095	80
Niedersachsen	39.065	19.047	49	24.773	63
Nordrhein-Westfalen	89.971	51.907	58	70.709	79
Rheinland-Pfalz	34.003	19.428	57	26.489	78
Saarland	5.897	3.750	64	4.793	81
Sachsen	34.611	24.194	70	26.166	76
Sachsen-Anhalt	18.052	13.367	74	14.994	83
Schleswig-Holstein	16.925	10.500	62	13.721	81
Thüringen	16.787	13.916	83	11.895	71

n. z. = nicht zutreffend

innerhalb der Krankheiten. Für COVID-19 war der Immunisierungsstatus in 32 % der elektronischen Meldungen dokumentiert (157.183/490.276). Bei *C.-difficile*-Erkrankungen lagen Angaben zur Verlaufsform in 64 % (866/1.349) und zur Labormethode in 66 % (887/1.349) der elektronischen Meldungen vor. Für Tuberkulose betrug die Vollständigkeit des Diagnoseanlasses 49 % (405/829) und des Manifestationsorts 48 % (398/829); Angaben zur Nationalität waren in 62 % (513/829) der elektronischen Meldungen vorhanden. Das Geburtsland war in 42 % der elektronischen Meldungen angegeben (330/785; beschränkt auf ≥15-Jährige). Bei unter 15-Jährigen, für die stattdessen das Geburtsland der Eltern (Mutter oder Vater) erfasst wird, lag die Vollständigkeit dieser Angabe bei 20 % (9/44).

Zeitliche Entwicklung der Datenvollständigkeit

Die Vollständigkeit aller untersuchten Angaben veränderte sich im Analysezeitraum signifikant (s. Tab. 3). Für Symptome und Todesangabe schwankte die Vollständigkeit im Zeitverlauf, zeigte jedoch insgesamt einen positiven Trend.

Auch für die krankheitsabhängigen Informationen waren Schwankungen in der Vollständigkeit im Zeitverlauf zu beobachten. Diese variierten sowohl zwischen als auch innerhalb der Krankheiten, die Trendrichtung war innerhalb der Krankheiten jedoch robust. Für die Angabe des Immunisierungsstatus der COVID-19-Meldungen zeigte sich ein stark abfallender Trend (s. Abb. 4). Auch die Angaben zur Verlaufsform und zur Labormethode von *C.-difficile*-Meldungen waren von einem negativen Trend geprägt. Hingegen zeigte sich für alle untersuchten Parameter der Tuberkulose-Meldungen ein positiver Trend in der Vollständigkeit (s. Tab. 3).

Diskussion

Die vorliegende Analyse untersuchte die Akzeptanz und Datenqualität der elektronischen Meldungen gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1, 1a und Abs. 2 IfSG für den Zeitraum vom 14.9.2022 – 3.7.2025. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung von DEMIS während der Pandemie für die COVID-19-Meldungen flächendeckend gelang und aus nahezu allen Verwaltungsbezirken elektronische Meldungen abgesandt wurden; für andere meldepflichtige Krankheiten zeigte sich dies im weiteren Verlauf nicht, sondern mit deutlichen regionalen Lücken. Die Datenvollständigkeit variierte erheblich zwischen den untersuch-

Tab. 3 | Zeitliche Entwicklung der Vollständigkeit ausgewählter Parameter der elektronisch über DEMIS gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) gemeldeten Krankheitsmeldungen (14.9.2022 – 3.7.2025)

Parameter	Anzahl Meldungen	Gesamt-Vollständigkeit[a] (%)	Median wöchentlich[b] (IQR) (%)	Min – Max wöchentlich[b] (%)	Veränderung[c] (%-Punkte/Jahr)	Kendall's Tau	Trend[d]
Allgemeine Informationen							
Symptome	494.872	56	61 (54 – 64)	29 – 79	+2	0,18	↗
Todesangabe	494.872	76	77 (75 – 82)	70 – 94	+3	0,42	↗
COVID-19							
Immunisierungsstatus	490.276	32	20 (15 – 34)	7 – 59	–14	-0,77	↘
***C.-difficile*-Erkrankung**							
Verlaufsform	1.349	64	66 (58 – 75)	29 – 100	–16	-0,20	↘
Labormethode	1.349	66	68 (55 – 78)	43 – 100	–19	-0,20	↘
Tuberkulose							
Diagnoseanlass	829	49	50 (38 – 57)	0 – 100	+19	0,20	↗
Manifestationsort	829	48	46 (36 – 55)	0 – 75	+26	0,27	↗
Geburtsland[e]	829	40	39 (24 – 47)	0 – 75	+26	0,24	↗
Nationalität	829	62	64 (35 – 71)	0 – 100	+38	0,32	↗

a Vollständigkeit über den gesamten Berichtszeitraum
b Wöchentliche Vollständigkeit: Anteil Meldungen mit berichteter Angabe je Kalenderwoche.
c mediane Änderung in Prozentpunkten pro Jahr.
d Trend: ↗/↘ = signifikant steigender/fallender monotoner Trend (Mann-Kendall, $p < 0{,}05$).
e Aufgrund der geringen Anzahl elektronischer Meldungen zu <15-Jährigen (n=44), wurde diese Analyse ausschließlich für Meldungen zu ≥15-Jährigen durchgeführt.

IQR = Interquartilsabstand; DEMIS = Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz

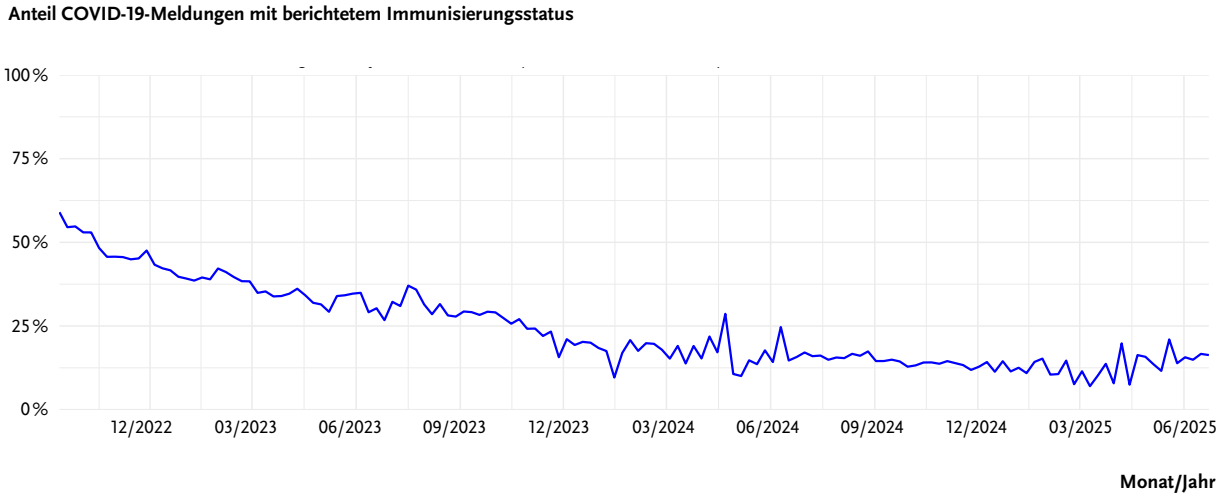


Abb. 4 | Anteil der elektronischen Meldungen von COVID-19 gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) mit berichtetem Immunisierungsstatus je Kalenderwoche (14.9.2022–3.7.2025)

ten Angaben sowie nach Meldeweg, Einrichtungsart und Bundesland, wies jedoch für die Angabe von Symptomen und Tod einen positiven zeitlichen Trend auf.

Akzeptanz und geografische Abdeckung

Bundesweit konnte gezeigt werden, dass elektronisch über DEMIS gemeldet wurde, jedoch war die Häufigkeit der Nutzung elektronischer Meldungen heterogen verteilt. Die hohen Meldezahlen während der COVID-19-Pandemie belegen, dass die initiale Systemeinführung grundsätzlich erfolgreich war und eine flächendeckende Nutzung prinzipiell möglich ist. Andere meldepflichtige Krankheiten konnten ab April 2024 über DEMIS gemeldet werden. Hierfür mussten jedoch bei den Meldepflichtigen erst die neuen Schnittstellen implementiert oder eine Authentifizierung über das Meldeportal vorgenommen werden; die geringe Anzahl elektronischer Meldungen bis Juli 2025 war daher erwartbar. Meldungen stammten überwiegend aus Krankenhäusern. Andere Meldepflichtige, z. B. Arztpraxen, melden trotz bestehender elektronischer Meldepflicht (§ 14 Abs. 8 IfSG) bisher kaum elektronisch. Dies deutet darauf hin, dass die elektronische Meldung außerhalb des Krankenhauskontexts noch nicht routinemäßig etabliert ist.

Als strukturelle Barrieren der Systemnutzung sind zwei Aspekte hervorzuheben. Die Schnittstellenanbindung ist kostenintensiv, insbesondere für kleinere Einrichtungen. Eine flächendeckende Integration in bestehende KIS und PVS konnte bislang nicht erreicht werden. Dafür steht die kostenfreie Nutzung des DEMIS-Meldeportals zur Verfügung. Dies setzt jedoch entsprechende Authentifizierung innerhalb der Telematikinfrastruktur oder im Internet über die bundID voraus. Wenngleich während der Pandemie eine breite Nutzung des DEMIS-Meldeportals etabliert wurde und entsprechende Zugänge in vielen Krankenhäusern bestehen dürften, stellt der Authentifizierungsprozess möglicherweise eine Hürde für Einrichtungen, insbesondere Arztpraxen, dar, die bislang nicht elektronisch gemeldet haben. Auf die Möglichkeit zur elektronischen Meldung wurden Arztpraxen u. a. über Informationsschreiben, u. a. verteilt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), informiert. Es ist dennoch davon auszugehen, dass die Meldepflichten sowie spezifisch die Pflicht zur elektronischen Meldung nicht ausreichend bekannt sind. Selbst wenn die Meldepflichten bekannt sind, kann zudem von mangelnder Compliance ausgegangen werden.

Zur Interpretation der Akzeptanz der elektronischen Krankheitsmeldung über DEMIS sind methodische Grenzen zu berücksichtigen. Die gewählte Operationalisierung der Auswertung auf der Ebene der Kreise stellt eine grobe Aggregation dar. In jedem Landkreis bzw. in jeder kreisfreien Stadt wäre im Analysezeitraum eine Mehrzahl meldepflichtiger Ereignisse zu erwarten. Die geringe oder teils ganz

fehlende Anzahl elektronischer Meldungen ist entsprechend als starker Hinweis auf tatsächliche Akzeptanzlücken zu sehen. Dennoch konnte in der vorliegenden Analyse nicht zwischen fehlender Nutzung von DEMIS und dem tatsächlichen Ausbleiben meldepflichtiger Krankheiten auf Einrichtungsebene unterschieden werden. Ein systematischer Abgleich mit der Gesamtzahl aller Fälle ist methodisch komplex. Zum einen können zu einem Fall häufig mehrere Meldetatbestände gemäß § 6 Abs. 1 IfSG (Krankheitsmeldung/ärztliche Meldepflicht), § 7 Abs. 1 IfSG (Erregernachweis/Labormeldepflicht) oder § 34 IfSG (Benachrichtigungspflicht von Gemeinschaftseinrichtungen) parallel vorliegen und entsprechend mehrfach gemeldet werden. Diese Meldungen werden durch die Gesundheitsämter zu einem Fall zusammengeführt und entsprechend an das RKI übermittelt. Eine Bewertung der Vollzähligkeit der DEMIS-Meldungen an der Gesamtzahl der IfSG-Meldungen war nicht Gegenstand dieser Analyse.

Vollständigkeit der Meldungen

Die Datenvollständigkeit war mit 20–76 % je nach untersuchter Angabe insgesamt unzureichend und variierte erheblich zwischen den untersuchten Angaben. Unterschiede nach Einrichtungsart und Meldeweg deuten darauf hin, dass strukturelle Faktoren, wie z. B. die technische Umsetzung der Schnittstelle in KIS und lokale Arbeitsvorgänge die Datenqualität wesentlich beeinflussen könnten. Die Ergebnisse zeigen, dass Meldungen über das DEMIS-Meldeportal, die eine manuelle Dateneingabe über mehrere Seiten erfordern, geringere Vollständigkeit aufwiesen als Meldungen über die Schnittstellen. Dies deckt sich mit Evaluationen aus den USA, die zeigen, dass vollständig in KIS integrierte elektronische Meldeprozesse mit höherer Datenqualität assoziiert sind.[10,11]

In Bezug auf die untersuchten krankheitsabhängigen Informationen war in der Analyse besonders der rückläufige Trend in der Vollständigkeit des Immunisierungsstatus bei COVID-19-Meldungen auffällig. Trotz initial breiter Dokumentation hat die Vollständigkeit dieses epidemiologisch zentralen Parameters im Zeitverlauf abgenommen. Dies geht u. a. mit einer generell in Deutschland nach der Pandemie beobachteten rückläufigen Berichterstattung von COVID-19-Ereignissen und einer daraus folgenden Untererfassung einher.[12]

In Hinblick auf die beobachtete Vollständigkeit der Meldungen ist zu berücksichtigen, dass die gewählte Analyseeinheit alle Datensätze umfasste, ohne zwischen Erst- und Folgemeldungen zu unterscheiden. Folgemeldungen enthalten typischerweise zusätzliche Falldetails. Da in DEMIS jedoch keine Daten gespeichert, sondern lediglich weitergeleitet werden, können zuvor gemachte Eingaben auf Seite der Meldenden hier nicht erneut abgerufen werden. Unter Berücksichtigung dieser Limitation können Folgemeldungen daher sowohl die gemessene Vollständigkeit verringern, sofern lediglich nachträglich erhaltene Informationen nachgereicht werden, oder die Vollständigkeit sukzessive verbessern, sofern der gesamte Meldedatensatz erneut gemeldet wird.

Für die hier vorliegende Analyse wurde zur Auswertung der Datenqualität die Vollständigkeit herangezogen. Andere Dimensionen der Datenqualität, wie die Vollzähligkeit und Validität (Korrektheit der Angaben), waren nicht Gegenstand dieser Analyse.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die elektronische Krankheitsmeldung über DEMIS in der COVID-19-Pandemie bereits eine grundsätzlich breite Anwendung gefunden hat. Meldungen anderer meldepflichtiger Infektionskrankheiten sind erst seit April 2024 möglich. Hier sollten weitere Meldepflichtige informiert und angebunden werden. Strukturelle Barrieren, wie z. B. fehlende Schnittstellenintegration und Aufwände für die Authentisierung und Authentifizierung sollten abgebaut werden.

Literatur

1 Faensen D, Claus H, Benzler J, *et al.*: SurvNet@RKI – a multistate electronic reporting system for communicable diseases. Euro Surveill 2006;11;4:7–8. DOI 10.2807/esm.11.04.00614-en

2 Diercke M, Claus H, Rexroth U, *et al.*: Adaptation of the routine surveillance system for infectious diseases in 2020 in the context of the COVID-19 pandemic. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2021;64;4:388–394. DOI 10.1007/s00103-021-03298-w

3 Suwono B, Rode O, Birghan K, *et al.*: Digitalization of the Mandatory Notifications System for Infectious Diseases in Germany: Implementation of DEMIS (the German Electronic Reporting and Information System). JMIR Med Inform 2026;14:e89400. DOI 10.2196/89400

4 Robert Koch-Institut. DEMIS – Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Meldewesen/DEMIS/DEMIS_inhalt.html [Abrufdatum: 12.10.2026].

5 CDC: Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems: Recommendations from the Guidelines Working Group ; MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control. 2001 http://stacks.cdc.gov/view/cdc/7555/

6 ECDC: Data quality monitoring and surveillance system evaluation – A handbook of methods and applications. 2014. DOI 10.2900/35329

7 Schumacher J, Diercke M, Salmon M, *et al.*: Timeliness in the German surveillance system for infectious diseases: Amendment of the infection protection act in 2013 decreased local reporting time to 1 day. PLoS One 2017;12;10:e0187037. DOI 10.1371/journal.pone.0187037

8 Blümel B, Diercke M, Sagebiel D, *et al.*: Positive predictive value of the German notification system for infectious diseases: Surveillance data from eight local health departments, Berlin, 2012. PLoS One 2019;14;2:e0212908. DOI 10.1371/journal.pone.0212908

9 Röbl K, Oedi P, Suwono B, *et al.*: Analyse der Datenqualität nach Einführung der elektronischen Labormeldung über DEMIS. Epid Bull 2024;23:3-12 | DOI 10.25646/12104

10 Overhage JM, Grannis S, McDonald CJ: A comparison of the completeness and timeliness of automated electronic laboratory reporting and spontaneous reporting of notifiable conditions. Am J Public Health 2008;98;2:344–50. DOI 10.2105/ajph.2006.092700

11 Dixon BE, Zhang Z, Arno JN, *et al.*: Improving Notifiable Disease Case Reporting Through Electronic Information Exchange-Facilitated Decision Support: A Controlled Before-and-After Trial. Public Health Rep 2020;135;3:401–410. DOI 10.1177/0033354920914318

12 Loenenbach A, Lehfeld AS, Puetz P, *et al.*: Participatory, Virologic, and Wastewater Surveillance Data to Assess Underestimation of COVID-19 Incidence, Germany, 2020-2024. Emerg Infect Dis 2024;30;9:1939–1943. DOI 10.3201/eid3009.240640

Autorinnen und Autoren

[a,b,c)] Dr. Vanessa Piechotta | [a)] Kim Heinser | [a)] Doreen Krause | [a)] Michaela Diercke | [a)] Dr. Alexander Ullrich | [a)] Dr. Beneditta Suwono

[a)] Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

[b)] Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE), Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

[c)] European Programme for Intervention Epidemiology Training, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Schweden

Korrespondenz: DEMIS@rki.de

Datenschutz

Das deutsche Meldesystem für Krankheiten unterliegt strengen Datenschutz- und Vertraulichkeitsvorschriften gemäß den nationalen Gesetzen, einschließlich des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und sektorspezifischer Rechtsvorschriften wie dem IfSG. Diese Rahmenbedingungen gewährleisten, dass personenbezogene Daten, die für Zwecke der öffentlichen Gesundheit erhoben werden, sicher gehandhabt, rechtmäßig verarbeitet und ausschließlich zur Eindämmung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten und zur Einleitung von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit verwendet werden.

Meldepflichtige Krankheiten (§ 6 Abs. 1 IfSG) werden über DEMIS namentlich an die zuständige lokale Gesundheitsbehörde unter Verwendung einer Ende-zu-Ende-Verschlüsselung gemeldet. Pseudonymisierte

Daten werden an die Landes- und nationale Gesundheitsbehörden übertragen, wobei sichere Datenübertragungsprotokolle eingehalten werden.

Für die aktuelle Bewertung des Surveillance-Systems wurden ausschließlich pseudonymisierte Daten verwendet, die auf der Ebene der nationalen Gesundheitsbehörde abgerufen werden.

Interessenkonflikt

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

Vanessa Piechotta ist Fellow der deutschen Postgraduiertenausbildung in angewandter Epidemiologie (PAE), die mit dem ECDC-Fellowship-Programm verbunden ist. Die hier geäußerten Ansichten und Meinungen geben nicht die des ECDC wieder. Das ECDC ist nicht für die Zusammenstellung und Analyse von Daten und Informationen verantwortlich und kann nicht für daraus abgeleitete Schlussfolgerungen oder Meinungen haftbar gemacht werden.

Verwendung von Künstlicher Intelligenz

Teile dieses Manuskripts wurden mithilfe des KI-basierten Sprachmodells Claude (Anthropic, San Francisco, CA, USA; Modell: Claude Sonnet 4.6) sprachlich überarbeitet und optimiert. Die inhaltliche Verantwortung für alle Aussagen, Analysen und Schlussfolgerungen liegt ausschließlich bei den Autorinnen und Autoren. Die Nutzung des Sprachmodells beschränkte sich auf die sprachliche Ausformulierung und Textoptimierung; sämtliche wissenschaftlichen Inhalte, Interpretationen und Wertungen wurden von den Autorinnen und Autoren eigenständig erarbeitet.

Danksagungen

Wir danken der DEMIS-Geschäftsstelle am RKI für die technische Beratung zum Projektvorhaben sowie den technischen Partnern des DEMIS-Teams am RKI (MF2 – Fachdaten Kompetenzzentrum, IT4-Softwarearchitektur und -entwicklung, IT5 – Business Analysis und IT-Produktmanagement), der gematik (Nationale Agentur für Digitale Medizin) und dem Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme (FOKUS).

Zudem gilt unser besonderer Dank den beteiligten Kolleginnen und Kollegen der Abteilung für Infektionsepidemiologie für ihre fachliche Einordnung der Ergebnisse im Rahmen gemeinsamer Diskussionen sowie die enge Zusammenarbeit, die wesentlich zum Gelingen dieses Projekts beigetragen haben.

Außerdem danken wir herzlich Ariane Halm, die als wissenschaftliche Koordinatorin die PAE von Vanessa Piechotta betreut hat und stets ihr wertvolles Feedback in die einzelnen Projektschritte und das Manuskript eingebracht hat.

Vorgeschlagene Zitierweise

Piechotta V, Heinser K, Krause D, Diercke M, Ullrich A, Suwono B: Akzeptanz und Datenqualität der elektronischen Krankheitsmeldung über DEMIS in Deutschland

Epid Bull 2026;43:10-21 | DOI 10.25646/14573

Open access

Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

42. Woche 2026 (Datenstand: 21. Oktober 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
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	64	3.984	3.496	25	1.188	1.094	20	511	368	27	3.805	5.217	8	1.506	1.983
Bayern	101	6.633	5.762	44	1.677	1.591	12	559	483	52	6.464	7.931	30	2.708	3.723
Berlin	21	2.092	1.928	6	402	303	4	235	251	7	3.605	2.664	3	1.370	1.519
Brandenburg	41	1.723	1.495	11	278	245	3	153	169	14	3.539	2.933	6	1.855	2.275
Bremen	8	378	321	3	48	42	2	47	58	2	510	406	0	299	156
Hamburg	2	1.057	1.076	0	143	171	3	154	148	12	1.850	1.493	1	594	785
Hessen	48	3.171	2.835	14	644	710	11	483	459	15	3.433	4.292	5	1.582	1.867
Mecklenburg-Vorpommern	28	1.507	1.221	2	192	205	1	180	267	16	2.021	1.911	3	892	1.395
Niedersachsen	54	4.005	3.401	15	703	662	15	807	791	37	4.520	5.565	7	1.932	3.827
Nordrhein-Westfalen	166	11.434	9.732	54	1.706	1.632	31	1.144	1.207	106	9.590	14.418	32	3.833	5.910
Rheinland-Pfalz	28	2.536	2.491	18	562	478	7	294	263	13	2.364	3.825	10	873	1.939
Saarland	8	689	745	3	89	111	2	99	78	2	600	908	0	143	777
Sachsen	72	3.502	3.049	13	468	516	3	280	258	52	5.158	5.817	10	3.126	2.789
Sachsen-Anhalt	30	1.574	1.284	6	304	300	2	145	139	29	2.902	3.249	17	982	2.137
Schleswig-Holstein	19	1.719	1.302	5	202	191	7	285	262	13	2.462	1.866	6	846	836
Thüringen	36	1.818	1.365	12	531	504	5	204	170	11	2.655	3.052	9	1.360	1.905
Deutschland	**726**	**47.822**	**41.503**	**231**	**9.137**	**8.755**	**128**	**5.580**	**5.371**	**408**	**55.478**	**65.547**	**147**	**23.901**	**33.823**

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	4	88	97	44	1.488	1.661	19	742	897	7	362	438	49	21.712	33.491
Bayern	4	110	150	40	1.978	2.637	27	1.015	1.205	5	421	465	169	32.065	72.323
Berlin	0	36	48	19	655	1.061	9	396	423	8	258	263	32	8.029	15.520
Brandenburg	0	27	30	3	175	230	3	92	131	2	91	90	11	11.311	18.214
Bremen	1	9	8	1	155	238	3	58	77	1	49	56	4	1.005	1.196
Hamburg	0	18	33	8	467	931	6	183	206	1	121	175	20	4.676	10.023
Hessen	1	63	76	19	740	980	8	456	462	1	328	361	29	11.108	20.921
Mecklenburg-Vorpommern	0	20	16	0	113	111	3	63	75	0	51	45	30	11.810	13.351
Niedersachsen	1	88	89	21	1.081	1.492	12	528	589	9	266	238	19	14.968	28.592
Nordrhein-Westfalen	22	250	196	52	2.500	3.441	19	1.236	1.569	7	659	710	65	34.716	64.337
Rheinland-Pfalz	0	29	64	11	622	801	5	272	302	5	154	190	18	9.286	16.895
Saarland	1	13	14	4	141	185	2	103	122	0	23	40	2	1.915	3.222
Sachsen	0	27	35	7	277	303	2	192	192	2	97	131	39	22.042	43.298
Sachsen-Anhalt	1	17	12	7	199	299	4	94	106	0	69	64	19	11.447	26.094
Schleswig-Holstein	0	26	22	5	256	414	7	191	249	2	75	75	13	6.781	10.687
Thüringen	0	23	21	6	125	158	0	70	109	1	79	63	30	10.923	17.844
Deutschland	**35**	**844**	**911**	**247**	**10.972**	**14.942**	**129**	**5.691**	**6.714**	**51**	**3.103**	**3.404**	**549**	**213.794**	**396.008**

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	0	12	28	0	19	15	0	0	1	9	1.200	697	46	2.294	2.608
Bayern	0	6	42	0	21	52	0	0	0	76	3.867	1.023	72	3.695	4.573
Berlin	0	1	12	0	10	17	0	0	0	9	284	164	9	732	827
Brandenburg	0	1	4	0	2	10	0	0	0	20	362	270	9	412	532
Bremen	0	1	1	0	0	2	0	0	0	1	13	19	1	112	124
Hamburg	0	2	3	0	8	5	0	0	0	3	280	133	6	376	555
Hessen	0	13	19	0	16	20	0	1	1	21	680	330	8	760	775
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12	337	167	1	149	208
Niedersachsen	0	16	18	1	19	29	0	1	0	3	303	328	13	1.181	1.105
Nordrhein-Westfalen	0	15	42	2	47	85	0	0	1	55	1.262	805	47	3.225	3.128
Rheinland-Pfalz	0	6	14	0	9	14	0	0	0	9	563	299	6	541	674
Saarland	0	0	1	0	3	1	0	0	0	1	64	132	1	153	109
Sachsen	0	0	11	1	10	15	0	0	0	50	1.362	687	19	1.270	1.537
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	4	2	0	0	0	61	689	559	2	140	189
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	8	9	0	0	0	2	157	129	4	511	431
Thüringen	0	0	1	0	3	3	0	0	0	33	657	494	7	431	326
Deutschland	**0**	**73**	**200**	**4**	**179**	**279**	**0**	**2**	**3**	**365**	**12.080**	**6.236**	**251**	**15.982**	**17.701**

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

	Acinetobacter[1]			Enterobacterales[1]			*Clostridioides difficile*[2]			MRSA[3]			COVID-19[4]		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	4	89	81	24	1.069	1.067	1	84	86	3	95	80	135	3.340	7.044
Bayern	3	103	85	31	869	976	5	214	220	0	99	106	237	5.818	12.600
Berlin	1	62	59	13	527	614	0	33	41	1	53	51	42	1.608	4.104
Brandenburg	2	14	13	13	249	170	4	82	87	0	20	27	33	1.838	2.889
Bremen	0	2	3	0	44	26	0	10	14	1	8	14	4	138	405
Hamburg	1	20	22	9	333	369	0	31	36	0	38	42	19	649	2.084
Hessen	0	45	63	20	914	995	3	108	77	2	75	94	68	2.164	5.133
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	9	4	130	99	1	39	48	2	22	19	15	1.196	1.948
Niedersachsen	0	47	37	14	689	654	4	144	141	0	97	99	32	2.178	4.742
Nordrhein-Westfalen	3	166	164	53	1.777	2.071	12	378	547	8	269	247	193	5.732	14.740
Rheinland-Pfalz	1	27	21	9	295	393	0	62	85	0	33	34	33	1.703	3.629
Saarland	0	7	9	1	42	53	0	8	24	0	17	9	4	531	1.075
Sachsen	2	33	12	2	264	265	3	207	281	0	53	59	47	2.894	5.458
Sachsen-Anhalt	2	32	17	9	210	167	0	98	69	1	42	39	25	1.382	2.774
Schleswig-Holstein	1	40	31	4	212	211	0	53	46	0	24	19	20	1.353	2.636
Thüringen	0	7	15	6	142	150	0	41	41	0	40	25	11	1.312	1.696
Deutschland	**20**	**696**	**641**	**212**	**7.766**	**8.280**	**33**	**1.592**	**1.843**	**18**	**985**	**964**	**918**	**33.836**	**72.957**

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
	42.	1.–42.	1.–42.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	373	289
Bornavirus-Erkrankung	0	7	4
Botulismus	0	8	7
Brucellose	0	34	45
Candidozyma auris, invasive Infektion	0	18	13
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	205	140
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	90	140
Denguefieber	4	567	755
Diphtherie	1	42	42
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	6	571	644
Giardiasis	37	2.127	2.475
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	23	1.036	1.269
Hantavirus-Erkrankung	4	252	240
Hepatitis D	0	51	64
Hepatitis E	76	4.773	4.396
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	77	155
Kryptosporidiose	38	2.007	2.207
Legionellose	63	1.808	1.890
Lepra	0	1	3
Leptospirose	0	154	152
Listeriose	12	482	507
Malaria	12	829	770
Meningokokken, invasive Infektion	3	179	257
Mpox	21	567	443
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	1	123	103
Ornithose	0	16	18
Paratyphus	0	35	44
Pneumokokken, invasive Infektion	164	7.547	8.736
Q-Fieber	2	103	73
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	38	67.039	65.648
Shigellose	88	2.837	2.497
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	156	158
Typhus abdominalis	1	68	74
West-Nil-Fieber*	0	16	12
Yersiniose	36	3.335	3.100
Zikavirus-Erkrankung	0	13	15

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

* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

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