

MITTEILUNGEN

42.JAHRGANG, NR. 1
Dezember 2025

INHALT

EINLEITUNG

SEITE 4: Grußwort des Präsidenten

SEITE 5: Impfen eine ärztliche Aufgabe - ein Kommentar; Dr. med. Nikolaus Frühwein,
Dr. med. Markus Frühwein

IMPFNEWS

SEITE 7: Neue Empfehlung: Impfung gegen Meningokokken A, C, W und Y im Kindes- und Jugendalter; Zusammenfassung: Dr. med. Markus Frühwein

GESUNDHEITSPOLITIK IMPFEN

SEITE 8: Fokus Chikungunya-Fieber (PD Dr. M. Alberer)

SEITE 11: Fokus Impfung gegen Respiratory Syncytial-Virus (RSV) bei Erwachsenen
(PD Dr. M. Alberer)

AKTUELLE SEUCHENLAGE

SEITE 12: Weltseuchenlage – Exzerpte aus dem Vortrag zum 41. Symposium „Impfen, Reisen und Gesundheit“ am 17. und 18. Oktober 2025 in München (PD Dr. M. Alberer)

SEITE 14: Mehrfache Nachweise von Vaccine-derived poliovirus Typ 2 in Europa – ist die Polio zurück? (PD Dr. M. Alberer)

SEITE 16: Erster lokal übertragener Dengue-Fall des Jahres 2025 in Los Angeles gemeldet

SEITE 17: Erster lokal übertragenen Chikungunya-Fall in New York gemeldet

SEITE 18: Aus Amsterdam wird erster lokal übertragener Fall von Mpox-Klade Ib in den Niederlanden gemeldet

SEITE 19: Aus Tschechien werden Rekordzahlen bei Lyme-Borreliose berichtet

SEITE 20: Seit Jahresbeginn über 1.500 Fälle Cholera in Burundi aus verschiedenen Provinzen gemeldet

SEITE 21: Costa Rica meldet ersten Gelbfieberfall seit 1956 bei einer Reisenden aus Peru

SEITE 22: Bulape: Letzter Ebola-Patient in der DR Kongo entlassen

SEITE 23: Nepal meldet höchsten Anstieg der Japanischen Enzephalitis seit Jahren

Bezugsbedingungen: Die Herstellung und Herausgabe der Mitteilungen erfolgt durch die Reisen und Gesundheit GmbH im Auftrag der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. Sitz: 80333 München, Briennerstr.11 Der Bezug ist für Mitglieder der Gesellschaft im Mitgliedbeitrag enthalten. Jahresabonnement € 80, incl. Versand in Deutschland. Der Nachdruck ist nur unverändert und mit Quellenangabe nach Genehmigung gestattet. Zwei Belegexemplare werden erbeten.

Die Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. und der Beauftragte für die Gestaltung (PD Dr. M. Alberer) haben alle Inhalte der Mitteilungen der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. mit größter Gewissenhaftigkeit zusammengestellt. Es wird jedoch grundsätzlich keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben übernommen.

Wenn Texte oder Angaben aus Schriftstücken übernommen wurden, ersetzen diese die Originalunterlagen nicht. Es ist allein der Wortlaut in den Originaltexten und -dokumenten verbindlich. Bei der Durchführung der Impfungen ist grundsätzlich die dem Präparat beigelegte Packungsbeilage strikt zu beachten. Die Erwähnung von Produkten und/oder Verfahren stellt keine Empfehlung oder Qualitätsbeurteilung dar und begründet daher auch keine diesbezügliche Haftung.

Richtlinien, Gesetze, Verordnungen und Empfehlungen haben nur Gültigkeit und dürfen nur Anwendung finden in der aktuellsten im einschlägigen Verkündungsorgan veröffentlichten Form.

Die Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. und der Beauftragte für die Gestaltung (PD Dr. M. Alberer) übernehmen keinerlei Verantwortung für Internetseiten, auf die via Link in den Mitteilungen Bezug genommen wird. Die Verbindung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Information und als zusätzlicher Service für die Nutzer. Für Schäden, die aus der Nutzung dieser Seiten entstehen, übernehmen die Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. und der Beauftragte für die Gestaltung (PD Dr. M. Alberer) keine Haftung.

Eine Haftung des Vereins, seiner Mitglieder und Organe ist ausgeschlossen. Für in den Mitteilungen der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. gegebenen Empfehlungen und aufgeführten Daten, z.B. über Impfvorschriften, Einreisevorschriften und der Epidemiologie wird keine Gewähr übernommen. Gleiches gilt für Angaben von Arzneimitteln, insbesondere bei Dosisangaben und Applikationsformangaben. Es gelten immer die Vorschriften und Hinweise des Herstellers. Bei Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen; Warenbezeichnungen usw., auch ohne besondere Kennzeichnung ist nicht davon auszugehen, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

München, im Nov. 2025

Liebe Mitglieder,

Mit dieser Ausgabe wollen wir wieder an die Tradition der regelmäßigen Mitteilungen unserer Gesellschaft anschließen.

Diese sollen Ihnen interessante Aspekte der Impf-, Reise- und Tropenmedizin darstellen und Ihnen eine wertvolle Hilfe für Ihre tägliche Arbeit sein.

Daneben informieren wir über gesundheitspolitische Themen und Aspekte, soweit sie unseren Vereinszweck betreffen

Besonders bedanken wir uns bei unserem Vorstandsmitglied Priv. Doz. Dr. Martin Alberer, der den wissenschaftlichen Teil und die Gesamtzusammenstellung unserer Mitteilungen übernommen hat.

An die Tradition der regelmäßigen Mitteilungen anknüpfend, wollen wir zukünftig auch wieder auf fruchtbare Kooperationen verweisen. Insbesondere auf das [Forum Impfen \(FI\)](#) mit seinen stets aktuellen FI-Aufklärungsblättern (inkl. Einwilligung) sowie das Forum Reisen und Medizin ([FRM](#)) mit den Kompetenzprofilen nahezu aller aktiven Reisemediziner und Reisemedizinerinnen.

Dr. med. Nikolaus Frühwein

Vom 10. bis 12. Oktober 2025 fand der Bayerische Ärztetag in Bad Kissingen statt. Initiiert von unserer Gesellschaft wurden dort 2 Anträge eingebracht und positiv beschieden:

- 1) Impfungen müssen weiterhin eine ärztliche Aufgabe bleiben und sollten nicht an Apotheken delegiert werden
- 2) Sollten Apotheken das Recht des Impfens und gleichzeitig die Möglichkeit am verordneten Impfstoff zu verdienen behalten bzw. bekommen (Was eindeutig gegen die allgemeine Medizinethik spricht), sollten wir Ärzte auch das Dispensierrecht für Impfungen bekommen.

Wir sind sehr gespannt, wie sich Bayern hier positioniert.

Dr. med. Nikolaus Frühwein

Impfen eine ärztliche Aufgabe

Ein Kommentar

Impfungen bedeuten einen Eingriff am Patienten mit dem Ziel der präventiven Gesundheitserhaltung. Damit fallen sie entsprechend eines Fachvortrage am Bayerischen Ärztinnen- und Ärztetag 2025 verfassungsentsprechend unter die Aufgabe der Ärzte, vertreten durch die Ärztekammer und im bayerischen Präventionsplan an herausragender Stelle vertreten.

Impfungen wurden seit der Erfindung 1796 durch Jenner immer fast ausschließlich von Ärzten durchgeführt. In Deutschland sind auch Heilpraktiker dezidiert von Impfungen ausgeschlossen.

Impfen in Apotheken

Im Rahmen der Corona-Pandemie wurde als Notmaßnahme zur Erzielung höherer Durchimpfungsraten seit dem 1. Oktober 2020 die Influenzaimpfung durch Apotheken gestattet. Daran schloss sich nach der Einführung der Coronaimpfung am 7. April 2021 die Erlaubnis zur Durchführung von Covid-Impfungen an.

Nun gibt es Pläne, sämtliche Totimpfungen durch Apotheken anbieten zu lassen, mit dem Hauptargument, damit bessere Durchimpfungsraten zu erzielen.

Die Durchimpfungsraten für die Grippeimpfung sind definitiv nach Übernahme durch Apotheken nicht gestiegen, zumindest liegen mir darüber keine gesicherten Studien vor. Warum dann die Ausweitung auf andere Impfungen mit einem nicht belegbaren Argument?

Die Kompetenz der Ärzte für Impfungen ist deutlich höher als die anderer Berufsgruppen, die mit Impfungen betraut werden sollen oder sind.

Impfungen sind mehr als nur der manuelle Einstich und die Applikation eines vorgefertigten Impfstoffes. Neben der gesundheitlichen Eignung vor Impfungen sind für die Indikationsstellung auch die Lebensumstände ausschlaggebend. Im Rahmen jedes Impfkontaktes werden weitere Impfindikationen und sonstige präventive Maßnahmen berücksichtigt und besprochen.

Impfungen erfordern eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten.

Dafür bedarf es eine umfangreiche Aus- und Weiterbildung, welche die Impfinden Ärzte vorweisen.

Impfungen als solche sind nicht gefährlich.

Ernste Zwischenfälle, wie z.B. eine allergische Sofortreaktion sind außerordentlich selten. Relativ häufiger kommt es zu vasovagalen Reaktionen bis hin zur Ohnmacht, die auch an Krampfanfälle erinnern kann. Mit diesen Situationen sollte ortsnahe und kompetent umgegangen werden können. Wer, wenn nicht die Ärzte könnte das nach außen gewährleisten.

Ethik in der Medizin

Für uns und das Wohl der Patienten wichtig war und ist der ethische Grundsatz, dass der Verordnende nicht an dem verordneten Arzneimittel direkt verdient. Dies soll jetzt für die Apotheken nicht mehr gelten! Im Rahmen der Gleichstellung wäre damit ein Dispensierrecht für Ärzte bezüglich Impfstoffen unumgänglich. Ob das wirklich dem Patienten zum Guten gereicht?

Öffentlichkeitswirkung derartiger Gesetzesvorhaben

Konkurrenz belebt das Geschäft, ist aber im Gesundheitswesen nicht immer dem Patienten zuträglich.

Sollten die geplanten Änderungen wirklich in Kraft treten, wird es natürlich zu Kampagnen beider Seiten in der Öffentlichkeit kommen, mit dem Ergebnis, dass die Impfungen über nicht-ärztliche Strukturen nicht dem Schutz des Patienten dienen. Damit ist das gute Verhältnis Ärzte-Apotheker durch die Politik in Gefahr gebracht und die Politik selbst wird ob diesen Entscheidungen sicher nicht positiv beurteilt werden.

Win-win-win wäre es beim Alten vor 2020 zu belassen.

Dr. med. Nikolaus Frühwein

Dr. med. Markus Frühwein

Bayerische Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V.

IMPFNEWS:**Neue Empfehlung: Impfung gegen Meningokokken A, C, W und Y im Kindes- und Jugendalter**

Piechotta V, Günther F, Berner R, Claus H, Fahrenwald M, Grünewald T, Röbl-Mathieu M, Sandmann F, Schönfeld C, Tabatabai J, Wilhelm J, Dalpke A: Beschluss und wissenschaftliche Begründung zur Evaluation einer quadrivalenten Meningokokken Impfung für Kleinkinder sowie ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Epid Bull 2025;44:3-33 | DOI 10.25646/13539

Zusammenfassung: Dr. M. Frühwein

Ab sofort empfiehlt die STIKO allen Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 14 Jahren eine Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W und Y (MenACWY) mit einer Dosis eines quadrivalenten Konjugatimpfstoffs. Nachholimpfungen sollen bis zum 25. Geburtstag erfolgen.

Epidemiologische Daten zeigen, dass Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren – neben Säuglingen – das höchste Risiko für invasive Meningokokken-Erkrankungen dieser Serogruppen aufweisen. Durch eine Impfung vor dem Erreichen dieser Altersphase wird ein Immunschutz aufgebaut, bevor das Erkrankungsrisiko ansteigt. Mathematische Modellierungen verschiedener Impfstrategien zeigen, dass die Krankheitslast invasiver Erkrankungen der Serogruppen A, C, W und Y in Deutschland durch die Impfung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 14 Jahren am effizientesten reduziert werden kann. Durch die Impfung wird darüber hinaus die Meningokokken-Besiedlung verringert. Da Jugendliche am häufigsten asymptomatische Träger sind (d.h. den Erreger in sich tragen, ohne selbst zu erkranken), leistet die Impfung dieser Altersgruppe einen relevanten Beitrag zum Bevölkerungsschutz.

Aus Sicht der STIKO bietet die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) im Alter von 12 bis 14 Jahren eine gute Gelegenheit, die MenACWY-Impfung durchzuführen. Die Impfung kann zeitgleich mit anderen für diese Altersgruppe empfohlenen Impfungen wie der Tdap-IPV-Auffrischimpfung oder der HPV-Impfung erfolgen.

GESUNDHEITSPOLITIK IMPFEN

Fokus Chikungunya-Fieber (PD Dr. M. Alberer)

Das Chikungunya-Fieber wird durch das Chikungunya-Virus, ein Alphavirus, ausgelöst. Die Übertragung erfolgt dabei durch *Aedes*-Mücken, insbesondere *Aedes aegypti*. Durch Mutationen des Virus konnte sich dieses zudem besser an eine andere *Aedes*-Art, nämlich *Aedes albopictus*, anpassen, und somit wurde auch diese Mückenart zu einem kompetenten Vektor für das Chikungunya-Virus. Die Mutation im E1-Glykoprotein wurde zum ersten Mal in der East Central South African (ECSA)-Linie des Virus gefunden und führt zu einer bis zu 40-fach besseren Übertragung durch *Aedes albopictus*. Insgesamt werden vier unterschiedliche Viruslinien beschrieben, die westafrikanische, ECSA-, die asiatische und Indischer Ozean-Linie. Die Erkrankung tritt typischerweise in Ausbrüchen auf, und das Virus konnte sich seit seiner Entdeckung im Jahre 1952 in Tansania schrittweise in vielen tropischen und subtropischen Regionen der Welt ausbreiten. Bereits 2005/2006 erfolgten ein Ausbruch im Bereich des Indischen Ozeans und eine Weiterverbreitung des Virus in den südostasiatischen Raum. Schließlich gelang dem Chikungunya-Virus 2013 der Sprung in die Karibik sowie auf den amerikanischen Kontinent und es kam zu hohen Fallzahlen in Südamerika. Seit dieser Zeit hat sich das Virus fest in Südamerika und auch im südostasiatischen Raum etabliert. Es kommt in diesen Regionen jährlich zu einer relevanten Anzahl von Fällen, wobei insbesondere die Fallzahlen in Südamerika von besonderer Bedeutung sind. Durch Entstehen der Mutation im E1-Glykoprotein und zusätzlich weiterer Mutationen in der Indischer Ozean-Linie (stammt von der ECSA-Linie ab) sowie mit Anpassung an den Vektor *Aedes albopictus* war es dem Virus möglich, auch autochthone Erkrankungsfälle in Europa, v.a. in der Mittelmeerregion, hervorzurufen. Dabei sind diese Ausbrüche vor allem in Italien und Frankreich jeweils an die Einschleppung von Chikungunya-Viren aus anderen Regionen, wie zum Beispiel Indien, durch infizierte Reisende gebunden. Bereits 2007 kam es zu einem Ausbruch mit 330 Verdachtsfällen/bestätigten Fällen in der Emilia Romagna in Italien, dem bis 2025 größten Ausbruch von Chikungunya in Europa. In den darauffolgenden Jahren kam es immer wieder zu vereinzelt Fällen, vor allem in Frankreich, bis es 2017 erneut zu einem größeren Chikungunya-Ausbruch in Italien mit 270 bestätigten Fällen kam. Seit August 2024 trat nun erneut ein großer Chikungunya-Ausbruch auf der Insel La Réunion mit 56.456 gemeldeten Chikungunya-Fällen auf. Darunter befanden sich leider auch 40 Todesfälle. Bereits 2005 war es im Rahmen eines Ausbruchs zu ca. 266.000 Fällen und 254 Todesfällen in einen Zeitraum von zwei Jahren gekommen. Zudem kam es seit 2025 zu einem Chikungunya-Ausbruch auf der benachbarten Insel Mayotte mit 1255 gemeldeten Fällen. Im Rahmen dieses erneuten Ausbruchs in den französischen Überseegebieten im Indischen Ozean erfolgte eine Einschleppung des Chikungunya-Virus erneut nach Frankreich und Italien. Da *Aedes albopictus* als kompetenter Vektor in vielen Gebieten Frankreichs, Italiens und in vielen Regionen des Mittelmeerraumes gut etabliert ist, kam es zum Auftreten einer relevanten Anzahl von Erkrankungsclustern in diesen Ländern. Zum Zeitpunkt des 1. Oktober 2025 wurden in Frankreich 637 Chikungunya-Fälle gemeldet, in Italien waren es zu diesem Zeitpunkt 323 Fälle. Interessanterweise wurde auch über einen autochthonen Chikungunya-Fall im Elsass berichtet. Insgesamt stellt dies eine bedrohliche Situation dar, da sich *Aedes albopictus* bereits weit über die schon geschilderten Regionen ausgebreitet hat und sich schon in vielen Regionen in Süddeutschland bis hin zu Mitteldeutschland etablieren konnte, so dass sich hier nicht mehr die Frage stellt, ob es auch zu autochthonen Chikungunya-Fällen in Deutschland

kommen kann, sondern die Frage lautet nur noch, wann es zu diesen Fällen kommt. Die Erkrankung präsentiert sich als typische Arbovirose mit Fieber und allgemeinen grippeartigen Symptomen sowie mit einem Exanthem. Die Differentialdiagnose zu Dengue ist unter Umständen erschwert. Das Besondere und Bedrohliche an der Chikungunya-Erkrankung ist das Auftreten von langdauernden und schwer beeinträchtigenden Gelenkschmerzen, die über viele Monate persistieren können und zu einer wesentlichen Einschränkung im Alltag führen. Da bislang keine kausale Therapie der Erkrankung zur Verfügung steht und nur eine symptomatische, antiinflammatorische und analgetische Therapie möglich ist, ist es daher umso wichtiger, Reisenden mit Risiko und den Menschen in den Ausbruchsgebieten einen ausreichenden Schutz bieten zu können. Neben der Vektorkontrolle und dem individuellen Mückenschutz gibt es nun erfreulicherweise die Möglichkeit, mittels zweier Impfstoffe gegen das Chikungunya-Virus zu impfen. Dabei handelt es sich einerseits um einen Totimpfstoff, der virus like particles (VLPs) nutzt, und einen Lebendimpfstoff, bei dem der Virus durch eine Deletion im Genom weniger virulent gemacht worden ist. Beide Impfstoffe werden nur einmalig gegeben und zeigen hohe Serokonversionsraten nach der Impfung. Im Rahmen des Ausbruchs auf La Réunion wurde der Lebendimpfstoff zur Eindämmung des Infektionsgeschehens genutzt. Dabei wurden auch Personen in höherem Alter und mit relevanten Grunderkrankungen geimpft, da diese im besonderen Maße von einem schweren und sogar lebensbedrohlichen Verlauf der Chikungunya-Erkrankung betroffen sind. Leider kam es infolge der Impfung in dieser Patientenpopulation auch zum Auftreten von schweren Nebenwirkungen, unter anderem dem Auftreten von Enzephalitisfällen und Todesfällen durch Verschlechterung der bereits vorbestehenden Grunderkrankungen. Nachdem vorübergehend durch die EMA die Altersbeschränkung für den Lebendimpfstoff auf unter 65 Jahren gesetzt worden war, wurde diese Einschränkung im weiteren Verlauf nach Analyse der Daten wieder aufgehoben, da insbesondere die älteren Populationen von einer Impfung profitieren können. In der Altersgruppe ab 65 Jahre, beim Bestehen von Immunsuppression oder bei relevant einschränkenden Erkrankungen, sollte aber der Totimpfstoff bevorzugt verwendet werden bzw. es besteht eine Kontraindikation für den Lebendimpfstoff bei Menschen mit krankheitsbedingter oder medikamentös bedingter Immunsuppression. Trotzdem stehen jetzt wieder zwei effektive Impfstoffe zur Verfügung, um vor Chikungunya-Fieber zu schützen. Die Indikation zur Impfung betrifft dabei laut STIKO Reisende in Ausbruchsgebiete bzw. Langzeitreisende in Endemiegebieten bzw. Reisende mit wiederholten Aufenthalten in solchen Gebieten. Die deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin geht dabei sogar noch weiter und empfiehlt neben der Impfung bei Besuch von Ausbruchsgebieten auch die Erwägung der Impfung bei allen Reisen in potenzielle Endemiegebiete.

Quellen:

- Disease Outbreak News der WHO (Chikungunya virus disease- Global situation, 03.10.2025) <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON581>
- Bartholomeeusen et al., Chikungunya fever, Nature Reviews Disease Primers, 2023, 9:17, <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00429-2> (umfassender Review Artikel zum Chikungunya-Fieber)
- Santiago et al., Clinical manifestations associated with the chronic phase of Chikungunya fever: a systematic review, PLOS Neglected Tropical Diseases, 2025 <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.001281>.

Diese systematische Übersichtsarbeit umfasst Kohortenstudien zur Symptomatik bei Patienten mit chronischen Beschwerden bei Chikungunya-Fieber. Gelenkbeschwerden, Steifigkeit und Müdigkeit können dabei über Monate bis Jahre vorhanden sein. Es besteht dabei eine erhebliche Krankheitslast.

- Rama et al., Clinical outcomes of chikungunya: A systematic literature review and meta-analysis, PLOS Neglected Tropical Diseases, 2024, <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0012254>.

Meta-Analyse zur klinischen Symptomatik von Chikungunya-Fieber. Auftreten von Arthralgie (90 %) und Fieber (88 %) in der akuten Phase, Risiko für Chronifizierung bei 44 % und Mortalität bei 0,3 %. Es bestand eine große Heterogenität zwischen Subpopulationen und leider auch noch häufig fehlende Daten zu den verschiedenen klinischen Verläufen. Es besteht Bedarf an besseren Surveillance- und Versorgungsdaten.

- Weber et al., Chikungunya Virus Vaccines: A Review of IXCHIQ and PXVX0317 from Pre-Clinical Evaluation to Licensure, BioDrugs, 2024, <https://doi.org/10.1007/s40259-024-00677-y>. Umfassender Review zu Lebend- und Totimpfstoff gegen Chikungunya-Fieber.

Fokus Impfung gegen Respiratory Syncytial-Virus (RSV) bei Erwachsenen (PD Dr. M. Alberer)

Bei RSV handelt es sich umhülltes, einzelsträngiges RNA-Virus aus der Familie der Pneumoviridae. Man unterscheidet dabei zwei Subtypen, A und B. Für die Infektion der Zellen durch das Virus sind vor allem das G- und das prä-Fusion-F-Protein von besonderer Bedeutung. Moderne Impfstoffe und auch monoklonaler Antikörper richten sich dabei gegen das F-Protein. Die Übertragung des Virus erfolgt vor allem durch Tröpfchen und Aerosole sowie durch kontaminierte Hände und Oberflächen. Es kommt bei diesem Virus häufig zu Reinfektionen. Bedrohliche Verläufe werden dabei insbesondere im Säuglingsalter, mit dem Auftreten von Bronchiolitis und Pneumonien, sowie bei älteren Personen oder Menschen mit Grunderkrankungen berichtet.

Die Infektionen treten in Deutschland typischerweise von November/Dezember bis März/April auf. Ausnahmen waren die früh auftretende RSV-Saison im Jahr 2021 (KW 35-50) sowie eine frühe Saison 2022/23 (KW 41-03), die durch die COVID-19-Maßnahmen bedingt waren. Seit dem Juli 2023 sind Labor-bestätigte RSV-Nachweise bundesweit meldepflichtig. Für die letzte Saison (2024/25) wurden 67.892 RSV-Infektionen gemeldet. Dies war ein Anstieg um 17 % gegenüber der Vorsaison. Zur Spitze des Infektionsgeschehens kam es dabei zu ungefähr 5700 Fällen pro Woche. Die höchsten Inzidenzen waren dabei bei den 0-4-Jährigen und den Personen ab 80 Jahren zu beobachten. Es wurden eine Hospitalisierungsrate von 26% und eine Gesamtmortalitätsrate von 0,6 % berichtet. Ausbrüche kamen dabei vor allem in Kitas und Horten sowie in Pflegeheimen vor.

Seit August 2024 empfiehlt die STIKO die Impfung gegen RSV als Standardimpfung für alle Personen ab 75 Jahre. Zudem wird die Impfung für Personen ab 60 Jahren mit schweren Grunderkrankungen oder mit Unterbringung in Pflegeeinrichtungen empfohlen. Es sind zwei proteinbasierte Impfstoffe sowie ein mRNA-Impfstoff für Personen ab 60 Jahre zugelassen. Es gibt bislang noch keine Aussage zur Notwendigkeit einer Wiederholungsimpfung. Die Impfung sollte dabei vor Beginn der RSV-Saison, das heißt idealerweise im Spätsommer oder Herbst, erfolgen. Dies soll dazu führen, die Krankheitslast und auch Mortalität, insbesondere in den Risikopopulationen der älteren Personen mit Immunseneszenz und bei Personen mit Grunderkrankungen, zu reduzieren.

Quellen:

- https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/RSV/FAQ_Liste_RSV.html?utm_source=chatgpt.com, last accessed 10.11.2025
- Mao L, Lehfeld AS, Cai W, Diercke M, Schilling J: Saisonrückblick -/zu COVID-, Influenza und RSV-Infektionen auf Grundlage der IfSG-Melddaten –Ausbruchsgeschehen, Hospitalisierungen und Todesfälle im Fokus, Epid Bull 2025;41:3-14

Weltseuchenlage – Exzerpte aus dem Vortrag zum 41. Symposium „Impfen, Reisen und Gesundheit“ am 17. und 18. Oktober 2025 in München (PD Dr. M. Alberer)

Dengue:

Eine der reisemedizinisch wichtigsten Infektionserkrankungen, die zudem impfpräventable ist, ist die Infektion durch das Dengue-Virus. Seit 2021 ist nach Angaben der WHO die Zahl der Dengue Fälle weltweit kontinuierlich steigend. Für das Rekordjahr 2024 wurden mehr als 14 Millionen Fälle weltweit angegeben. Auch für das Jahr 2025 gibt die WHO ein hohes Niveau an Fallzahlen an. Aktuell werden dabei weltweit über 4 Millionen Fälle aufgeführt. Die Situation wird dadurch kompliziert, dass die unterschiedlichen Serotypen des Dengue-Virus weltweit in vielen Regionen simultan zirkulieren. Insbesondere für Lateinamerika wurde eine simultane Zirkulation von allen vier Dengue- Serotypen in mehreren Ländern, unter anderem Brasilien, Costa Rica, Mexiko, Panama, El Salvador, gemeldet. In letzter Zeit kam es dabei in Lateinamerika zu einem Anstieg der Fälle durch den Dengue-Serotyp 3. Dieser wird leider von dem aktuell verfügbaren Impfstoff gegen Dengue-Fieber nicht gut erfasst, so dass die Pan American Health Organization (PAHO) Aktivitäten in Gang gesetzt hat, um mögliche Risiken eines antibody dependent immune enhancement (ADE) bei Geimpften frühzeitig erkennen zu können. Erfreulicherweise hat sich dies allerdings bislang nicht gezeigt. Neben einem guten Mückenschutz ist daher die Impfung gegen Dengue die einzige Möglichkeit, vor dieser Infektionserkrankung zu schützen. Im Rahmen der weltweiten Krankheitsaktivität bezüglich Dengue kommt es aber auch immer wieder zu Einschleppung des Virus in die europäische Union und dem Auftreten von autochthonen (d.h. vor Ort erworbenen) Dengue-Fällen in Europa. Da mit *Aedes albopictus* ein kompetenter Vektor im gesamten Mittelmeerraum und auch in vielen Regionen des übrigen Europas vorhanden ist, ist es nicht verwunderlich, dass auch dieses Jahr wieder autochthone Dengue-Fälle in Europa berichtet werden. Stand 8. Oktober 2025 waren Dengue-Fälle aus drei europäischen Ländern, Frankreich, Italien und Portugal gemeldet worden. Dabei waren in Frankreich 28 Fälle aufgetreten, in Italien vier und in Portugal zwei. Auch in der Zukunft ist mit einem weiteren Auftreten von solchen Dengue-Fällen in Europa zu rechnen. Es ist daher umso wichtiger, dass erkrankte Reisende nach ihrer Rückkehr bei Verdacht auf Dengue oder auch Chikungunya auf einen umfassenden Mückenschutz auch im Heimatland achten, damit es zu keiner Übertragung auf die dort vorhandenen Mückenpopulationen und weiteren Ausbrüchen kommen kann.

Gelbfieber Südamerika:

Auch beim Gelbfieber kam es dieses Jahr in Südamerika zu einem relevanten Anstieg der menschlichen Fälle im Vergleich zu 2024. Bis zum 25. Mai 2025 wurden insgesamt 235 bestätigte menschliche Fälle in Südamerika gemeldet. Dabei kam es leider auch zu 96 Todesfällen, die case fatality rate betrug 41 %. Es waren dabei fünf Länder in besonderem Maße betroffen, nämlich Bolivien, Brasilien, Kolumbien, Ecuador und Peru. Dies führte dazu, dass die Pan American Health Organization eine epidemiologische Warnung ausrief und im Rahmen der vermehrten Fälle wurden die für die Impfung relevanten Gelbfiebersrisikoregionen in den betroffenen Gebieten ausgeweitet (s. aktuelle Karte des CDC unter <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/level2/yellow-fever-south-america>). Aufgrund des zoonotischen Reservoirs für das Gelbfiebertvirus und der sich ändernden menschlichen Aktivität in den betroffenen Regionen kann es immer wieder zur Veränderung der Fallsituation und Ausweitung der Risikoregionen

für eine Gelbfieberimpfung kommen (siehe auch letzter großer Gelbfieber-Ausbruch in Brasilien).

Quellen:

- <https://www.paho.org/en/news/10-2-2025-paho-warns-increased-risk-dengue-outbreaks-due-circulation-denv-3-america>, last accessed 26.10.2025
- <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue/surveillance-and-updates/seasonal-surveillance-dengue-eueea-weekly>, last accessed 12.10.2025

Mehrfache Nachweise von Vaccine-derived poliovirus Typ 2 in Europa – ist die Polio zurück? (PD Dr. M. Alberer)

Bei der Poliomyelitis (Polio) handelt es sich um eine extrem ansteckende, virale, aber impfpräventable Erkrankung, die durch Polioviren hervorgerufen wird. Das Virus wird dabei hauptsächlich durch fäkal-orale und oro-orale Kontakte übertragen. Das Perfide an dieser Erkrankung ist, dass die Viren auch unbemerkt über internationale Reisetätigkeiten in verschiedene Regionen der Welt verschleppt werden und dort erneut zu Ausbrüchen von Poliomyelitis führen können, obwohl es in diesen Regionen vielleicht seit vielen Jahrzehnten keine Zirkulation von Polioviren mehr gab. Dabei entwickelt nur ein Bruchteil der Infizierten tatsächliche Symptome. Das Gefährliche bei dieser Erkrankung ist dabei die Infektion des zentralen Nervensystems und das Auftreten von akuten schlaffen Lähmungen. Dabei kommt es aber nur in weniger als einem Prozent der Infektionen zu irreversiblen Lähmungen. In Europa war der letzte Fall einer Infektion mit einem Wildtyp des Poliovirus im Jahr 1998 aufgetreten. Dementsprechend wurde die Europäische Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO Europa) im Jahr 2002 für poliofrei erklärt. Die schweren Folgen der Polioerkrankung, zum Beispiel die Notwendigkeit einer dauernden Beatmung in der „Eisernen Lunge“, kennen die meisten Menschen dabei nur aus Filmen oder historischen Darstellungen. Für viele ist daher der Schrecken dieser Erkrankung nicht mehr greifbar. In vielen Ländern der Welt werden auch heute noch orale Polio-Lebendimpfstoffe (OPV) zur Prävention der Polio verwendet. Diese Impfpolio-Stämme können bei unzureichender Immunitätslage in der Bevölkerung über längere Zeit zirkulieren und durch Mutationen wieder ihre Pathogenität und Neurovirulenz zurückerhalten. Es kommt dann zur Entstehung von Vaccine-derived poliovirus (VDPV).

Im Rahmen von Untersuchungen des Abwassers an unterschiedlichen Stellen in Europa wurde seit September 2004 erstmalig Vaccine-derived poliovirus Typ 2 nachgewiesen. Die ersten Detektionen erfolgten dabei in Barcelona (Spanien) und in Warschau (Polen). In der darauffolgenden Zeit waren weitere Abwasserproben an verschiedenen Stellen in Deutschland sowie im Vereinigten Königreich und in Finnland positiv gewesen. Erfreulicherweise wurden bislang keine klinischen Fälle in der Europäischen Union und im Vereinigten Königreich berichtet [1]. Auch in Deutschland konnte Vaccine-derived poliovirus Typ 2 mehrmals nachgewiesen werden. Die ersten Detektionen wurden für die KW 44/2024 in München, Dresden, Hamburg, Köln, Bonn, Düsseldorf und Mainz berichtet. Weitere positive Proben zeigten sich in Berlin (KW 45) und Stuttgart (KW 48/49). Dabei kam es auch zu vermehrten Nachweisen bis zur KW 51/2024 an manchen Standorten [2].

Erfreulicherweise wurde 2025 Vaccine-derived poliovirus Typ 2 in Deutschland nur noch einzeln nachgewiesen (KW 3 in Düsseldorf, KW 13 in Hamburg). Zudem haben sich bislang keine klinisch manifesten Fälle von Poliomyelitis in Deutschland gezeigt. Das RKI geht daher von einer entschärften Lage aus, rät aber weiterhin zu besonderer Wachsamkeit. Dabei sollten Ärztinnen und Ärzte auch unabhängig von einer Reiseanamnese an die Differenzialdiagnose Poliomyelitis denken und bei Verdacht unverzüglich Kontakt zum entsprechenden Nationalen Referenzzentrum am RKI aufnehmen. Dabei ist bereits der Verdacht auf Poliomyelitis nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes sofort an das zuständige Gesundheitsamt zu melden (innerhalb von 24 h). Insbesondere soll zur Prävention auf einen vollständigen Impfstatus der Patienten und Patienten bezüglich der Polioimpfung geachtet werden und Impfücken sind schnellstmöglich zu schließen [3].

Bezüglich des Ursprungs des Virus hatten Sequenzanalysen gezeigt, dass die in Europa gefundenen Stämme untereinander verwandt und auf die NIE-ZAS-1-Linie zurückzuführen sind.

Diese Linie wurde erstmals 2020 in Nigeria detektiert und es kam in den darauffolgenden Jahren zu einer Zirkulation in mehreren afrikanischen Ländern. Die in Europa detektierten Viren scheinen dabei zu einem eigenen Cluster zu gehören, und es konnte mittels genetischer Analyse gezeigt werden, dass das Virus mindestens ein Jahr unentdeckt zirkuliert hat [2].

Ob aktuell eine Zirkulation des Virus in Deutschland und Europa stattfindet, ist bislang ungeklärt und Gegenstand weitergehende Forschung. Das European Center of Disease Control (ECDC) spricht von einer „potentiellen Zirkulation“ [4]. Auch dieses weist darauf hin, dass Impflocken baldmöglichst zu schließen sind. Von Seiten des RKIs werden multiple parallele Importe aus bislang nicht identifizierten Ländern als wahrscheinliche Quelle des Virus gesehen. Aber auch hier kann eine lokale, zeitlich begrenzte Transmission nicht ausgeschlossen werden. Daher gilt es weiter wachsam zu sein und die aktuelle Situation weiter zu verfolgen sowie im Sinne der Patientinnen und Patienten auf einen umfassenden Polioschutz zu achten. Dabei gilt als vollständige Immunisierung eine vollständige Grundimmunisierung (wichtig: Mindestabstand von 6 Monaten zwischen letzter und vorletzter Impfstoffdosis) im Säuglings- und Kleinkindesalter mit Auffrischungsimpfung im Jugendalter oder später oder eine Grundimmunisierung im Erwachsenenalter mit einer nachfolgenden Auffrischungsimpfung. Weitere routinemäßige Auffrischung (Ausnahme: Reiseindikation, beruflich indizierte Impfungen) werden bislang nicht empfohlen.

Quellen:

- [1] <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/detections-poliovirus-sewage-samples-require-enhanced-vaccination-surveillance>, last accessed 26.10.2025
- [2] <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12373/EB-5-2025-Polio-Online-vorab.pdf?is-Allowed=y&sequence=1> "Epidemiologisches Bulletin 5/2025 - online vorab", last accessed 26.10.2025
- [3] https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12659/EB-16-2025_10-25646-13110.pdf?is-Allowed=y&sequence=1 "Epidemiologisches Bulletin 16/2025", last accessed 26.10.2025
- [4] European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the risk to public health of multiple detections of circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (cVDPV2) in wastewater in the EU/EEA. 30 January 2025. ECDC: Stockholm; 2025.

Erster lokal übertragener Dengue-Fall des Jahres 2025 in Los Angeles gemeldet

Für die Mückensaison 2025 wurde vom **Gesundheitsamt des Bezirks Los Angel** der **erste lokal übertragene Fall von Dengue-Fieber** berichtet. Es handelt sich um eine Person aus dem **San Gabriel Valley**. Diese hatte Ende September Symptome entwickelt, befindet sich aber erfreulicherweise wieder auf dem Weg der Besserung. Es war **keine Reisen in Dengue-Endemiegebiet** erfolgt. Dies spricht für eine **lokale Übertragung**.

Im Jahr 2024 waren im Bezirk bereits **14 lokal übertragene Fälle** gemeldet worden. Dabei handelt es sich um ein ungewöhnliches Ereignis, da das Virus in diese Region bisher nur importiert worden war. Eine **Infektion** mit dem **Dengue-Virus** wird durch den **Stich einer infizierten Aedes-Mücke** übertragen. Lokal vorhandene Mücken können daher das Virus nach dem Kontakt mit einem infizierten Reisenden weitergeben. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist nicht möglich.

Es besteht eine enge Zusammenarbeit des zuständigen Gesundheitsamtes mit dem **San Gabriel Mosquito and Vector Control District (SGVMVCD)**. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit werden Überwachungsmaßnahmen durchgeführt und Brutstätten beseitigt. Ärztinnen und Ärzte in der betroffenen Region werden aufgefordert, bei Patienten mit **akuten Fiebererkrankungen** an Dengue zu denken und solche Verdachtsfälle zu melden.

Quelle: <https://outbreaknewstoday.substack.com/p/los-angeles-reports-first-case-of>, last accessed 27.10.2025

Erster lokal übertragenen Chikungunya-Fall in New York gemeldet

Das Gesundheitsministerium des Bundesstaates New York hat am **14. Oktober 2025** den **ersten lokal übertragenen Fall von Chikungunya** in diesem Bundesstaat bestätigt. Der Fall trat in **Nassau County auf Long Island** auf und wurde mittels Labortestung durch das **Wadsworth Center** identifiziert. Es handelt sich um den **ersten Nachweis einer lokalen Übertragung** in den USA seit dem Jahr 2019.

Die betroffene Person wurde nach den bisherigen Erkenntnissen **durch eine infizierte Mücke** angesteckt. In Teilen des südlichen New York ist die **Asiatische Tigermücke (Aedes albopictus)**, Hauptüberträger des Virus, verbreitet. Autochthone Übertragungen können auftreten, wenn sich eine Mücke bei einem **betroffenen Reisenden** infiziert und anschließend die Erkrankung per Stich auf andere Person überträgt. Wie bei Dengue ist auch hier eine **direkte Mensch-zu-Mensch-Übertragung** nicht möglich.

Vom Gesundheitsbeauftragten des Bundesstaates, Dr. **James McDonald**, wurde betont, dass aufgrund verringerten Mückenaktivität bei den vorherrschenden **kühleren Nachttemperaturen** das **aktuelle Risiko für weitere Übertragungen gering** sei. Die Bevölkerung sollte dennoch **Vorsichtsmaßnahmen** gegen Mückenstiche treffen.

Bei **Chikungunya** handelt es sich um eine **durch Mücken übertragene Virusinfektion**. Diese kommt in tropischen und subtropischen Regionen vor. Die Symptome umfassen z.B. **Fieber, Gelenk- und Muskelschmerzen**, Kopfschmerzen und Hautausschläge. Insbesondere bei **Neugeborenen, älteren Menschen und chronisch Kranken** können schwere Verläufe auftreten, im Allgemeinen ist die Erkrankung aber selten tödlich. Problematisch sind aber andauernde, sehr einschränkende Gelenkschmerzen, die bei einem Teil der Patienten auftreten.

Bislang wurden in New York im Jahr 2025 **drei weitere Fälle** gemeldet, diese waren alle **reisebedingt**. Bisher konnte bei den routinemäßig durchgeführten **Mückentests** des **Wadsworth Centers** und des **New York City Department of Health** kein **Chikungunya-Virus** in Mücken nachgewiesen werden.

Quelle: https://www.health.ny.gov/press/releases/2025/2025-10-14_chikungunya, last accessed 27.10.2025

Aus Amsterdam wird erster lokal übertragener Fall von Mpox-Klade Ib in den Niederlanden gemeldet

Bei einem männlichen Patienten wurde im Amsterdam Universitair Medische Centra (UMC) am 17. Oktober ein Fall von lokal übertragener Mpox-Infektion der **Klade Ib** berichtet. Der Patient hatte sich durch einen homosexuellen Kontakt in Amsterdam infiziert. Es wurde keine Reiseaktivitäten außerhalb der Niederlande von dem Patienten angegeben. Dies deutet auf den **ersten bekannten Fall einer lokalen Übertragung** der Klade Ib in den Niederlanden hin.

Die Mpox-Klade Ib wird als **infektiöser** und **potenziell krankheitsverursachender** als die Klade II eingeschätzt und ist in **Zentralafrika endemisch**. Durch die Klade II war ein großer globaler Ausbruch im Jahr 2022 verursacht worden. Bisher waren Infektionen mit Klade Ib, die außerhalb Afrikas nachgewiesen wurden, immer mit Reisen oder Kontakten in endemische Regionen in Verbindung gebracht worden.

Das nun bestätigte Auftreten einer lokalen Übertragung in den Niederlanden ist besonders besorgniserregend, da in der vorherigen Woche bereits ähnliche Fälle aus **Madrid (Spanien)** und **Kalifornien (USA)** gemeldet wurden. Auch bei diesen war es zu einer **lokalen Weiterverbreitung** des Virus gekommen.

Daher könnte dies möglicherweise auf eine **breitere und bislang unerkannte Ausbreitung innerhalb sexueller Netzwerke** hindeuten. Dies wäre vergleichbar mit dem Ablauf während des weltweiten Mpox-Ausbruchs der Klade II im Jahr 2022.

Es erfolgen nun **epidemiologische Untersuchungen** zu dem Fall durch die Gesundheitsbehörden in den Niederlanden.

Quelle:

<https://alloutbreak.wordpress.com/wp-content/uploads/2025/10/mpox-amsterdam-umc-1.pdf>,
last accessed 27.10.2025

Aus Tschechien werden Rekordzahlen bei Lyme-Borreliose berichtet

In Tschechien wurden **7.994 Fälle von Lyme-Borreliose** bis Ende September 2025 gemeldet. Es handelt sich damit um die **höchste Zahl seit Beginn der nationalen Überwachung im Jahr 1986**. Bisher lag der Rekord bei 6.302 Fällen, die im Jahr 1995 gemeldet wurden. Die üblichen jährlichen Fallzahlen in den letzten zwei Jahrzehnten lagen bei **3.000 bis 5.000 Fällen**.

Durch Fachleute wird gewarnt, dass es zu einer Zunahme der **durch Zecken übertragenen Krankheiten um mehr als ein Drittel** im Herbst kommen könnte, da **Zecken bis 5 °C aktiv bleiben**. Hauptinfektionsquellen sind insbesondere **Freizeitaktivitäten im Freien** wie Pilze sammeln und Waldbesuche.

Unbehandelt kann die **Lyme-Borreliose**, die durch *Borrelia burgdorferi* verursacht wird, zu **neurologischen und rheumatologischen Komplikationen** wie Meningitis, Fazialisparesen oder Arthritis führen. Im selben Zeitraum wurden **fast 600 Fälle von Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)** gemeldet. Eine **FSME-Impfung** ist möglich, für die Lyme-Borreliose existiert leider bislang **kein Impfstoff**.

Der starke Anstieg der Fallzahlen ist wahrscheinlich durch eine **verstärkte Zeckenaktivität** bedingt, z.B. durch ein milderes Wetter, und deutet auf einen **vermehrten Kontakt zwischen Mensch und Vektor** hin. Die gleichzeitige Zunahme der FSME-Fälle besteht **trotz Möglichkeit zur Impfung**.

Eine kontinuierliche **Überwachung der auftretenden Fälle** im Zusammenhang mit den **klimatischen Daten** ist notwendig, um festzustellen, ob es sich bei diesen **außergewöhnlichen Zahlen** um ein **vorübergehendes Phänomen** oder eine **andauernde Veränderung der Epidemiologie** handelt.

Quelle: <https://beaconbio.org/en/report/?reportid=68b6791f-3cd3-4c63-b3fd-fd820d68d6ac&eventid=f4de9972-af99-4517-ad23-7bf2db9e6ad6>, last accessed 27.10.2025

Seit Jahresbeginn über 1.500 Fälle Cholera in Burundi aus verschiedenen Provinzen gemeldet

In Burundi wurden seit Januar 2025 **1.572 Cholera-Fälle** und **sechs Todesfälle** gemeldet (Fallsterblichkeitsrate: 0,38 %). In den letzten vier Wochen (Stand: 13. Oktober 2025) stiegen nach Angaben des **Africa CDC** die Neuinfektionen um **30 %**. Dies weist auf eine fortbestehende Übertragung innerhalb der Bevölkerung hin. Seit Dezember 2022 wurden insgesamt **3.788 Fälle in 14 von 18 Provinzen** gemeldet, es kam dabei leider auch zu **18 Todesfälle** (CFR: 0,48 %).

Der wichtigste **Hotspot** ist weiterhin der **Bezirk Cibitoke**, die westlich von Bujumbura, der größten Stadt von Burundi, gelegen ist. Hier sind viele Bewohner bei fehlender Infrastruktur auf **kontaminiertes Flusswasser** für den täglichen Verbrauch angewiesen. Insgesamt machen **Frauen 53 %** und **Kinder unter fünf Jahren 17 %** der Fälle aus. Dies betont nochmals die Gefährdung von Betreuungspersonen und kleinen Kindern durch Kontakt mit kontaminiertem Wasser.

Zwar besteht ein **12%igen Rückgang** der Fälle im Vergleich zum Vorjahr, die **Sterblichkeit ist allerdings um 25 % gestiegen**. Dies deutet auf einen **unzureichenden Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten und medizinischer Versorgung** hin. Es besteht zudem eine relevante Belastung der Gesundheitseinrichtungen, v.a. in Cibitoke, obwohl Behandlungszentren ihre Bettenzahlen vergrößert haben.

Da die Fälle eine **weit verbreitete geografische Ausdehnung** zeigen, ist dies ein Hinweis auf eine **ausgedehnte Kontamination der Umwelt mit den verantwortlichen Keimen**. Weiterhin bestehen strukturelle Probleme: Abhängigkeit von **verschmutztem Oberflächenwasser**, eine **veraltete Infrastruktur** und **Wasserknappheit** führen zu einer **weiterbestehenden Ausbreitung**.

Es besteht daher die Notwendigkeit einer **nachhaltigen Eindämmungsstrategie**. Wichtig sind hierbei der **Ausbau der Überwachung** und Investitionen in **Wasser- und Sanitärinfrastruktur** sowie der **Zugang zu Rehydrationsbehandlungen**.

Quelle: <https://beaconbio.org/en/report/?reportid=d49aca3e-e1c1-43e4-a6ea-206a820aa771&eventid=a66945b7-cfb2-494b-9abe-33ce458d8a52&page=3>, last accessed 27.10.2025

Costa Rica meldet ersten Gelbfieberfall seit 1956 bei einer Reisenden aus Peru

Die costa-ricanischen Gesundheitsbehörden bestätigten am **12. Oktober 2025** einen **importierten Gelbfieberfall** bei einer **29-jährigen US-Amerikanerin**. Diese war zuvor in die **Amazonasregion Perus** gereist, ein Gelbfieberendemiegebiet. Die Patientin hatte am 7. Oktober Symptome entwickelt und war einen Tag später **ohne Impfnachweis** nach Costa Rica eingereist. Der Nachweis der Gelbfieberinfektion erfolgte durch das **Costa Rican Institute for Research and Teaching in Nutrition and Health (INCIENSA)**.

Zum Zeitpunkt des Berichts wurde die Patientin auf der Intensivstation in einem Krankenhaus der **Costa Rican Social Security (CCSS)** behandelt und befand sich in einem **stabilen Zustand**. Ihr geimpfter Reisebegleiter wurde **negativ getestet**. Es wurden bislang **keine weiteren Fälle oder Todesfälle** gemeldet. Die **Überwachung in der Nördlichen Zone**, insbesondere in **La Fortuna de San Carlos**, wurde durch die Behörden verstärkt.

Der Fall gilt als **reisebedingt**. Es liegen keine Hinweise auf eine **lokale Übertragung** vor. Costa Rica ist seit **1956 frei von Gelbfieber**. Allerdings sind **Aedes aegypti-Mücken** im Land weit verbreitet, da die **klimatischen Bedingungen** für den Vektor **günstig** sind.

Durch das Gesundheitsministerium und die CCSS wurden eine **aktive Fallfindung und Kontaktverfolgung** eingeleitet. Es wurden die **Impfvorschriften für Reisende** aus Endemiegebieten nochmals bekräftigt und Informationen zu **Präventionsmaßnahmen, wie zur Vektorkontrolle und Impfung**, ausgegeben. Laut CCSS sind die Krankenhäuser ausreichend ausgestattet, um mögliche Fälle zu behandeln.

Der Vorfall unterstreicht die **Bedeutung einer konsequenten Einhaltung der internationalen Impfanforderungen**. Bei unzureichender Impfung besteht weiterhin das Risiko einer Einschleppung der Erkrankung nach Costa Rica, da aus Ländern wie **Peru, Brasilien und Bolivien** weiterhin Gelbfieberfälle gemeldet werden.

Um ein erneutes Auftreten von Gelbfieber zu verhindern, will Costa Rica die **Überwachung bezüglich febriler Erkrankungen bei Reisenden und Staatsbürgern** weiter stärken. Zudem sollen die **Vektorüberwachung und -kontrolle, Aufklärung bezüglich Mückenschutz und Impfaufklärung** weiter verbessert werden.

Quelle: <https://beaconbio.org/en/report/?reportid=dbd77f8a-26fc-408f-869a-1d8d9f9d0c38&eventid=e01a8189-f8a2-4c06-9e82-97aae93e631d>, last accessed 27.10.2025

Bulape: Letzter Ebola-Patient in der DR Kongo entlassen

Im **Gesundheitsbezirk Bulape der Provinz Kasai** in der **Demokratischen Republik Kongo** war es seit dem **4. September 2025** zu einem **Ebola Ausbruch** gekommen. Im Rahmen dieses Ausbruchs waren **insgesamt 64 Fälle** registriert worden. **53 Fälle** konnten **bestätigt** werden und elf wurden als wahrscheinliche Fälle eingestuft. Insgesamt konnten sich **19 Menschen** von dieser schwerwiegenden Krankheit erholen. Zur Eindämmung des Ausbruchs und zur Behandlung der Patienten wurde innerhalb eines kurzen Zeitraums ein **32-Betten-Ebola-Behandlungszentrum**, ausgestattet mit einem **Intensivmodul für Infektionskrankheiten (IIDTM)**, errichtet. Zudem wurden in Bulape über **35.000 Menschen gegen Ebola geimpft**. Die Bekämpfung des Ausbruchs wurde dadurch erschwert, dass er sich in einer abgelegenen und schwer zugänglichen Region abspielte. Trotzdem erfolgte eine **rasche Reaktion** und die WHO konnte **multidisziplinäre Teams** in die betroffene Region schicken, um dort in Zusammenarbeit mit den lokalen Fachkräften Überwachung, klinische Versorgung, Infektionsschutz, Logistik und die notwendige Aufklärungsarbeit zu verstärken. Am **19. Oktober** konnte nun der **letzte Ebola-Patient aus dem Krankenhaus entlassen** werden. Im Anschluss an diese Entlassung beginnt ein **42-tägiger Beobachtungszeitraum**. Kommt es im Rahmen dieses Zeitraums zu keinen erneuten Infektionen, kann der Ausbruch als offiziell beendet erklärt werden. Trotzdem werden die WHO und ihre Partnerorganisationen weiterhin die lokale Situation genau monitorieren und die kongolesische Regierung unterstützen, damit diese rasch auf neue Fälle reagieren kann. **Frühestens Anfang Dezember 2025** könnte dieser Ausbruch dann **offiziell für beendet** erklärt werden.

Quelle:

<https://www.afro.who.int/news/last-ebola-patient-democratic-republic-congo-discharged>, last accessed 27.10.2025

Nepal meldet höchsten Anstieg der Japanischen Enzephalitis seit Jahren

In **Nepal** wurden seit dem Sommer 2025 **133 Fälle von Japanischer Enzephalitis (JE)** gemeldet, darunter leider auch **31 Todesfälle**. Nach Aussage des Gesundheitsministeriums war dies die **höchste Zahl seit mehreren Jahren**. Zum Vergleich die Fallzahlen der letzten Jahre: 2024 wurden **86 Fälle**, 2023 **105** und 2022 **79 Fälle** gemeldet.

Ausgedehnten Monsunregenfällen und einer **verstärkten Mückenaktivität** zwischen Juni und Oktober sowie **Impflücken in der Bevölkerung** sind wahrscheinlich die Ursachen des starken Anstiegs. Insbesondere **nicht geimpfte Landarbeiter über 40 Jahre** (74 % der Fälle) waren betroffen, also Personen, die in der Nähe von **Reisfeldern und Viehzuchtbetrieben** leben. Dabei handelt es sich um typische Brutstätten der übertragenden **Culex-Mücken bzw. Hot Spots für Infektionen**.

Die **Durchimpfungsrate gegen JE** lag laut der **Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2024 in Nepal bei 94 %**. Allerdings wurden Personen über 15 Jahre bei früheren Impfkampagnen häufig nicht erfasst und sind nun besonders betroffen. Daher deutet das Wiederaufflammen der Infektionen auf bestehende **Immunitätslücken bei Erwachsenen** hin.

Laut Dr. Abhiyan Gautam vom Gesundheitsministerium besteht trotz Notwendigkeit einer **Massenimpfung nicht geschützter Bevölkerungsgruppen** weiter ein **Mangel an verfügbaren Impfstoffen**. Wichtig ist zudem eine verstärkte **Aufklärungsarbeit**, um weitere Todesfälle zu verhindern.

Die **Japanische Enzephalitis** ist eine **Virusinfektion, die durch Mücken übertragen wird**. Sie kommt vor allem in **ländlichen Gebieten Asiens** vor. Das Virus zirkuliert z.B. zwischen **Schweinen, Schafen und Wasservögeln**. Obwohl die meisten Infektionen eher mild verlaufen, kommt es in etwa **einem Drittel der symptomatischen Fälle zum Tod**, und **bei der Hälfte der Überlebenden** treten leider **dauerhafte neurologische Schäden auf**.

Quelle: <https://outbreaknewstoday.substack.com/p/nepal-reports-the-most-japanese-encephalitis>, last accessed 27.10.2025