

Infektionskrankheiten in Berlin

Epidemiologischer Wochenbericht des LAGeSo

Landesamt
für Gesundheit und Soziales

B



20

25





Inhalt

1 Aktuelle Situation

Mpox
Lyme-Borreliose
Lebensmittelbotulismus

2 Wochenübersicht

An das LAGeSo übermittelte Nachweise
von Krankheitserregern und Krankheiten

3 Ausbrüche

Ausbrüche durch meldepflichtige
Erreger/Krankheiten

4 ARE-Saison 2024/2025

Influenza
Respiratorisches Synzytial-Virus
Pneumokokken
Covid-19

5 Gesamtübersicht 2025

Wochenübersicht über die im Land Berlin gemäß
Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfassten Infektionskrankheiten

20. Meldewoche 2025

Herausgegeben am 22.05.2025
Datenstand: 21.05.2025, 09:00 Uhr

Wenn nicht anders beschrieben, erfüllen alle berichteten Fälle die jeweils
aktuelle Referenzdefinition des Robert Koch-Instituts

Auch in der 20. Meldewoche (MW) setzen sich die seit einigen Monaten in Berlin zu beobachtenden anhaltenden lokalen **Mpox**-Transmissionen weiter fort. Von den aktuellen Infektionen sind weiterhin ausschließlich Männer betroffen. In der Berichtswoche wurden vier weitere Mpox-Fälle an das LAGeSo übermittelt. Auch diese Fälle sind männlich und im Median 29 Jahre alt. Der letzte bekannte Erkrankungsbeginn ist der 08.05.2025. Bei einer Person ist eine zurückliegende Impfung gegen Mpox angegeben, bei zwei weiteren Fällen sind diese Informationen noch nicht vorhanden. Die Fälle wurden aus zwei verschiedenen Bezirken übermittelt und Hinweise für epidemiologische Zusammenhänge zwischen den Fällen oder gemeinsame Infektionsquellen in Berlin sind bislang nicht bekannt.

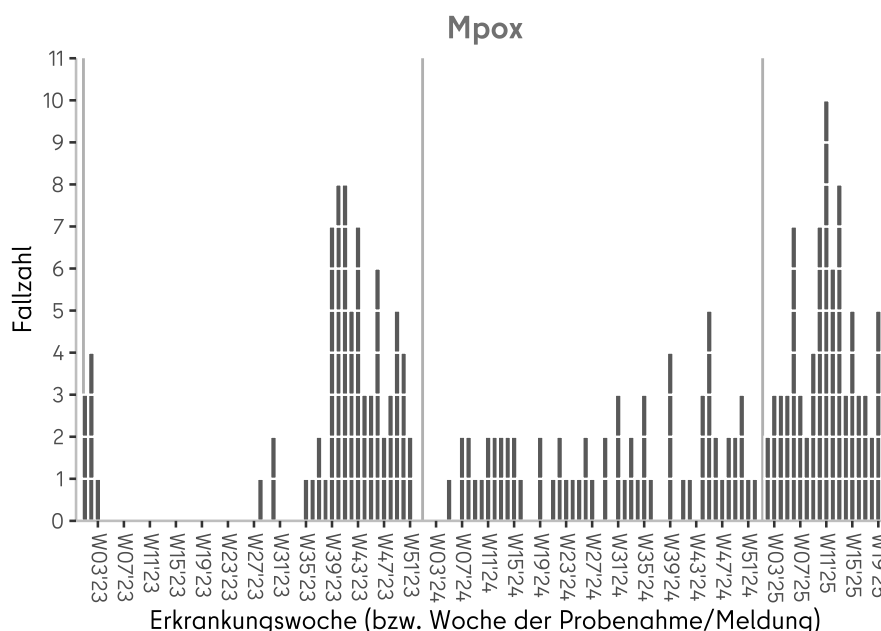


Abb.1.1: An das LAGeSo übermittelte Mpox-Infektionen von der 01. Meldewoche 2023 bis zur aktuellen Berichtswoche.

Die kumulative Mpox-Fallzahl für das Jahr 2025 steigt auf insgesamt 83 Fälle und liegt höher als im gesamten Vorjahr ($n=67$). Bei den bisher in 2025 betroffenen Personen handelt es sich ausschließlich um Männer im medianen Alter von 34 Jahren; die Hälfte von ihnen ist zwischen 29 und 40 Jahren alt. Für den überwiegenden Teil (88%; $n=73$) liegen Informationen zum Impfstatus gegen Mpox vor. Von diesen ist für 35 mindestens eine Impfdosis angegeben.

Nur für einen kleinen Anteil der Fälle (7%; $n=6$) ist ein Auslandsaufenthalt im potentiellen Ansteckungszeitraum angegeben, so dass davon auszugehen ist, dass sie die Fälle in Berlin mit Mpox angesteckt haben. Für knapp dreiviertel der übermittelten Fälle ($n=60$; 72%) sind sexuelle Kontakte zu Männern im Ansteckungszeitraum als potentielle Infektionsquelle angegeben.

In Berlin werden isolierte Mpox-Virusstämme in der Regel an das Konsiliarlabor für Pockenviren am Robert Koch-Institut weitergeleitet und dort sequenziert. Bisher sind in Berlin nur Infektionen der Mpox-Klade II aufgetreten.

Der in diesem Jahr beobachtete Anstieg der Mpox-Fallzahlen und die Tatsache, dass sich die meisten Fälle auch in Berlin angesteckt haben, deuten auf eine Zirkulation von Mpox der Klade II in bestimmten Risikogruppen in Berlin hin, in denen möglicherweise noch Impflücken bestehen. Informationen zu Übertragungswegen, Präventionsmaßnahmen und Impfangeboten, auch für nicht-versicherte Personen sind auf der [Website des LAGeSo](#) verfügbar. Die WHO berichtet in einem aktuellen Beitrag über den Anstieg der Mpox-Fallzahlen in Berlin und die gemeinsam mit der Berliner Schwulenberatung organisierten [Public health Maßnahmen](#) des Berliner ÖGD.

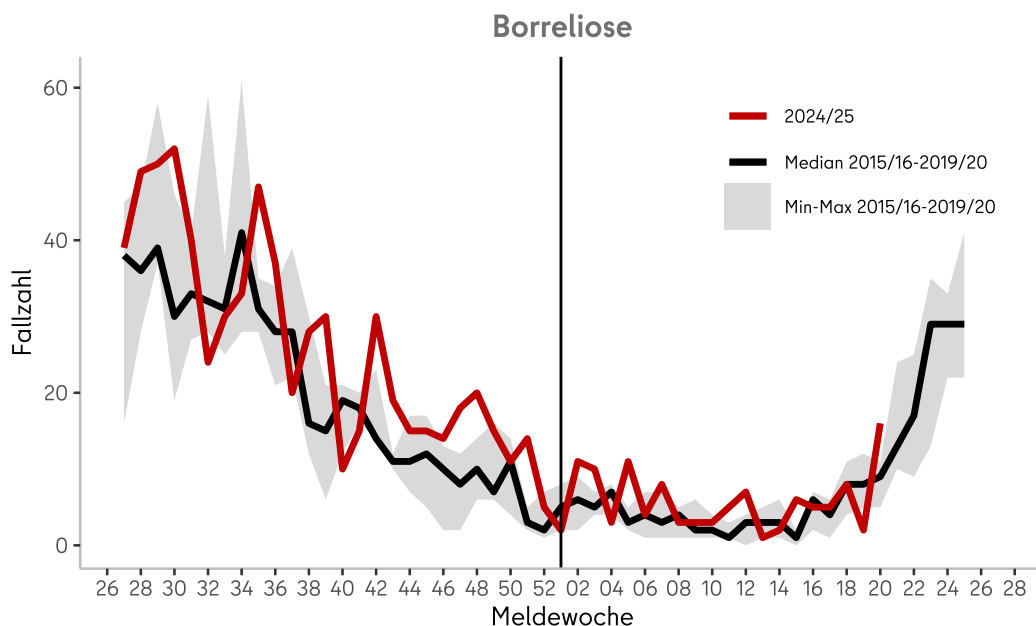


Abb.1.2: An das LAGeSo übermittelte Borreliose-Infektionen von der 26. Meldewoche 2024 bis zur aktuellen Berichtswoche.

Wie in den Vorjahren ist aktuell ein saisonaler Anstieg der gemeldeten **Lyme-Borreliose**-Fälle, mit 16 Fällen in der letzten Meldewoche, zu beobachten. Die Gesamtfallzahl dieses Jahr liegt mit 115 Fällen deutlich über dem Median des gleichen Zeitraums der Vorjahre ($n=79$). Der saisonale Anstieg beginnt dieses Jahr also deutlich früher. Infektionen mit der durch Zecken (*Ixodes ricinus*) übertragene Erkrankung treten vorrangig in den Monaten Mai bis September auf. Um eine Infektion nach einem Zeckenstich zu vermeiden, sollte die Zecke so schnell wie möglich entfernt werden, da in den ersten Stunden nach dem Stich das Infektionsrisiko noch gering ist. Informationen zu Präventionsmaßnahmen finden Sie auf berlin.de.

Zudem wurde in der 20. MW ein Fall von **Lebensmittelbotulismus** an das LAGeSo übermittelt. Die Freigabe des Falls durch das RKI steht noch aus, weshalb der Fall noch nicht in den Tabellen dieses Berichts zu finden ist. Die betroffene Person hatte ab dem 5. Mai erste neurologische Symptome (u.a. Seh- und Schluckstörungen) und wurde anschließend für mehrere Tage stationär im Krankenhaus behandelt. Der Fall steht in Zusammenhang mit einem weiteren Fall aus einem anderen Bundesland, der vom 3. bis 4. Mai zu Besuch in Berlin war und aufgrund der Erkrankung stationär im Krankenhaus behandelt werden muss. Bei beiden Personen konnten im Serum bzw. im Stuhl *Clostridium botulinum* mit dem Toxintyp der Serogruppe B nachgewiesen werden. Sofern möglich werden Lebensmittelproben aus Restaurants, die von den beiden besucht wurden, bzw. mögliche Lebensmittel, die im Haushalt der in Berlin wohnhaften Person konsumiert wurden, auf den Erreger untersucht. Bislang konnte noch kein verdächtiges Lebensmittel identifiziert werden.

Botulismus ist eine sehr seltene, aber dafür sehr schwerwiegende Erkrankung, die durch symmetrisch absteigende, schlaffe Lähmungen, beginnend am Kopf, charakterisiert ist. Bei fortschreitender Erkrankung kann auch die Atemmuskulatur betroffen sein, was unbehandelt zum Tod führen kann. Für das Jahr 2025 wurden bislang zwei Fälle in Berlin an das LAGeSo übermittelt.

Informationen zu **COVID-19** in Berlin finden Sie in unserem [Lagebericht](#).

Für die 20. MW wurden sieben **Ausbrüche** mit 27 erkrankten Personen übermittelt, darunter waren vier nosokomiale Ausbrüche mit 18 Erkrankten (siehe **Abschnitt 3**).

Erreger/Krankheit	Fallzahl aktuelle Berichtswoche	Fallzahl kumulativ 2025 ¹	Tabelle 2.1
			Median 2015-2019 ²
Acinetobacter spp. ³	1	23	30
Campylobacter-Enteritis	28	565	928
Clostridioides diff., schw. Verl. ³	1	16	52
COVID-19 ⁴	34	1.759	
EHEC-Erkrankung	4	73	39
Enterobacterales ³	8	288	109
Giardiasis	1	138	147
Haemophilus infl., invasive Erkr.	1	43	19
Hepatitis A	1	21	28
Hepatitis B	24	575	53
Hepatitis C	6	203	116
Hepatitis E	3	88	47
Influenza, saisonal	30	15.316	4.237
Keuchhusten	2	108	296
Kryptosporidiose	2	40	42
Lyme-Borreliose	16	115	79
Mpox ⁴	4	83	
MRSA, invasive Infektion	1	23	65
Mumps	1	6	16
Norovirus-Gastroenteritis	21	2.011	1.800
Pneumokokken, invasive Erkr. ⁴	9	302	
Rotavirus-Gastroenteritis	54	992	1.021
RSV (Resp.-Synzytial-Virus) ⁴	13	2.555	
Salmonellose	4	120	143
Shigellose	4	97	29
Tuberkulose ⁵	3	107	
Windpocken	24	571	731
Yersiniose	1	49	31
Gesamtergebnis	301	26.287	

An das LAGeSo übermittelte Nachweise von Krankheitserregern und Krankheiten für die aktuelle Berichtswoche

¹ Die kumulierte Anzahl umfasst die Fälle von der 1. bis zur aktuellen Berichtswoche 2025.

² Der Median umfasst die Fälle der vorpandemischen Jahre (2015-2019) von der 1. bis zur aktuellen Berichtswoche.

³ Angegeben ist der Median der Jahre 2017-2019, da die Meldepflicht 2016 eingeführt wurde.

⁴ Keine Angabe zum Median möglich, da die Meldepflicht im Jahr 2020 oder später eingeführt wurde.

⁵ Keine Angabe zum Median möglich, da das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen erst seit 2023 wieder nach dem aktuellen, vom RKI vorgegebenen Falldefinitionsschema an das LAGeSo übermittelt.

Nicht-nosokomiale Ausbrüche

Tabelle 3.1

Erreger / Krankheit	Berichtswoche		kumulativ 2025	
	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl
COVID-19	1	2	3	12
EHEC/STEC			1	3
Influenza			39	193
Keuchhusten			3	8
Masern			1	2
Mpox			2	4
Norovirus			14	45
Respiratorisches-Synzytial-Virus			9	28
Rotavirus	1	3	22	179
Tuberkulose			2	4
Windpocken	1	4	40	163
Gesamtergebnis	3	9	136	641

Anzahl der Häufungen und Gesamtfallzahl nach Erreger/Krankheit für die Berichtswoche¹ sowie kumulative Übersicht für das Jahr 2025

Als Ausbrüche werden Fälle bezeichnet, für die ein epidemiologischer Zusammenhang ermittelt und dokumentiert wurde, d.h. Fälle, bei denen über die rein zeitliche und räumliche Häufung hinaus ein epidemiologischer Zusammenhang begründet werden kann. Fälle können in der Übermittlungssoftware sowohl auf der Ebene der Gesundheitsämter als auch auf der Ebene des LAGeSo verknüpft werden, um ihre Zugehörigkeit zu einem Ausbruch anzuzeigen.

¹ Ausschlaggebend für die Berichterstattung von Ausbrüchen ist die Meldewoche des erkrankten Falles im Ausbruch.

Nosokomiale Ausbrüche

Tabelle 3.2

Erreger / Krankheit	Berichtswoche		kumulativ 2025	
	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl
<i>Acinetobacter baumannii</i> 4MRGN			1	4
<i>Candida auris</i>			1	3
COVID-19	2	11	39	264
<i>Enterobacterales spp.</i>			3	7
<i>Serratia marcescens</i>			2	5
<i>Enterobacter cloacae</i> 4MRGN			1	2
Influenza			107	544
Kopfläuse			4	22
MRSA			1	3
Norovirus	1	4	127	1.090
RSV			9	29
Rotavirus			22	126
<i>Staphylococcus aureus</i>			1	2
Vancomycin resistente <i>Enterococcus faecium</i>			2	28
Gastroenteritis ohne Labornachweis	1	3	13	87
Gesamtergebnis	4	18	330	2.209

Anzahl der nosokomialen Häufungen und Gesamtfallzahl nach Erreger/Krankheit für die Berichtswoche¹ sowie kumulative Übersicht für das Jahr 2025

Nosokomiale Infektionen sind nach § 2 IfSG Infektionen, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme stehen, soweit diese nicht bereits vorher bestand.

Das Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, wird dem Gesundheitsamt gemäß § 6 Abs. 3 IfSG nichtnamentlich gemeldet und gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an das LAGeSo und von dort an das Robert Koch-Institut übermittelt.

¹ Ausschlaggebend für die Berichterstattung von Ausbrüchen ist die Meldewoche des ersterkrankten Falles im Ausbruch.

Mit der 20. MW 2025 endet offiziell die **Influenzasaison**, die in der 40. MW 2024 begann. In der Saison 2024/2025 wurden dem LAGeSo insgesamt 16.248 der Referenzdefinition entsprechende Fälle saisonaler Influenza übermittelt und somit die höchste saisonale Fallzahl seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes.

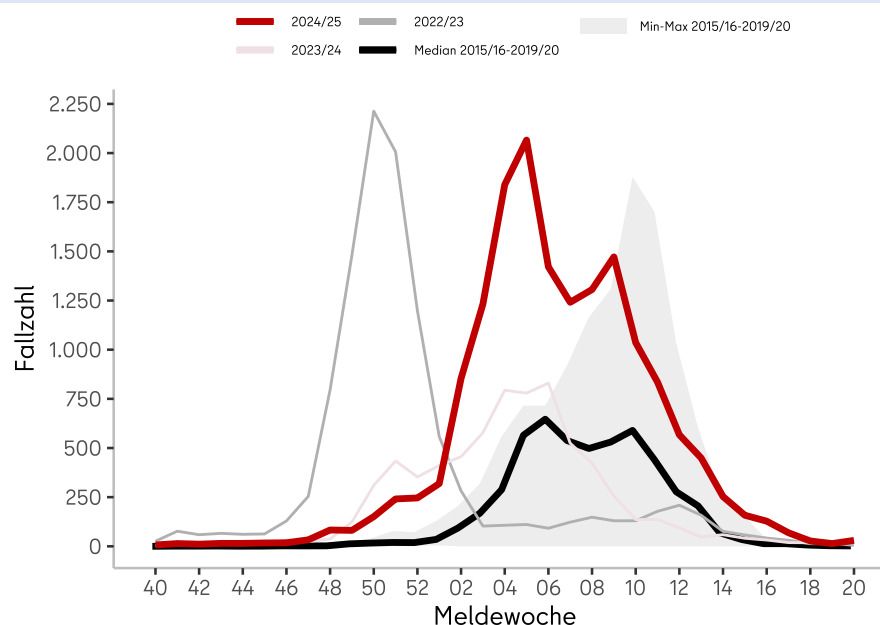


Abb. 4.1: An das LAGeSo übermittelte Influenza-Erkrankungen im Zeitraum von der 40. MW 2024 bis zur Berichtswoche.

Die Grippewelle startet nach Definition des RKI, wenn die Positivrate für Influenza A oder B am Nationalen Referenzzentrum 20% erreicht. In der aktuellen Saison begann die Grippewelle wie in den beiden Vorsaisons bereits vor dem Jahreswechsel. Die Influenza-Aktivität erreichte in Berlin ihren Höhepunkt in der 5. MW 2025 mit 2.066 Fällen; dies war erst das zweite Mal, nach der Saison 2022/2023, dass mehr als 2.000 Fälle innerhalb einer Woche in Berlin übermittelt wurden. Auf eine starke Influenza A Welle folgte mit einem zweiten Gipfel in der 9. MW auch eine starke Influenza B Welle. Die Grippewelle endete nach Definition des RKI nach 16 Wochen in der 14. MW.

Das mediane Alter der übermittelten Influenza-Fälle lag während der gesamten Saison (Beginn in der 40. MW) bei 41 Jahren (Interquartilsabstand 21-65 Jahre). Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen. Die höchste Inzidenz (Fälle pro 100.000) wurde mit 889 in der ältesten Altersgruppe (80+ Jahre) beobachtet. Darauf folgte die jüngste Altersgruppe (0-4 Jahre) mit 769 (siehe **Abb. 4.2**).

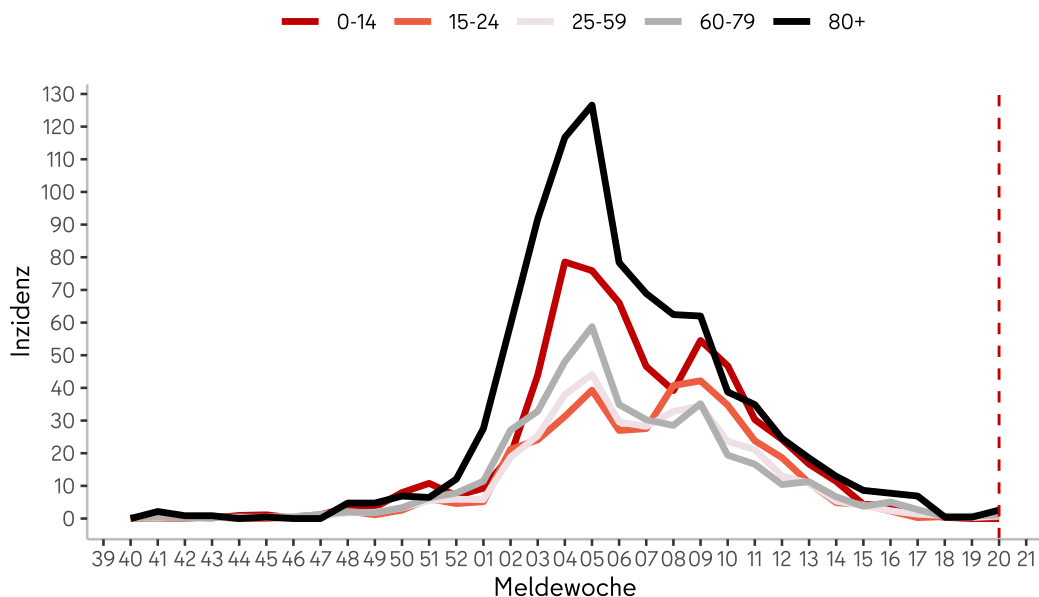


Abb. 4.2: Influenza-Inzidenz nach Altersgruppen von der 40. MW 2024 bis zur aktuellen Berichtswoche.

Insgesamt wurde in der aktuellen Saison bei der Mehrheit der Fälle (68%) mit Angaben zum Erregernachweis Influenza A nachgewiesen, der Anteil der Influenza B Nachweise lag bei 30% und lag nur in dem Zeitraum zwischen der 10. und 12. Meldewoche mit etwa 52% über dem Anteil der Influenza A Nachweise. In keiner Saison zuvor wurden mit 11.027 mehr Fälle mit Influenza A übermittelt und auch für Influenza B war diese Saison mit 4.924 Fällen die zweitstärkste nach der Saison 2017/2018 mit 7.827 Fällen. Eine Differenzierung der Influenza A Nachweise lag nur in 1,7% der Fälle vor, darunter dominierte mit 161 Nachweisen (87%) Influenza H1N1 Viren des Typs pdm09.

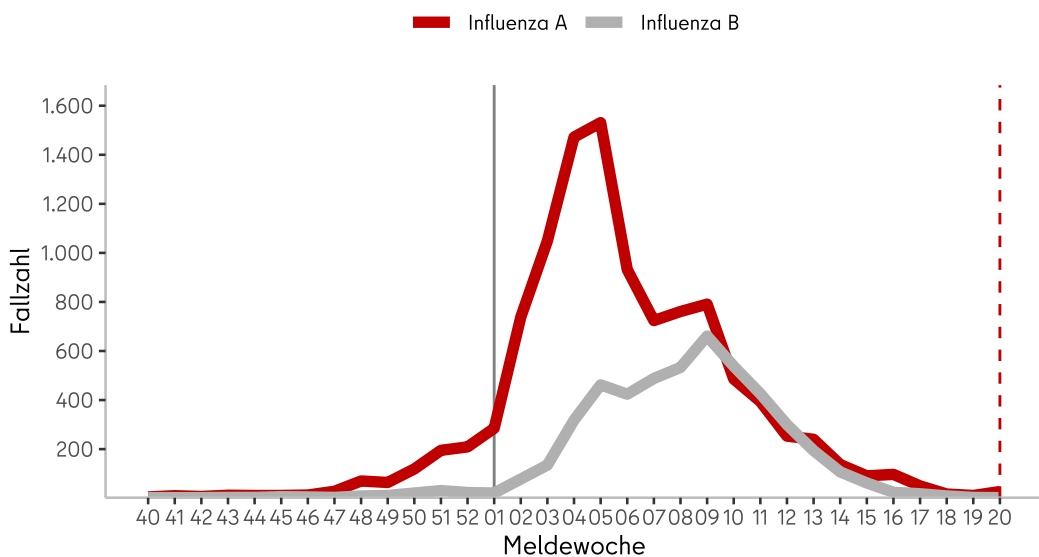


Abb. 4.3: Influenza-Fallzahl nach Influenza Typ von der 40. MW 2024 bis zur aktuellen Berichtswoche.

Seit Dezember 2023 werden in Berlin die im Rahmen der SARS-CoV2-Surveillance untersuchten Abwasserproben auch auf Influenzaviren untersucht. Aktuell werden die Abwasserproben hierbei zusätzlich auf Influenza A und B getestet. Die Ergebnisse des Abwassermonitorings haben die gesamte Saison über den Trend der Fallzahlen des Meldesystems nach IfSG für Influenza A und B sehr gut widerspiegelt und konnten Entwicklungen wie z.B. das Überschreiten des Gipfels im Vergleich zu den Übermittlungen nach IfSG frühzeitig ankündigen. Entsprechend der Meldedaten sind auch die RNA-Konzentrationen für Influenza A und B jetzt unterhalb der Nachweisgrenze (siehe Abb. 4.4).

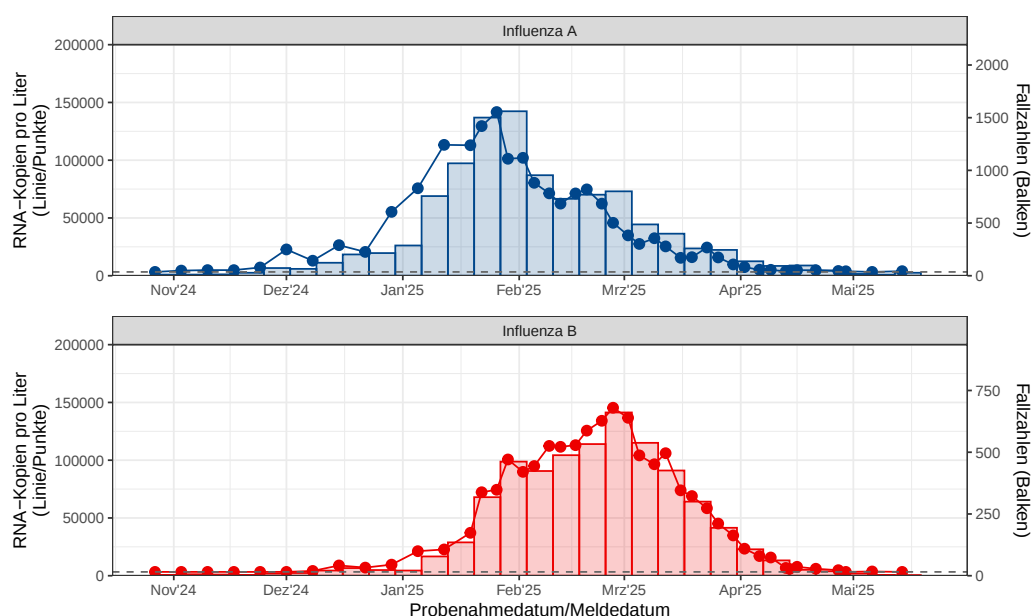


Abb. 4.4:
Influenza-RNA-Konzentrationen
im Berliner Abwasser

Schwere Verlaufsformen betreffen vorwiegend Personen im Alter über 60 Jahre, Komplikationen können jedoch in jedem Lebensalter auftreten insbesondere bei Personen mit chronischen Grunderkrankungen. Bei 60% ($n=9.710$) der in der Saison übermittelten Fälle lagen Informationen zur Hospitalisierung vor; 30% dieser Fälle wurden stationär im Krankenhaus behandelt. Die höchste Hospitalisierungsrate wurde mit 68% der Fälle zu denen diesbezüglich Informationen vorlagen bei den über 70-Jährigen beobachtet, während nur 8% der 15-19-Jährigen in Zusammenhang mit einer Influenzainfektion stationär im Krankenhaus behandelt wurden.

Eine Impfung gegen die Influenza wird von der [Ständigen Impfkommission](#) für alle Personen ab 60 Jahre, Personen jeden Alters mit chronischen Vorerkrankungen, Schwangere ab dem 2. Trimenon sowie Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal empfohlen. Angaben zum Impfstatus lagen bei 24% vor, davon konnten 274 Fälle einen aktuellen Impfschutz vorweisen, wovon 153 Personen mindestens 60 Jahre alt waren.

In den Meldedaten sind insgesamt 30 Todesfälle im Zusammenhang mit der Influenza-Infektion übermittelt worden. In Bezug auf die Sterblichkeit sind die Daten des Meldesystems allerdings nur wenig aussagekräftig. Nicht bei allen Todesfällen wird auf Influenzaviren untersucht, zudem wird der Tod nach einer Influenza-Infektion meist durch eine anschließende bakterielle Lungenentzündung verursacht, so dass die Influenzaviren häufig nicht mehr nachweisbar sind und die Ermittlungen des Gesundheitsamtes zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen sind.

Im Jahr 2023 wurde ein **Mortalitätsmonitoring** (MOMO) eingeführt, dass auf den täglichen Todesfall-Meldungen der Berliner Standesämter beruht. In der ARE-Saison 2024/25 konnte zwischen Anfang Januar 2025 und Mitte März 2025 eine moderate Übersterblichkeit in Berlin beobachtet werden. Beim MOMO werden keine Angaben zu Todesursachen erfasst. Der Zeitraum der Übersterblichkeit fällt jedoch mit dem Zeitraum hoher Influenza-Aktivität zusammen. Es kann daher angenommen werden, dass Influenza zu der beobachteten Übersterblichkeit beigetragen hat (siehe Abb. 4.5).

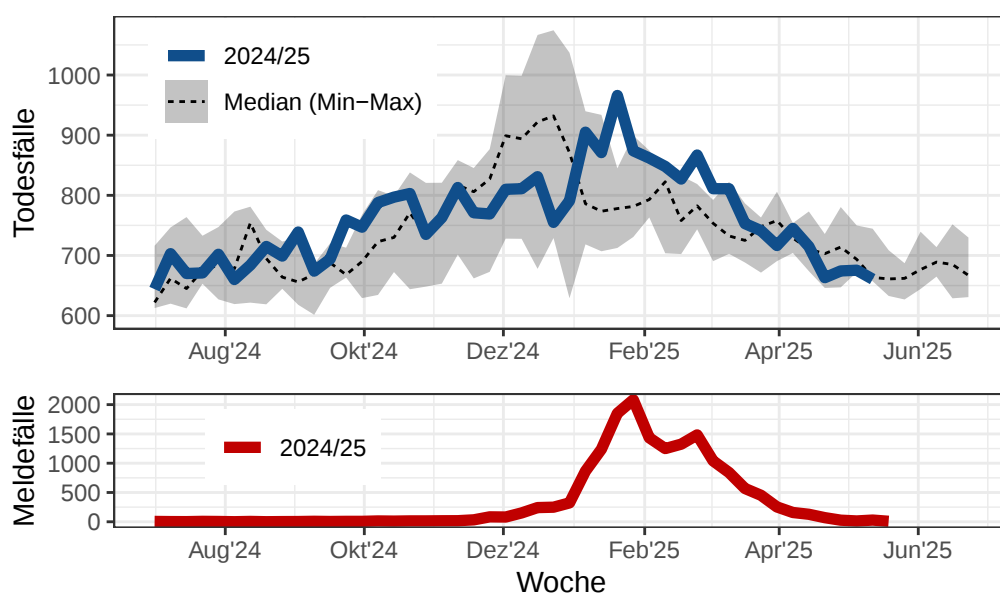


Abb. 4.5: Todesfall-Meldungen an die Berliner Standesämter von Juli 2014 bis Mai 2025 und zum Vergleich die Influenza-Melfälle 2024/2025. Der Median (Min-Max) der Todesfälle ergibt sich aus den Jahren 2018 bis 2023.

Übersterblichkeit besteht, wenn die Anzahl der Todesfälle über der saisonal erwarteten Mortalität und deren übliche Schwankung liegt. Der Grenzwert für eine moderate Übersterblichkeit wird üblicherweise als mehr als zwei Standardabweichungen über dem erwarteten Wert definiert, eine hohe Übersterblichkeit besteht bei mehr als sechs Standardabweichungen und wurde zuletzt in der Saison 2020/2021 beobachtet.

Neben Influenza hat auch das **respiratorische Synzytial Virus (RSV)** während der ARE-Saison 2024/2025 zu einer hohen Krankheitslast in Berlin beigetragen.

RSV ist ein weltweit verbreitetes RNA-Virus aus der Familie der Pneumoviridae, das in seiner Saisonalität und Symptomatik der der Influenza ähnelt. Besonders gefährdet für schwere Verläufe sind Säuglinge, ältere Menschen sowie Personen mit relevanten Grunderkrankungen. Der labordiagnostische Nachweis erfolgt in der Regel mittels PCR oder Antigenschnelltest aus respiratorischen Sekreten.

In der ARE-Saison 2024/2025 wurden in Berlin insgesamt 2.269 Infektionen mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV) übermittelt. Damit liegt die Fallzahl deutlich über dem Niveau der Saison von 2023/2024 ($n=1.587$), was sowohl auf eine ausgeprägte Saison respiratorischer Infektionen, als auch auf eine zunehmende Etablierung der Meldepraxis, der erst seit Juli 2023 eingeführten RSV-Meldepflicht hinweisen kann. Der saisonale Verlauf war im Vergleich zum Vorjahr leicht verzögert. Ein starker Anstieg der wöchentlichen Fallzahlen war ab Jahresbeginn 2025, zu beobachten. Der Höhepunkt der wöchentlich übermittelten RSV-Fälle wurde Ende Februar in der 9. MW 2025 mit insgesamt 230 Übermittlungen erreicht. Ab der 10. MW 2025 war eine kontinuierliche Abnahme der wöchentlichen Fallzahlen zu beobachten und mit Beginn der 15. MW endete laut RKI die diesjährige RSV-Welle.

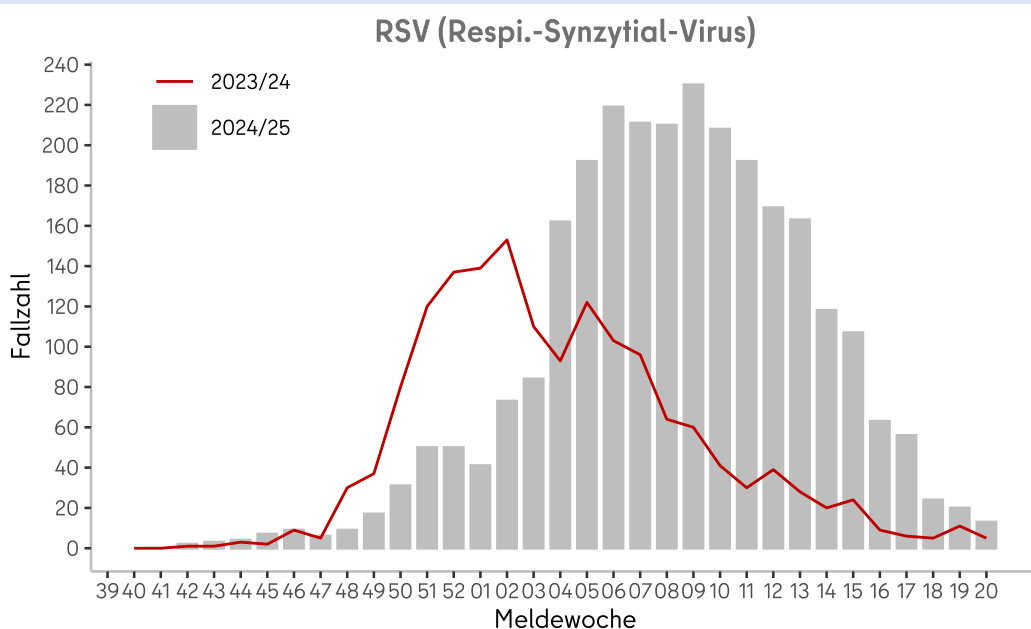


Abb. 4.6: An Das LAGeSo übermittelte RSV-Infektionen von der 40. Meldewoche 2024 bis zur aktuellen Berichtswoche.

In der aktuellen Saison entfielen 28% der übermittelten RSV-Fälle auf Kleinkinder im Alter unter zwei Jahren ($n=637$) und 22% auf Personen im Alter von 75 Jahren oder älter ($n=508$). Im Vergleich zur Vorsaison entspricht dies einem deutlichen Rückgang des Anteils bei Kleinkindern (2023/2024: 51%, $n=819$) und einem moderaten Anstieg bei älteren Personen (2023/2024: 13%, $n=205$).

Für 1.835 der übermittelten Fälle (81%) lagen Angaben zum Hospitalisierungsstatus vor. Davon mussten 773 Personen (42%) stationär behandelt werden (2023/2024: 49%, n=611). Dabei sank der Anteil hospitalisierter Kleinkinder unter zwei Jahren von 55% (n=333) auf 27% (n=211), während der Anteil der Hospitalisierungen in der Gruppe der Patient:innen ab 75 Jahren von 18% (n=113) auf 38% (n=292) anstieg.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit Sommer 2023 eine [einmalige RSV-Impfung](#) mit einem proteinbasierten Impfstoff für alle Personen ab 75 Jahren sowie für 60- bis 74-Jährige mit bestimmten Grunderkrankungen oder bei Pflegebedürftigkeit. Ergänzend empfiehlt die STIKO seit Juni 2024 eine [Prophylaxe](#) für alle Neugeborenen und Säuglinge vor ihrer ersten RSV-Saison mit dem monoklonalen Antikörper Nirsevimab. Insgesamt wurde für 60% der Fälle (n=1.363) ein Impfstatus dokumentiert. Eine RSV-Impfung oder Prophylaxe wurde nur bei 22 Personen erfasst. In insgesamt sieben Fällen, wurden eine Impfung bei Müttern von erkrankten Säuglingen während der Schwangerschaft, dokumentiert.

Ob die beobachteten altersbezogenen Verschiebungen im Erkrankungs- und Hospitalisierungsgeschehen auf veränderte Krankheitslasten, Unterschiede in der Test- oder Meldepraxis oder erste Effekte der empfohlenen Präventionsmaßnahmen zurückzuführen sind, lässt sich auf Grundlage der bislang verfügbaren Saisondaten nicht abschließend beurteilen. Die aktuellen Ergebnisse verdeutlichen jedoch die Relevanz gezielter Schutzmaßnahmen für Risikogruppen.

Neben Influenza und RSV ist auch ein bakterieller Erreger schwerer Atemwegsinfekte und Lungenentzündungen in der ARE-Saison 2024/2025 in Berlin häufig gemeldet und übermittelt worden. Infektionen durch **Pneumokokken** (*Streptococcus pneumoniae*) treten zwar grundsätzlich zu allen Jahreszeiten auf, zeigen allerdings ebenfalls eine saisonale Häufung in den Wintermonaten.

Streptococcus pneumoniae ist ein bekapseltes Bakterium mit einer Polysaccharidkapsel, die der wesentliche Faktor für die Virulenz ist. Weltweit wurden bislang etwa 90 verschiedene Pneumokokken-Serotypen identifiziert, wobei nur eine kleine Anzahl dieser Serotypen für die meisten Erkrankungen bei Säuglingen verantwortlich ist. Pneumokokken werden durch direkten Kontakt mit Atemwegssekreten von Patienten und gesunden Trägern übertragen. Auch die zunehmende Entwicklung antimikrobieller Resistenz z.B. gegenüber Makroliden stellt bei Pneumokokken weltweit ein ernsthaftes und sich zuspitzendes Problem dar.

Während der ARE-Saison 2024/2025 (MW 40/2024 bis MW 20/2025) wurden insgesamt 299 Fälle invasiver Infektionen durch Pneumokokken an das LAGeSo übermittelt. Bei den erkrankten Personen handelt es sich vor allem um ältere Menschen: im Median waren sie 67 Jahre alt; die Hälfte von ihnen war zwischen 52 und 80 Jahren alt. Männer sind etwas häufiger betroffen als Frauen; auf sie entfallen 57% der Übermittlungen. Der Altersmedian betroffener Männer lag mit 62 Jahren deutlich unter dem betroffener Frauen (70 Jahre).

Im Vergleich zur Saison 2023/2024 wurden in der aktuellen Saison insgesamt weniger Fälle übermittelt (n=363 in 2023/24; n=299 in 2024/25), wobei die demographischen Eigenschaften der betroffenen Personen in beiden Saisons vergleichbar sind. Auch in 2023/24 waren hauptsächlich ältere Personen betroffen (Median 66 Jahre); die Hälfte war im Alter zwischen 51 und 80 Jahren. Das Geschlechterverhältnis war in 2023/24 etwas weiter zugunsten der Männer verschoben (63%).

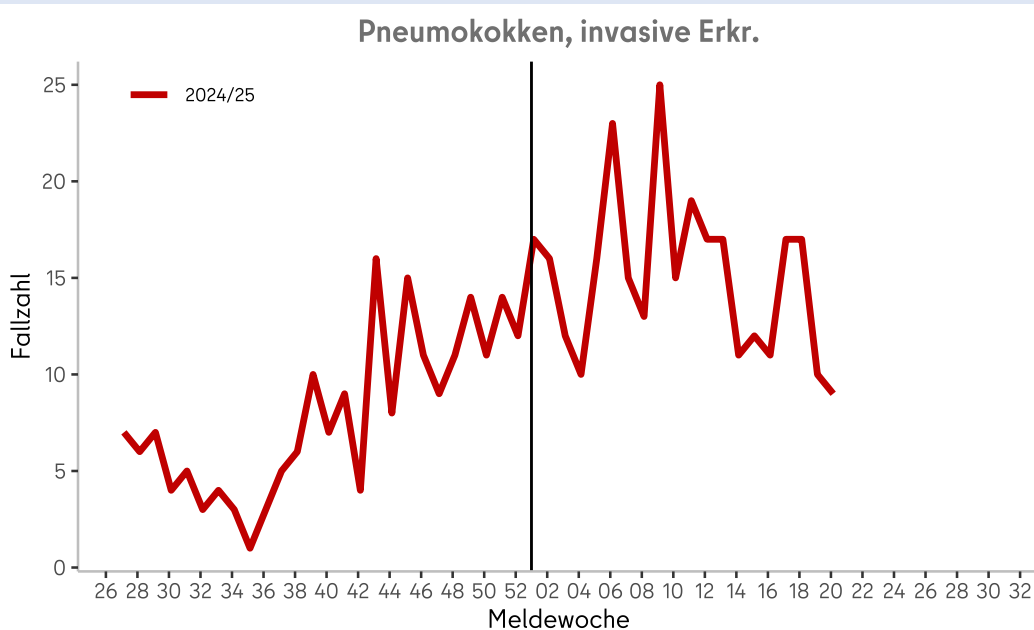


Abb. 4.7: An Das LAGeSo übermittelte Pneumokokken-Infektionen von der 26. Meldewoche 2024 bis zur aktuellen Berichtswoche.

Fast alle Übermittlungen invasiver Pneumokokken-Infektionen kommen erwartungsgemäß aus dem stationären Bereich. Mehr als 97% der Fälle mit Informationen zum Hospitalisierungsstatus (93%) waren in der Saison 2024/2025 in stationärer Behandlung. Für den überwiegenden Teil der übermittelten Fälle (80%) konnten auch klinische Informationen ermittelt werden. Pneumonien und Fieber waren dabei die am häufigsten angegebenen klinischen Symptome (66 und 64%); 18% entwickelten eine Sepsis. Klinische Anzeichen einer Meningitis wurden für 3% der Personen mit Angaben zur Klinik angegeben. Knapp 6% (n=17) der betroffenen Personen sind verstorben; die meisten davon (n=12) aufgrund der Pneumokokken-Infektion.

Das Risiko einer schwer verlaufenden Pneumokokken-Infektion ist altersabhängig. Neben Säuglingen und Kleinkindern in den ersten beiden Lebensjahren sind insbesondere ältere Menschen von invasiven Verläufen betroffen. Deshalb empfiehlt die [STIKO Pneumokokken-Impfung](#) für Säuglinge ab dem Alter von 2 Monaten sowie für alle Menschen ab dem Alter von 60 Jahren und für Personen mit bestimmten Indikationen.

Informationen zum Impfstatus sind bei den betroffenen Personen aufgrund des stationären Aufenthaltes und der Schwere der Symptomatik häufig nur schwer zu ermitteln. Für weniger als die Hälfte (46%) der Fälle aus der aktuellen Saison lagen Informationen zum Impfstatus vor. Von diesen war für 15% eine zurückliegende Impfung gegen Pneumokokken angegeben.

Labordiagnostische Informationen zum isolierten Serotyp lagen nur selten in den Meldungen vor (23%); die Serotypen 01 und 03 wurden dabei am häufigsten diagnostiziert (37 und 19%).

Die Überwachung und Typisierung klinischer Streptokokken-Isolate ist für die Prophylaxe und Therapie von Streptokokken-Erkrankungen entscheidend. Derzeit hat das Bundesministerium für Gesundheit kein Nationales Referenzzentrum für Streptokokken ernannt. Im Referenzlabor Streptokokken an der Uniklinik RWTH Aachen werden allerdings Feintypisierungen und Resistenztestungen der Isolate weiter durchgeführt. Isolate von Patient:innen mit invasiven Infektionen oder weitere auffällige Isolate sollten daher an das Referenzlabor für Streptokokken an der Uniklinik RWTH Aachen gesendet werden. Weitere Informationen und Einsendescheine sind hier zu finden: [Uniklinik RWTH Aachen](#).

COVID-19 hingegen spielte in der Wintersaison 2024/2025 nur eine [untergeordnete Rolle](#). Die letzte SARS-CoV-2 Welle begann im April 2024 und erreichte ihren Höhepunkt im Oktober 2024. Seitdem werden im Abwassermonitoring des Landes Berlin fallende RNA-Konzentrationen im Abwasser gemessen. Seit März 2025 befinden sich diese auf einem Tiefpunkt.

Tabelle 5.1

Erreger/Krankheit ¹	Land Berlin			Fallzahl je Bezirk, kumulativ (1.-aktuelle Berichtswoche 2025)											
	Fallzahl aktuelle Berichtswoche	Fallzahl kumulativ 2025 ²	Median 2015-2019 ³	Charlottenburg- Wilmerdorf	Friedrichshain- Kreuzberg	Lichtenberg	Marzahn- Hellersdorf	Mitte	Neukölln	Pankow	Reinickendorf	Spandau	Steglitz- Zehlendorf	Tempelhof- Schöneberg	Treptow- Köpenick
<i>Acinetobacter spp.</i> ⁴	1	23	30	1	4	1	2	1	4	1	1	3	3	1	1
Adenovirus-Konjunktivitis	0	7	4	3	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
Arbovirus-Erkrankungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bornaviren ⁵	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Botulismus	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Campylobacter-Enteritis	28	559	928	54	49	35	42	38	59	58	38	26	47	71	42
Candida auris ⁵	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya-Fieber ⁴	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Clostridioides diff., schw. Verl. ⁴	1	16	55	2	0	0	4	0	1	2	1	1	4	1	0
COVID-19 ⁵	34	1.697		159	61	97	135	277	103	197	132	124	159	124	129
Denguefieber	0	37	29	3	7	1	0	2	4	5	2	1	2	3	7
Diphtherie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EHEC-Erkrankung	4	73	39	10	5	6	5	8	3	13	5	1	9	7	1
Enterobacterales ⁴	8	286	109	23	30	13	18	72	11	24	15	29	27	18	6
FSME (Frühsommer-Men.enzep.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Giardiasis	1	138	147	12	14	4	3	26	15	20	7	5	5	20	7
Haemophilus infl., invasive Erkr.	1	43	19	2	2	2	3	4	8	2	5	3	5	5	2
Hantavirus-Erkrankung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	1	21	28	2	2	0	1	3	3	2	3	3	2	0	0
Hepatitis B	24	572	53	68	56	32	52	72	48	52	35	59	33	42	23

Tabelle 5.1

Erreger/Krankheit ¹	Land Berlin			Fallzahl je Bezirk, kumulativ (1.-aktuelle Berichtswoche 2025)											
	Fallzahl aktuelle Berichtswoche	Fallzahl kumulativ 2025 ²	Median 2015-2019 ³	Charlottenburg- Wilmerdorf	Friedrichshain- Kreuzberg	Lichtenberg	Marzahn- Hellersdorf	Mitte	Neukölln	Pankow	Reinickendorf	Spandau	Steglitz- Zehlendorf	Tempelhof- Schöneberg	Treptow- Köpenick
Hepatitis C	6	202	116	16	26	12	7	34	20	12	20	17	19	15	4
Hepatitis D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis E	3	88	47	10	6	5	7	6	8	11	9	4	6	14	2
HUS, enteropathisch	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza, saisonal	30	15.232	4.237	1.235	962	1.076	1.265	1.668	1.051	2.175	1.038	936	1.569	1.185	1.072
Keuchhusten	2	106	296	2	8	5	10	17	3	18	12	6	10	4	11
Kryptosporidiose	2	40	42	2	6	3	3	3	1	5	2	1	7	7	0
Legionellose	0	46	37	7	4	0	2	5	7	2	5	1	2	6	5
Leptospirose	0	5	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Listeriose	0	5	7	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0
Lyme-Borreliose	16	115	79	5	6	8	24	7	10	16	5	3	10	20	1
Malaria ⁵	0	37		5	3	7	2	3	1	5	3	4	2	1	1
Masern	0	9	39	0	1	2	0	0	2	2	1	0	1	0	0
Meningokokken, invasive Erkr.	0	9	9	0	1	0	1	0	1	0	3	0	0	2	1
Mpox ⁵	4	83		5	14	6	1	20	10	13	2	0	2	8	2
MRSA, invasive Infektion	1	23	65	2	6	0	1	11	0	0	1	1	0	1	0
Mumps	1	6	16	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0
Nicht-Cholera-Vibrionen ⁵	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norovirus-Gastroenteritis	21	1.975	1.800	119	122	188	152	183	119	164	197	132	247	234	118
Ornithose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orthopocken ⁵	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paratyphus	0	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Tabelle 5.1

Erreger/Krankheit ¹	Land Berlin			Fallzahl je Bezirk, kumulativ (1.-aktuelle Berichtswoche 2025)											
	Fallzahl aktuelle Berichtswoche	Fallzahl kumulativ 2025 ²	Median 2015-2019 ³	Charlottenburg- Wilmerdorf	Friedrichshain- Kreuzberg	Lichtenberg	Marzahn- Hellersdorf	Mitte	Neukölln	Pankow	Reinickendorf	Spandau	Steglitz- Zehlendorf	Tempelhof- Schöneberg	Treptow- Köpenick
Pneumokokken, invasive Erkr. ⁵	9	292		36	17	16	18	32	26	14	27	31	30	26	19
Q-Fieber	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
RSV (Resp.-Synzytial-Virus) ⁵	13	2.544		194	167	161	255	238	183	350	216	184	231	178	187
Rotavirus-Gastroenteritis	54	985	1.021	68	84	94	105	40	112	92	97	70	100	71	52
Röteln	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	4	118	143	11	10	6	14	13	12	7	8	10	9	12	6
Shigellose	4	96	29	4	19	3	2	14	16	15	0	1	5	13	4
Trichinellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberkulose ⁶	3	104		9	5	34	2	10	3	8	7	8	3	9	6
Tularämie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Typhus abdominalis	0	1	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
West-Nil-Fieber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Windpocken	24	568	731	34	31	37	25	32	18	62	30	50	124	73	52
Yersiniose	1	49	31	4	6	2	2	6	4	4	4	0	4	7	6
Zikavirus-Erkrankung ⁴	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamtergebnis	301	26.217		2.110	1.736	1.857	2.164	2.849	1.872	3.353	1.932	1.717	2.678	2.181	1.768

¹ Erreger/Krankheiten, für die im aktuellen Jahr bzw. in den fünf vorpandemischen Jahren keine Fälle an das LAGeSo übermittelt wurden, sind nicht dargestellt (z. B. virale hämorrhagische Fieber, Pest, Tollwut).

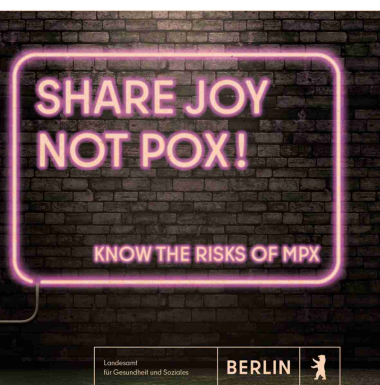
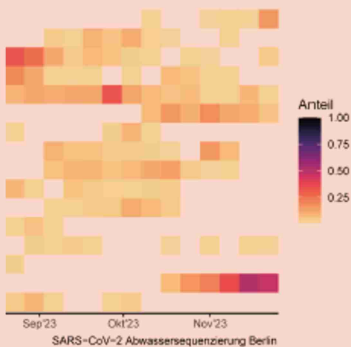
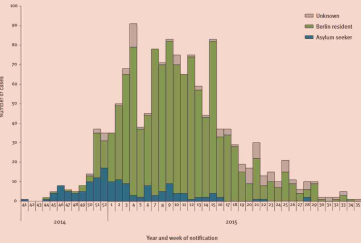
² Die kumulierte Anzahl umfasst die Fälle von der 1. bis zur aktuellen Berichtswoche 2025.

³ Der Median umfasst die Fälle der vorpandemischen Jahre (2015-2019) von der 1. bis zur aktuellen Berichtswoche.

⁴ Angegeben ist der Median der Jahre 2017-2019, da die Meldepflicht 2016 eingeführt wurde.

⁵ Keine Angabe zum Median möglich, da die Meldepflicht im Jahr 2020 oder später eingeführt wurde.

⁶ Keine Angabe zum Median möglich, da das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen erst seit 2023 wieder nach dem aktuellen, vom RKI vorgegebenen Falldefinitionsschema an das LAGeSo übermittelt.



Impressum

Herausgeber

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)
Fachgruppe Surveillance und Epidemiologie von
Infektionskrankheiten (IC1)

Turmstraße 21, Haus A
10559 Berlin

E-Mail: infektionsschutz@lageso.berlin.de

Internet: www.berlin.de/lageso/gesundheitsinfektionskrankheiten

Redaktion

Alexander Bartel
Dr. Julia Bitzegeio
Marie Bartels
Anke Lingenauber
Francisco Rios
Dr. Claudia Ruscher
Lina Schienemeyer
Sylvia Wendt

Bezugsquelle

Der Wochenbericht ist online abrufbar unter:
<https://www.berlin.de/lageso/gesundheitsinfektionskrankheiten/berichte-veroeffentlichungen/wochenberichte>

Landesamt
für Gesundheit und Soziales

BERLIN

