

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten

Importierte Infektionskrankheiten 2024

In diesem Bericht werden ausgewählte importierte Infektionskrankheiten innerhalb des Surveillance-Systems in Deutschland ausgewertet – dies schließt Infektionskrankheiten von Reiserückkehrenden und durch andere Formen internationaler Mobilität ein. Die Surveillance dieser Erkrankungen in Deutschland trägt zum Verständnis der Epidemiologie von Infektionskrankheiten in unserer vernetzten Welt bei. Neben den Auswirkungen der Infektion auf die betroffenen Individuen kann das Vorkommen von Krankheitshäufungen unter Reiserückkehrenden auch als Sentinel für das Infektionsgeschehen in anderen Ländern dienen. Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, neben der Erfassung von importierten Infektionskrankheiten auch eine potenzielle Übertragung und Ausbreitung der Erkrankungen zu verhindern.

Erklärung zur Datenbasis: Der Bericht basiert auf den Daten der Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), die dem Robert Koch-Institut (RKI) mit Datenstand 1. März 2025 übermittelt wurden. Die Fallzahlen

beziehen sich auf Fälle, die die jeweilige Referenzdefinition des RKI erfüllen. Durch die Meldepflicht werden vorwiegend Erkrankungen erfasst, die in Deutschland diagnostiziert werden. Entsprechend werden im Ausland erworbene Erkrankungen, bei denen sich die Betroffenen nach ihrer Rückkehr in Deutschland nicht mehr in ärztliche Behandlung begeben, in der Regel nicht berücksichtigt. Dies betrifft in erster Linie Erkrankungen mit kurzer Inkubationszeit.

Nach dem deutlichen Rückgang aufgrund der Reisebeschränkungen während der Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie haben sich die Fallzahlen seit 2023 weitgehend wieder dem Niveau von 2019 angenähert (s. Tab. 1).

Im Jahr 2024 wurden keine Fälle von Fleckfieber, Läuserückfallfieber, Pest, Poliomyelitis oder Tollwut übermittelt. Auch Infektionen mit Erregern viraler hämorrhagischer Fieber (VHF) wurden nicht bekannt.

	2020	2021	2022	2023	2024
Malaria ^a	366	605	765	984	933
Denguefieber ^a	202	60	375	952	1.717
Chikungunyavirus-Erkrankung ^a	26	4	16	44	51
Zikavirus-Erkrankung ^a	6	2	10	16	34
Virale hämorrhagische Fieber ^a	0	0	0	0	0
Andere Arbovirosen einschl. West-Nil-Virus-Erkrankung ^b	1	1	5	11	20
Giardiasis ^b	321	179	478	738	881
Hepatitis A ^b	45	75	141	221	280
Typhus abdominalis ^b	26	17	42	72	70
Paratyphus ^b	9	6	22	32	47
Shigellose ^b	46	42	148	525	1.315
Brucellose ^b	9	6	20	18	28
Cholera ^a	0	0	6	9	4
Lepra ^a	0	2	3	3	1
Fleckfieber ^a	0	1	0	0	0
Läuserückfallfieber ^c	0	0	0	0	0
Pest ^c	0	0	0	0	0
Poliomyelitis ^c	0	0	0	0	0
Tollwut ^c	0	0	0	0	0

Tab. 1 | Importierte Infektionskrankheiten, Deutschland 2020 – 2024 (an das RKI gemäß Infektionsschutzgesetz gemeldete bzw. übermittelte Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen)

a Fälle mit Angabe eines ausländischen Infektionslandes oder ohne Angaben zum Infektionsland

b Fälle mit Angabe eines ausländischen Infektionslandes

c alle übermittelten Fälle

Malaria

Meldezahlen

Im Jahr 2024 wurden dem RKI insgesamt 934 Malaria-Erkrankungen übermittelt, die die Falldefinition erfüllten (Labornachweis durch Mikroskopie, Nukleinsäurenachweis oder Antigentest).

Die Fallzahl ist damit gegenüber dem Jahr 2023 (985 Fälle) um 5 % gesunken. Seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 hatte sich die Zahl der gemeldeten Fälle zunächst von Jahr zu Jahr verringert, war dann seit 2006 relativ konstant bis zu einem sprunghaften Anstieg im Jahr 2014 und einem erneuten Einbruch während der COVID-19-Pandemie (s. Abb. 1). Seit 2021 stiegen die Fallzahlen wieder deutlich an und erreichen seit 2023 wieder das präpandemische Niveau.

Im Jahresverlauf 2024 wurden die wenigsten Fälle im April (51 Fälle) und die meisten Fälle in den Sommermonaten August und September mit 128 bzw. 125 Fällen übermittelt.

Erregerspezies

Unter den 684 Fällen mit Angaben zur Erregerspezies (73 % aller Fälle; 2023: 90 %) wurde *Plasmodium (P.) falciparum* mit 584 Fällen (85 %) am häufigsten übermittelt. An zweiter Stelle lag *P. vivax* mit 38 Fällen, gefolgt von *P. malariae* mit 34 Fällen,

P. ovale mit 21 Fällen, Malaria tertiana (*P. vivax* oder *P. ovale* ohne weitere Differenzierung des Erregers) mit 1 Fall. Bei keinem Fall wurde *P. knowlesi* als Erregerspezies übermittelt. Bei 6 Fällen wurde eine Mischinfektion angegeben (s. Tab. 2). Im Vergleich zum Vorjahr veränderten sich die Anteile von Infektionen mit *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* und *P. ovale* nur geringfügig.

Infektionsländer

Der wahrscheinliche Infektionsort (inklusive Angaben wie „Afrika“, „Westafrika“, „Ostafrika“) wurde bei 834 Fällen (89 %; 2023: 79 %) angegeben. Der weitaus größte Anteil der Erkrankten (n=793; 95 %) hatte sich – wie schon in den Vorjahren – in einem afrikanischen Land infiziert (s. Abb. 2). Für 32 Fälle lag der Infektionsort in Asien, für 4 Fälle in Südamerika, für 2 Fälle in Ozeanien und für 1 Fall in Deutschland (s. Tab. 3). Bei 1 Fall wurde jeweils ein möglicher Infektionsort in Afrika und in Asien angegeben.

Für 628 Fälle sind Angaben zu Infektionsort und einer eindeutigen Erregerspezies verfügbar. Demnach waren 90 % (542/602) der Fälle mit Infektionsorten in Afrika mit *P. falciparum* infiziert, während bei importierten Infektionen aus anderen Kontinenten *P. vivax* als Erregerspezies am häufigsten übermittelt wurde.

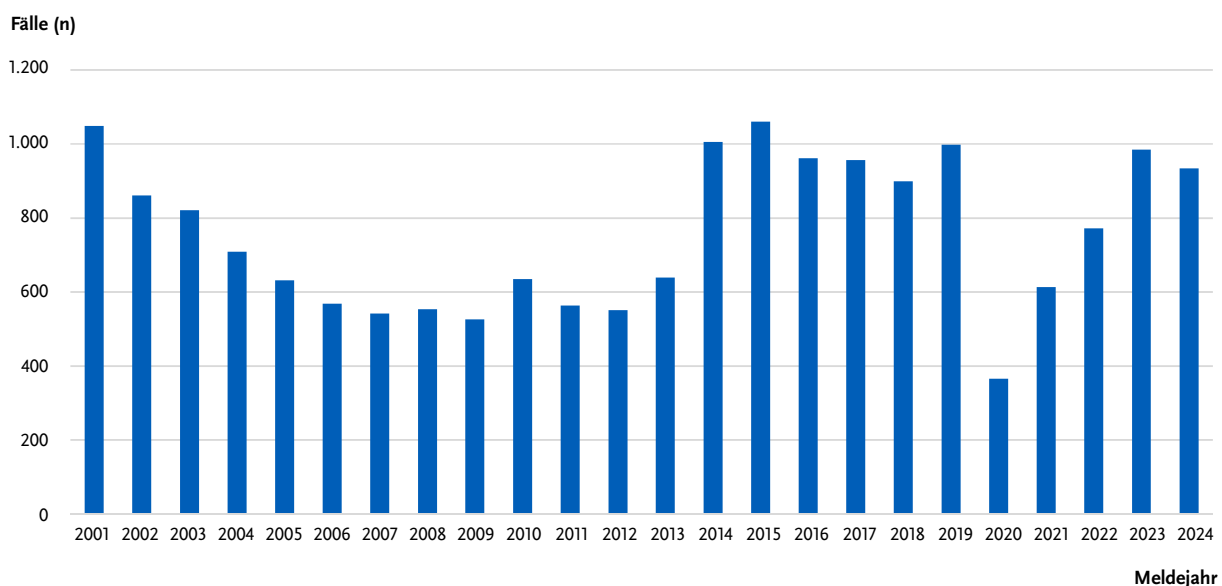


Abb. 1 | Malaria-Erkrankungen in Deutschland nach Meldejahr, 2001–2024, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Erregerspezies	2024		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%
<i>Plasmodium falciparum</i>	584	85,4	748	84,4	642	86,5
<i>Plasmodium vivax</i>	38	5,6	49	5,5	19	2,6
<i>Plasmodium malariae</i>	34	5,0	44	5,0	30	4,0
<i>Plasmodium ovale</i>	21	3,1	25	2,8	29	3,9
Mischinfektion	6	0,9	14	1,6	16	2,2
Malaria tertiana (ohne Differenzierung)	1	0,1	4	0,5	6	0,8
<i>Plasmodium knowlesi</i>	0	0	2	0,2	0	0

Tab. 2 | Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2022 – 2024 nach Erregerspezies, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (684 Fälle mit Angabe)

Infektionsort	<i>P. falciparum</i>	<i>P. vivax</i>	<i>P. malariae</i>	Plasmodium Mischinfektion	Ohne Angabe	Summe
Afghanistan	1	4			4	9
Brasilien		1				1
Indien		4			2	6
Indonesien		1			4	5
Iran		2				2
Kolumbien		2				2
Pakistan	1	4		1	1	7
Papua-Neuguinea		1				1
Peru		1				1
Salomonen					1	1
„mehrere Länder in Asien“		1			1	2
Deutschland			1			1
Summe	2	21	1	1	13	38

Tab. 3 | Erregerspezies der außerhalb Afrikas erworbenen Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2024 (38 Fälle mit Angabe des Infektionsortes und der Erregerspezies), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

In [Tabelle 4](#) sind die am häufigsten genannten Infektionsländer für Fälle von Malaria tropica (Erreger *P. falciparum*) (n=544), Malaria tertiana (Erreger *P. vivax* oder *P. ovale*) (n=54) und Malaria quartana (Erreger *P. malariae*) (n=30) aufgeführt. Die in Deutschland erworbene Malaria quartana betraf einen Säugling, der noch nie ins Ausland gereist war und die Infektion konnatal erworben hatte. Klinische Details und Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der konnatalen Malaria haben Goretzki et al. (2025) in einem [Fallbericht](#) veröffentlicht.

Demografische Verteilung

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung betrug die Inzidenz 1,1 Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und

Einwohner (Einw.). Die Inzidenz bei Jungen und Männern war mit 1,6 Fällen pro 100.000 Einw. mehr als doppelt so hoch wie bei Mädchen und Frauen mit 0,7 Fällen pro 100.000 Einw. Der Altersgipfel der Inzidenz lag bei Männern bei den 30- bis 49-Jährigen und bei Frauen bei den 30- bis 39-Jährigen (s. [Abb. 3](#)). Die seit vielen Jahren bestehende höhere Inzidenz bei Männern ist vermutlich auf ein unterschiedliches Reise- oder Präventionsverhalten zurückzuführen.

Reiseanlässe

Angaben zu den Anlässen einer Auslandsreise wurden bei 717 Fällen (77 % der Fälle; 2023: 67 %) gemacht. Besuch von Freundinnen/Freunden oder Verwandten (*visiting friends and relatives*, VFR) war

Infektionsort	Fälle
Malaria tropica (<i>P. falciparum</i>)	
Kamerun	118
Nigeria	108
Ghana	32
Togo	27
Elfenbeinküste (Côte d'Ivoire)	25
Guinea	21
Tansania	21
Uganda	21
Benin	20
Sierra Leone	19
Kenia	17
Angola	11
Gambia	8
Demokratische Republik Kongo	8
Äthiopien	7
Ruanda	7
Äquatorialguinea	5
Republik Kongo	5
Burkina Faso	4
Senegal	4
Niger	3
Sambia	3
Mali	2
Tschad	2
Zentralafrikanische Republik	2
Afghanistan	1
Burundi	1
Mosambik	1
Pakistan	1
Sudan	1
Südsudan	1
„Afrika“	28
„Ostafrika“	5
„Westafrika“	3
„Zentralafrika“	2
Summe	544

Infektionsort	Fälle
Malaria tertiana (<i>P. vivax</i> oder <i>P. ovale</i>)	
Kamerun	9
Äthiopien	6
Afghanistan	4
Indien	4
Pakistan	4
Nigeria	4
Guinea	3
Iran	2
Kolumbien	2
Sierra Leone	2
Brasilien	1
Dschibuti	1
Indonesien	1
Papua-Neuguinea	1
Peru	1
Tansania	1
Botsuana	1
Gabun	1
Ghana	1
Uganda	1
verschiedene Kontinente (Afrika, Asien)	1
„Afrika“	2
„mehrere Länder in Asien“	1
Summe	54
Malaria quartana (<i>P. malariae</i>)	
Nigeria	8
Kamerun	4
Sierra Leone	3
Uganda	3
Benin	2
Angola	1
Demokratische Republik Kongo	1
Deutschland	1
Kenia	1
Republik Kongo	1
Sudan	1
„Afrika“	4
Summe	30

Tab. 4 | Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2024 nach Erregerspezies und Infektionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

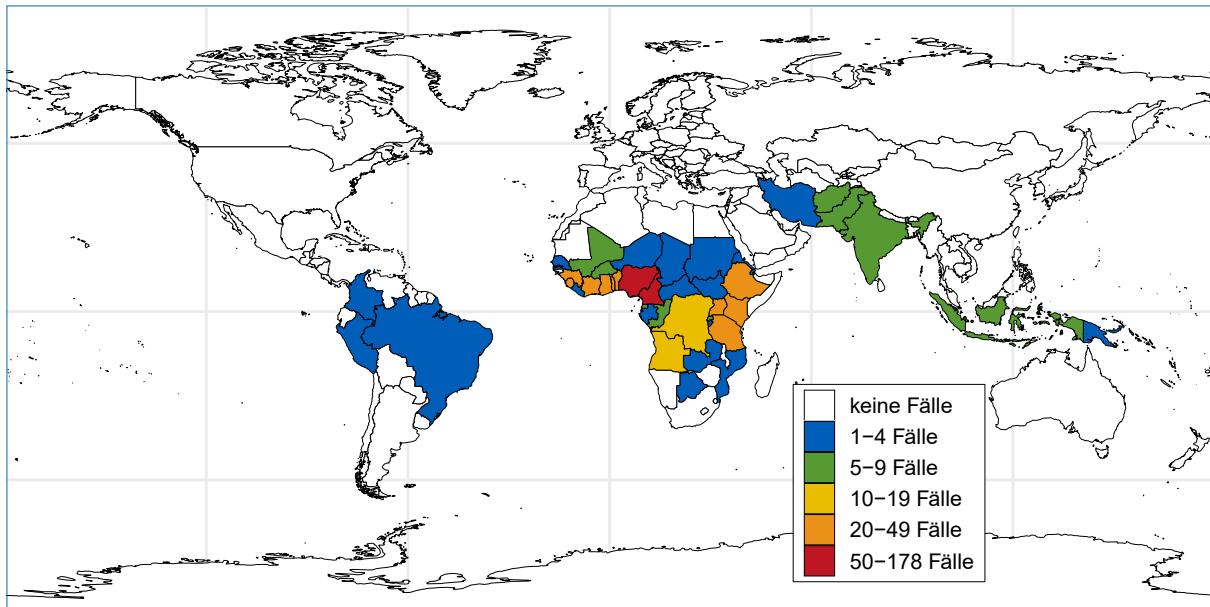


Abb. 2 | Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2024 mit Nennung eines ausländischen Infektionslands, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

der mit Abstand am häufigsten genannte Anlass, gefolgt von Tourismus und Reisen aus beruflichen Gründen (s. Tab. 5).

Chemoprophylaxe

Für 671 Fälle lagen Angaben zur medikamentösen Malaria-Prophylaxe vor. Für 138 Fälle (21 %) wurde

die Einnahme einer Chemoprophylaxe berichtet. Die verwendeten Präparate waren Atovaquon/Proguanil ($n=42$), Doxycyclin ($n=17$), Mefloquin ($n=3$) sowie andere, nicht empfohlene Präparate ($n=7$); bei 69 Fällen fehlten Angaben zum Präparat. Angaben, ob die Chemoprophylaxe regelmäßig und vollständig eingenommen wurde, werden nicht mehr

Erkrankungen/100.000 Einw.

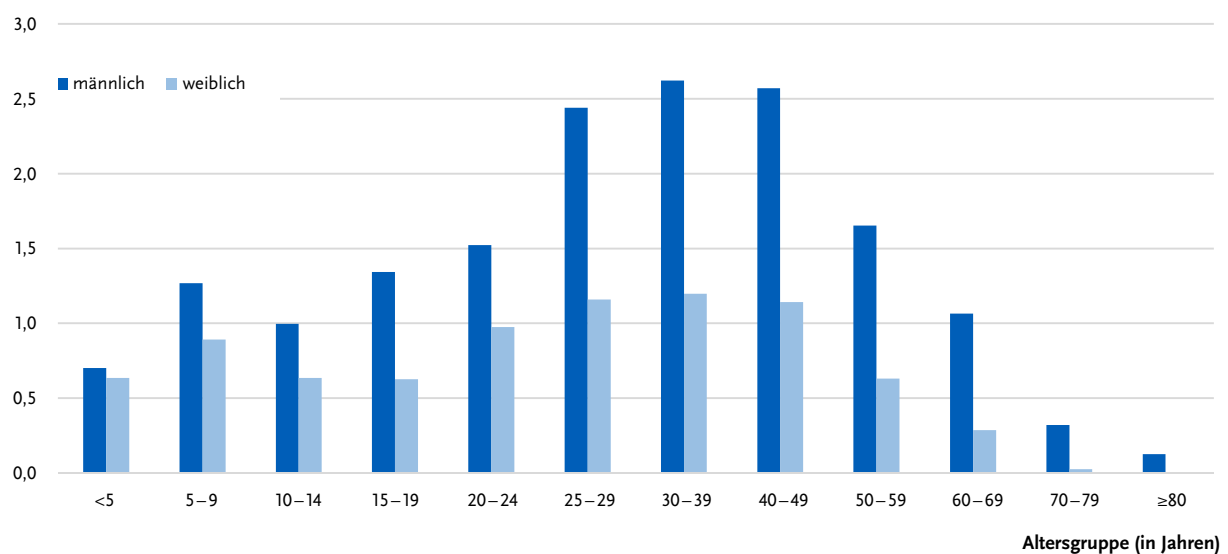


Abb. 3 | Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2024 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Einw.) nach Altersgruppe (in Jahren) und Geschlecht, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Reiseanlass	Anzahl Nennungen	Prozent
Besuch von Freundinnen/Freunden oder Verwandten	453	63
Tourismus	126	18
Kürzliche Migration nach Deutschland aus einem Malaria-Endemiegebiet	48	7
Geschäftsreisen, berufliche Gründe	34	5
Langzeitaufenthalt	25	3
Flugpersonal	10	1
Andere	21	3
Summe	717	100

Tab. 5 | Reiseanlässe der gemeldeten oder übermittelten Malaria-Fälle, Deutschland, 2024 (717 Fälle mit Angaben, Mehrfachnennungen möglich)

erfragt, weil diese Information im Rahmen des Meldewesens vermutlich nicht valide erfasst werden kann.

Todesfälle

Im Jahr 2024 wurden 4 Malaria-Todesfälle gemeldet bzw. übermittelt (2023: 3 Todesfälle). Alle Verstorbenen waren an Malaria tropica (Erreger: *P. falciparum*) erkrankt und hatten sich in Afrika infiziert. Es handelt sich um 3 Männer und 1 Frau im Alter von 41 bis 64 Jahren. Für 3 der Verstorbenen wurde angegeben, dass die Person keine Chemoprophylaxe eingenommen hatte, bei dem vierten Fall fehlten die Angaben.

Datenqualität

Im Juli 2023 wurde die bisherige Pflicht zur nicht-namentlichen Meldung von Malaria-Fällen auf Papiermeldebögen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG direkt an das RKI durch eine namentliche Meldepflicht von Plasmodien-Nachweisen gemäß § 7 Abs. 1 IfSG an das zuständige Gesundheitsamt ersetzt. Aufgrund der geänderten Meldepflicht hat sich die Datenerhebung für Infektionen mit den Erregern der Malaria verändert. Mit Änderung der Meldepflicht hat bislang die Häufigkeit der Angabe eines Infektionsortes bei Malaria-Fällen zugenommen, die Angaben zur Plasmodienspezies sind jedoch unvollständiger geworden, was die Bewertung der Einzelfälle erschwert (Epid Bull 20/23 2025). Mögliche Ansätze zur Erhöhung der Datenqualität werden durch das RKI geprüft.

Malaria in Europa

Die Weltgesundheitsorganisation-(WHO-)Region Europa wurde 2016 als erste der weltweit 6 WHO-Regionen als frei von autochthoner Malaria erklärt. Ein Überblick über das Vorkommen von Malaria in Europa in den letzten Jahrzehnten findet sich im Kapitel Malaria im Epid Bull 39/2016.

Fazit

Die Zahl der gemeldeten bzw. übermittelten Malaria-Fälle ist 2024 gegenüber 2023 um 5 % gesunken und lag mit 934 Fällen wieder auf dem Niveau der Jahre vor Beginn der COVID-19-Pandemie. Ähnlich wie in den Vorjahren wurden die Erkrankungen zu einem hohen Anteil (85 %) durch *P. falciparum* verursacht, die meisten Infektionen (95 %) wurden in einem afrikanischen Land erworben. Die am häufigsten genannten Infektionsländer waren wie im Vorjahr Kamerun und Nigeria, gefolgt von Ghana und Togo.

HINWEIS

Bei Abfragen von Meldedaten für Malaria in SurvStat (www.rki.de/survstat) ist zu beachten, dass die Meldungen gemäß § 7 Abs. 1 und § 7 Abs. 3 in getrennten Datenreihen vorliegen. Wichtige Hinweise zur Abfrage finden sich [hier](#).

Shigellose

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 2.230 Shigellosen übermittelt. Die Zahl der Shigellosen ist im Vergleich zum Vorjahr (1.099 Fälle) um etwa das zwei-

fache gestiegen (s. Abb. 4). Die Inzidenz lag bei 2,6 Erkrankungen pro 100.000 Einw. und war damit 6,5-mal höher als der Median der 5 Vorjahre (0,4). Die starke Zunahme der Shigellose-Fälle im Jahr 2024 könnte, wie auch schon im Vorjahr, mit der Zunahme der Anwendung sogenannter Multiplex-PCR-Panels in der Primärdiagnostik von gastro-intestinalen Infektionen zusammenhängen.

Bei 1.860 Erkrankungen (83 %) lagen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland vor (1.914 Nennungen; Mehrfachnennungen möglich). Ein anderes Land als Deutschland wurde 1.336-mal angegeben (70 %). Unter der Annahme, dass die Infektion im Ausland erworben wurde, wenn ein anderes Land zusätzlich zu Deutschland angegeben wurde, ergaben sich im Jahr 2024 1.315 (59 %) wahrscheinlich im Ausland erworbene Shigellosen (2023: n = 525, 48 %). Die im Jahr 2024 am häufigsten genannten Infektionsländer, abgesehen von Deutschland, waren Ägypten, Indien, Marokko, Spanien und die Türkei (s. Tab. 6). Die importierten Shigellosen zeigten einen saisonalen Verlauf mit höheren Erkrankungszahlen in der zweiten Jahreshälfte, ab Ende August. Ein saisonaler Verlauf war bei den übrigen Shigellosen weniger deutlich.

Im Median waren die Fälle mit importierter Shigellose 39 Jahre alt (Spanne: 0–85 Jahre) und unter-

Infektionsland	Nennungen
Ägypten	391
Indien	78
Marokko	72
Spanien	41
Türkei	40
Tansania	37
Pakistan	37
Indonesien	35
Mexiko	34
Andere	571
Summe (inkl. Deutschland; 578 Nennungen)	1.914

Tab. 6 | Shigellose in Deutschland 2024 – am häufigsten genannte Infektionsländer (außer Deutschland), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (Mehrfachnennungen möglich; 1.860 Erkrankungen, bei denen mindestens ein Infektionsland genannt wurde)

schieden sich damit nicht wesentlich von den Fällen, die sich wahrscheinlich in Deutschland infiziert haben (Median: 40 Jahre; Spanne: 0–99 Jahre). Bei den importierten Fällen waren etwas mehr weibliche als männliche Personen betroffen (704/1.314 mit entsprechenden Angaben, 54 %), während bei den Fällen, die sich wahrscheinlich in Deutschland infiziert haben, mehr männliche Personen betroffen waren (630/915, 69 %). Im Jahr 2024 wurde kein Todesfall aufgrund von Shigellose übermittelt.

Fälle (n)

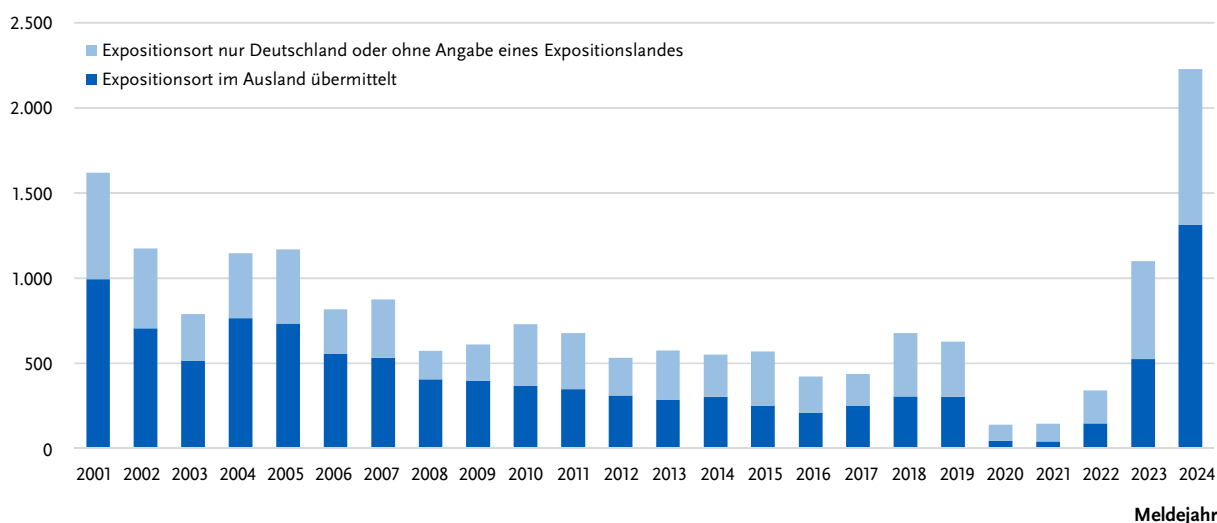


Abb. 4 | Shigellosen in Deutschland 2001–2024 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Bei 294 (22 %) der 1.315 importierten Erkrankungen wurden Angaben zur *Shigella*-Spezies übermittelt. Dieser Anteil war im Jahr 2024 deutlich niedriger als im Vorjahr (2023: 47 %). Bei 757 (58 %) der 1.315 importierten Shigellosen wurde als Erreger *Shigella* sp. ohne eine Speziesangabe übermittelt, bei 264 Erkrankten (20 %) wurde der Erreger als „nicht erhoben“ oder „nicht ermittelbar“ übermittelt.

Bei 57 % der 294 importierten Shigellosen mit Angaben zur Erregerspezies handelte es sich um Infektionen mit *Shigella* (*S.*) *sonnei* (168/294), es folgten *S. flexneri* (17 %), *S. boydii* (5 %) und *S. dysenteriae* (3 %). Bei 18 % (52/294) wurde als Spezies „andere/sonstige“ angegeben. Die Speziesverteilung bei den importierten Fällen war damit ähnlich wie bei Fällen, die sich vermutlich in Deutschland infizierten, mit Ausnahme von *S. flexneri*-Infektionen, deren Anteil bei nicht importierten Shigellosen größer war: *S. sonnei* (59 %), *S. flexneri* (29 %), *S. boydii* (2,5 %), *S. dysenteriae* (1,5 %), andere/sonstige Spezies (8 %). Der Anteil der Shigellosen mit Speziesangabe war mit 35 % bei den nicht importierten Erkrankungen höher als bei den importierten Erkrankungen (22 %).

Hepatitis A

Im Jahr 2024 wurden 1.001 Hepatitis-A-Erkrankungen übermittelt, 142 (17 %) mehr als im Vorjahr (s. Abb. 5). Von den 744 Erkrankungen (74 %) mit Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland wurde für 464 (62 %) Erkrankungen Deutschland als einziges Infektionsland genannt und für 280 (39 %) Erkrankungen wurde mindestens ein Expositions-ort im Ausland angegeben (2023: 221 von 586 Fällen mit Angaben, 38 %). Aufgrund der langen Inkubationszeit (15–50 Tage) ist in einigen dieser Fälle nicht abgrenzbar, ob die Infektion im Ausland oder in Deutschland erworben wurde. Nachfolgend werden alle Hepatitis-A-Erkrankungen berücksichtigt, für die mindestens ein möglicher Infektionsort außerhalb Deutschlands übermittelt wurde.

Die meisten Erkrankungen mit Exposition im Ausland wurden von August bis Oktober und auf geringerem Niveau von April bis Mai und im Dezember übermittelt (s. Abb. 6).

Von den 280 Erkrankungen mit Auslandsaufenthalt lagen die Expositionsorte bei 131 (47 %) Personen in Asien, bei 67 (24 %) in Afrika, bei 64 (23 %) in Europa und bei 14 (5 %) in Amerika. 3 Personen hatten sich auf mehreren Kontinenten aufgehalten und für 1 Person lagen keine Angaben zum Expositionsort vor.

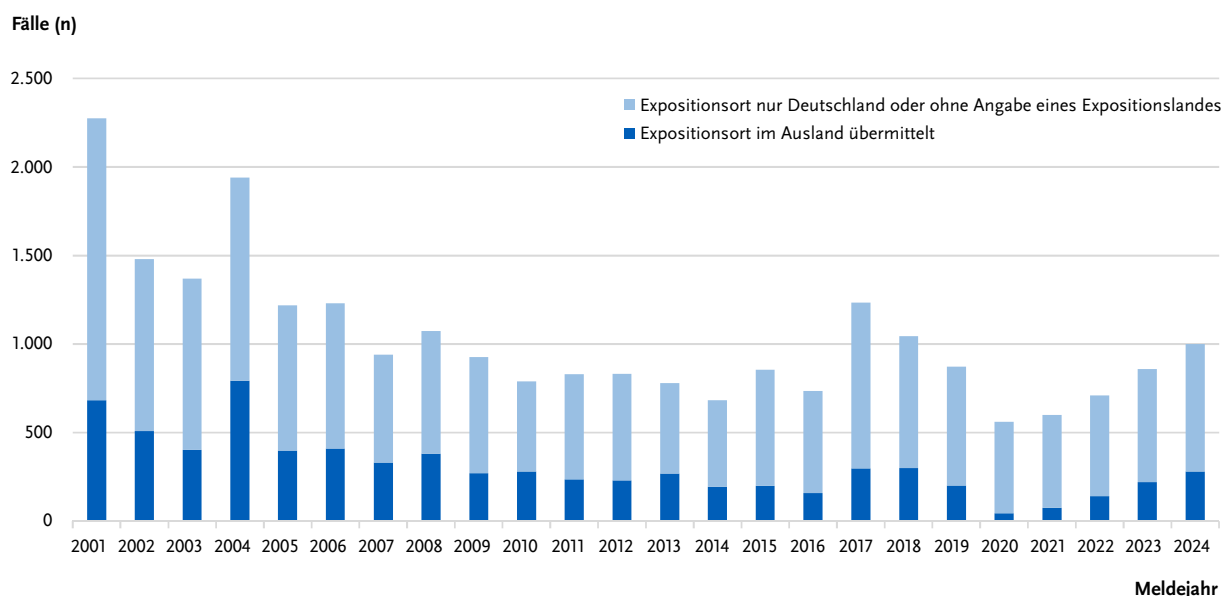


Abb. 5 | Hepatitis-A-Erkrankungen in Deutschland 2001–2024 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

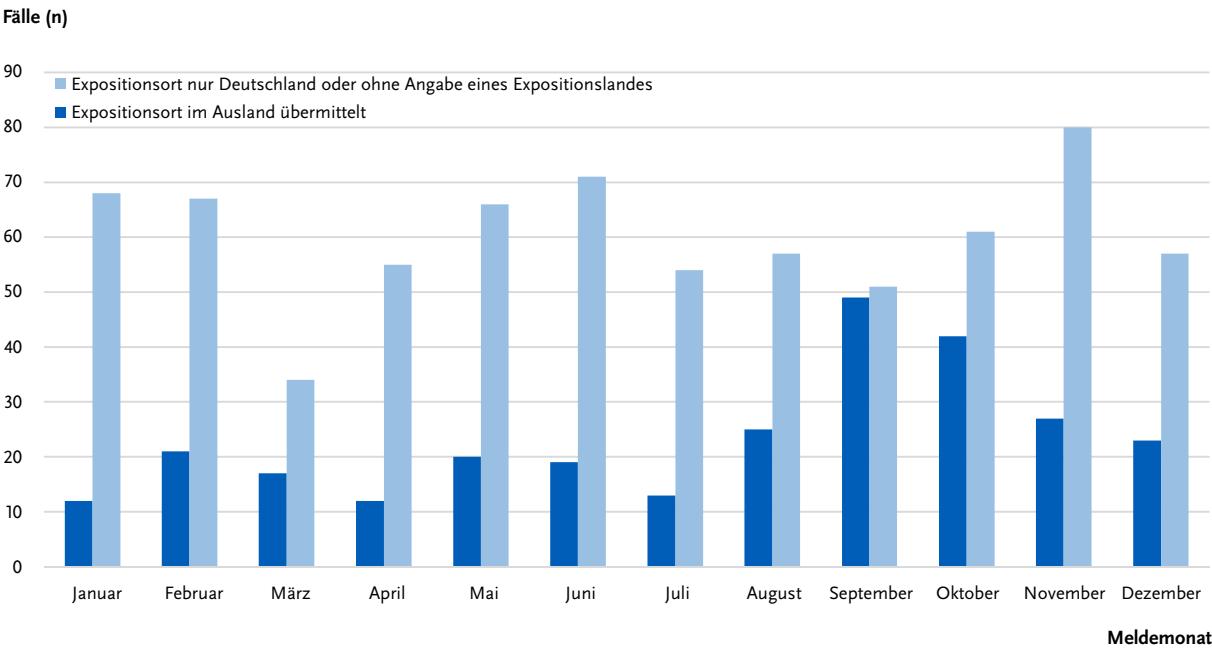


Abb. 6 | Hepatitis-A-Erkrankungen in Deutschland 2024 nach Meldemonat und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Für 267 Erkrankungen wurden 275 mögliche Infektionsländer außerhalb von Deutschland übermittelt (Mehrfachangaben möglich). Die 3 am häufigsten genannten wahrscheinlichen Infektionsländer waren Indien, Pakistan und Irak (s. Tab. 7). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Zahl der Fälle mit Exposition in Indien mehr als verdoppelt (2024: 41, 2023: 18).

Von den im Ausland exponierten Hepatitis-A-Erkrankten waren 160 von 278 mit Angaben (58 %) männlich, das mediane Alter betrug 25 Jahre (Spanne: 1–85 Jahre) und 100 (36 %) Erkrankungen betrafen Kinder und Jugendliche <18 Jahre.

Angaben zum Impfstatus waren für 245 (88 %) wahrscheinlich im Ausland Infizierte verfügbar. Von diesen waren 222 (91 %) nicht gegen Hepatitis A geimpft. Bei 23 Personen wurde eine Hepatitis-A-Erkrankung trotz Impfung angegeben. Lediglich 2 Personen hatten nach Datenlage eine vollständige Grundimmunisierung erhalten und erkrankten mehr als 15 Jahre nach ihrer letzten Hepatitis-A-Impfung.

Im Jahr 2023 wurden 2 Todesfälle infolge einer Hepatitis-A-Erkrankung übermittelt. 1-mal wurde

Infektionsland	Nennungen
Indien	41
Pakistan	16
Irak	16
Syrien	15
Ägypten	14
Türkei	14
Marokko	14
Spanien	14
Rumänien	9
Iran	9
Frankreich	9
Äthiopien	8
Afghanistan	6
Mexiko	5
Namibia	5
Andere (mit <5 Fällen)	121
Summe Nennungen	275

Tab. 7 | Hepatitis-A-Erkrankungen in Deutschland 2024 – am häufigsten genannte nicht deutsche Infektionsländer (275 Länderangaben für 267 Fälle, Mehrfachnennungen möglich), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

die Infektion in Deutschland erworben und 1-mal wurden keine Angaben zum möglichen Infektionsort gemacht.

Impfempfehlung für Reisende: Bei Reisen in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Inzidenz wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) eine Hepatitis-A-Impfung empfohlen. Die aktuellen Empfehlungen der STIKO und der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e. V. (DTG) zu Reiseimpfungen finden sich im [Epid Bull 14/2025](#).

Typhus

Im Jahr 2024 wurden 74 Typhus-Erkrankungen übermittelt, 5 weniger als im Vorjahr (s. [Abb. 7](#)).

Von den 72 Erkrankungen mit Angaben zum Infektionsort wurde in 2 Fällen Deutschland als einziges Infektionsland angegeben. Für die anderen 70 Erkrankungen wurde jeweils ein Expositionsort im Ausland übermittelt, aber 1-mal handelte es sich dabei lediglich um einen 3-tägigen Aufenthalt in einem europäischen Nachbarland (kein Typhus-Endemiegebiet), so dass dieser Fall im Folgenden nicht als importierte Erkrankung berücksichtigt wird.

Die 3 am häufigsten genannten wahrscheinlichen Infektionsländer außerhalb Deutschlands waren

Indien (n=35), Pakistan (n=15) und Bangladesch (n=5), gefolgt von Indonesien (n=3), Afghanistan, Sri Lanka, der Türkei und Venezuela (je n=2) sowie je 1-mal Mexiko, Namibia und Thailand.

Die 69 vermutlich importierten Erkrankungen betrafen 40 (58 %) weibliche Personen und 25 (36 %) Kinder und Jugendliche <18 Jahre. Das mediane Alter war 26 Jahre (Spanne: 0–61 Jahre). Für 52 (75 %) Erkrankte mit Auslandsaufenthalt lagen Informationen zum Impfstatus vor, davon waren 49 (94 %) nicht gegen Typhus geimpft. Es wurden keine Todesfälle aufgrund von Typhus übermittelt.

Impfempfehlung für Reisende: Bei (i) Reisen nach Pakistan, Indien, Nepal, Afghanistan, Bangladesch unabhängig vom Reisetil sowie bei (ii) Reisen unter einfachen Reise-, Aufenthalts- und Arbeitsbedingungen in alle Endemiegebiete mit niedrigen Hygienestandards, bei (iii) Langzeitaufenthalten in endemischen Gebieten oder (iv) Reisen von Personen mit Migrationshintergrund in Herkunftsländer mit erhöhtem Risiko wird von der STIKO und der DTG eine Typhus-Impfung empfohlen.

Die aktuellen Empfehlungen von STIKO und DTG zu Reiseimpfungen finden sich im [Epid Bull 14/2025](#).

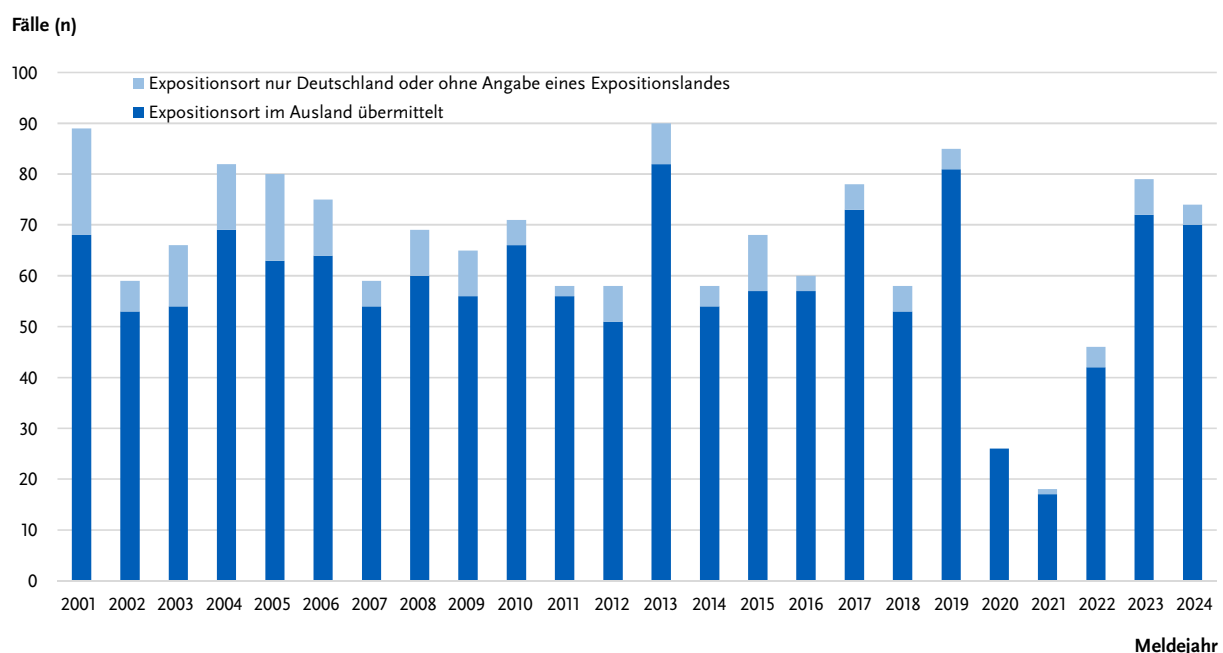


Abb. 7 | Anzahl übermittelter Typhus-Erkrankungen in Deutschland 2001–2024, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Paratyphus

Im Jahr 2024 wurden 54 Paratyphus-Erkrankungen übermittelt, 16 mehr als im Vorjahr (s. Abb. 8). Die Anzahl der übermittelten Erkrankungen hat damit das Niveau vor der COVID-19-Pandemie überschritten.

Von den 52 Erkrankungen mit Angaben wurde in 5 Fällen Deutschland als einziges Infektionsland angegeben. Ob es sich hierbei um sekundäre Infektionen in Folge importierter Erkrankungen handelt, bleibt unklar.

Für die verbleibenden Fälle wurde 1-mal eine Exposition in „Südamerika“ ohne Angabe des Infektionslandes angeben und für die anderen 46 Fälle wurden 49 mögliche Infektionsländer im Ausland übermittelt (Mehrfachangaben möglich). Unter den 44 Fällen mit Angabe nur eines nicht-deutschen Infektionslandes wurden am häufigsten Indien (22-mal) sowie Pakistan und Irak (je 6-mal) genannt (s. Tab. 8). Für 2 Fälle wurden mehrere mögliche Infektionsländer genannt: 1-mal Peru, Bolivien und Ecuador sowie 1-mal Bolivien und Chile.

Der Serotyp wurde für 45 der 47 Erkrankungen mit Exposition im Ausland angegeben: *Salmonella* (*S.*) Paratyphi A (n=28) und *S. Paratyphi* B (n=17). Serotyp A wurde ausschließlich aus Asien impor-

Infektionsland	Nennungen
Serotyp A (n=28)	
Indien	22
Pakistan	5
Bangladesch	1
Serotyp B (n=17)	
Irak	6
Bolivien	4
Indonesien	2
Peru	2
Chile	1
Ecuador	1
Ägypten	1
Türkei	1
„Südamerika“	1
Kein Serotyp angegeben (n=2)	
Pakistan	1
Thailand	1

Tab. 8 | Paratyphus-Erkrankungen in Deutschland 2024, nicht deutsche Infektionsorte nach Serotyp, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (Mehrfachnennungen möglich)

tiert, während für Erkrankungen mit dem Serotyp B mögliche Infektionsländer aus 3 Kontinenten übermittelt wurden, am häufigsten Länder in Asien und

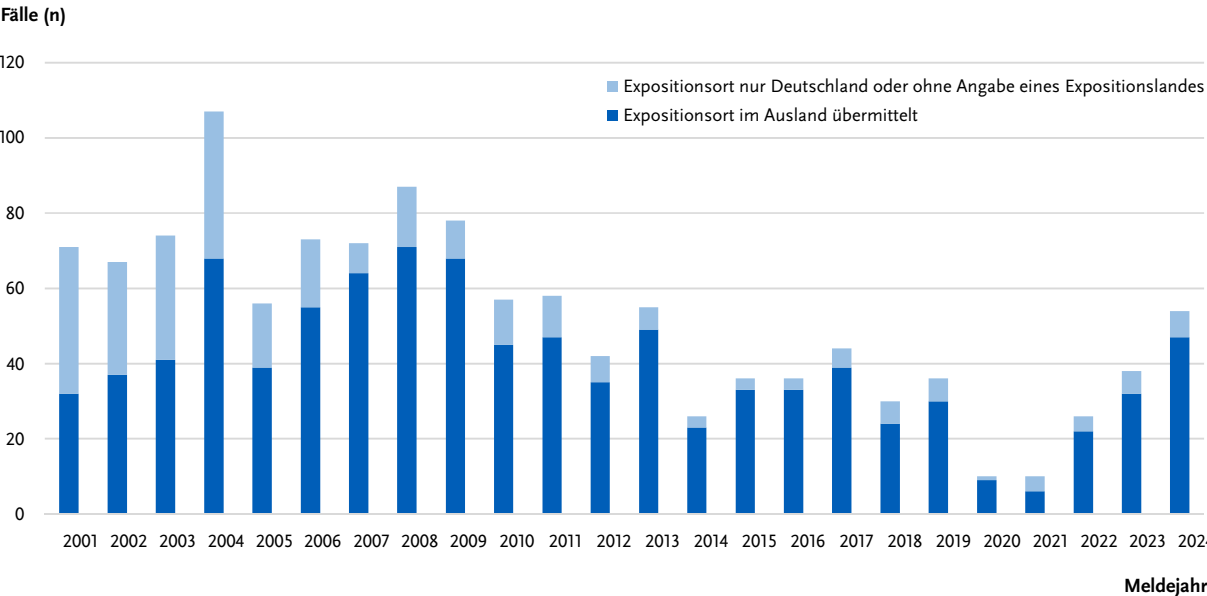


Abb. 8 | Anzahl übermittelter Paratyphus-Erkrankungen in Deutschland 2001–2024, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Südamerika (s. Tab. 8). Im Vergleich zum Vorjahr wurde ein deutlicher Anstieg von *S. Paratyphi-A*-Erkrankungen mit Exposition in Indien beobachtet (2023: n=8, 2024: n=22).

Von den im Ausland exponierten Paratyphus-Erkrankten waren 28 (60 %) männlich, das mediane Alter betrug 26 Jahre (Spanne: 2–84 Jahre) und 12 (26 %) Erkrankungen betrafen Kinder und Jugendliche <18 Jahre. Es wurden keine Todesfälle aufgrund von Paratyphus übermittelt.

Cholera

Im Jahr 2024 wurden 4 (2023: 9) Cholera-Erkrankungen übermittelt. Je 2 Erkrankte waren weiblich bzw. männlich. Zu den Fällen gehörten 1 Kleinkind und 3 Erwachsene. Es handelte sich um 4 sporadische Fälle ohne bekannten epidemiologischen Zusammenhang. Als Infektionsländer wurden Eritrea, Indien, Irak und Tansania angegeben. Bei 2 der Fälle wurde die Infektion durch *Vibrio cholerae* Serogruppe O1 verursacht; bei den anderen Erkrankungen wurde keine Serogruppe übermittelt.

Alle Betroffenen, für die ein Impfstatus übermittelt wurde (3 von 4), waren ungeimpft. Keiner der erkrankten Personen ist verstorben.

Die Häufigkeit reiseassoziiertter Cholera-Fälle in Deutschland ist abhängig von der Cholera-Situation in der Welt. Laut WHO gab es nach der COVID-19-Pandemie in vielen Ländern eine Rückkehr großer Cholera-Ausbrüche, in deren Kontext sich vereinzelt auch Reisende aus Deutschland infizierten. Ausgehend von reiseassoziierten Infektionen sind seit mindestens 2001 keine Cholera-Übertragungen innerhalb Deutschlands bekannt. In sehr seltenen Fällen kann es durch importierte verunreinigte Lebensmittel inkl. Trinkwasser zu einer Cholera-Infektion in Deutschland kommen.

Lepra

Im Jahr 2024 wurde in Deutschland 1 Lepra-Erkrankung übermittelt. Bezüglich des klinischen Bildes handelte es sich um eine Erkrankung an lepromatöser Lepra, die bei einem erwachsenen Mann in der Altersgruppe 50–59 Jahre diagnostiziert wurde.

Als wahrscheinliches Infektionsland war Ghana (Westafrika) angegeben.

Lepra wird durch *Mycobacterium leprae* hervorgerufen und weist eine Inkubationszeit von bis zu 20 Jahren auf. Die verschiedenen klinischen Symptome umfassen insbesondere Hauterscheinungen und Nervenschädigungen, welche zu Sensibilitätsstörungen und Lähmungen führen können. Je nach Art der Gewebereaktion werden die tuberkuloide Lepra, die lepromatöse Lepra und Übergangsformen zwischen diesen beiden (sogenannte Borderline-Lepra) unterschieden.

Bei der Lepra handelt es sich um eine in Deutschland sehr selten übermittelte Erkrankung. Im Median der vergangenen 10 Jahre wurden pro Jahr 1,5 Erkrankungen übermittelt (Spanne: 0–3 Erkrankungen). Wurde ein wahrscheinlicher Expositionsort angegeben, so lag dieser bei den bislang übermittelten und die Referenzdefinition erfüllenden Fällen – wie auch bei der im Jahr 2024 übermittelten Erkrankung – immer außerhalb Deutschlands.

Brucellose

Im Jahr 2024 wurden 54 Brucellose-Erkrankungen übermittelt. Für 44 (81 %) Erkrankungen wurde das wahrscheinliche Infektionsland angegeben. Bei 28 Erkrankungen (64 %) lag dieses im Ausland, ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den 18 Fällen mit ausländischem Infektionsland im Jahr 2023 (s. Abb. 9).

Das am häufigsten genannte nicht deutsche mögliche Infektionsland war die Türkei (n=10). Bosnien und Herzegowina, Irak, Kenia, Österreich und Rumänien wurden jeweils 2-mal genannt (Mehrfachnennungen möglich).

Von den 28 reiseassoziierten Erkrankungen betrafen 18 (64 %) Männer. Das mediane Alter war 50,5 Jahre (Spanne: 20–72 Jahre). Für 20 reiseassoziierte Erkrankungen (71 %) wurde mindestens eine mögliche Infektionsquelle übermittelt. Am häufigsten wurde der Verzehr von Rohmilchkäse oder Rohmilch und der Kontakt zu Nutztieren genannt (jeweils n=12).

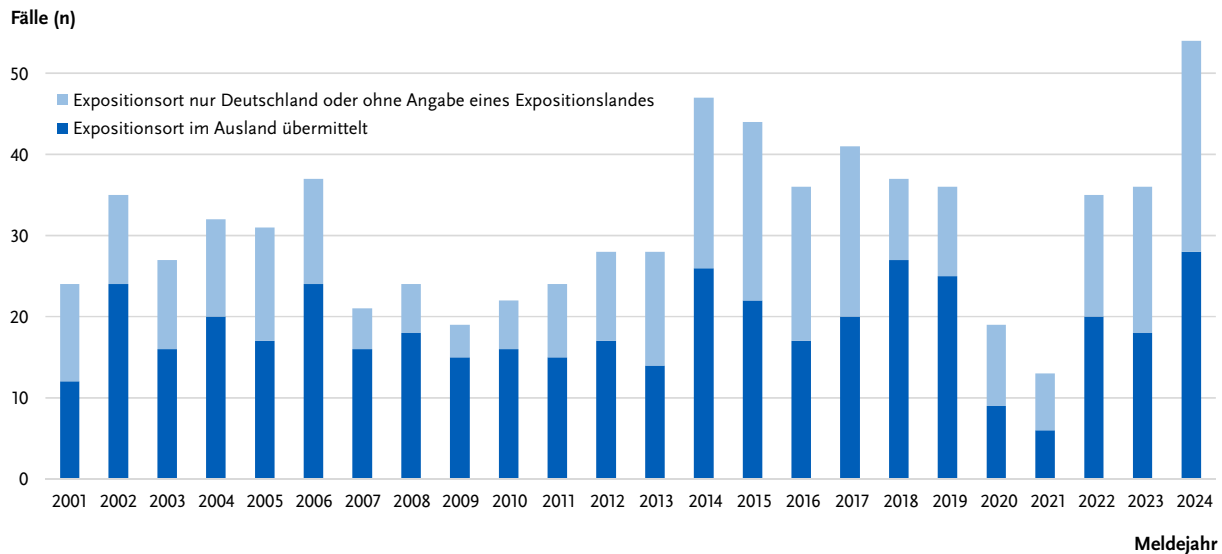


Abb. 9 | Brucellose in Deutschland 2001–2024 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsorort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Bei allen 12 von 13 reiseassoziierten Erkrankungen, für die eine Erregerdifferenzierung übermittelt wurde, wurde *Brucella (B.) melitensis* als Erreger angegeben, bei einem weiteren Fall *B. abortus*. Im Jahr 2024 wurde ein Ausbruch übermittelt, der 2 Personen mit der Reiseanamnese Türkei und Exposition gegenüber Rohmilchkäse umfasste. Es wurden keine Todesfälle aufgrund von Brucellose übermittelt.

entfielen 54 % auf Deutschland. Der Anteil der Fälle mit Nennung eines ausländischen Infektionslandes (unter allen Fällen mit Nennung eines Landes) ist somit im Vergleich zum Vorjahr von 48 % auf 46 % gefallen.

Als ausländische Infektionsländer wurden am häufigsten Indien (125 Nennungen, 6,5 %) und Spanien (57 Nennungen, 3 %) genannt, siehe Tabelle 9.

Giardiasis

Im Jahr 2024 wurden 2.837 Fälle von laborbestätigter Giardiasis übermittelt, entsprechend einer Inzidenz von 3,4 Erkrankungen pro 100.000 Einw. und einer Zunahme gegenüber dem Vorjahr um 20 % (s. Abb. 10). Bei den Fällen, die unter Nennung eines wahrscheinlichen Infektionsortes im Ausland übermittelt wurden ($n=881$, entsprechend 1,1 Fällen pro 100.000 Einw.), wurde eine Zunahme um 19 % gegenüber dem Vorjahr (738 Fälle) verzeichnet. Die Inzidenz liegt jedoch noch deutlich unter dem Median der Jahre 2015–2019 (1,5 pro 100.000 Einw.). Die importierten Giardiasis-Erkrankungen zeigten einen saisonalen Verlauf mit Erkrankungsgipfeln im Frühjahr und Spätsommer/Herbst (s. Abb. 11).

Bei 1.929 Erkrankungen (68 %) lagen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland vor (Mehrfachnennungen möglich). Von allen 2.040 Nennungen

Infektionsland	Nennungen
Indien	125
Spanien	57
Türkei	34
Ägypten	32
Mexiko	31
Italien	29
Thailand	28
Tansania	27
Kolumbien	27
Andere	545
Summe	935

Tab. 9 | Giardiasis in Deutschland 2024 – am häufigsten genannte nicht deutsche Infektionsländer (Angaben für 879 Fälle, Mehrfachnennungen möglich), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

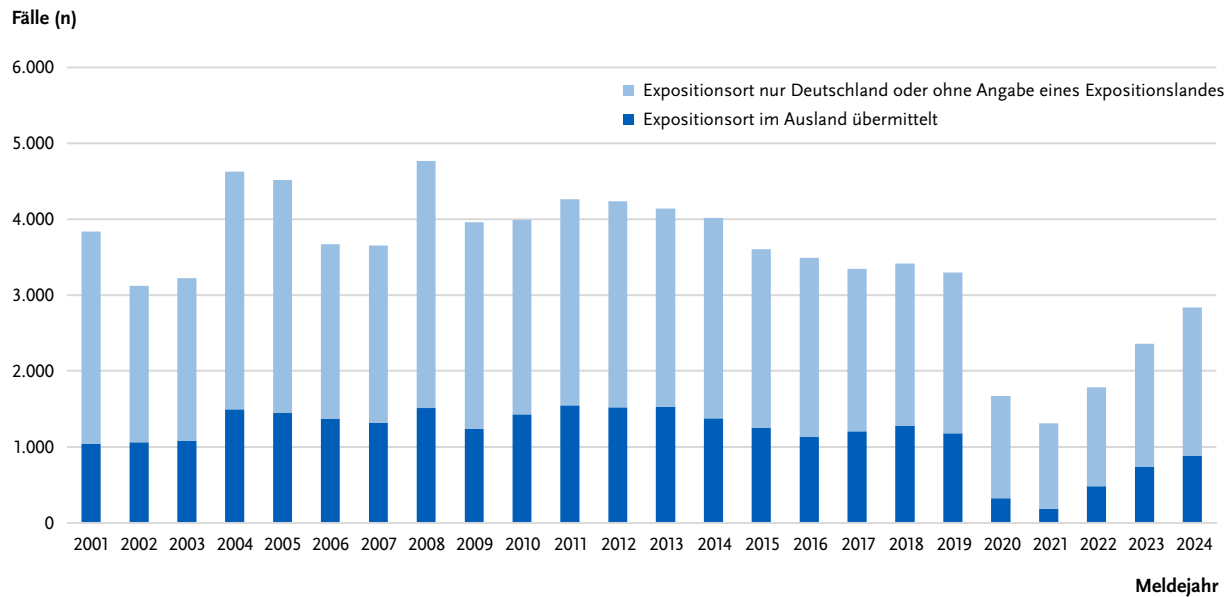


Abb. 10 | Giardiasis in Deutschland 2001–2024 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsart, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

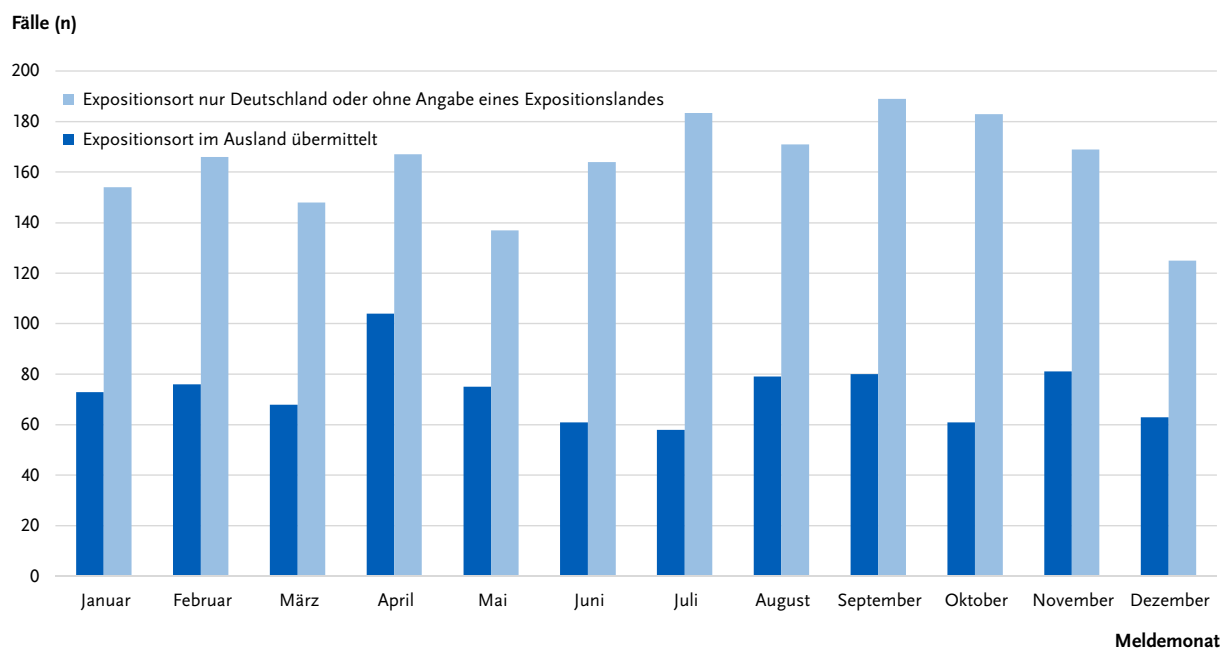


Abb. 11 | Giardiasis in Deutschland 2024 nach Meldemonat und wahrscheinlichem Expositionsart, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Von den reiseassoziierten Giardiasis-Erkrankungen waren zu 55 % Männer betroffen. Der Altersmedian lag hier bei 40,5 Jahren (Interquartilsabstand: 28–55 Jahre); 92 % der übermittelten Fälle waren 18 Jahre oder älter. Im Jahr 2024 wurde kein Todesfall infolge einer importierten Giardiasis übermittelt.

Chikungunyavirus-Erkrankungen

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 51 importierte Chikungunyavirus-Erkrankungen übermittelt, etwas mehr als 2023 (44 Fälle), siehe Abbildung 12. Es erkrankten 27 Frauen und 24 Männer. Betroffen waren 3 Kinder <5 Jahre und ansonsten Personen zwischen 20 und 69 Jahren.

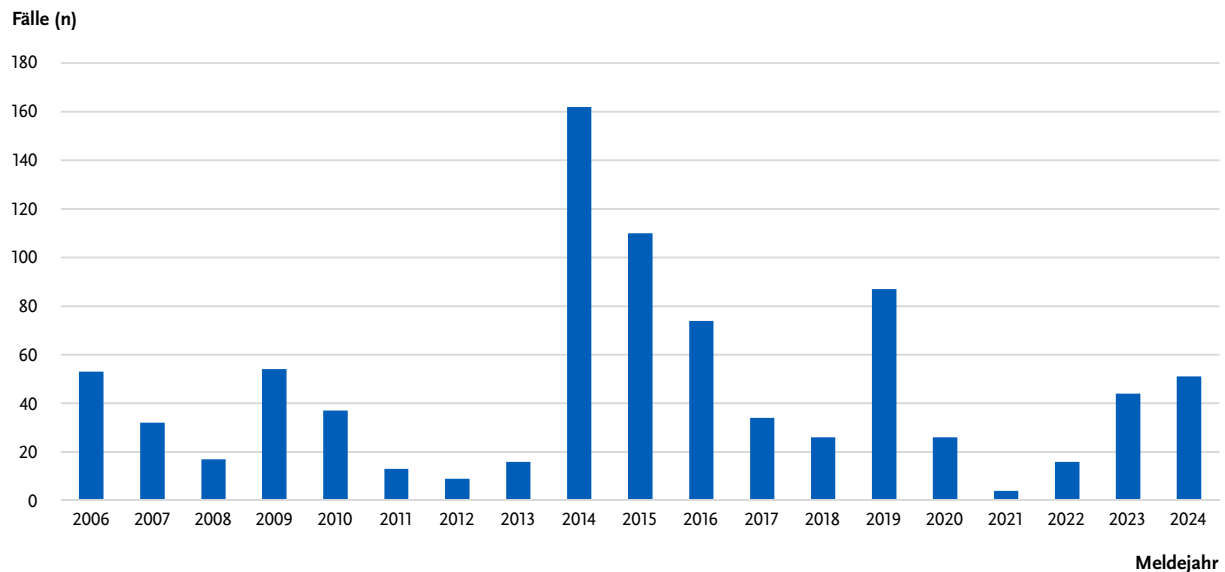


Abb. 12 | Chikungunyavirus-Erkrankungen in Deutschland 2006–2024, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Todesfälle traten nicht auf. Zu den 51 Fällen lagen 54 Nennungen wahrscheinlicher Infektionsländer vor: Indien (n=20), die Malediven (n=5), Mexiko (n=4); Brasilien, Pakistan und die Philippinen (je n=3) sowie Sri Lanka (n=2) wurden mehrfach genannt. Die meisten Betroffenen infizierten sich in Asien (71 %), gefolgt von den Amerikas (18 %) und Afrika (12 %).

Die Anzahl der Chikungunyavirus-Infektionen, die jährlich durch Reisende nach Deutschland importiert werden, ist von der epidemiologischen Situation in den Infektionsländern, die starken Schwankungen unterliegt, sowie von Veränderungen in den Reiseströmen abhängig, wie sich beispielsweise während der COVID-19-Pandemie 2020 bis 2022 gezeigt hat. In Deutschland sind regional und saisonal zur Übertragung geeignete Vektoren (*Aedes [Ae.] albopictus*) aktiv. Autochthone Übertragungen von Chikungunyavirus in Deutschland wurden bisher jedoch nicht übermittelt.

Denguefieber

Im Jahr 2024 wurden dem RKI 1.717 Denguefieber-Erkrankungen übermittelt. Dies entspricht den höchsten Fallzahlen seit Einführung der Meldepflicht. Die Fallzahl von 2024 ist fast doppelt (180 %) so hoch wie im Jahr 2023 (s. Abb. 13). Die Inzidenz betrug 2024 2 Erkrankungen pro 100.000 Einw.

Insgesamt 67 % der Erkrankungen wurden im I. und II. Quartal 2024 übermittelt, davon 40 % allein im II. Quartal (s. Epid. Bull. 20-21/2024). Insgesamt waren beide Geschlechter ähnlich stark betroffen. Fälle, die die Kriterien für ein hämorrhagisches Denguefieber oder Dengue-Schock-Syndrom (DSS) erfüllen, wurden 2024 nicht übermittelt. Allerdings ist 2024 1 Person im Alter zwischen 40 und 50 Jahren in Deutschland an Denguefieber verstorben – in der Fallübermittlung sind die Kriterien eines DSS nicht ganz erfüllt, aber ein Herz-Kreislaufversagen lag offenbar vor.

Zu den 1.717 Erkrankungen lagen 1.811 Nennungen wahrscheinlicher Infektionsländer vor. In Tabelle 10 sind die 10 am häufigsten genannten Infektionsländer aufgeführt. Wie in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie wurde Thailand am häufigsten angegeben (22 % der Nennungen), gefolgt von Indonesien (14 %). Im Vergleich zum Vorjahr änderten sich die erworbenen Infektionen pro Infektionskontinent kaum: Asien (54 % der Nennungen; Vorjahr: 61 %), Amerikas (29 % der Nennungen, Vorjahr 26 %) und Afrika (9 %; Vorjahr: 9 %). Schaut man jedoch auf einzelne Infektionsländer, gab es 2024 in 9 Ländern mit mindestens 10 Fällen starke Zunahmen von 200 bis 2.000 % gegenüber den Vorjahresfallzahlen: Neben den Überseegebieten von Frankreich und den Niederlanden sowie Barbados in der Karibik waren dies Brasilien, Argentinien und Venezuela in

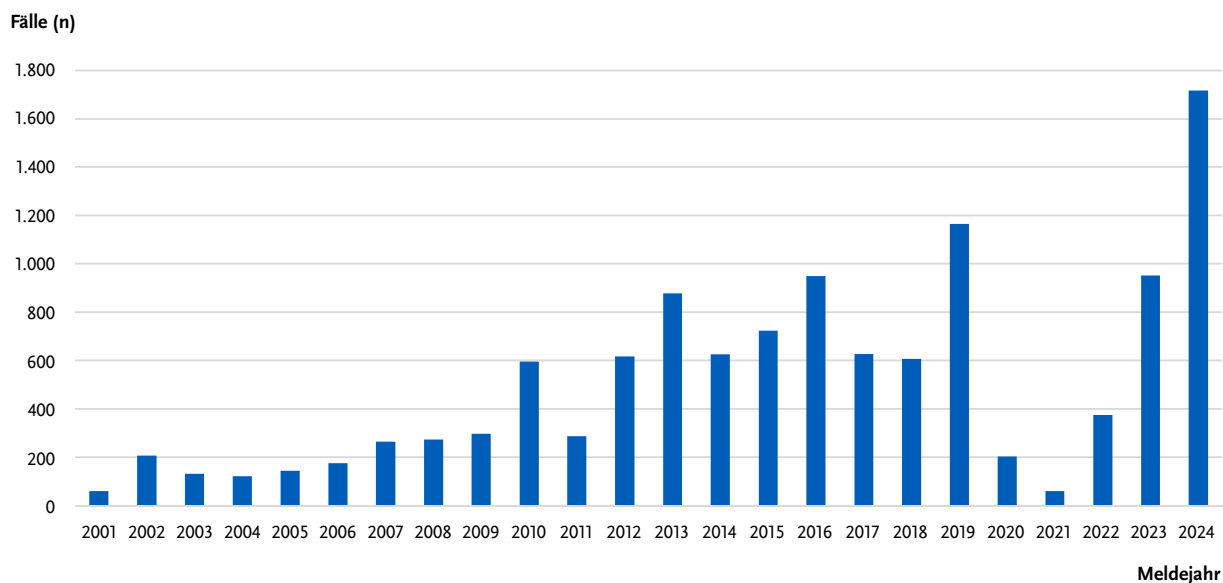


Abb. 13 | Denguefieber in Deutschland 2001–2024, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Infektionsland	Nennungen
Thailand	406
Indonesien	258
Brasilien	145
Frankreich inkl. Überseegebiete	99
Indien	77
Mexiko	56
Malediven	53
Kuba	53
Argentinien	44
Costa Rica	35
Andere	585
Summe	1.811

Tab. 10 | Denguefieber in Deutschland 2024 – die 10 am häufigsten genannten Infektionsländer, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (Angaben für 1.717 Erkrankungen, Mehrfachnennungen möglich)

Südamerika, darüber hinaus die Vereinigten Arabischen Emirate und Indonesien in Asien sowie Mauritius in Afrika.

Die Anzahl der Denguevirus-Infektionen, die jährlich durch Reisende nach Deutschland importiert werden, ist abhängig von der starken Schwankun-

gen unterliegenden epidemiologischen Situation in den Infektionsländern sowie von Veränderungen in den Reiseströmen. Maßgeblich der Rückgang von Fernreisen im Kontext der COVID-19-Pandemie hat in den Jahren 2020–2022 zu einer starken Verringerung von in Deutschland diagnostizierten Denguevirus-Infektionen geführt. In Deutschland kommen regional zumindest theoretisch zur Übertragung geeignete Vektoren (vor allem *Ae. albopictus*) vor, die hiesigen klimatischen Bedingungen sind jedoch für Übertragungen noch wenig geeignet.

Zikavirus-Erkrankung

Im Jahr 2024 wurden 34 Zikavirus-Erkrankungen an das RKI übermittelt. Dies ist eine Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr (16 Fälle) und dem Vorpandemiejahr 2019 (11 Fälle). Aufgrund des häufig asymptomatischen oder oligosymptomatischen Verlaufs von Zikavirus-Infektionen ist auch nach Einführung der Meldepflicht im Jahr 2016 von einer starken Untererfassung aller Zikavirus-Infektionen unter Reiserückkehrenden auszugehen.

Von den 34 Erkrankten waren 17 weiblich und 17 männlich. Die Altersspanne betrug 10 bis 72 Jahre. Todesfälle aufgrund einer Zikavirus-Erkrankung wurden 2024 nicht übermittelt.

Das wahrscheinliche Infektionsland wurde für alle Fälle übermittelt (Mehrfachangaben möglich). Bei 15 Fällen wurde Thailand genannt, bei 4 Fällen Malediven und Sri Lanka, bei 3 Fällen Vietnam, bei 2 Fällen Kamerun und vereinzelt andere Länder.

Die Anzahl der nach Deutschland importierten Zikavirus-Infektionen hängt stark von den Schwankungen unterworfenen epidemiologischen Situation in den Reiseländern sowie der Veränderung von Reiseströmen ab.

Andere Arbovirosen

Seit 2016 sind alle Infektionen mit Arboviren (durch Arthropoden übertragene Viren) unabhängig vom klinischen Bild explizit meldepflichtig. Bestimmte arbovirale Infektionen werden in eigenen Kategorien übermittelt und ausgewertet (in diesem Bericht Denguefieber, Chikungunyavirus- und Zikavirus-Erkrankungen). Arbovirale VHF würden als VHF berichtet werden (z. B. Krim-Kongo-Fieber).

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 56 Infektionen mit sonstigen Arboviren übermittelt, darunter keine Todesfälle. In 49 Fällen handelte es sich um Erkrankungen an West-Nil-Fieber (s. Abb. 14). Davon hatten sich 35 Erkrankte in Deutschland infiziert und 14 im Ausland (4-mal Griechenland, 2-mal

Bosnien und Herzegowina und 2-mal Italien sowie vereinzelt andere Länder).

Außerdem wurden 7 Infektionen mit sonstigen Arboviren übermittelt. Es handelte sich um je 3 Fälle von Infektion mit Mayaravirus (alle infiziert in Suriname) und Oropouchavirus (alle infiziert auf Kuba). Hinzu kam eine symptomatische Infektion mit Usutuivirus bei einem Mann aus Brandenburg ohne Reiseanamnese.

Virale hämorrhagische Fieber (VHF)

Im Jahr 2024 wurden dem RKI keine VHF-Fälle übermittelt. Zu den VHF zählen z. B. Ebolafieber, Lassafieber, Gelbfieber, Rift-Valley-Fieber und Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber.

Als VHF-Fälle sind in Deutschland zuletzt im Jahr 2018 3 Gelbfiebervirus-Infektionen bekannt geworden. Betroffen waren ungeimpfte Reisende mit Infektionsorten in Brasilien, siehe Bericht reise-assoziierte Krankheiten 2018 (Epid Bull 48/2019).

HINWEIS

Das RKI führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch. Hierfür stehen spezialisierte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Tropeninstitute und teilweise Gesundheitsämter als kompetente Anbieter zur Verfügung. Informationen über aktuelle gesundheitliche Risiken im Reiseland finden sich auf den Internetseiten des Auswärtigen Amtes (www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit/reise-gesundheit).

Detaillierte Daten zu allen meldepflichtigen Infektionskrankheiten finden sich auf den Internetseiten des RKI unter www.rki.de/survstat.

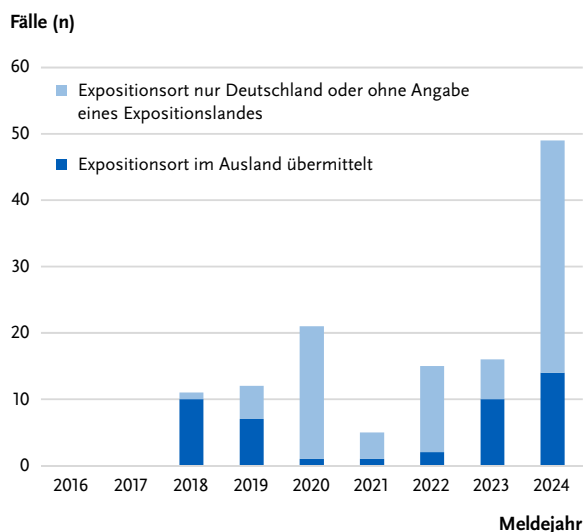


Abb. 14 | West-Nil-Fieber in Deutschland 2016 (Beginn der Meldepflicht) bis 2024, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Literatur

Malaria

Empfehlungen zur Malariaprävention für Reisende – Empfehlungen des Ständigen Ausschusses Reisemedizin (StAR) der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit (DTG). Flug u Reise-med 2025; 32: 176–215 <https://www.dtg.org/empfehlungen-und-leitlinien/empfehlungen/malaria.html>

Sarma N, Dörre A, Kremer-Flach K, Öhler H, Hommes F, Enkelmann J, Falkenhorst G: Änderung der Meldepflicht für den Erreger der Malaria – Auswirkungen auf die Vollständigkeit der Meldedaten und Herausforderungen in der Umstellungsphase.

Epid Bull 2025;22/23:3-12 | DOI 10.25646/13177

Goretzki, S., Bruns, N., Daniels, A. et al. Congenital infection with Plasmodium malariae: a rare case of intrauterine transmission in Germany. Malar J 24, 91 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12936-025-05331-8>

Hallmaier-Wacker LK, van Eick MD, Briët O, Delamare H, Falkenhorst G, Houze S, et al. Airport and luggage (Odyssee) malaria in Europe: a systematic review. Euro Surveill. 024;29(41):pii=2400237. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.41.2400237>

Kessel J, Rosanas-Urgell A, Dingwerth T, Goetsch U, Haller J, Huits R, et al.: Investigation of an airport-associated cluster of falciparum malaria in Frankfurt, Germany, 2022. Euro Surveill 2024. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.5.2300298>

Vygen-Bonnet S, Stark K: Changes in malaria epidemiology in Germany, 2001 – 2016: a time series analysis. Malar J 2018. doi: 10.1186/s12936-018-2175-y

Shigellose

European Centre for Disease Prevention and Control. Increase in extensively-drug resistant Shigella sonnei infections in men who have sex with men in the EU/EEA and the UK – 23 February 2022. ECDC: Stockholm; 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-increase-extensively-drug-resistant-shigella-sonnei>

European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of Shigella sonnei in the EU/EEA, the United Kingdom, and the United States among travellers returning from Cape Verde – 17 February 2023. ECDC: Stockholm; 2023. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/outbreak-shigella-sonnei-eueea-united-kingdom-and-united-states-among-travellers>

Typhus

Enkelmann, J et al: Epidemiological characteristics and trends of notified enteric fevers in German, 2001

to 2023, Euro Surveill 2025 Apr 30 (14): 2400314, PMID 40211970

Infektionen mit extensiv antibiotikaresistenten (XDR) Salmonella Typhi bei Reiserückkehrern aus Pakistan, Epid Bull 2019;30. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2019/30_19.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Chatham-Stephens, P et al: Emergence of Extensively Drug-Resistant Salmonella Typhi Infections Among Travelers to or from Pakistan – United States, 2016 – 2018, MMWR/January 11, 2019/Vol 68/No. 1

Cholera

Nürnberg M, Equihua Martinez G, Jacob D, et al. Two cases of imported cholera in Germany after short business travel to Yaoundé, Cameroon. J Travel Med. 2023 Sep 5;30(5):taad098. doi: 10.1093/jtm/taad098. PMID: 37486688.

Brucellose

Enkelmann J, Stark K, Faber M: Epidemiological trends of notified human brucellosis in Germany, 2006 – 2018. Int J Infect Dis. 2020;93:353-358. doi: 10.1016/j.ijid.2020.02.019. PMID: 32081773.

Giardiasis

Hommes F, Dörre A, Behnke SC, Stark K, Faber M. Autochthonous and imported giardiasis cases: An analysis of two decades of national surveillance data, Germany, 2002 to 2021. Euro Surveill. 2024 May;29(20):2300509. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.20.2300509. PMID: 38757286.

Hommes F, Dörre A, Behnke SC, Stark K, Faber M. Travel-related giardiasis: Incidence and time trends for various destination countries. J Travel Med. 2023 Oct 31;30(6):taad107. doi: 10.1093/jtm/taad107. PMID: 37561417.

Hepatitis A

Enkelmann J, Wenzel J, Stark K, Faber M: Bundesland-übergreifender Hepatitis-A-Genotyp-IB-Ausbruch im Zusammenhang mit dem Verzehr von Tiefkühl-Erdbeeren, Deutschland, 2021 – 2023. Epid Bull 2023;37:3-6 | DOI 10.25646/11700

Chikungunyavirus-Erkrankungen

de la Calle-Prieto F, Barriga JJ, Arsuaga M, et al. Clinical profile and management of a Spanish single-center retrospective cohort of patients with post-chikungunya associated complications. Travel Med Infect Dis. 2024 Jul-Aug;60:102726.doi: 10.1016/j.tmaid.2024.102726. Epub 2024 May 15.PMID: 38754529.

Heitmann A, Jansen S, Lühken R, et al.: Experimental risk assessment for chikungunya virus transmission based on vector competence, distribution and temperature suitability in Europe, 2018.

Euro Surveill. 2018;23(29):pii=1800033. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.29.1800033>

Lühken R, Rauhöft L, Pluskota B, et al. High vector competence for chikungunya virus but heavily reduced locomotor activity of *Aedes albopictus* from Germany at low temperatures. *Parasites & Vectors*. 2024;17(1). <https://doi.org/10.1186/s13071-024-06594-x>

Denguefieber

Lachmann R, Frank C. Starker Anstieg der Denguefieber-Meldefallzahlen in den ersten Monaten 2024. *Epid Bull* 2024;20/21:3-8.

Frank C, Lachmann R, Wilking H, Stark K. Increase in dengue fever in travellers returning from Egypt, Germany 2023. *Euro Surveill*. 2024;29(5):pii=2400042. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.5.2400042>

García-San-Miguel L, Giménez-Durán J, Saravia-Campelli G, Calvo-Reyes MC, Fernández-Martínez B, Frank C, et al. Detection of dengue in German tourists returning from Ibiza, Spain, related to an autochthonous outbreak, August to October 2022. *Euro Surveill*. 2024 Apr;29(14):2300296. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.14.2300296. PMID: 38577804.

Lachmann R, Frank C. Starker Anstieg der Denguefieber-Meldefallzahlen in den ersten Monaten 2024. *Epid Bull* 2024;20/21. <https://doi.org/10.25646/12101>

Andere Arbovirosen einschl. VHF

Gábor Endre Tóth, Marika Petersen, Francois Chevenet, Marcy Sikora, Alexandru Tomazatos, Alexandra Bialonski, Heike Baum, Balázs Horváth, Padet Sirihasatien, Anna Heitmann, Stephanie Jansen, Ruth Offergeld, Raskit Lachmann, Michael Schmidt, Jonas Schmidt-Chanasit, Dániel Cadar, Blood donors as sentinels for genomic surveillance of West Nile virus in Germany using a sensitive amplicon-based sequencing approach, *Journal of Infection*, 2025, <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2025.106647>

Lachmann R, Domingo C, Frank C, et al. West Nile Virus Emergence in Germany 2019: Looking for Hidden Human West Nile Virus Infections. *Vector Borne Zoonotic Dis*. 2024 Jun;24(6):396-401. doi: 10.1089/vbz.2023.0103. Epub 2024 Apr 3. PMID: 38573211.

C. Frank, J. Schmidt-Chanasit, U. Ziegler, et al. West Nile Virus in Germany: An Emerging Infection and Its

Relevance for Transfusion Safety. *Transfus Med Hemother* 2022 Vol. 49 Issue 4 Pages 192-204. DOI: 10.1159/000525167

Thomas SM, Tjaden NB, Frank C, et al.: Areas with High Hazard Potential for Autochthonous Transmission of *Aedes albopictus*-associated Arboviruses in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2018. doi: 10.3390/ijerph15061270

Gossner CM, Hallmaier-Wacker L, Briet O, et al.: Arthropod-borne diseases among travellers arriving in Europe from Africa, 2015 to 2019. *Euro Surveill* 2023. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.7.2200270>

Overbosch F, de Boer M, Veldkamp KE, et al.: Lassa fever response team of The Netherlands. Public health response to two imported, epidemiologically related cases of Lassa fever in the Netherlands (ex Sierra Leone), November 2019. *Euro Surveill*. 2020;25(15):pii=2000265. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.15.2000265>

Weirauch T, Burger G, Cadar D, et al. Vaccine-derived yellow fever in an immunocompromised patient on anti-CD20-antibody therapy and its treatment with sofosbuvir. *Int J Infect Dis*. 2024 143:107017. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107017>. PMID: 38521450.

Bernard C, Joly Kukla C, Rakotoarivony I, et al. Detection of Crimean-Congo haemorrhagic fever virus in *Hyalomma marginatum* ticks, southern France, May 2022 and April 2023. *Euro Surveill*. 2024; 29(6). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.6.2400023>

Lorenzo Juanes HM, Carbonell C, Sendra BF, et al.: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, Spain, 2013-2021. *Emerg Infect Dis* 2023. <https://doi.org/10.3201/eid2902.220677>

Krankheitsübergreifend

Ständige Impfkommision und Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e.V. unter besonderer Mitarbeit von Kling K, Külper-Schick W, Boecken G, Burchard G, Feldt T, Freuling C, Grünewald T, Kaife-Pechmann A, Köhler C, Löbermann M, Müller T, Ramharter M, Röbl-Mathieu M, Rosenbusch D, Rossmann C, Rothe C, Schmidt-Chanasit J, Steiner F, Tabatabai J, Wichmann O, Wiedermann U, Schönfeld C: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) und der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e.V. (DTG) zu Reiseimpfungen. *Epid Bull* 2025;14:1-212 | DOI: 0.25646/13090.3.

Autorinnen und Autoren

^{a)} Dr. Franziska Hommes | ^{a)} Dr. Christina Frank |

^{a)} Dr. Mirko Faber | ^{a)} Dr. Bettina Rosner | ^{a)} Dr. Raskit
Lachmann | ^{b)} Dr. Lena Bös | ^{a)} Julia Enkelmann

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie,
FG 35 Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und
tropische Infektionen

^{b)} Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie,
FG 36 Respiratorisch übertragbare Erkrankungen

Korrespondenz: HommesF@rki.de

Interessenkonflikt

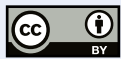
Alle Autorinnen und Autoren geben an, dass kein
Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Hommes F, Frank C, Faber M, Rosner B, Lachmann R,
Bös L, Enkelmann J: Zur Situation bei wichtigen
Infektionskrankheiten – Importierte Infektionskrank-
heiten 2024

Epid Bull 2025;48:3-22 | DOI 10.25646/13568

Open access



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