

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

12
2024

21. März 2024

Epidemiologisches Bulletin

**Gruppe-A-Streptokokken –
Deutschland 2023 – 2024**

Inhalt

Epidemiologie der Gruppe-A-Streptokokken – Deutschland 2023 – 2024

3

Infektionen durch bakterielle Erreger wie Gruppe-A-Streptokokken (*Streptococcus pyogenes*) traten während der COVID-19-Pandemie aufgrund verstärkter Infektionsschutzmaßnahmen deutlich seltener auf. Nach einem ungewöhnlichen Anstieg von Infektionen durch Gruppe-A-Streptokokken in Deutschland in der Wintersaison 2022/2023 wurde auch im 4. Quartal 2023 ein erneuter Anstieg von Gruppe-A-Streptokokken verzeichnet, sowohl bei nicht-invasiven als auch bei invasiven Nachweisen. Dieser Anstieg überstieg die vorpandemischen und die Vorjahreswerte, lag jedoch für die nicht-invasiven Werte Anfang 2024 wieder unter dem Vorjahresniveau, während die invasiven Nachweise weiterhin erhöht sind. Im Beitrag wird die Analyse der Erregernachweise aus der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) des RKI vorgestellt und diskutiert.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 11. Woche 2024

10

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedorf
(Ltd. Redakteurin)
Dr. med. Maren Winkler
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistenz

Nadja Harendt

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.

Epidemiologie der Gruppe-A-Streptokokken – Deutschland 2023 – 2024

Überblick

- ▶ In der Wintersaison 2022/2023 überstiegen Nachweise von Gruppe-A-Streptokokken deutlich vorpandemische saisonale Höchstwerte, mit Spitzenwerten im 1. Quartal 2023.
- ▶ Im Sommer 2023 kam es nur zu einem leichten Rückgang der Nachweise, mit weiterhin mehr Nachweisen als vor der Pandemie.
- ▶ Im 4. Quartal 2023 war ein erneuter Anstieg sogar knapp über dem Vorjahresniveau zu beobachten.
- ▶ Anfang 2024 lagen die Nachweise nicht-invasiver Gruppe-A-Streptokokken wieder unter dem Vorjahresniveau und in vergleichbarer Höhe wie in vorpandemischen Jahren.

Hintergrund

Atemwegsinfektionen durch bakterielle Erreger wie Gruppe-A-Streptokokken (*Streptococcus pyogenes*) traten während der Coronavirus Disease 2019- (COVID-19-)Pandemie aufgrund verstärkter Infektionsschutzmaßnahmen deutlich seltener auf.¹ In der Wintersaison (WS) 2022/2023 wurde in Deutschland ein starker Anstieg von Infektionen durch Gruppe-A-Streptokokken verzeichnet, der die saisonalen Höchstwerte im vorpandemischen Vergleichszeitraum deutlich überschritt.² In Deutschland und anderen europäischen Ländern kam es zudem zu einer ungewöhnlichen Häufung von invasiven Infektionen durch Gruppe-A-Streptokokken, insbesondere bei Kindern < 5 Jahren und Erwachsenen > 75 Jahren.^{3,4}

Am Robert Koch-Institut (RKI) wurde seitdem eine kontinuierliche Surveillance von Gruppe-A-Streptokokken etabliert. Gruppe-A-Streptokokken-Infektionen sind in Deutschland gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) nicht bundesweit meldepflichtig, eine Meldepflicht für Scharlach besteht nur in den Bundesländern Thüringen und Sachsen-Anhalt. Für die Surveillance von Gruppe-A-Streptokokken-Infektionen in Deutschland wurden daher Daten zu Erre-

gernachweisen (Isolaten) aus der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) des RKI analysiert.⁵ Im Folgenden wird die Dynamik der Gruppe-A-Streptokokken-Nachweise in der WS 2023/2024 zusammengefasst, als Ergänzung zu den umfassenden Analysen zur WS 2022/2023.²

Methoden

Die Analyse umfasste die Datenauswertung zu Erreger nachweisen (Isolaten) von Gruppe-A-Streptokokken in ARS für den Zeitraum der Kalenderwochen (KW) 1/2017–9/2024 (Datenstand 12.3.2024). ARS basiert auf der freiwilligen Teilnahme von Laboren, die Ergebnisse zur Erregeridentifizierung und Resistenztestung aus der mikrobiologischen Routinediagnostik an das RKI übermitteln.⁵ Die in ARS erfassten Daten decken etwa ein Drittel der ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen in Deutschland ab. Eingeschlossen wurden nur Daten von Einrichtungen, die kontinuierlich seit 2017 Proben zur Diagnostik an die teilnehmenden Labore übermittelt haben. Es wurde pro Person, pro Quartal (Q) und pro Materialgruppe (z. B. Abstrich, Blut, Liquor) je ein Isolat in die Analyse eingeschlossen.

Isolate aus Abstrichen (primär aus den oberen Atemwegen und Ohren) wurden als Nachweise von nicht-invasiven Gruppe-A-Streptokokken definiert und Isolate aus Blutkulturen und sterilen Punktaten (z. B. Liquor) als Nachweise von invasiven Gruppe-A-Streptokokken.

Es erfolgte eine deskriptive Auswertung der Nachweise von invasiven und nicht-invasiven Gruppe-A-Streptokokken, wobei die Daten nach Jahr, Q und KW aufgeschlüsselt wurden. Die Daten wurden zusätzlich nach Geschlecht und Alter stratifiziert. Dabei wurde die Anzahl der Nachweise altersstandardisiert pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen (EW) entsprechend der Abdeckung in ARS in Bezug auf die Bevölkerung und Versorgungseinrichtung (stationär oder ambulant) hochgerechnet.

Zur Beurteilung der WS 2022/2023 und 2023/2024 wurden jeweils die Nachweise in KW 36 – KW 22 mit den Nachweisen der WS 2017/2018 bis 2019/2020 in KW 36 – KW 22 verglichen, während die WS 2020/2021 und 2021/2022 aufgrund niedriger Fallzahlen infolge der COVID-19-Pandemie von diesem Vergleich ausgeschlossen wurden. Die Analyse wurde mithilfe von Excel Office Professional Plus 2019 durchgeführt.

Ergebnisse

In der WS 2022/2023 kam es zu einem deutlichen Anstieg von Nachweisen von nicht-invasiven Gruppe-A-Streptokokken. Diese lagen über den vorpandemischen saisonalen Höchstwerten im Vergleichszeitraum und erreichten ihren Höhepunkt in Q1/2023. Die Nachweise gingen in Q2 und Q3/2023 zwar zurück und erreichten wie in den Jahren vor der Pandemie in Q3 den saisonalen Tiefstwert, blieben jedoch insgesamt auf erhöhtem Niveau im Vergleich zu Werten in vorpandemischen Jahren (Abb. 1).

In der WS 2023/2024 wurde in Q4/2023 wieder ein Anstieg der Nachweise von nicht-invasiven Gruppe-A-Streptokokken beobachtet, die leicht über

der Anzahl von Q4/2022 lagen (2023: $n=3.448$ vs. 2022: $n=3.243$) und Werte im vorpandemischen Vergleichszeitraum überstiegen (Abb. 1).

In den Wochen um die Weihnachtsfeiertage (KW 52/2023 – KW 1/2024) kam es zu einem kurzzeitigen Rückgang der Nachweise. Seit KW 1/2024 zeigte sich wieder ein Anstieg, der unter dem Vorjahresniveau und etwa auf dem Niveau von vorpandemischen Jahren lag (Abb. 2).

Auch für Nachweise von invasiven Gruppe-A-Streptokokken zeigte sich in der WS 2023/2024 ein ähnlicher Verlauf wie in der vergangenen Saison. Seit Q4/2022 wurden anhaltend deutlich mehr Nachweise von invasiven Gruppe-A-Streptokokken verzeichnet als während und vor der Pandemie. Nach einem Rückgang in Q3/2023 stiegen die Nachweise von invasiven Gruppe-A-Streptokokken in Q4/2023 wieder leicht an und lagen knapp über dem Vorjahresniveau (2023: $n=524$ vs. 2022: $n=458$; Abb. 3). Auch im Jahr 2024 lagen die Nachweise invasiver Infektionen deutlich über den Werten der vorpandemischen Jahre und etwa auf dem Vorjahresniveau (Abb. 4)

Anzahl Isolate nicht-invasiver Gruppe-A-Streptokokken

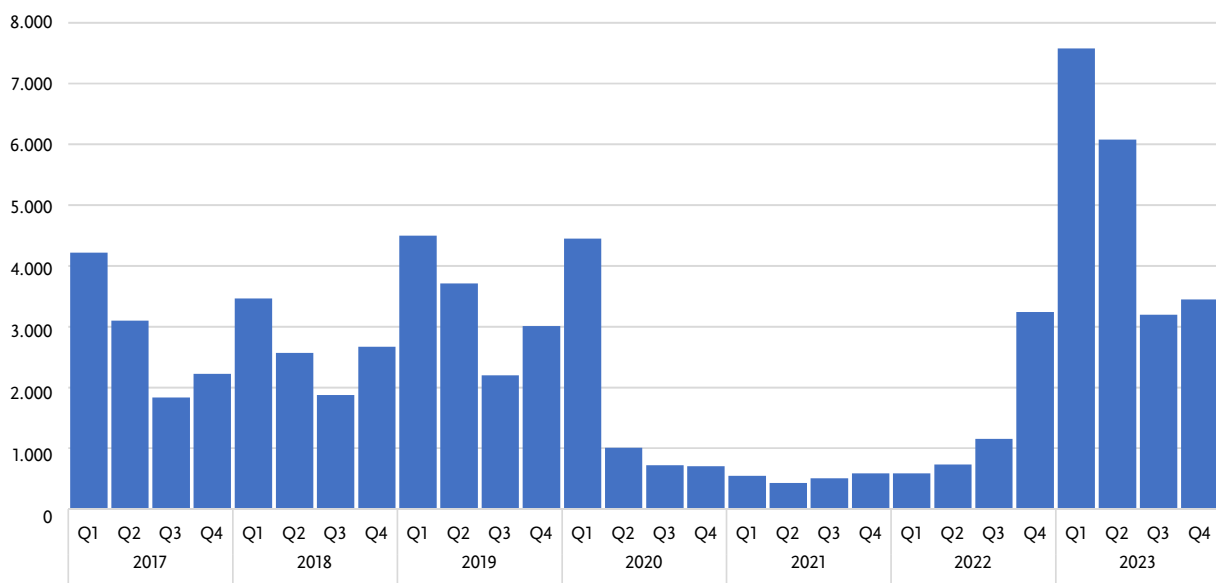


Abb. 1 | Anzahl der Isolate nicht-invasiver Gruppe-A-Streptokokken (aus Abstrichen) in Deutschland pro Quartal (Q), 2017–2023 nach Entnahmedatum (Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS), Stand 12.3.2024)

Anzahl Isolate nicht-invasiver Gruppe-A-Streptokokken

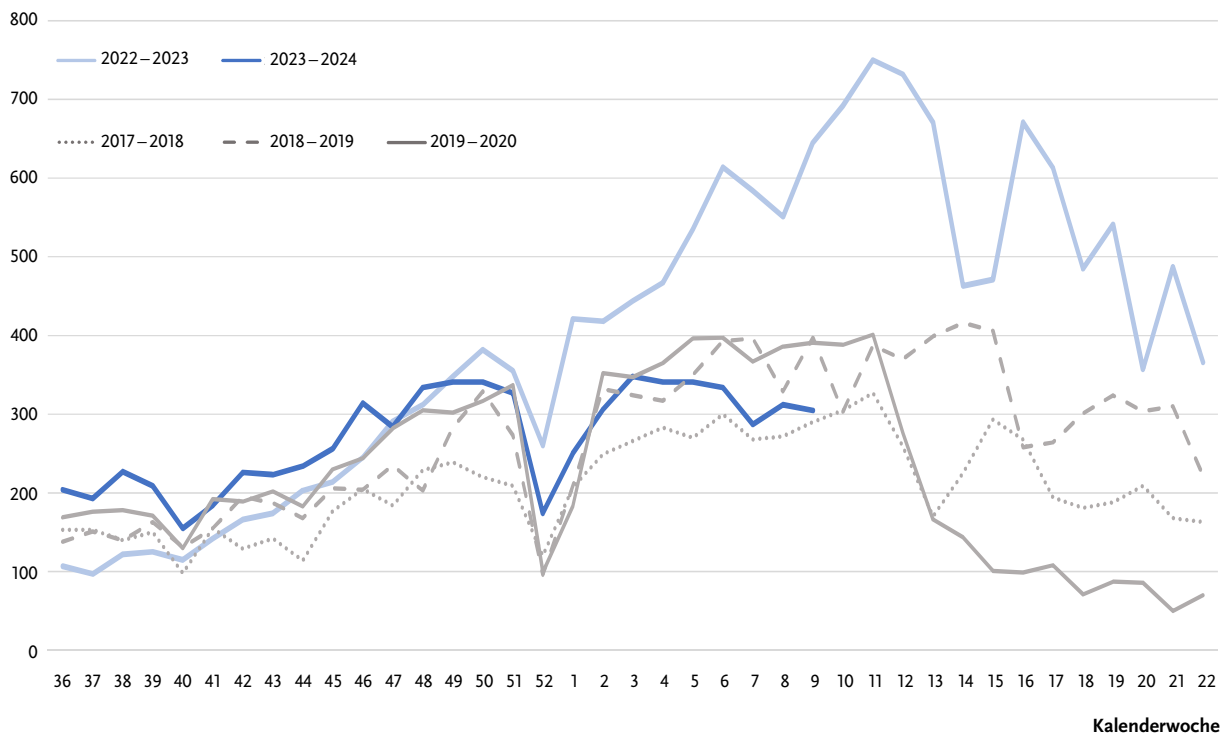


Abb. 2 | Anzahl der Isolate nicht-invasiver Gruppe-A-Streptokokken (aus Abstrichen) in Deutschland pro Kalenderwoche (KW), 2017–2024, KW 36–22 nach Entnahmedatum (Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS), Stand 12.3.2024)

Anzahl Isolate invasiver Gruppe-A-Streptokokken

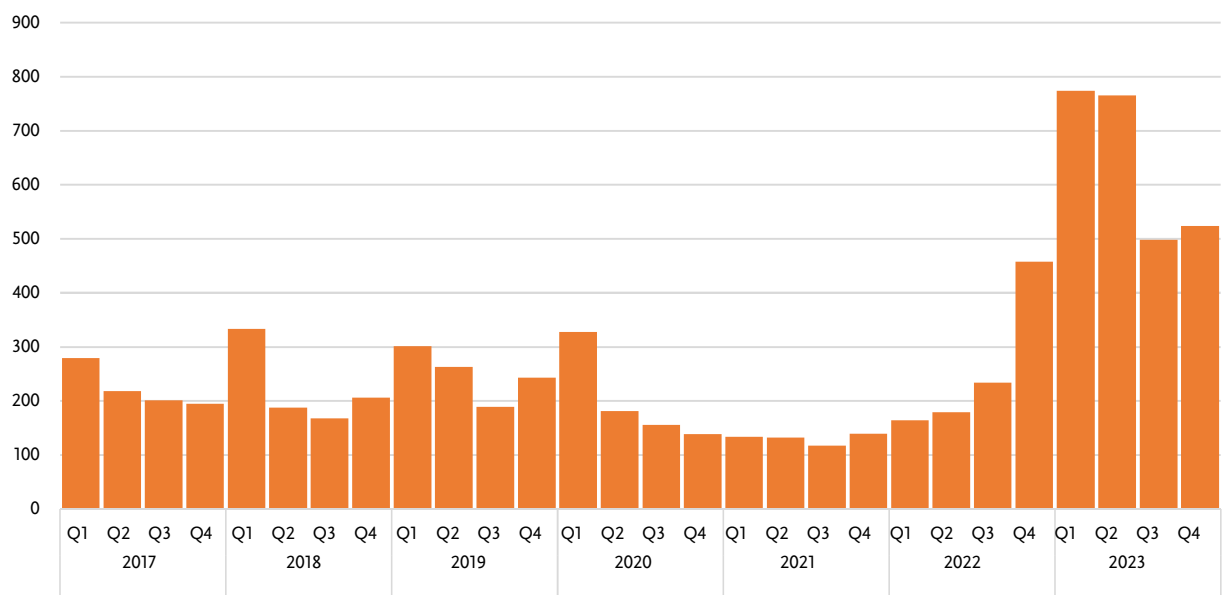


Abb. 3 | Anzahl der Isolate invasiver Gruppe-A-Streptokokken (Blutkultur und Punktat) in Deutschland pro Quartal (Q), 2017–2023 nach Entnahmedatum (Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS), Stand 12.3.2024)

Anzahl Isolate invasiver Gruppe-A-Streptokokken

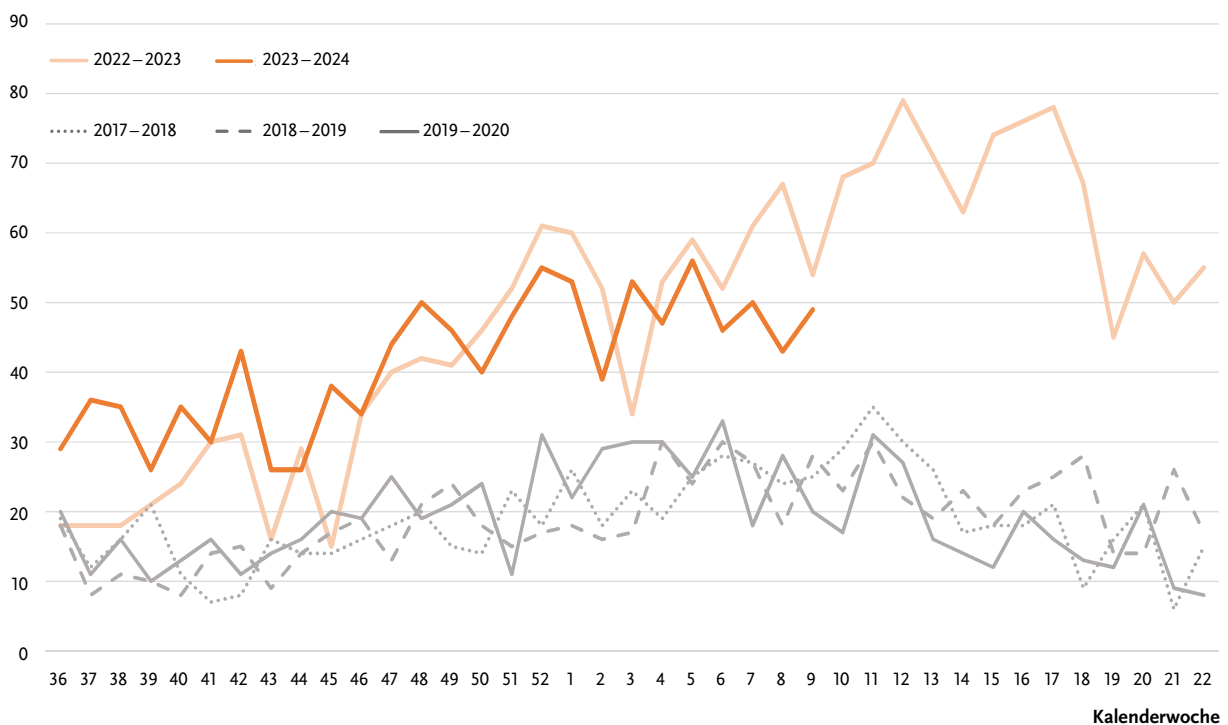


Abb. 4 | Anzahl der Isolate invasiver Gruppe-A-Streptokokken (Blutkultur und Punktat) in Deutschland pro Kalenderwoche (KW) 2017–2024, KW 36–22 nach Entnahmedatum (Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS), Stand 12.3.2024)

Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen <15 Jahren gab es seit Q3/2022 mehr nicht-invasive Gruppe-A-Streptokokken-Nachweise pro 100.000 EW im Vergleich zu anderen Altersgruppen (Abb. 5), während invasive Infektionen von Gruppe-A-Streptokokken vorwiegend bei Erwachsenen >75 Jahren auftraten (Abb. 6). Nicht-invasive Gruppe-A-Streptokokken wurden über den gesamten Beobachtungszeitraum häufiger bei Mädchen/Frauen als bei Jungen/Männern (54 % vs. 46 %) nachgewiesen, während Jungen/Männer häufiger von invasiven Infektionen betroffen waren als Mädchen/Frauen (62 % vs. 38 %).

Diskussion

In der WS 2022/2023 kam es zu einer ungewöhnlichen Häufung von Gruppe-A-Streptokokken-Nachweisen.² In der WS 2023/2024 gab es in Q4 wieder einen deutlichen Anstieg von nicht-invasiven Gruppe-A-Streptokokken-Nachweisen, der über dem Vorjahresniveau lag. Seit dem Jahreswechsel lag die Anzahl der nicht-invasiven Nachweise leicht

unter dem Vorjahresniveau und etwa auf dem durchschnittlichen Niveau der vorpandemischen Jahre. Invasive Gruppe-A-Streptokokken-Infektionen nahmen in Q4/2023 ebenfalls wieder zu und lagen auf deutlich erhöhtem Niveau im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren. Auch 2024 lagen die invasiven Gruppe-A-Streptokokken-Nachweise im Gegensatz zu den nicht-invasiven Nachweisen deutlich über dem Niveau vor der Pandemie und etwa auf dem Vorjahresniveau. Wie in der WS 2022/2023 war auch in der WS 2023/2024 die Häufigkeit von nicht-invasiven Gruppe-A-Streptokokken-Nachweisen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen <15 Jahren erhöht. Invasive Infektionen betrafen dagegen insbesondere Erwachsene >75 Jahren, wobei auch bei Kindern <5 Jahren ein deutlicher Anstieg in der WS 2022/2023 zu beobachten war.

Für die aktuelle Auswertung gilt zu beachten, dass es sich um vorläufige Daten handelt, die sich insbesondere für 2024 im Verlauf noch ändern können. Vor allem bei invasiven Isolaten kann die Diagnostik (Inkubationszeit mit anschließender Erregerdia-

Isolate/100.000 Einwohner

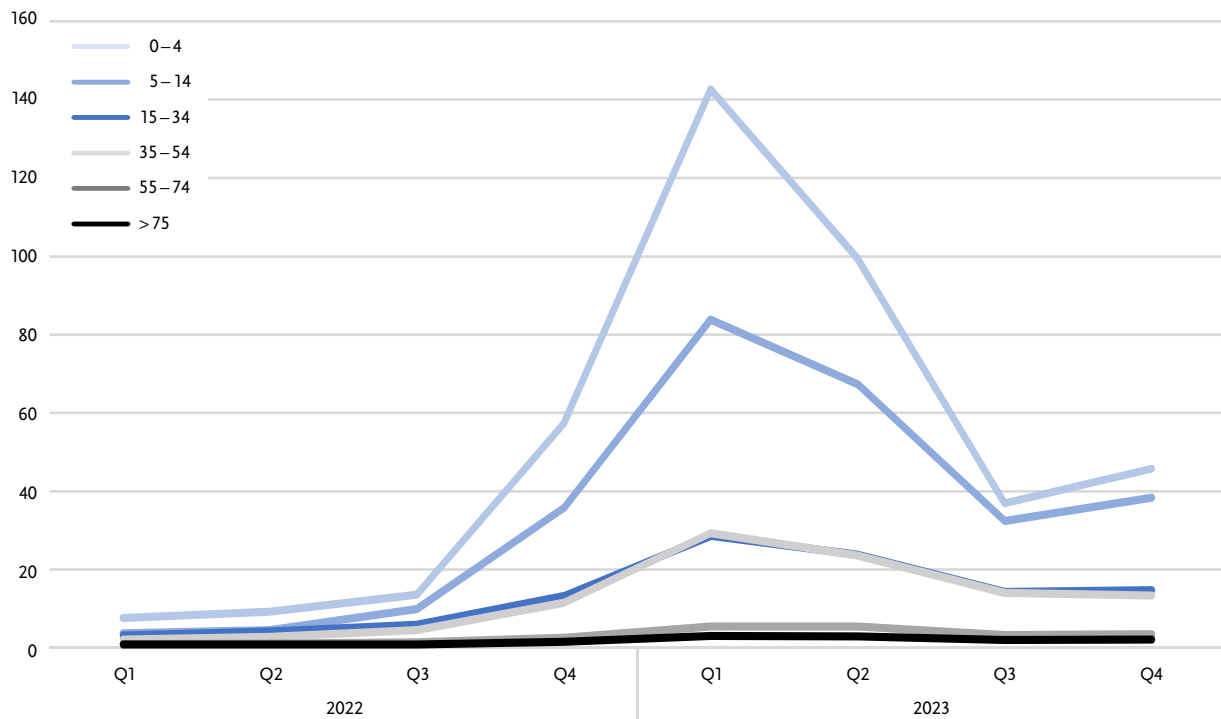


Abb. 5 | Geschätzte Anzahl der Isolate nicht-invasiver Gruppe-A-Streptokokken (aus Abstrichen) pro 100.000 Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen in Jahren, pro Quartal (Q), 2022–2023, nach Entnahmedatum (Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS), Stand 12.3.2024)

Invasive Isolate/100.000 Einwohner

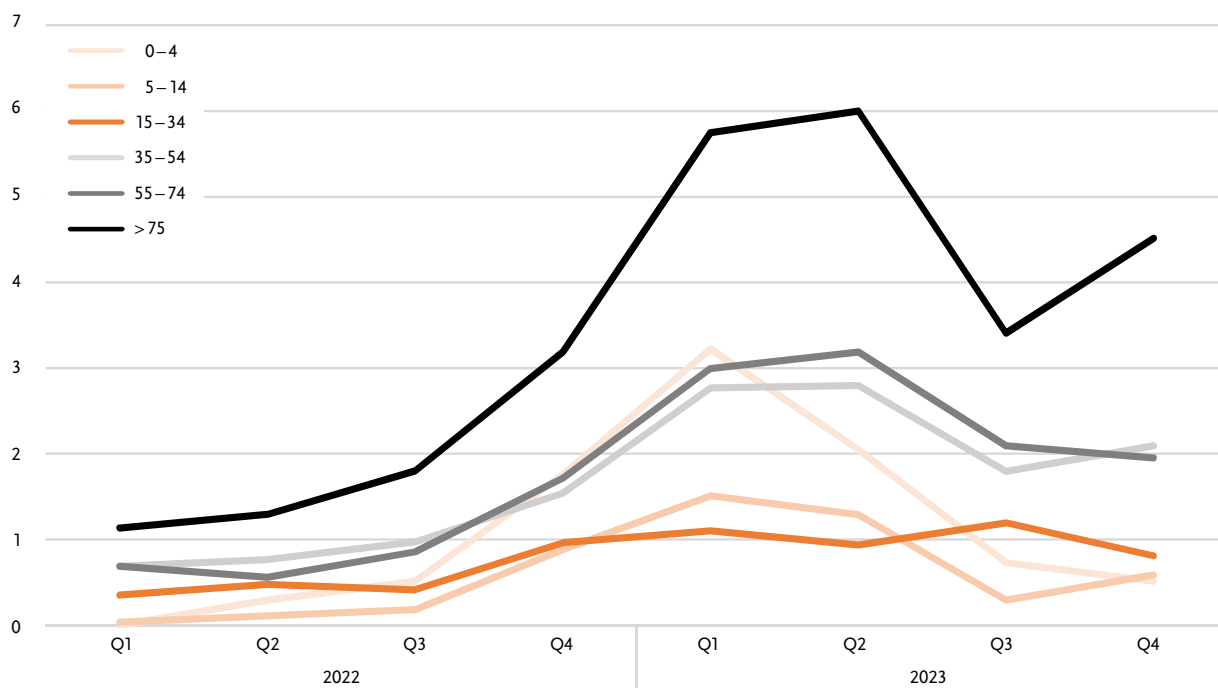


Abb. 6 | Geschätzte Anzahl der Isolate invasiver Gruppe-A-Streptokokken (Blutkultur und Punktat) pro 100.000 Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen in Jahren, pro Quartal (Q), 2022–2023, nach Entnahmedatum (Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS), Stand 12.3.2024)

agnostik) einige Tage in Anspruch nehmen. Zudem ist insbesondere bei den nicht-invasiven Gruppe-A-Streptokokken von einer Untererfassung der Nachweise auszugehen, da hier nur die kulturelle mikrobiologische Diagnostik analysiert wurde. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen werden jedoch häufig Point-of-Care-Testungen im ambulanten Bereich eingesetzt, deren Ergebnisse nicht in ARS registriert werden. Die Nachweishäufigkeit in Abstrichen lässt daher nur bedingt Rückschlüsse auf Inzidenzen, insbesondere in den Altersgruppen <15 Jahren zu. ARS erfasst etwa ein Drittel der ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland, daher wurde der Bevölkerungsbezug Nachweise pro 100.000 EW mittels Hochrechnungen geschätzt. Da die Teilnahme an ARS freiwillig ist und die Abdeckung sowie die Zusammensetzung der Krankenhäuser und ärztlichen Praxen in Bezug auf die Versorgungsebene sich zwischen den Regionen unterscheiden, kann sich dies auf die Repräsentativität der Daten auswirken.

Ein möglicher Grund für die höhere Anzahl der Gruppe-A-Streptokokken-Nachweise zum Ende und nach der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu Nachweisraten vor der Pandemie könnte auf einen anhaltenden Nachholeffekt zurückzuführen sein. Dieser könnte auf eine gesteigerte Suszeptibilität bei gleichzeitig verstärkter Exposition gegenüber saisonalen respiratorischen Erregern nach dem Wegfall der Infektionsschutzmaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie zurückzuführen sein. Eine zeitgleich ausgeprägte Zirkulation von viralen Erregern wie dem Influenza A-Virus und dem Respiratorischen Synzytial Virus (RSV), die derzeit wieder insbesondere für Kinder und Jugendliche <15 Jahren zunehmen, könnte das Auftreten von bakteriellen Ko-Infektionen mit Gruppe-A-Streptokokken sowie das Risiko schwerwiegender, invasiver Verläufe zusätzlich begünstigen.^{2,6}

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI) empfiehlt weiterhin ein restriktives Antibiotikaverordnungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Halsschmerzen gemäß den Empfehlungen der AWMF-S3-Leitlinie Halsschmerzen.⁷ Vor dem Hintergrund einer weiterhin erhöhten ARE-Inzidenz Anfang 2024 muss die weitere Entwicklung der Verbreitung von Gruppe-A-Strepto-

kokken in Deutschland in den kommenden Wochen beobachtet werden.⁶

Zusammenfassung

Nach einem deutlichen und ungewöhnlichen Anstieg von Infektionen durch Gruppe-A-Streptokokken in Deutschland in der WS 2022/2023 wurde, nach einem Rückgang ab Sommer 2023, seit Q4/2023 wieder ein Anstieg von Nachweisen nicht-invasiver und invasiver Gruppe-A-Streptokokken verzeichnet. Die Nachweise lagen 2023 durchgehend über den Werten im Vergleichszeitraum vor der Pandemie und überstiegen in Q4/2023 das Vorjahresniveau. Während die nicht-invasiven Gruppe-A-Streptokokken-Nachweise sich seit Anfang 2024 zu normalisieren scheinen und unter dem Vorjahresniveau liegen, sind die invasiven Nachweise weiterhin erhöht. Um das Infektionsrisiko zu reduzieren und eine Verbreitung von respiratorischen Infektionen einzudämmen, sollten allgemeine Infektionsschutzmaßnahmen und aktuelle Impfeempfehlungen für die jeweiligen Altersgruppen beachtet werden.

Literatur

- 1 Principi N., A.G., Ramundo G., Esposito S., Epidemiology of Respiratory Infections during the COVID-19 Pandemic. *Viruses*, 2023.
- 2 Singer R, Abu Sin M, Tenenbaum T, Toepfner N, Berner R, Buda S, Schlaberg J, Schönfeld V, Reinacher U, van der Linden M, Claus H, Lâm TT, Schneider M, Noll I, Haller S, von Laer A: The increase in invasive bacterial infections with respiratory transmission in Germany, 2022/2023. *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 114–20. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0261.
- 3 Robert Koch-Institut, Update: Anstieg bakterieller Infektionen durch Gruppe-A-Streptokokken, Pneumokokken und Haemophilus influenzae in Deutschland seit Ende 2022 *Epidemiologisches Bulletin*, 2023: p. 45.
- 4 World Health Organization. Disease Outbreak News: Increased incidence of scarlet fever and invasive Group A Streptococcus infection – multi-country. 2022 15.12.2022; Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429>.
- 5 ARS – Antibiotika Resistenz Surveillance (rki.de). Available from: <https://ars.rki.de/>.
- 6 Buda S, D.R., Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Gvaladze T, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Lehfeld AS, Haas W, Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 4/2024.
- 7 Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. Aktuelle DGPI-Stellungnahme zu vermehrten invasiven Infektionen durch Gruppe A-Streptokokken (*S. pyogenes*) (Stand 19.12.2022). 2022; Available from: <https://dgpi.de/vermehrten-invasiven-infektionen-a-streptokokken-2022-12-19/>.

Autorinnen und Autoren

- ^{a,b,d} Dr. Julia Mutevelli | ^{a,b,d} Regina Singer |
^a Dr. Achim Dörre | ^c Marcel Feig | ^a Ines Noll |
^a Dr. Tim Eckmanns | ^a Dr. Muna Abu Sin |
^a Dr. Sebastian Haller | ^a Dr. Anja von Laer
- ^a Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie
^b Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie, FG 31.4 Postgraduiertenausbildung für Angewandte Epidemiologie (PAE)
^c Robert Koch-Institut, MFI Methodenentwicklung, Forschungsinfrastruktur und Informationstechnologie
^d European Programme for Intervention Epidemiology Training, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Schweden

Korrespondenz: Mutevellij@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Mutevelli J, Singer R, Dörre A, Feig M, Noll I, Eckmanns T, Abu Sin M, Haller S, von Laer A: Epidemiologie der Gruppe-A-Streptokokken – Deutschland 2023–2024

Epid Bull 2024;12:3-9 | DOI 10.25646/12000

Interessenkonflikt

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

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Laboren, die an der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) teilnehmen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

11. Woche 2024 (Datenstand: 20. März 2024)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	23	505	538	11	144	116	2	38	35	109	1.383	1.138	25	216	265
Bayern	59	807	824	15	170	159	1	27	24	336	3.948	2.308	47	447	752
Berlin	17	298	279	0	76	38	3	13	21	117	2.083	1.192	28	182	169
Brandenburg	20	263	218	7	77	106	1	17	10	172	2.019	937	53	336	472
Bremen	5	46	43	3	11	5	0	0	1	15	138	114	7	21	48
Hamburg	9	155	170	3	28	38	0	5	9	47	850	500	2	63	134
Hessen	26	417	406	9	74	75	2	25	12	114	1.101	802	45	316	261
Mecklenburg-Vorpommern	12	144	146	2	64	49	3	24	4	60	716	810	10	82	179
Niedersachsen	61	642	524	6	181	135	7	105	64	220	2.227	1.658	34	257	477
Nordrhein-Westfalen	95	1.551	1.265	24	279	335	16	139	120	543	6.071	4.083	76	631	735
Rheinland-Pfalz	26	374	409	2	60	77	1	18	21	128	1.143	657	26	157	162
Saarland	4	107	128	1	12	13	0	2	4	26	274	241	2	66	67
Sachsen	55	569	452	10	133	103	7	41	34	319	2.988	1.539	78	422	760
Sachsen-Anhalt	16	219	147	5	79	62	3	23	15	112	1.369	946	11	96	553
Schleswig-Holstein	10	220	200	2	35	53	1	32	24	55	1.048	412	16	170	164
Thüringen	14	256	206	9	197	84	3	21	4	153	1.358	842	44	452	575
Deutschland	452	6.573	5.955	109	1.620	1.448	50	530	402	2.526	28.716	18.179	504	3.914	5.773

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	2	24	17	48	521	635	25	243	322	15	139	161	479	22.182	5.386
Bayern	1	16	27	95	944	912	22	345	401	5	124	129	1.098	42.590	9.424
Berlin	1	9	14	22	310	305	16	115	124	1	54	79	136	5.312	1.962
Brandenburg	2	17	5	8	87	81	2	41	40	5	27	21	177	6.398	1.701
Bremen	0	1	0	5	73	80	3	34	32	1	20	14	15	723	130
Hamburg	3	6	4	17	267	231	12	85	97	2	36	54	118	3.496	1.157
Hessen	1	15	13	39	411	438	13	150	122	9	86	93	339	10.917	3.071
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	2	10	54	38	1	29	23	0	7	19	263	4.954	960
Niedersachsen	0	14	13	32	525	340	17	203	205	5	53	78	420	11.321	2.774
Nordrhein-Westfalen	2	59	51	81	1.139	1.374	42	531	665	10	168	226	740	27.138	8.016
Rheinland-Pfalz	2	7	11	42	384	475	2	79	133	3	39	36	203	9.596	2.733
Saarland	1	4	2	9	84	112	5	54	38	0	8	9	53	1.437	377
Sachsen	0	6	3	11	89	117	2	52	77	2	27	27	437	18.652	3.447
Sachsen-Anhalt	0	3	3	7	79	72	3	38	50	1	18	19	218	11.018	1.379
Schleswig-Holstein	1	6	5	11	138	122	10	94	69	1	13	26	108	3.929	759
Thüringen	0	2	4	1	44	71	3	28	24	2	20	24	255	7.756	1.336
Deutschland	16	192	174	438	5.149	5.403	178	2.121	2.422	62	839	1.015	5.059	187.419	44.612

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	0	5	0	1	13	7	0	0	0	49	397	55	77	797	703
Bayern	0	8	1	3	16	10	0	0	0	49	493	208	115	1.040	940
Berlin	1	17	1	0	8	2	0	1	0	3	37	26	51	330	159
Brandenburg	0	1	0	0	1	2	0	0	1	10	115	63	15	139	120
Bremen	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	6	0	4	28	10
Hamburg	0	4	1	0	2	5	1	1	0	2	32	38	8	123	79
Hessen	0	8	1	1	12	2	0	0	0	6	63	32	25	207	209
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	0	0	0	1	0	0	0	5	13	27	4	57	42
Niedersachsen	0	2	0	0	7	5	0	0	0	8	76	38	20	309	286
Nordrhein-Westfalen	4	32	0	2	31	13	0	0	0	22	274	106	65	678	709
Rheinland-Pfalz	0	2	0	0	7	6	0	1	0	12	91	29	9	141	108
Saarland	1	1	0	0	0	4	0	0	0	3	23	9	0	26	13
Sachsen	0	14	0	1	1	0	0	0	0	3	67	38	52	516	416
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	2	1	0	0	0	9	53	63	2	41	44
Schleswig-Holstein	0	0	0	1	8	2	0	0	0	7	27	18	9	117	105
Thüringen	0	2	0	0	1	3	0	0	0	12	136	168	11	87	101
Deutschland	7	97	4	9	111	64	1	3	1	200	1.903	918	467	4.636	4.044

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		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	0	12	12	10	194	134	5	17	26	2	14	15	139	5.987	95.733
Bayern	1	20	18	24	280	185	4	38	42	0	28	36	186	12.321	136.433
Berlin	2	25	20	15	133	108	0	9	11	3	17	15	55	1.774	29.303
Brandenburg	0	4	4	4	40	41	2	23	20	0	7	9	36	1.334	21.755
Bremen	0	0	0	2	8	5	0	1	1	1	1	0	6	334	7.560
Hamburg	0	5	9	8	77	73	0	6	6	0	6	4	18	1.090	11.234
Hessen	1	13	11	14	254	172	0	29	12	1	19	17	123	4.506	80.894
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	2	4	21	25	0	3	11	0	0	8	17	1.299	14.275
Niedersachsen	0	19	7	12	152	99	7	38	33	2	29	25	87	3.975	111.187
Nordrhein-Westfalen	4	43	31	37	407	375	11	112	93	5	61	75	301	11.624	258.812
Rheinland-Pfalz	1	4	4	6	87	46	0	14	19	0	5	8	62	2.980	51.960
Saarland	0	0	0	2	11	14	1	6	2	0	4	1	31	938	14.524
Sachsen	0	5	3	3	41	65	1	39	25	1	18	22	54	3.289	26.049
Sachsen-Anhalt	0	3	3	3	36	23	1	17	21	0	8	9	22	1.597	16.358
Schleswig-Holstein	0	11	12	3	53	29	1	9	9	0	4	15	25	1.555	20.110
Thüringen	1	3	1	5	24	20	0	14	5	2	9	10	16	1.521	11.935
Deutschland	10	170	137	152	1.818	1.414	33	375	336	17	230	269	1.178	56.124	908.122

1 Infektion und Kolonisation

(Acinetobacter spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

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

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2024		2023
	11.	1.–11.	1.–11.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	77	228
Botulismus	0	2	18
Brucellose	0	3	6
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	0	5
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	18	39
Denguefieber	15	267	87
Diphtherie	0	13	24
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	0	8	11
Giardiasis	30	539	483
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	35	485	654
Hantavirus-Erkrankung	9	88	19
Hepatitis D	0	8	30
Hepatitis E	71	955	972
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	8	15
Kryptosporidiose	25	311	264
Legionellose	30	351	281
Lepra	0	0	1
Leptospirose	0	33	25
Listeriose	12	137	119
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	78	70
Ornithose	1	8	1
Paratyphus	1	8	6
Q-Fieber	3	17	17
Shigellose	32	326	108
Trichinellose	0	1	0
Tularämie	0	19	19
Typhus abdominalis	0	11	24
Yersiniose	41	593	483
Zikavirus-Erkrankung	0	11	4

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