Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten

Reiseassoziierte Infektionskrankheiten 2025

In diesem Bericht werden ausgewählte reiseassoziierte Infektionskrankheiten auf der Basis von Daten des Surveillance-Systems in Deutschland ausgewertet und dargestellt. Dies betrifft Infektionskrankheiten von Reiserückkehrenden und Infektionen im Zusammenhang mit anderen Formen internationaler Mobilität. Die Surveillance dieser Erkrankungen in Deutschland leistet einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Epidemiologie von Infektionskrankheiten in unserer global vernetzten Welt. Neben den Auswirkungen der Infektion auf die betroffenen Individuen können die epidemiologischen Charakteristika der Infektionen und das Vorkommen von Krankheitshäufungen unter Reiserückkehrenden auch als Indikator für das Infektionsgeschehen in anderen Ländern dienen. Nicht zuletzt können sie auch nützliche Hinweise für die Reisemedizin liefern. 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 Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), die dem Robert Koch-Institut (RKI) mit Datenstand 1. März 2026 übermittelt wurden. Die Fallzahlen beziehen sich auf Fälle, die die jeweilige Referenzdefinition des RKI erfüllen. Durch die Meldepflicht werden nur 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 reiseassoziierter Infektionskrankheiten in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund der Reisebeschränkungen während der Coronavirus-Disease-2019-(COVID-19-)Pandemie haben sich die Fallzahlen seit 2023 weitgehend wieder dem Niveau von 2019 angenähert. Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen seit 2021.

Tab. 1 | Reiseassoziierte Infektionskrankheiten, Deutschland 2021–2025 (an das RKI gemäß Infektionsschutzgesetz gemeldete bzw. übermittelte Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen)

	2021	2022	2023	2024	2025
Malaria[a]	605	765	984	934	890
Denguefieber[a]	60	375	952	1.717	913
Chikungunyavirus-Erkrankung[a]	4	16	44	51	227
Zikavirus-Erkrankung[a]	2	10	16	34	16
Virale hämorrhagische Fieber[a]	0	0	0	0	0
andere Arbovirosen einschl. West-Nil-Virus-Erkrankung[b]	1	5	11	20	16
Giardiasis[b]	179	478	738	882	941
Hepatitis A[b]	75	141	221	280	339
Typhus abdominalis[b]	17	42	72	70	86
Paratyphus[b]	6	22	32	47	51
Shigellose[b]	42	148	525	1.317	2.007
Brucellose[b]	6	20	18	28	30
Cholera[a]	0	6	9	4	4
Lepra[a]	2	3	3	1	4
Fleckfieber[a]	1	0	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

a Fälle mit Angabe eines ausländischen Infektionslandes oder ohne Angaben zum Infektionsland
b Fälle mit Angabe eines ausländischen Infektionslandes
c alle übermittelten Fälle

Im Jahr 2025 wurden keine Fälle von Fleckfieber, Läuserückfallfieber, Pest, Poliomyelitis oder Tollwut übermittelt. Auch Infektionen mit Erregern viraler hämorrhagischer Fieber (VHF) wurden nicht bekannt.

Malaria

Meldezahlen

Im Jahr 2025 wurden dem RKI insgesamt 890 Malaria-Erkrankungen übermittelt, die die Falldefinition erfüllten (Labornachweis durch Mikroskopie, Nukleinsäurenachweis oder Antigentest).

Die Fallzahl ist damit gegenüber dem Jahr 2024 (934 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 das präpandemische Niveau. Bei Vergleichen mit den Vorjahren ist die Änderung des Meldeweges im Juli 2023 zu berücksichtigen (s. Abschnitt „Datenqualität“).

Im Jahresverlauf 2025 wurden die meisten Fälle in den Sommermonaten August und September mit 106 bzw. 118 Fällen übermittelt.

Erregerspezies

Unter den 637 Fällen mit Angaben zur Erregerspezies (72 % aller Fälle; 2024: 73 %) wurde *Plasmodium (P.) falciparum* mit 550 Fällen (86 %) am häufigsten übermittelt. An zweiter Stelle lag *P. vivax* mit 36 Fällen, gefolgt von *P. ovale* und *P. malariae* mit jeweils 24 Fällen. Bei keinem Fall wurde *P. knowlesi* als Erregerspezies übermittelt. Bei 3 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 795 Fällen (89 %; 2024: 89 %) angegeben. Der weitaus größte Anteil der Erkrankten (n = 747; 94 %) hatte sich – wie schon in den Vorjahren – in einem afrikanischen Land infiziert (s. Abb. 2). Die 3 am häufigsten genannten Länder waren wie im Vorjahr Kamerun (n = 170; 2024: 178), Nigeria (n = 143; 2024: 158) und Ghana (n = 61; 2024: 47). Aufenthalte in Tansania wurden häufiger (n = 45, 2024: 31) und in Togo seltener (n = 24; 2024: 36) angegeben.

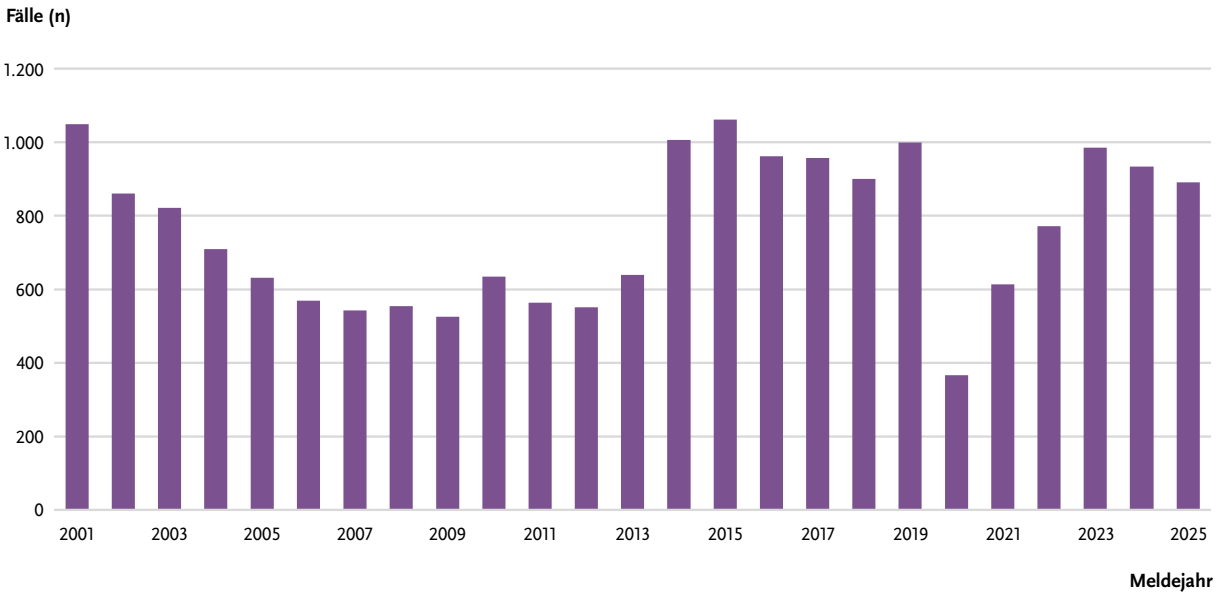

Abb. 1 | Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2001 – 2025 nach Meldejahr, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Tab. 2 | Malaria-Erkrankungen nach Erregerspezies, Deutschland 2023–2025, (2025: 637 Fälle mit Angabe), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

	2025		2024		2023	
Erregerspezies	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Plasmodium falciparum	550	86,3	584	85,4	748	84,4
Plasmodium vivax	36	5,7	38	5,6	49	5,5
Plasmodium malariae	24	3,8	34	5,0	44	5,0
Plasmodium ovale	24	3,8	21	3,1	25	2,8
Mischinfektion	3	0,5	6	0,9	14	1,6
M. tertiana (ohne Differenzierung)	0	0	1	0,1	4	0,5
Plasmodium knowlesi	0	0	0	0	2	0,2

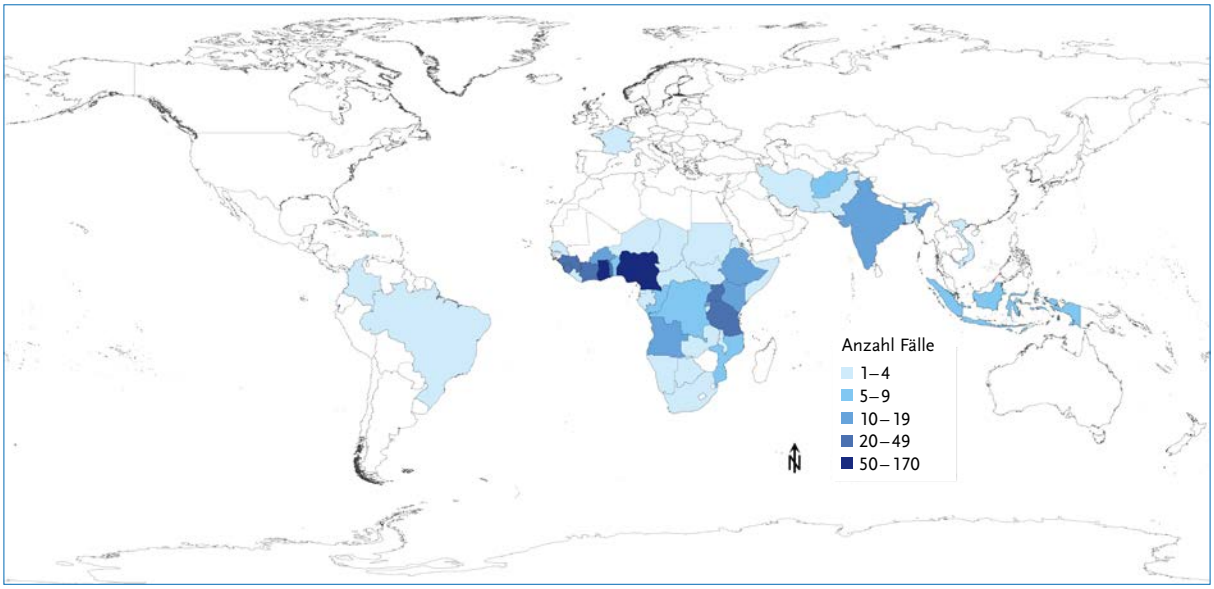

Abb. 2 | Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2025 mit Nennung eines ausländischen Infektionslandes, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Für 38 Fälle lag der Infektionsort in Asien, für 4 Fälle in Südamerika und für 1 Fall in der Karibik. Bei 1 Fall wurden mögliche Infektionsorte in Asien und Ozeanien angegeben (s. Tab. 3). Für 4 Fälle wurde ausschließlich ein Aufenthalt außerhalb bekannter Malaria-Endemiegebiete berichtet. Davon betrafen 3 Fälle eine Familie mit Aufenthalt in Frankreich (Festland, Erreger: *P. falciparum* in 2 Fällen bestätigt). Bei 1 Fall von *P.-vivax*-Malaria wurden Ägypten und Italien als mögliche Infektionsorte angegeben. Die genaueren Umstände der Infektion und der jeweilige Infektionsweg konnten bei diesen Fällen nicht ermittelt werden.

Für 589 Fälle sind Angaben zu Infektionsort und einer eindeutigen Erregerspezies verfügbar. Demnach waren 91 % (506/556) 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 (66 %: 21/32 mit Angabe). Für 47 Fälle wurden nur Infektionsorte außerhalb von Afrika übermittelt (s. Tab. 3).

In Tabelle 4 sind die am häufigsten genannten Infektionsländer für Fälle von Malaria tropica (Erreger *P. falciparum*), Malaria tertiana (Erreger *P. vivax* oder *P. ovale*) und Malaria quartana (Erreger *P. malariae*) aufgeführt. Zusätzlich wurden 2 Fälle mit „Mischinfektion“ nach Aufenthalten in Uganda und Afghanistan übermittelt.

Tab. 3 | Erregerspezies der außerhalb Afrikas erworbenen Malaria-Erkrankungen, Deutschland 2025, (47 Fälle mit Angabe des Infektionslandes und der Erregerspezies), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Infektionsland	*P. falciparum*	*P. vivax*	*P. ovale*	*Plasmodium*-Mischinfektion	ohne Angabe	Summe
Afghanistan	1	2		1	5	9
Bangladesch					1	1
Brasilien		2				2
Dominikanische Republik					1	1
Frankreich*	2				1	3
Indien	2	6			2	10
Indonesien	1	3	1			5
Iran					2	2
Kolumbien	1	1				2
Pakistan		3			1	4
Vietnam			1			1
„Asien“		2				2
„Südasien“					1	1
„Südostasien“	1	2				3
Verschiedene Aufenthaltsorte in Asien und Ozeanien					1	1
Summe	8	21	2	1	15	47

* Die 3 Fälle mit Aufenthalt in Frankreich betrafen Mitglieder derselben Familie. Die genaueren Infektionsumstände sowie die jeweiligen Infektionswege konnten nicht ermittelt werden.

Tab. 4 | Malaria-Erkrankungen nach Erregerspezies und Infektionsort, Deutschland 2025, (2025: 587 Fälle mit Angabe), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Infektionsort	Fälle
Malaria tropica *(P. falciparum)*	
Kamerun	112
Nigeria	97
Ghana	40
Tansania	38
Elfenbeinküste (Côte d'Ivoire)	24
Uganda	22
Guinea	19
Sierra Leone	17
Kenia	14
Togo	14
Ruanda	11
Angola	10
Kongo	7
Demokratische Republik Kongo	6
Äthiopien	5
Benin	5
Burkina Faso	5
Gabun	4
Mosambik	4
Namibia	3
Sambia	3
Äquatorialguinea	2

Infektionsort	Fälle
Frankreich*	2
Gambia	2
Indien	2
Liberia	2
Senegal	2
Somalia	2
Sudan	2
Südsudan	2
Afghanistan	1
Botsuana	1
Burundi	1
Indonesien	1
Kolumbien	1
Malawi	1
Niger	1
Südafrika	1
„Afrika“	15
„Westafrika“	6
„Ostafrika“	4
„Zentralafrika“	1
„Südafrika“	1
„Südostasien“	1
Summe	**514**

(Fortsetzung Tabelle 4 auf nächster Seite)

(Fortsetzung Tabelle 4)

Infektionsort	Fälle
Malaria tertiana (*P. vivax* oder *P. ovale*)	
Kamerun	8
Indien	6
Indonesien	4
Äthiopien	3
Nigeria	3
Pakistan	3
Afghanistan	2
Brasilien	2
Ghana	2
Uganda	2
Angola	1
Äquatorialguinea	1
Burkina Faso	1
Eritrea	1
Kolumbien	1
Togo	1
Vietnam	1
„Afrika“	2
„Asien“	2
„Südostasien“	2
„Westafrika“	1
Ägypten und Italien**	1
Summe	**50**
Malaria quartana *(P. malariae)*	
Kamerun	6
Uganda	4
Guinea	3
Togo	2
Elfenbeinküste (Côte d'Ivoire)	1
Ghana	1
Malawi	1
Sudan	1
Tansania	1
„Westafrika“	2
„Afrika“	1
Summe	**23**

* Die Fälle mit Aufenthalt in Frankreich betrafen Mitglieder derselben Familie. Die genaueren Infektionsumstände sowie die jeweiligen Infektionswege konnten nicht ermittelt werden.
** Die genaueren Infektionsumstände sowie der Infektionsweg konnten nicht ermittelt werden.

Demografische Verteilung

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung betrug die Inzidenz in Deutschland 1,1 Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Einw.). Die Inzidenz bei Jungen und Männern war mit 1,5 Fällen pro 100.000 Einw. mehr als doppelt so hoch wie bei Mädchen und Frauen mit 0,6 Fällen pro 100.000 Einw. Der Altersgipfel der Inzidenz lag bei den 25- bis 49-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 657 Fällen (74 % der Fälle; 2024: 77 %) gemacht. Besuch von Freundinnen/Freunden oder Verwandten (engl. *visiting friends and relatives,* VFR) war der mit Abstand am häufigsten genannte Anlass, gefolgt von Tourismus (s. Tab. 5).

Chemoprophylaxe

Für 638 Fälle lagen Angaben zur medikamentösen Malaria-Prophylaxe vor. Für 101 Fälle (16 %) wurde die Einnahme einer Chemoprophylaxe berichtet. Die verwendeten Präparate waren Atovaquon/Proguanil (n = 37), Doxycyclin (n = 14), Mefloquin (n = 4) sowie andere, nicht empfohlene Präparate (n = 1); bei 44 Fällen fehlten Angaben zum Präparat und für einen Fall wurden mehrere Angaben gemacht. Angaben, ob die Chemoprophylaxe regelmäßig und

Tab. 5 | Reiseanlässe der gemeldeten oder übermittelten Malaria-Fälle, Deutschland 2025, (657 Fälle mit Angaben, 666 Nennungen), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Reiseanlass	Anzahl Nennungen	Prozent
Besuch von Freundinnen/ Freunden oder Verwandten	410	62 %
Tourismus	127	19 %
Kürzliche Migration nach Deutschland aus einem Malaria-Endemiegebiet	46	7 %
Geschäftsreisen, berufliche Gründe	29	4 %
Langzeitaufenthalt	20	3 %
Flugpersonal	9	1 %
Andere	25	4 %
Summe	**666**	**100 %**

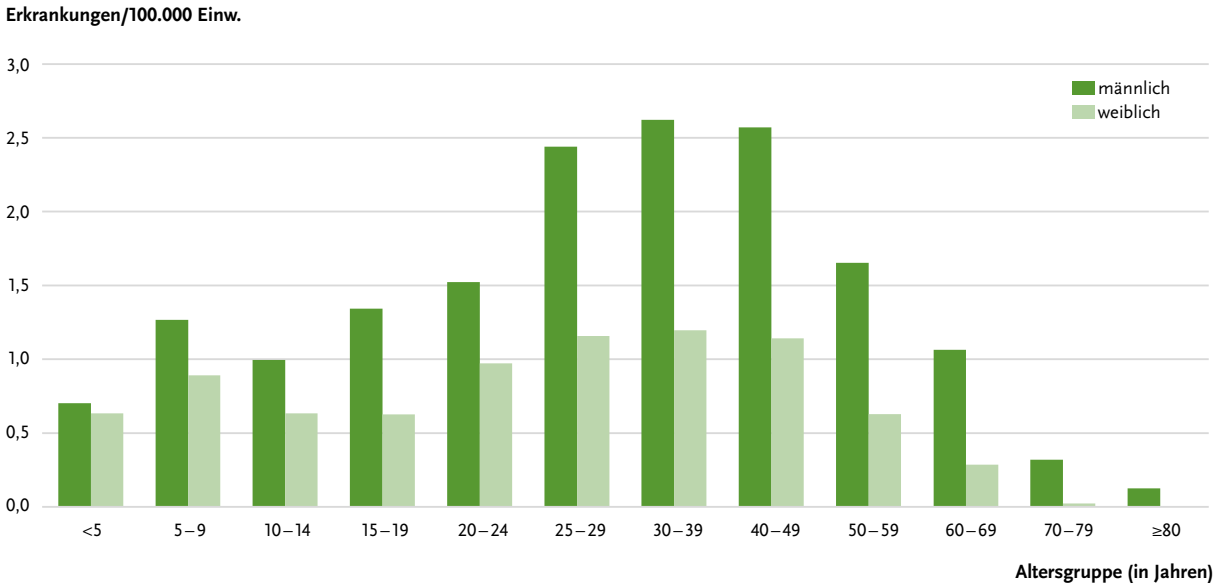

Abb. 3 | Inzidenz der Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2025 nach Altersgruppen und Geschlecht, (890 Fälle mit Angabe), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

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

Todesfälle

Im Jahr 2025 wurden 5 Malaria-Todesfälle gemeldet bzw. übermittelt (2024: 4 Todesfälle). Alle Verstorbenen waren an Malaria tropica (Erreger: *P. falciparum*) erkrankt und hatten sich in Afrika infiziert. Es handelt sich um 4 Männer und 1 Frau im Alter über 55 Jahren. Für eine der Verstorbenen wurde angegeben, dass die Person keine Chemoprophylaxe eingenommen hatte, bei den anderen Fällen wurde hierzu keine Angabe gemacht.

Datenqualität

Im Juli 2023 wurde die bisherige nichtnamentliche 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 dem Erreger 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 (s. Epid Bull 22/23 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.

Fazit

Die Zahl der gemeldeten bzw. übermittelten Malaria-Fälle ist 2025 gegenüber 2024 um 5 % gesunken. Ähnlich wie in den Vorjahren wurden die Erkrankungen zu einem hohen Anteil (zu 86 %) durch *P. falciparum* verursacht, die meisten Infektionen (94 %) wurden in einem afrikanischen Land erworben. Die am häufigsten genannten Infektionsländer waren wie im Vorjahr Kamerun, Nigeria und Ghana.

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 IfSG in getrennten Datenreihen vorliegen. Wichtige Hinweise zur Abfrage finden sich hier.

Chikungunyavirus-Erkrankungen

Im Jahr 2025 wurde in Deutschland eine Rekordzahl von 227 importierten Chikungunyavirus-Erkrankungen übermittelt, deutlich mehr als 2024 (51 Fälle) (s. Abb. 4). Es erkrankten 136 Frauen und 91 Männer. Betroffen waren 9 Minderjährige im Alter unter 18 Jahren und ansonsten Erwachsene zwischen 20 und 80 Jahren. Todesfälle traten nicht auf.

Zu den 227 Fällen lagen 232 Nennungen wahrscheinlicher Infektionsländer vor (Mehrfachnennungen möglich): Kuba wurde am häufigsten genannt (n = 83), gefolgt von den beiden Inseln im südlichen Indischen Ozean Mauritius (n = 38) und dem französischen Überseegebiet La Réunion (n = 28) sowie Sri Lanka (n = 25), wo jeweils größere Ausbrüche bekannt waren.

Auch in anderen Ländern der Europäischen Union, wie Frankreich und Italien, stieg 2025 die Anzahl reiseassoziierter Chikungunyafieberfälle ähnlich wie in Deutschland an. Infolgedessen kam es dort in Gebieten mit geeigneten Stechmückenvektoren auch zu einer höheren Anzahl autochthoner Ausbrüche. Diese betrafen vereinzelt auch Reisende aus Deutschland. In Frankreich wurden 3 autochthone Übertragungen sogar direkt an der deutschen Grenze nahe Straßburg registriert. In Deutschland ging jeweils 1 Infektion auf Aufenthalte in Italien und dem europäischen Teil von Frankreich zurück – in den jeweiligen Aufenthaltsregionen der beiden deutschen Fälle waren zu dieser Zeit autochthone Ausbruchsgeschehen bekannt. Insgesamt infizierten sich die meisten Betroffenen in den Amerikas (38 %), gefolgt von Afrika (27 %) und Asien (22 %).

Die Meldung von Chikungunyafieberfällen geschieht in Deutschland, relativ zum Erkrankungsbeginn, deutlich später als beispielsweise bei Denguefieberfällen (ca. 20 Tage vs. 10 Tage); wenn vor allem die nach Chikungunyavirus-Infektionen oft langanhaltenden Gelenkschmerzen Anlass zur Diagnose sind, deutet dies auf eine substanzielle Untererfassung auch symptomatischer Chikungunyavirus-Infektionen hin. Vielleicht wird auch häufig erst dann auf Chikungunya untersucht, nachdem beispielsweise ein Dengue-Test negativ war.

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 albopictus)* aktiv. Autochthone Übertragungen von Chikungunyavirus in Deutschland wurden bisher jedoch nicht übermittelt.

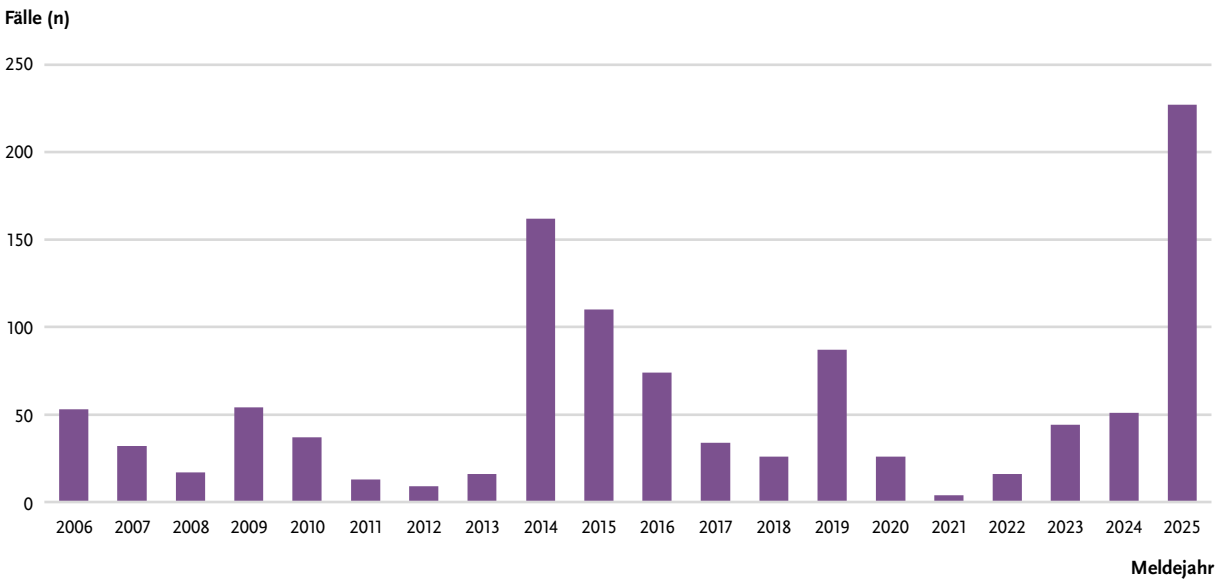

Abb. 4 | Chikungunyavirus-Erkrankungen in Deutschland 2006–2025, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Denguefieber

Im Jahr 2025 wurden dem RKI 913 Denguefieber-Erkrankungen übermittelt. Dies entspricht einem Rückgang um knapp die Hälfte nach dem Rekordjahr 2024 mit 1.717 Fällen und einer Rückkehr auf das Niveau von 2023 (s. Abb. 5). Die Inzidenz betrug 2025 1,1 Erkrankungen pro 100.000 Einw. Insgesamt 61 % der Erkrankungen wurden im I. und II. Quartal 2025 übermittelt. Beide Geschlechter waren ähnlich stark betroffen. Es wurden auch 2025 keine Todesfälle oder Fälle übermittelt, die die Kriterien für ein hämorrhagisches Denguefieber/Dengue-Schock-Syndrom erfüllen.

Zu den 913 Erkrankungen lagen 978 Nennungen wahrscheinlicher Infektionsländer vor (Mehrfachnennungen möglich). In Tabelle 6 sind die 10 am häufigsten genannten Infektionsländer bzw. -regionen aufgeführt. Wie in fast allen Jahren wurde Thailand am häufigsten angegeben (20 % der Nennungen), gefolgt von Indonesien (12 %), den französischen Überseegebieten (7 %: am häufigsten genannt wurde Guadeloupe, gefolgt von Französisch-Polynesien und Martinique) und den Malediven (6 %). Nur eine einzige Denguevirus-Infektion wurde offenbar in Festland-Europa erworben: Die betroffene Person hatte im Juni/Juli eine Adria-Kreuzfahrt unternommen und war in der Folge mit Denguefieber diagnostiziert worden. Es wurden Häfen in 4 Ländern angelaufen, darunter 2 Häfen in Italien.

Tab. 6 | Denguefieber in Deutschland, 2025 – die 10 am häufigsten genannten Infektionsländer (Angaben für 913 Erkrankungsfälle, Mehrfachnennungen möglich), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Infektionsland	Anzahl	Prozent
Thailand	194	19,8 %
Indonesien	118	12,1 %
Französische Überseegebiete	66	6,7 %
Malediven	63	6,4 %
Sri Lanka	49	5,0 %
Indien	44	4,5 %
Philippinen	39	4,0 %
Kuba	39	4,0 %
Tansania	29	3,0 %
Brasilien	28	2,9 %
Andere	309	31,6 %
Summe	**978**	**100 %**

In keiner der Hafenstädte wurde ein Dengue-Ausbruch erkannt, jedoch hatte Italien auch 2025 autochthone Denguefieber-Übertragung in Gebieten an oder nahe der Adria.

Trotz der starken Fallzahlabnahme hat sich die Verteilung der Fälle nach Infektionskontinent kaum gegenüber 2024 verändert: Asien (61 % der Nennungen; Vorjahr: 54 %), Amerikas (19 % der Nennungen, Vorjahr 29 %) und Afrika (11 %; Vorjahr: 9 %). Auf der Ebene der einzelnen Infektionsländer gab es 2025 nur nach Reisen in wenigen Ländern relevante

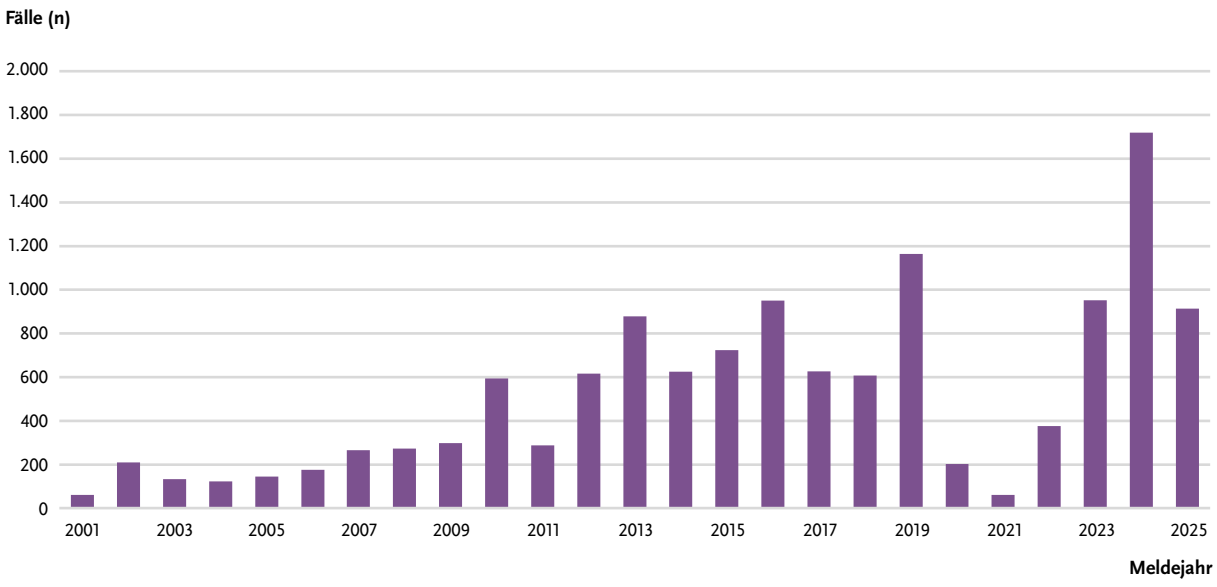

Abb. 5 | Denguefieber in Deutschland 2001–2025, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Fallzahl-Zunahmen gegenüber 2024, nämlich bezogen auf Tansania, Sri Lanka und die Philippinen.

Die Anzahl der nach Deutschland importierten Denguevirus-Infektionen ist abhängig von der starken Schwankungen unterliegenden epidemiologischen Situation in den Infektionsländern sowie von Veränderungen in den Reiseströmen. Nach einer großen Welle von Denguefieberausbrüchen in verschiedenen Regionen der Welt gab es 2025 weltweit wieder weniger Denguefieberfälle, und dadurch auch weniger infizierte Reiserückkehrende. In Deutschland kommen regional zumindest theoretisch zur Übertragung geeignete Vektoren *(Aedes albopictus)* vor. Die hiesigen klimatischen Bedingungen sind jedoch für Übertragungen noch wenig geeignet und stechmückenübertragene autochthone Fälle wurden auch 2025 nicht beobachtet.

Zikavirus-Erkrankung

Im Jahr 2025 wurden 16 Zikavirus-Erkrankungen an das RKI übermittelt. Diese Zahl ist vergleichbar mit der Anzahl der Fälle im Jahr 2023, während die Zahlen 2024 etwa doppelt so hoch waren. 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 16 Erkrankten waren 9 weiblich und 7 männlich. Die Altersspanne betrug 18 bis 73 Jahre. Todesfälle aufgrund einer Zikavirus-Erkrankung wurden 2025 nicht übermittelt.

Das wahrscheinliche Infektionsland wurde für alle Fälle übermittelt (Mehrfachnennungen möglich). Bei 6 Fällen wurde Thailand genannt, je 3-mal Malediven und Indonesien, 2-mal Seychellen und vereinzelt andere Länder.

Die Anzahl der nach Deutschland importierten Zikavirus-Infektionen hängt stark von der 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). Durch Arboviren verursachte Virale Hämorrhagische Fieber (VHF) würden als VHF übermittelt und berichtet werden (z. B. Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber), s. nachfolgenden Abschnitt.

Im Jahr 2025 wurden in Deutschland 20 Infektionen mit sonstigen Arboviren übermittelt, darunter keine Todesfälle. In 14 Fällen handelte es sich um Infektionen mit West-Nil-Virus (WNV) (s. Abb. 6). Davon hatten sich 4 Erkrankte in Deutschland infiziert und 10 im Ausland (5-mal Italien sowie vereinzelt aus anderen Ländern).

Außerdem wurden 6 Infektionen mit weiteren Arboviren übermittelt. Es handelte sich um 2 Fälle mit Oropouchevirus (infiziert auf Kuba und Dominica), 2 Fälle mit Sandfliegenfieber-Virus (beide infiziert in Italien) und je 1 Infektionsfall mit Mayarovirus (infiziert in Peru) sowie St. Louis-Enzephalitis-Virus (infiziert in den USA).

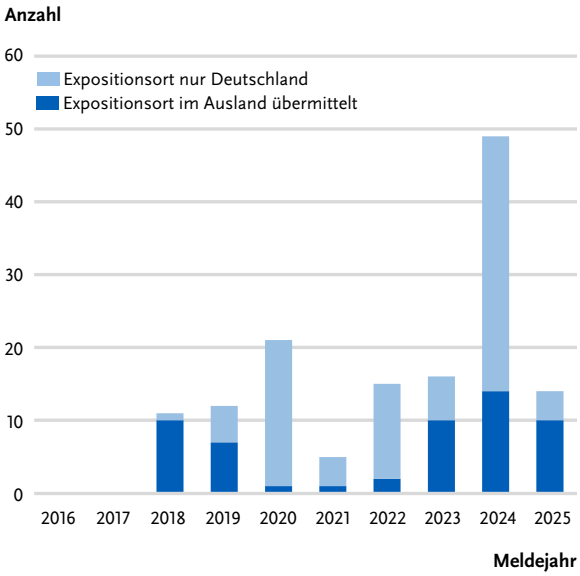

Abb. 6 | West-Nil-Virus-Infektionen in Deutschland 2016 (Beginn der Meldepflicht) – 2025 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Außer WNV sind die hier genannten übermittelten Arbovirosen ausschließlich reiseassoziiert. Das heißt, die Anzahl der Fälle in Deutschland hängt v. a. von der epidemiologischen Situation in den Infektionsländern sowie der Reiseaktivität in diese Länder ab.

Virale Hämorrhagische Fieber (VHF)

Im Jahr 2025 wurden dem RKI keine VHF-Fälle übermittelt. Zu den VHF zählen zum Beispiel Ebolafieber, Lassafieber, Gelbfieber, Rift-Valley-Fieber und Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber.

Allerdings verstarben nach Kenntnis des RKI im Sommer 2025 2 Personen aus Deutschland in der Türkei an Krim-Kongo-Hämorrhagischem-Fieber, die sich auch dort infiziert hatten. Zuletzt wurden in Deutschland im Jahr 2009 2 reiseassoziierte Krim-Kongo-Virus-Infektionen übermittelt.

Hepatitis A

Im Jahr 2025 wurden 1.147 Hepatitis-A-Erkrankungen übermittelt, 145 (14 %) mehr als im Vorjahr (s. Abb. 7). Von den 826 Erkrankungen (72 %) mit Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland wurde für 487 (59 %) Erkrankungen Deutschland als einziges Infektionsland genannt und für 339 (41 %; Vorjahr: 39 %) Erkrankungen wurde mindestens ein Expositionsort im Ausland angegeben. 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 September bis Oktober übermittelt (s. Abb. 8).

Von den 339 Erkrankungen mit Auslandsaufenthalt lagen die Expositionsorte bei 144 (42 %; Vorjahr: 47 %) Personen in Asien, bei 112 (33 %; Vorjahr: 23 %) in Europa, bei 58 (17 %; Vorjahr: 24 %) in Afrika, und bei 18 (5 %; Vorjahr: 5 %) in Amerika. 7 Personen hatten sich auf mehreren Kontinenten aufgehalten.

Für 329 Erkrankungen mit Angaben zu besuchten Ländern wurden 345 mögliche Infektionsländer außerhalb von Deutschland übermittelt (Mehrfachnennungen möglich). Die 3 am häufigsten genannten wahrscheinlichen Infektionsländer waren Syrien, Indien und Rumänien (s. Tab. 7). Im Vergleich zum Vorjahr wurden die stärksten Erhöhungen bei Fällen mit Expositionen in Syrien (2025: 45; 2024:

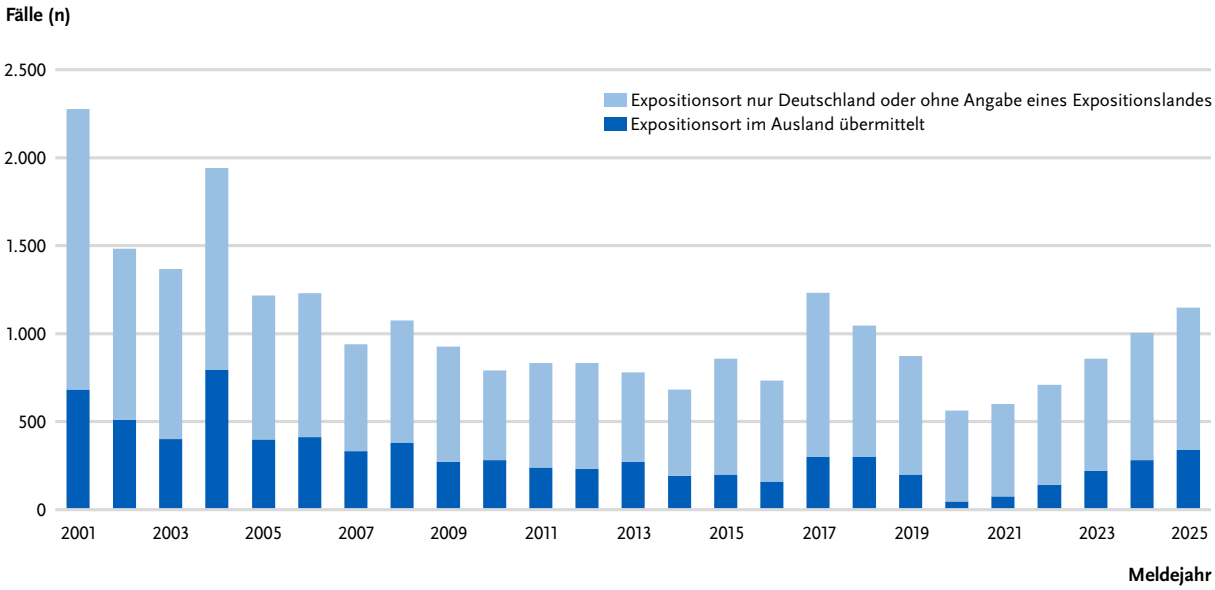

Abb. 7 | Hepatitis-A-Erkrankungen in Deutschland 2001–2025 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

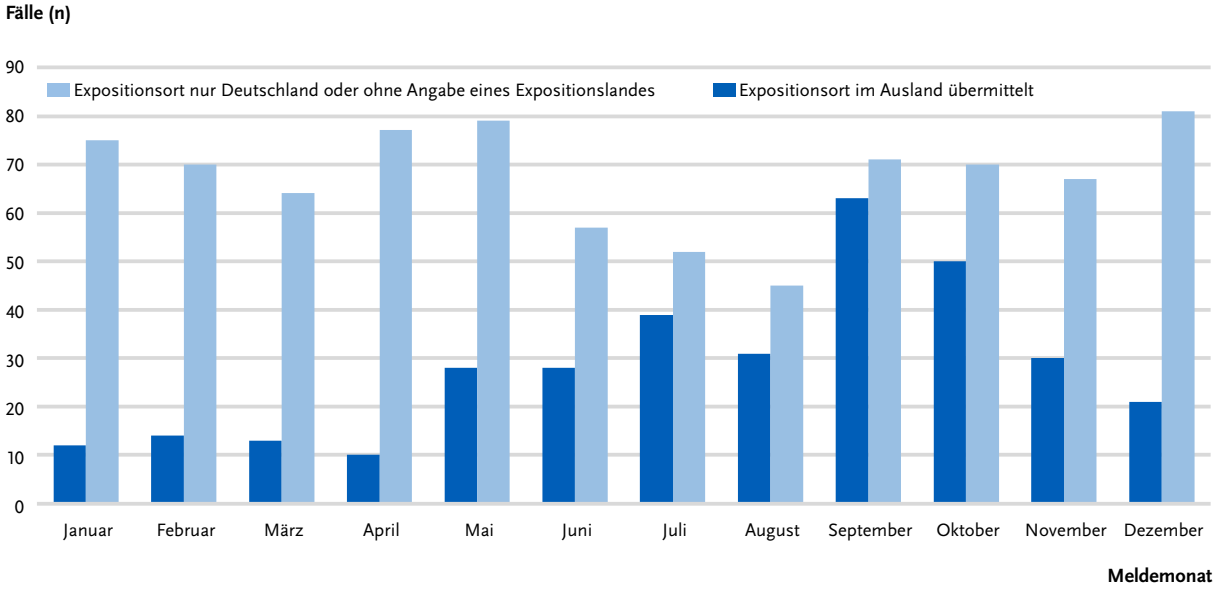

Abb. 8 | Hepatitis-A-Erkrankungen in Deutschland 2025 nach Meldemonat und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Tab. 7 | Hepatitis-A-Erkrankungen in Deutschland 2025, am häufigsten genannte nicht-deutsche Infektionsländer (345 Länderangaben für 329 Fälle, Mehrfachnennungen möglich), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Infektionsland	Nennungen
Syrien	45
Indien	32
Rumänien	22
Marokko	21
Spanien	21
Ägypten	20
Türkei	18
Italien	14
Pakistan	14
Afghanistan	9
Kroatien	9
Libanon	9
Kuba	8
Österreich	7
Portugal	6
Frankreich	5
Irak	5
Polen	5
Ukraine	5
Ungarn	5
Andere (mit <5 Fällen)	65

15) und Rumänien (2025: 22; 2024: 9) beobachtet. Der ausgeprägteste Rückgang zeigte sich bei Fällen mit Exposition im Irak (2025: 5; 2024: 16).

Von den im Ausland exponierten Hepatitis-A-Erkrankten waren 185 von 336 mit Angaben (55 %; Vorjahr: 58 %) männlich, das mediane Alter betrug 27 Jahre (Spanne: 2–83 Jahre) und 100 Erkrankungen (29 %; Vorjahr: 36 %) betrafen Kinder und Jugendliche <18 Jahren.

Angaben zum Impfstatus waren für 289 Fälle mit wahrscheinlichem Expositionsort im Ausland verfügbar (85 %; Vorjahr: 88 %). Von diesen waren 264 (91 %) nicht gegen Hepatitis A geimpft. Bei 25 Personen (8,7 %) wurde eine Hepatitis-A-Erkrankung trotz Impfung angegeben. Lediglich eine Person hatte nach Datenlage eine vollständige Grundimmunisierung erhalten. Sie erkrankte mehr als 15 Jahre nach ihrer letzten Hepatitis-A-Impfung.

Im Jahr 2025 wurden 7 Todesfälle (Vorjahr: 2) infolge einer Hepatitis-A-Erkrankung übermittelt. Ein Auslandsaufenthalt wurde für 3 Personen übermittelt (2-mal Indien, 1-mal Kuba), 2 der Infektionen wurden in Deutschland erworben, für die anderen beiden Erkrankungen wurden keine Informationen zum möglichen Infektionsort übermittelt. Die 3 Er-

krankungen nach Auslandsaufenthalt betrafen 2 Personen in der Altersgruppe 25 bis 45 Jahre und eine Person im Alter über 70 Jahren. Für 2 Fälle wurde übermittelt, dass sie nicht gegen Hepatitis A geimpft worden waren, für die andere Person liegen keine Informationen zum Impfstatus vor.

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 27/2026.

Shigellose

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 3.350 Shigellosen übermittelt. Die Zahl der Shigellosen ist im Vergleich zum Vorjahr (2.234 Fälle) auf etwa das 1,5-fache gestiegen (s. Abb. 9). Die Inzidenz lag bei 4,0 Erkrankungen pro 100.000 Einw. und war damit 10-mal höher als der Median der 5 Vorjahre (0,4). Die starke Zunahme der Shigellose-Fälle im Jahr 2025 könnte, wie auch schon in den beiden Vorjahren, mit der Zunahme der Anwendung von sogenannten Multiplex-PCR-Panels in der Primärdiagnostik von gastrointestinalen Infektionen zusammenhängen.

Bei 2.911 Erkrankungen (87 %) lagen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland vor (3.028 Nennungen; Mehrfachnennungen möglich). Ein anderes Land als Deutschland wurde 2.065-mal angegeben (68 % der Nennungen). Unter der Annahme, dass die Infektion im Ausland erworben wurde, wenn ein anderes Land zusätzlich zu Deutschland angegeben wurde, ergaben sich im Jahr 2025 in der Summe 2.007 (60 %) wahrscheinlich im Ausland erworbene Shigellosen (2024: n=1.317, 59 %). Die im Jahr 2025 am häufigsten genannten Infektionsländer waren, abgesehen von Deutschland, Ägypten, Türkei, Marokko, Indien, Tansania und Kap Verde (s. Tab. 8). Die reiseassoziierten Shigellosen zeigten einen saisonalen Verlauf mit höheren Erkrankungszahlen in der zweiten Jahreshälfte, ab etwa Mitte August. Ein saisonaler Verlauf war bei den übrigen Shigellosen weniger deutlich.

Im Median waren die Fälle mit reiseassoziierter Shigellose 39 Jahre alt (Spanne: 0–87 Jahre) und unterschieden sich damit nicht wesentlich von den Fällen, die sich wahrscheinlich in Deutschland infiziert haben (Median: 38 Jahre; Spanne: 0–99 Jahre). Bei den reiseassoziierten Fällen waren etwas mehr

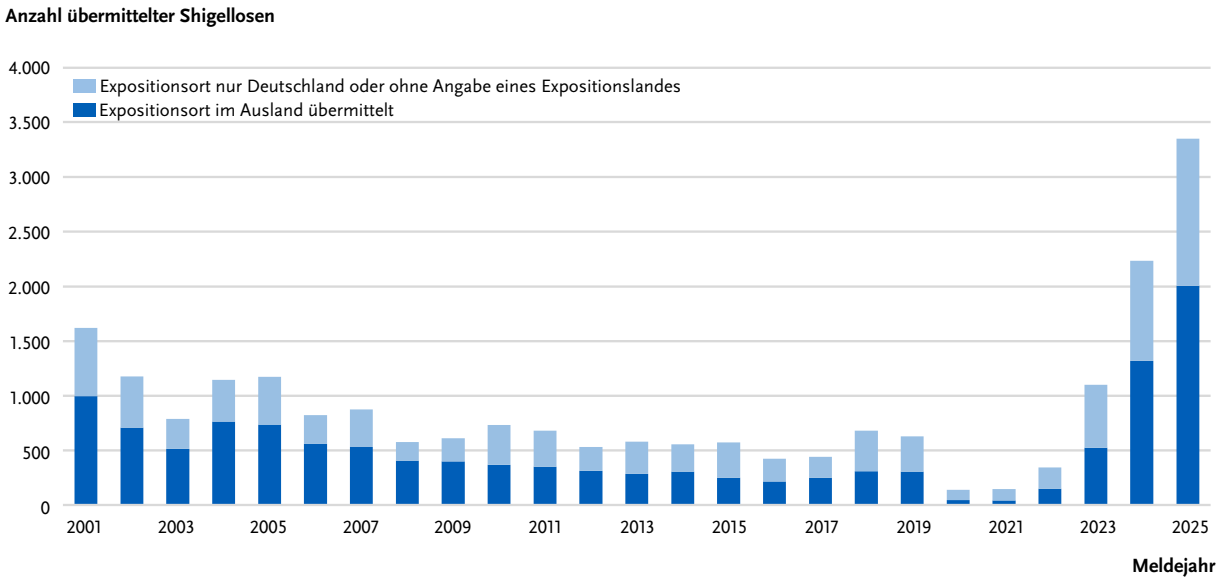

Abb. 9 | Shigellosen in Deutschland 2001–2025 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Tab. 8 | Shigellose in Deutschland 2025 – am häufigsten genannte Infektionsländer (außer Deutschland) (Mehrfachnennungen möglich; 2.911 Erkrankungen, bei denen mindestens ein Infektionsland genannt wurde), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Infektionsland	Nennungen
Ägypten	549
Türkei	145
Marokko	124
Indien	122
Tansania	75
Kap Verde	70
Namibia	52
Spanien	45
Indonesien	44
Andere	839
Summe (inkl. Deutschland; 963 Nennungen)	**3.028**

weibliche als männliche Personen betroffen (1.146 von 2.007 Fällen, 57 %), während bei den Fällen, die sich wahrscheinlich in Deutschland infiziert haben, mehr männliche Personen betroffen waren (923/1.340 mit entsprechenden Angaben, 69 %). Im Jahr 2025 wurde kein Todesfall aufgrund von Shigellose übermittelt.

Bei 349 (17 %) der 2.007 reiseassoziierten Erkrankungen wurden Angaben zur *Shigella*-Spezies übermittelt. Dieser Anteil war im Jahr 2025 niedriger als in den beiden Vorjahren (2023: 47 %; 2024: 22 %). Bei 1.095 (55 %) der 2.007 reiseassoziierten Shigellosen wurde als Erreger *Shigella* sp. ohne eine Speziesangabe übermittelt, bei 563 (28 %) wurde der Erreger als „nicht erhoben" oder „nicht ermittelbar" übermittelt.

Bei 58 % der 349 reiseassoziierten Shigellosen mit Angaben zur Erregerspezies handelte es sich um Infektionen mit *Shigella (S.) sonnei* (202/349), gefolgt von *S. flexneri* (19 %), *S. boydii* (2 %) und *S. dysenteriae* (1 %). Bei 20 % (71/349) wurde als Spezies „andere/sonstige" angegeben. Die Speziesverteilung bei den reiseassoziierten Fällen war damit ähnlich wie bei Fällen, die sich vermutlich in Deutschland infiziert haben, mit Ausnahme von *S.-flexneri*-Infektionen, deren Anteil bei nicht-reiseassoziierten Shigellosen größer war. Dagegen war der Anteil der Shigellosen, bei denen als Spezies „andere/sonstige" angegeben wurde, bei den nicht-reiseassoziierten Shigellosen niedriger als bei den reiseassoziierten Shigellosen: *S. sonnei* (58 %), *S. flexneri* (29 %), *S. boydii* (2 %), *S. dysenteriae* (1 %), andere/sonstige Spezies (11 %). Der Anteil der Shigellosen mit einer Speziesangabe war mit 33 % bei den nicht-reiseassoziierten Erkrankungen höher als bei den reiseassoziierten Erkrankungen (17 %).

Typhus

Im Jahr 2025 wurden 91 Typhus-Erkrankungen übermittelt, 17 mehr als im Vorjahr (s. Abb. 10).

Von den 88 Erkrankungen mit Angaben zum Infektionsort wurde in 2 Fällen Deutschland als einziges Infektionsland angegeben. Für die anderen 86 Erkrankungen wurde mindestens ein Expositionsort im Ausland übermittelt. Für 2 Fälle wurden neben einem Aufenthalt in einem Gebiet mit bekannter Typhus-Verbreitung auch ein Aufenthalt im europäischen Ausland angegeben. Im Folgenden werden für diese 86 Fälle nur diejenigen Länder aufgeführt, die als plausible Infektionsländer infrage kommen.

Die 3 am häufigsten genannten wahrscheinlichen Infektionsländer außerhalb Deutschlands waren Indien (n = 45), Pakistan (n = 16) und Irak (n = 4), gefolgt von Afghanistan (n = 3), Indonesien (n = 3), Mexiko (n = 3), Senegal (n = 3), Bangladesch (n = 2) sowie je 1-mal Angola, Madagaskar, Malediven, Marokko, Tansania und Thailand. Für den verbleibenden Fall wurde als Expositionsort „Westafrika" genannt, ohne Angabe eines Infektionslandes. Im Vergleich zum Vorjahr wurde eine Zunahme der Fälle mit Exposition in Indien beobachtet (n = 45; 2024: 35).

Die 86 vermutlich importierten Erkrankungen betrafen 37 (43 %) weibliche Personen, 49 (57 %) männliche Personen und 21 (24 %) Kinder und Jugendliche <18 Jahre. Das mediane Alter war 28 Jahre (Spanne: 1–66 Jahre). Für 71 (83 %) Erkrankte mit Auslandsaufenthalt lagen Informationen zum Impfstatus vor, davon waren 64 (90 %) nicht gegen Typhus geimpft. Es wurden keine Todesfälle aufgrund von Typhus übermittelt.

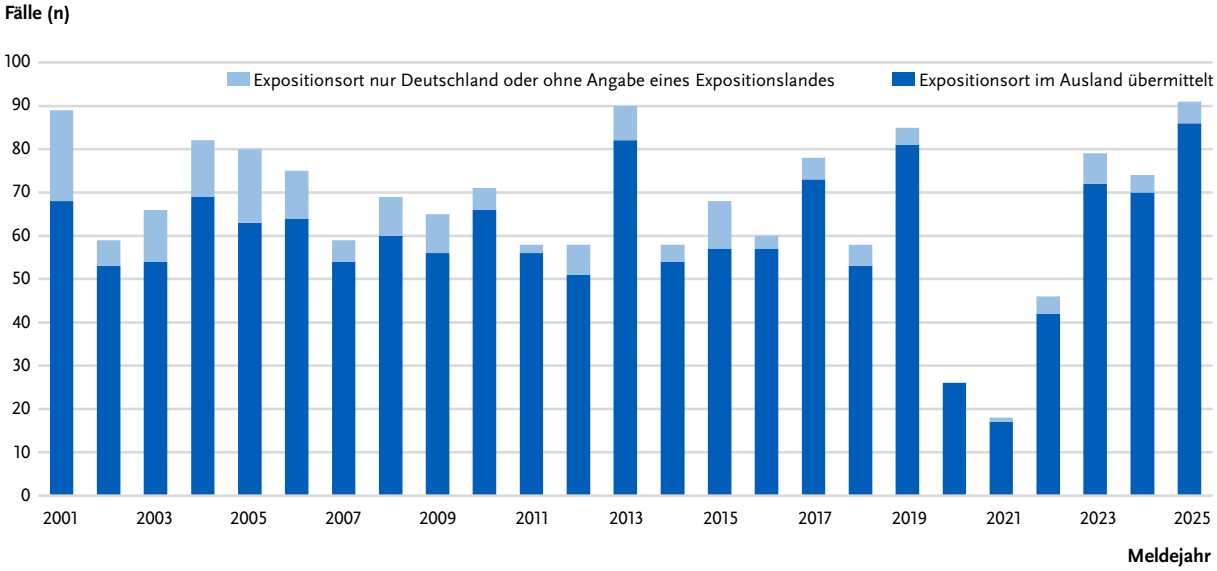

Abb. 10 | Typhus-Erkrankungen in Deutschland 2001–2025 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Impfempfehlung für Reisende: Bei (i) Reisen nach Pakistan, Indien, Nepal, Afghanistan, Bangladesch unabhängig vom Reisestil 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, die Freunde und Freundinnen oder Verwandte im Ausland besuchen (*visiting friends and relatives*, VFR), in Länder mit erhöhtem Risiko für eine Typhus-Erkrankung 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 27/2026.

Paratyphus

Im Jahr 2025 wurden 56 Paratyphus-Erkrankungen übermittelt, 2 mehr als im Vorjahr (s. Abb. 11).

Von den 55 Erkrankungen mit entsprechenden Angaben wurde in 4 Fällen Deutschland als einziges Infektionsland angegeben. Für die anderen 51 Erkrankungen wurde jeweils mindestens ein Expositionsort im Ausland übermittelt; dabei handelte es sich 1-mal lediglich um einen kurzen Aufenthalt in Österreich, so dass dieser Fall im Folgenden nicht als importierte Erkrankung berücksichtigt wird. Ob es sich bei den Fällen mit Deutschland bzw. Österreich als angegebenem Infektionsland um sekundäre Infektionen infolge importierter Erkrankungen handelt, bleibt unklar.

Für die verbleibenden Fälle wurde 1-mal eine Exposition in „Asien“ genannt ohne Angabe des Infektionslandes und für die anderen 49 Fälle wurden 53 mögliche Infektionsländer im Ausland übermittelt (Mehrfachnennungen möglich). Unter den 46 Fällen mit Angabe nur eines nicht deutschen Infektionslandes wurden am häufigsten Irak (n=23) und Indien (n=7) genannt (s. Tab. 9). Für 3 Fälle wurden mehrere mögliche Infektionsländer genannt: Bolivien und Brasilien (Fall 1), Irak, Türkei und Griechenland (Fall 2), Türkei und Kanada (Fall 3).

Der Serotyp wurde für 46 der 50 Erkrankungen mit Exposition im Ausland angegeben: *Salmonella (S.)* Paratyphi A (n=14) und *S.* Paratyphi B (n=32). Für 2 Fälle ohne Angabe wurde ein epidemiologischer Link zu Serotyp B angegeben (s. Tab. 9). Im Vergleich zum Vorjahr wurde ein deutlicher Anstieg von *S.*-Paratyphi-B-Erkrankungen mit Exposition im Irak beobachtet (n=24, 2024: n=6). Alle Personen mit weiteren Angaben zum Aufenthaltsort hatten sich im Nordirak aufgehalten.

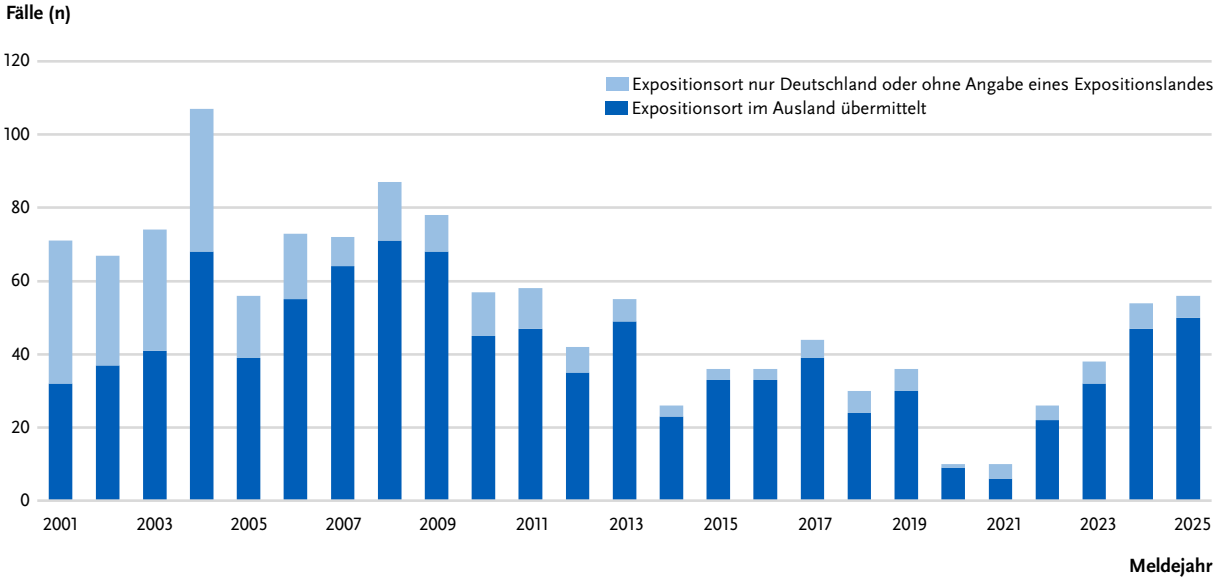

Abb. 11 | Paratyphus-Erkrankungen in Deutschland 2001–2025 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Tab. 9 | Paratyphus-Erkrankungen in Deutschland 2025, nicht deutsche Infektionsländer nach Serotyp (Mehrfachnennungen möglich), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Infektionsland	Nennungen
Serotyp A (n=14)	
Indien	7
Pakistan	3
Senegal	2
Indonesien	1
Türkei	1
Griechenland	1
Kanada	1
Serotyp B (n=32 plus n=2 ohne Angabe aber mit epidemiologischem Link zu einem Fall mit Serotyp B)	
Irak	24
Türkei	2
Brasilien	1
Bolivien	1
Chile	1
Ägypten	1
Botsuana	1
Malaysia	1
Iran	1
Singapur	1
Sri Lanka	1
„Asien“	1
Kein Serotyp angegeben (n=2)	
Indonesien	1
Kamerun	1

S.-Paratyphi-A-Erkrankungen nahmen im Vergleich zum Vorjahr insgesamt (n=14, 2024: 28) und insbesondere mit Exposition in Indien wieder ab (n=7, 2024: 22).

Von den im Ausland exponierten Paratyphus-Erkrankten waren 26 (52 %) männlich. Das mediane Alter betrug 20 Jahre (Spanne: 4–61 Jahre). Insgesamt betrafen 22 (44 %) Erkrankungen Kinder und Jugendliche <18 Jahren. Es wurden keine Todesfälle aufgrund von Paratyphus übermittelt.

Cholera

Im Jahr 2025 wurden 9 (2024: 4) Cholera-Erkrankungen übermittelt. 6 Erkrankte waren männlich und 3 weiblich, 2 Kinder und 7 Erwachsene. Die Fälle wurden aus Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen übermittelt. Soweit bekannt, wurde die Infektion in allen Fällen durch *Vibrio cholerae* Serogruppe O1 verursacht; bei 1 Erkrankung wurde keine Serogruppe übermittelt. 2 der 7 Fälle, für die ein Impfstatus übermittelt wurde, waren ohne Angabe von Impfdaten zuvor mindestens 1-mal gegen Cholera geimpft worden. Keiner der Erkrankten ist verstorben.

Als ausländische Infektionsländer wurden 2-mal Indien und je 1-mal Äthiopien und Thailand genannt. Ungewöhnlich waren 5 in Deutschland im Jahr 2025 erworbene Cholera-Infektionen im Zusammenhang mit aus Äthiopien (s. auch hier) mitgebrachtem Wasser, dem Heilkräfte zugesprochen werden. Das Wasser wurde auf nicht-kommerziellem Weg 2-mal unabhängig voneinander nach Deutschland mitgebracht. Vier Personen konsumierten das Wasser bzw. hatten Schleimhautkontakt im Gesicht damit; der 5. Fall geht vermutlich auf eine familiäre Mensch-zu-Mensch-Übertragung im Haushalt zurück, ausgehend von einer durch das Wasser infizierten Person. In der äthiopischen Herkunftsregion des kontaminierten Wassers war 2025 ein Cholera-Ausbruch bekannt.

Die Häufigkeit reiseassoziierter Cholera-Fälle in Deutschland ist abhängig von der Cholera-Situation in der Welt. Laut WHO gab es nach den Jahren der COVID-19-Pandemie in vielen Ländern eine Rückkehr großer Cholera-Ausbrüche, in deren Kontext sich vereinzelt auch Reisende aus Deutschland infizierten. Der 2025 auf eine Haushaltsübertragung zurückgehende oben erwähnte Fall ist, soweit dem RKI bekannt, die einzige Mensch-zu-Mensch-Übertragung in Deutschland seit 2001.

Brucellose

Im Jahr 2025 wurden 55 Brucellose-Erkrankungen übermittelt. Für 44 (80 %) Erkrankungen wurde das wahrscheinliche Infektionsland angegeben. Bei 30 Erkrankungen (68 %) lag dieses im Ausland, was einen leichten Anstieg im Vergleich zu 28 Fällen mit ausländischem Infektionsland im Jahr 2024 darstellt (s. Abb. 12).

Das am häufigsten genannte nicht deutsche mögliche Infektionsland war der Irak (n = 5). Syrien wurde 3-mal genannt; Ägypten, Bosnien und Herzegowina, Italien, Kosovo und die Türkei wurden jeweils 2-mal genannt (Mehrfachnennungen möglich).

Von den 30 reiseassoziierten Erkrankungen betrafen 20 (67 %) Männer. Das mediane Alter war 46,5 Jahre (Spanne: 4 – 75 Jahre). Für 17 reiseassoziierte Erkrankungen (57 %) wurde mindestens eine mögliche Infektionsquelle übermittelt. Am häufigsten wurden der Verzehr von Rohmilch (n = 9), der Verzehr von Rohmilchkäse (n = 8) und der Kontakt zu Nutztieren (n = 5) genannt.

Bei allen Fällen mit Typisierungsergebnis (10 der 30 reiseassoziierten Erkrankungen) wurde *Brucella melitensis* als Erreger angegeben. Im Jahr 2025 wurde kein Ausbruch übermittelt. Im Jahr 2025 wurden keine Todesfälle aufgrund von Brucellose übermittelt.

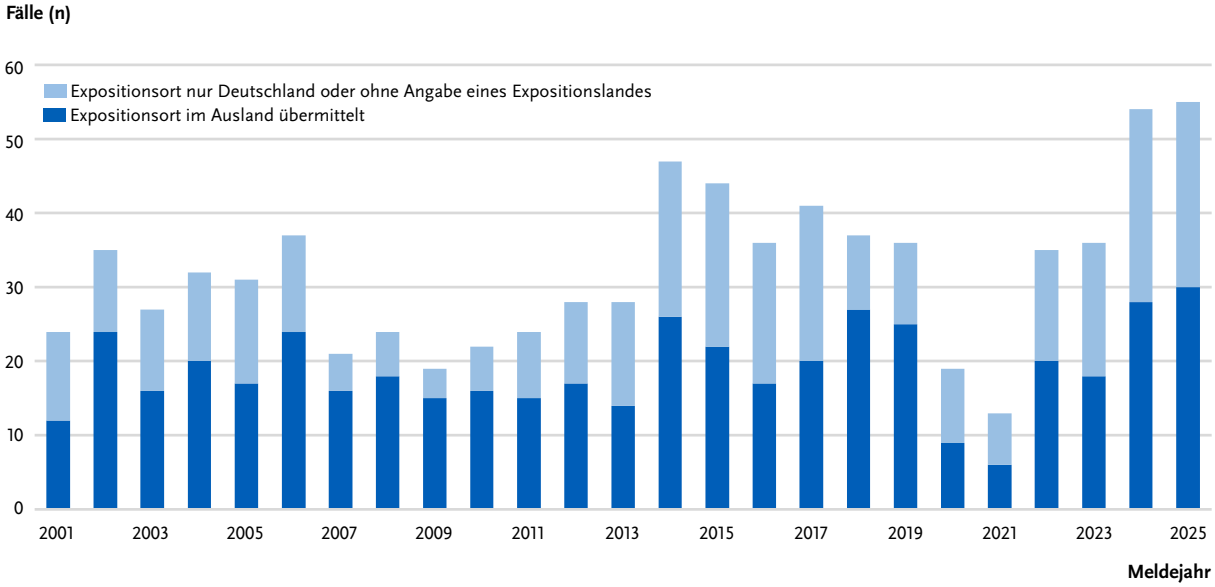

Abb. 12 | Brucellose in Deutschland 2001 – 2025 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Giardiasis

Im Jahr 2025 wurden 3.031 Giardiasis-Erkrankungen übermittelt, entsprechend einer Inzidenz von 3,6 Erkrankungen pro 100.000 Einw. und einer Zunahme gegenüber dem Vorjahr um 7 % (s. Abb. 13). Bei den Fällen, die unter Nennung eines wahrscheinlichen Infektionsortes im Ausland übermittelt wurden (n = 941, entsprechend 1,1 Fällen pro 100.000 Einw.), wurde ebenfalls eine Zunahme um 7 % gegenüber dem Vorjahr (882 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. 14).

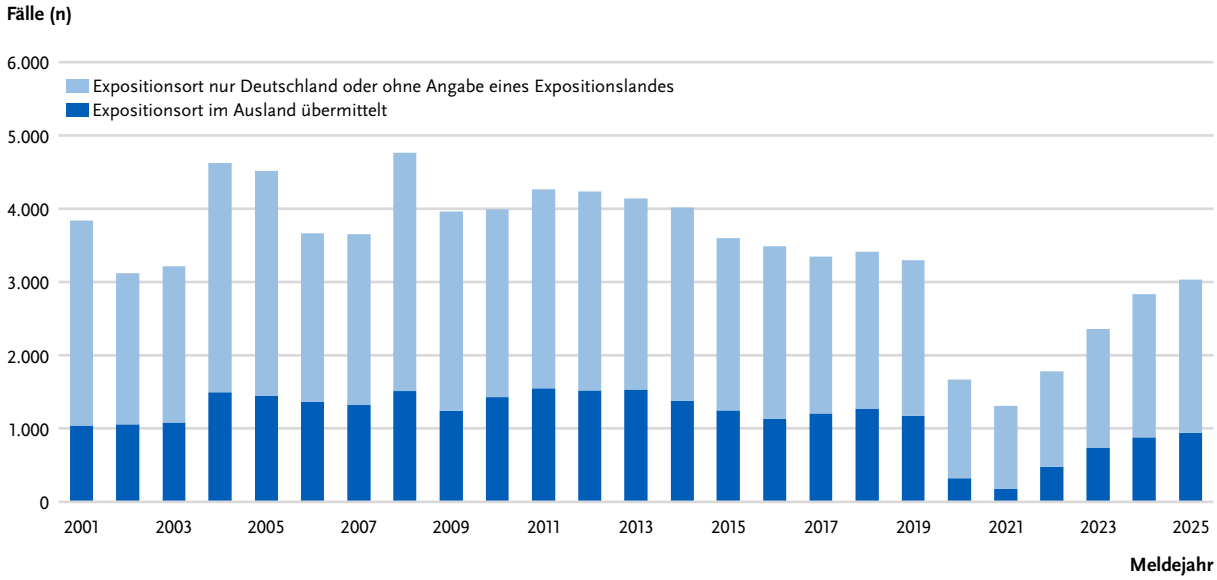

Abb. 13 | Giardiasis in Deutschland 2001–2025 nach Meldejahr und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

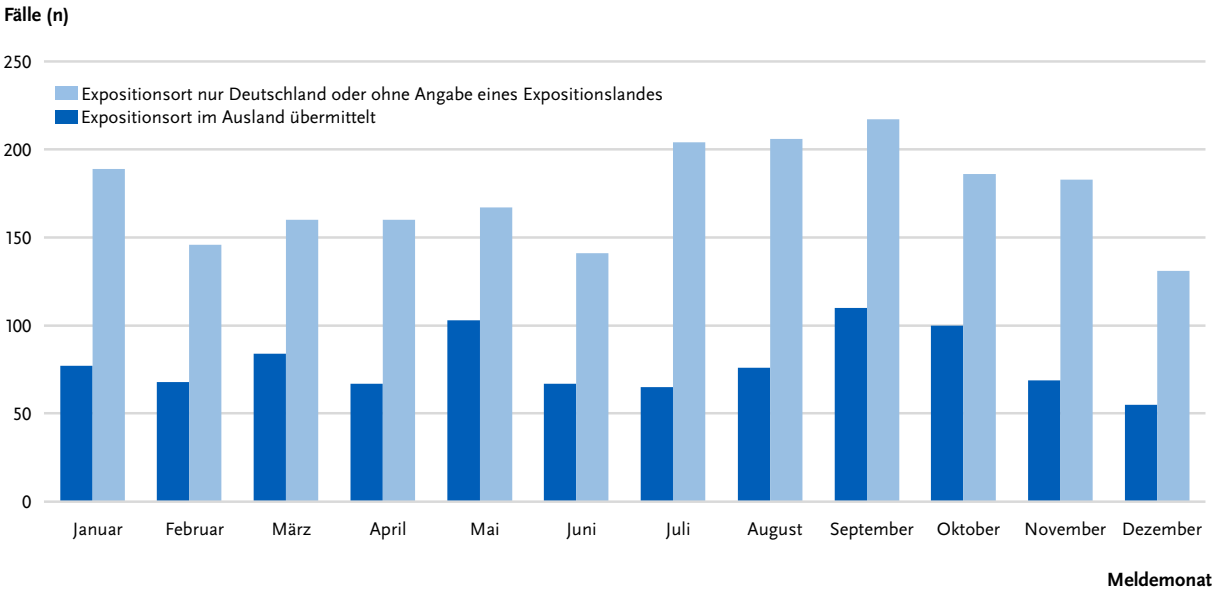

Abb. 14 | Giardiasis in Deutschland 2025 nach Meldemonat und wahrscheinlichem Expositionsort, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Tab. 10 | Giardiasis in Deutschland 2025 – am häufigsten genannte nicht deutsche Infektionsländer (Angaben für 941 Fälle, Mehrfachnennungen möglich), Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Infektionsland	Nennungen
Indien	130
Spanien	61
Türkei	46
Ägypten	38
Thailand	34
Italien	32
Kolumbien	31
Indonesien	28
Frankreich	27
Andere	541
Summe	**968**

Bei 2.112 Erkrankungen (70 %) lagen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland vor (Mehrfachnennungen möglich). Von allen 2.248 Nennungen entfielen 55 % auf Deutschland. Der Anteil der Fälle mit Nennung eines ausländischen Infektionslandes (unter allen Fällen mit Nennung eines Landes) ist mit 45 % gegenüber dem Vorjahr (46 %) ungefähr gleich geblieben.

Als ausländische Infektionsländer wurden am häufigsten Indien (130 Nennungen, 5,8 %) und Spanien (61 Nennungen, 3 %) genannt (s. Tab. 10).

Von den reiseassoziierten Giardiasis-Erkrankungen waren zu 56 % Männer betroffen. Der Altersmedian lag hier bei 39,5 Jahren (Spanne: 0–88 Jahre); 91 % der übermittelten Fälle waren 18 Jahre oder älter. Im Jahr 2025 wurde kein Todesfall infolge einer importierten Giardiasis übermittelt.

Lepra

Im Jahr 2025 wurden in Deutschland 4 Lepra-Erkrankungen übermittelt. Bezüglich des klinischen Bildes wurde in 1 Fall eine indeterminierte Lepra diagnostiziert, die einem Frühstadium der Erkrankung entspricht, in 1 Fall eine tuberkuloide Lepra und in 2 Fällen eine lepromatöse Lepra. Die Erkrankten waren zwischen 24 und 40 Jahre alt, 2 Personen waren männlich und 2 Personen weiblich. Als wahrscheinliche Infektionsländer wurden Afghanistan, Kamerun, Madagaskar und Nigeria angegeben.

Lepra wird durch *Mycobacterium leprae* hervorgerufen und weist eine Inkubationszeit von bis zu 20 Jahren auf. Es handelt sich um eine in Deutschland sehr seltene Erkrankung. In den 10 Jahren vor 2025 wurde jährlich im Median 1 Erkrankung übermittelt (Spanne: 0–3 Erkrankungen). War ein wahrscheinlicher Expositionsort übermittelt (in 11 von 13 Fällen), so lag dieser bei den die Referenzdefinition erfüllenden Fällen – wie auch bei den 4 im Jahr 2025 übermittelten Erkrankungen – immer außerhalb Deutschlands.

Zusammenfassung

Dieser Bericht präsentiert wichtige epidemiologische Charakteristika und Trends bei reiseassoziierten Infektionskrankheiten für das Jahr 2025 auf der Basis der Meldedaten (gemäß Infektionsschutzgesetz).

Die Fallzahlen haben sich seit 2023 weitgehend wieder dem Niveau vor der COVID-19-Pandemie angenähert, was die internationale Aktivität von Fernreisen reflektiert.

Malaria ist mit 890 Fällen und 5 Todesfällen weiterhin ein bedeutendes reisemedizinisches Thema. Durch adäquate Prophylaxemaßnahmen ließe sich ein großer Teil der Fälle verhindern.

Ein beträchtlicher Teil der Fälle betrifft Reisende, die Freunde und Verwandte besucht haben *(visiting friends and relatives)*. Bei 86 % der Fälle mit Angaben zur Erregerspezies wurde *Plasmodium falciparum* nachgewiesen und der weitaus größte Anteil der Erkrankten (94 %) hatte sich wie in den Vorjahren in einem afrikanischen Land infiziert, besonders häufig in Kamerun, Nigeria, Ghana und Tansania.

Für einige Krankheiten wie Chikungunyavirus-Erkrankung, Hepatitis A, Shigellose und Giardiasis nahmen die reiseassoziierten Fallzahlen im Vergleich zu 2024 zu.

So gab es zum Beispiel 227 Chikungunya-Fälle (2024: 51), wohingegen die Dengue-Fälle (n = 913) einen Rückgang um fast 50 % zeigten. Hier spiegelt sich deutlich die epidemiologische Situation (z. B. größere Ausbrüche) in den Hauptreiseregionen in den Tropen wider. Einzelne Fälle von Chikungunyavirus-Infektion nach Aufenthalten in Italien und Frankreich sind Teil dieser deutlich kleineren europäischen Ausbruchsgeschehen dort. Vor dem Hintergrund des Klimawandels könnten solche autochthonen Übertragungen in Europa künftig häufiger beobachtet werden.

Bei Giardiasis erreichten die Fallzahlen trotz Zunahme noch nicht das Vor-Pandemie-Niveau. Bei Hepatitis A fiel eine gewisse Verschiebung bei den wahrscheinlichen Infektionsländern auf. So war für Syrien und Rumänien gegenüber 2024 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen; gemeinsam mit Indien zählten sie zu den 3 Hauptinfektionsländern. Bezüglich Syrien ist dies wahrscheinlich auf den zunehmenden Reiseverkehr mit diesem Land zurückzuführen.

Die Auswertungen unterstreichen die Bedeutung der Meldedaten. Sie können zur Bewertung der epidemiologischen Situation in bestimmten Regionen und von Infektionsrisiken für Reisende beitragen und damit auch für die reisemedizinische Beratung nützlich sein.

Literatur

Malaria

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

Sarma N, Dörre A, Kremer-Flach K, Öhler H, *et al.*: 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, Schönecker A, *et al.* Congenital infection with Plasmodium malariae: a rare case of intrauterine transmission in Germany. Malar J 2025;24:91. https://doi.org/10.1186/s12936-025-05331-8

Hallmaier-Wacker LK, van Eick MD, Briët O, Delamare H, *et al.* Airport and luggage (Odyssean) malaria in Europe: a systematic review. Euro Surveill 2024;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, *et al.*: Investigation of an airport-associated cluster of falciparum malaria in Frankfurt, Germany, 2022. Euro Surveill 2024;29(5):2300298. https://www.eurosurveillance.org/content/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;17(1):28. 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, Simon S, Trost E, Stark K, Frank C: Epidemiological characteristics and trends of notified enteric fevers in Germany, 2001 to 2023, Euro Surveill 2025;30(14):2400314. PMID 40211970

Infektionen mit extensiv antibiotikaresistenten (XDR) *Salmonella* Typhi bei Reiserückkehrern aus Pakistan. Epid Bull 2019;30:275-285. DOI 10.25646/6206.2

Chatham-Stephens P, Medalla F, Hughes M, Appiah GD, *et al.*: Emergence of extensively drug-resistant *Salmonella* Typhi Infections among travelers to or from Pakistan – United States, 2016–2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68(1):11-13. doi: 10.15585/mmwr.mm6801a3.

Cholera

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

Frank C, Jenkins C, Weis JM, Brilmayer A, *et al.*: Cholera due to exposure in Europe associated with consumption of holy water from Ethiopia, January to February 2025. Euro Surveill. 2025;30(14):2500234. https://doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2025.30.14.2500234

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;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;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, de Miguel R, Diaz-Menendez M: Clinical profile and management of a Spanish single-center retrospective cohort of patients with post-chikungunya associated complications. Travel Med Infect Dis 2024;60:102726. doi: 10.1016/j.tmaid.2024.102726. Epub 2024 May 15. PMID: 38754529.

Heitmann A, Jansen S, Lühken R, Helms M, *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):1800033. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.29.1800033

Lühken R, Rauhöft L, Pluskota B, Lange U, *et al.*: High vector competence for chikungunya virus but heavily reduced locomotor activity of Aedes albopictus from Germany at low temperatures. Parasit Vectors 2024;17(1):502. doi: 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. https://doi.org/10.25646/12101

Frank C, Lachmann R, Wilking H, Stark K: Increase in dengue fever in travellers returning from Egypt, Germany 2023. Euro Surveill. 2024;29(5):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, *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.

Andere Arbovirosen einschließlich VHF

Tóth GE, Petersen M, Chevenet F, Sikora M, *et al.*: Blood donors as sentinels for genomic surveillance of West Nile virus in Germany using a sensitive amplicon-based sequencing approach, J Infect 2025;91(5):106647. doi: 10.1016/j.jinf.2025.106647. Epub 2025 Nov 4.

Lachmann R, Domingo C, Frank C, Ochs A, *et al.*: West Nile Virus emergence in Germany 2019: Looking for hidden human West Nile Virus infections. Vector

Borne Zoonotic Dis 2024;24(6):396-401. doi: 10.1089/vbz.2023.0103. Epub 2024 Apr 3. PMID: 38573211.

Frank C, Schmidt-Chanasit J, Ziegler U, Lachmann R, *et al.*: West Nile Virus in Germany: An emerging infection and its relevance for transfusion safety. Transfus Med Hemother 2022;49(4):192-204. doi: 10.1159/000525167

Thomas SM, Tjaden NB, Frank C, Jaeschke A, *et al.*: Areas with high hazard potential for autochthonous transmission of *Aedes albopictus*-associated arboviruses in Germany. Int J Environ Res Public Health 2018;15(6):1270. doi: 10.3390/ijerph15061270

Gossner CM, Hallmaier-Wacker L, Briet O, Haussig JM, *et al.*: Arthropod-borne diseases among travellers arriving in Europe from Africa, 2015 to 2019. Euro Surveill 2023;28(7):2200270. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.7.2200270

Overbosch F, de Boer M, Veldkamp KE, Ellerbroek P, *et al.*: 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):2000265. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.15.2000265

Weirauch T, Burger G, Cadar D, Gabriel M, *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

Bernard C, Joly Kukla C, Rakotoarivony I, Duhayon M, *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):2400023. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.6.2400023

Lorenzo Juanes HM, Carbonell C, Sendra BF, López-Bernus A, *et al.*: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, Spain, 2013-2021. Emerg Infect Dis 2023; 29(2):252-259. doi: 10.3201/eid2902.220677

Krankheitsübergreifend

Ständige Impfkommission und Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e.V.: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e.V. (DTG) zu Reiseimpfungen. Epid Bull 2026;27:1-112. DOI 10.25646/14248

Autorinnen und Autoren

[a] Julia Enkelmann | [a] Dr. Christina Frank | [a] Dr. Raskit Lachmann | [a] Dr. Mirko Faber | [a] Dr. Bettina Rosner | [a] Dr. Sofia Burdi | [b] Dr. Lena Bös | [a] Dr. Franziska Hommes | [a] PD Dr. Hendrik Wilking | [a] Prof. Dr. Klaus Stark

[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: wilkingh@rki.de

Interessenkonflikt

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Enkelmann J, Frank C, Lachmann R, Faber M, Rosner B, Burdi S, Bös L, Hommes F, Wilking H, Stark K: Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten – Reiseassoziierte Infektionskrankheiten 2025

Epid Bull 2026;48:4-24 | DOI 10.25646/14629

Open access

Creative Commons Namensnennung 4.0 International