

Infektionskrankheiten in Berlin

Epidemiologischer Wochenbericht des Lageso

Landesamt
für Gesundheit und Soziales

B



20

26





Inhalt

1 Aktuelle Situation

Mpox

2 Wochenübersicht

An das Lageso übermittelte Nachweise
von Krankheitserregern und Krankheiten

3 Ausbrüche

Ausbrüche durch meldepflichtige
Erreger/Krankheiten

4 ARE-Saison 2025/2026

Influenza
Respiratorisches Synzytial-Virus
Covid-19
Pneumokokken

5 Gesamtübersicht 2025

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

20. Meldewoche 2026

Herausgegeben am 21.04.2026
Datenstand: 20.04.2026, 09:00 Uhr

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

In der 20. Meldewoche (MW) endet offiziell die Saison der akuten Atemwegserreger, einen ausführlichen Bericht über die Saison 2025/2026 finden sie unter **Abschnitt 4**.

Zudem ist die seit der letzten Aprilwoche beobachtete verstärkte Zirkulation von **Mpox**-Infektionen in Berlin leicht zurückgegangen. In der Berichtswoche wurden drei neue Mpox-Fälle an das Lageso übermittelt, in der Vorwoche wurden zwei Infektionen übermittelt. Unter den beiden in der Vorwoche übermittelten Mpox-Fällen ist erneut eine weibliche Person von der Infektion betroffen.

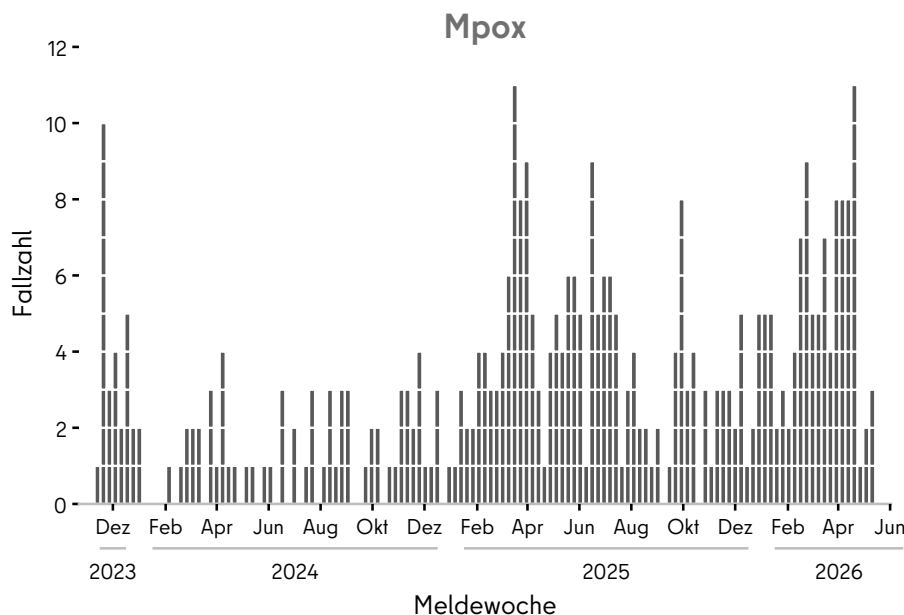


Abb. 1.1: An das Lageso übermittelte Mpox-Fälle im Zeitraum von November 2023 bis zur aktuellen Berichtswoche.

Insgesamt wurden in Berlin bislang 104 Mpox-Infektionen im Jahr 2026 an das Lageso übermittelt und damit weiterhin deutlich mehr als in den Vorjahren im gleichen Zeitraum (2025: n=83; 2024: n=22; 2023: n=10). Hauptsächlich betroffen sind Männer im medianen Alter von 34 Jahren, inzwischen sind allerdings auch zwei Mpox-Infektionen bei Frauen aufgetreten, die sich im Rahmen von sexuellen Kontakten bzw. Haushaltskontakten angesteckt haben. Bei fast 80% der bislang übermittelten Infektionen wurden sexuelle Kontakte zu Männern als wahrscheinlicher Übertragungsweg angegeben. Gut die Hälfte (53%) der betroffenen Personen mit Angaben zum Impfstatus (n=90) waren mind. einmal gegen Mpox geimpft.

1

Die in Berlin übermittelten Mpox-Fälle stecken sich überwiegend auch in Berlin an. Aufenthalte außerhalb Berlins im relevanten Expositionszeitraum sind für sieben Personen in den Meldedaten angegeben.

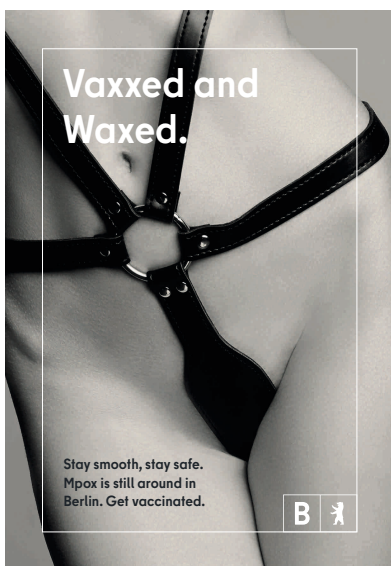
In Berlin wird eine Ko-Zirkulation der beiden bislang in Ausbrüchen in Europa aufgetretenen Viruskladen Ib und IIb beobachtet, wobei aktuell weiterhin die Klade Ib den größeren Anteil der nachgewiesenen Infektionen ausmacht. Von allen Isolaten, für die eine Kladendiagnostik vorlagen (n=86), macht die Klade Ib gut zwei Drittel aus (69%). Auch bei den bei den Frauen nachgewiesenen Erregern handelt es sich um Mpox-Viren der Klade Ib.

In verschiedenen Ländern der Welt zirkulieren aktuell sowohl MPXV der Klade I und der [Klade II](#). Im Jahr 2022 trat in Europa und anderen Regionen der Welt ein großer Mpox-Ausbruch der Klade IIb auf, der vor allem auf sexuelle Übertragungen zurückzuführen war. Ende 2023 war vor allem die Demokratische Republik Kongo von einem großen Ausbruch durch Mpox der Klade Ib betroffen, der sich auch auf andere benachbarte afrikanische Länder ausgebreitet hat. Inzwischen sind MPXV der Klade Ib aus verschiedenen Ländern außerhalb Afrikas berichtet worden, sowohl im Zusammenhang mit Reisen in Ländern mit anhaltender Klade Ib Zirkulation als auch unabhängig davon. Für beide Kladen spielen sexuelle Kontakte eine zentrale Rolle bei der Übertragung. Außerhalb afrikanischer Länder haben sich hier Übertragungsnetzwerke vor allem unter Männern, die Sex mit Männern haben etabliert.

In Deutschland waren bis zum Oktober 2025 MPXV-Ib Fälle entweder importiert oder standen im epidemiologischen Zusammenhang mit importierten Fällen und in Verbindung mit heterosexuellen Kontakten bzw. Übertragungen im Haushalt aufgetreten. Die ersten Fälle mit autochthoner Übertragung der Klade Ib in Berlin wurden dem Lageso Anfang dieses Jahres übermittelt.

1

Eine Impfung gegen Mpox wird aktuell durch die STIKO unabhängig vom Geschlecht für Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko empfohlen. Bislang zählen hierzu insbesondere Männer und trans- sowie nicht-binäre Personen, die Sex mit Männern haben und dabei häufig die Partner wechseln sowie Sexarbeitende. Grundsätzlich ist sie aber auch bei Frauen bzw. FLINTA mit erhöhtem Expositionsrisiko (z.B. bei häufig wechselnden oder anonymen Sexualkontakten) sinnvoll und empfohlen. Das Lageso weist darauf im Rahmen einer neuen Informationskampagne hin, die sich insbesondere an Besuchende von sexpositiven Clubs und Veranstaltungen in Berlin richtet.



Berlin spielt hart. Schütz dich.
Berlin plays rough. Protect yourself.

Mpox kommt noch immer in Berlin vor.
Übertragung passiert bei engem Haut- und Schleimhautkontakt.

Party. Club. Darkroom. Dungeon. Wo auch immer:
Lass dich impfen. Unabhängig vom Geschlecht.

Mpox is still circulating in Berlin.
Transmission occurs through close skin-to-skin contact.

Parties. Clubs. Darkrooms. Dungeons. Wherever you go: Get vaccinated. Regardless of gender.

Mehr Infos
More Info

Landesamt für Gesundheit und Soziales **BERLIN**



Weitere Informationen:

Für die 20. MW wurden insgesamt fünf Ausbrüche mit 31 Erkrankten übermittelt, darunter ein nosokomialer Ausbruch mit elf Erkrankten (siehe Abschnitt 3).

Erreger/Krankheit	Fallzahl aktuelle Berichtswoche	Fallzahl kumulativ 2026 ¹	Tabelle 2.1
			Median kumulativ 2021–2025 ¹
Acinetobacter spp.	3	25	28
Campylobacter-Enteritis	26	756	607
COVID-19	4	1.345	36.317
EHEC-Erkrankung	1	83	27
Enterobacterales	11	191	208
Giardiasis	2	149	139
Haemophilus infl., invasive Erkr.	1	26	37
Hepatitis A	1	12	20
Hepatitis B	17	352	549
Hepatitis C	8	200	201
Hepatitis E	5	92	71
Influenza, saisonal	5	7.887	2.568
Keuchhusten	3	76	41
Legionellose	2	35	40
Lyme-Borreliose	8	120	126
Malaria ²	1	25	29
Mpox ³	3	104	16
Norovirus-Gastroenteritis	27	3.093	1.921
Pneumokokken, invasive Erkr. ²	12	301	264
RSV (Resp.-Synzytial-Virus) ²	22	2.249	1.795
Rotavirus-Gastroenteritis	58	890	693
Salmonellose	4	118	107
Shigellose	1	111	60
Tuberkulose	5	114	123
Windpocken	12	423	344
Yersiniose	2	63	42
Gesamtergebnis	244	18.840	

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

¹ Die kumulierte Anzahl und der 5-Jahres-Median (der kumulierten Fallzahl) umfasst die Fälle von der 1. bis zur aktuellen Berichtswoche der jeweiligen Jahre.

² Diese Meldekategorie wurde im Laufe des Jahres 2023 eingeführt bzw. technisch umgesetzt. Zum Vergleich mit den aktuellen Fallzahlen wird der Median der Jahre 2024-2025 dargestellt.

³ Mit dem Auftreten der ersten Fälle in Deutschland 2022 wurde die Meldekategorie im Jahr 2022 eingeführt. Zum Vergleich mit den aktuellen Fallzahlen wird der Median 2022-2025 dargestellt.

Nicht-nosokomiale Ausbrüche

Erreger / Krankheit	Berichtswoche		Tabelle 3.1 kumulativ 2026	
	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl
	Chikungunya			2
COVID-19			4	8
Denguefieber			1	2
EHEC/STEC			1	2
Giardiasis			2	12
Hepatitis A			1	3
Influenza			21	161
Keuchhusten			3	13
Kryptosporidiose			1	3
Malaria			1	2
Meningokokken			1	2
Mpox			4	8
Norovirus	2	5	27	80
Pneumokokken			1	5
Respiratorisches-Synzytial-Virus			10	70
Rotavirus	2	15	14	97
Salmonellose			2	4
Shigellose			1	2
Windpocken			30	111
Gesamtergebnis	4	20	127	589

Anzahl der Häufungen und Gesamtfallzahl nach Erreger/Krankheit für die Berichtswoche¹ sowie kumulative Übersicht für das Jahr 2026.

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

Erreger / Krankheit	Tabelle 3.2			
	Berichtswoche		kumulativ 2026	
	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl
<i>Candidozyma auris</i>			1	6
<i>Clostridioides difficile</i>			2	7
COVID-19			33	147
Enterobacterales spp.			4	36
<i>Klebsiella aerogenes</i>			1	24
<i>Klebsiella pneumoniae</i>			1	8
<i>Enterobacter cloacae</i>			1	2
<i>Serratia marcescens</i>			1	2
Influenza			96	598
Krätzmilben			1	61
Norovirus			229	1.986
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>			3	22
<i>Ralstonia mannitolilytica</i>			1	6
Respiratorisches-Synzytial-Virus			12	78
Rotavirus	1	11	13	84
Vancomycin-resistente <i>Enterococcus faecium</i> (VRE)			2	37
Gastroenteritis ohne Labornachweis			10	80
Gesamtergebnis	1	11	407	3.148

Anzahl der nosokomialen Häufungen und Gesamtfallzahl nach Erreger/Krankheit für die Berichtswoche¹ sowie kumulative Übersicht für das Jahr 2026.

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 2026 endet offiziell die Influenzasaison, die in der 40. MW 2025 begann. In der Saison 2025/2026 wurden dem Lageso insgesamt 10.058 der Referenzdefinition entsprechende Fälle saisonaler Influenza übermittelt. Damit liegt die Fallzahl deutlich unter der Rekordsaison 2024/2025 ($n=16.252$), und reiht sich nach den starken Saisons 2017/2018 ($n=11.398$) und 2022/2023 ($n=10.999$) als viertstärkste Saison seit 2001 ein.

Die Grippewelle startet nach Definition des RKI, wenn die Positivrate für Influenza A oder B-Nachweise am Nationalen Referenzzentrum 20% erreicht. In der aktuellen Saison begann die Grippewelle bereits vor dem Jahreswechsel in der 48. MW 2025 und damit ähnlich wie in den Vorjahren, jedoch früher als in den meisten präpandemischen Jahren. Die Influenza-Aktivität erreichte Ende Januar 2026 (4. MW) in Berlin ihren Höhepunkt mit 1.045 übermittelten Fällen und ging seitdem kontinuierlich zurück. Nach Angaben des RKI dauerte die Grippewelle insgesamt 15 Wochen an und endete in der 10. MW 2026.

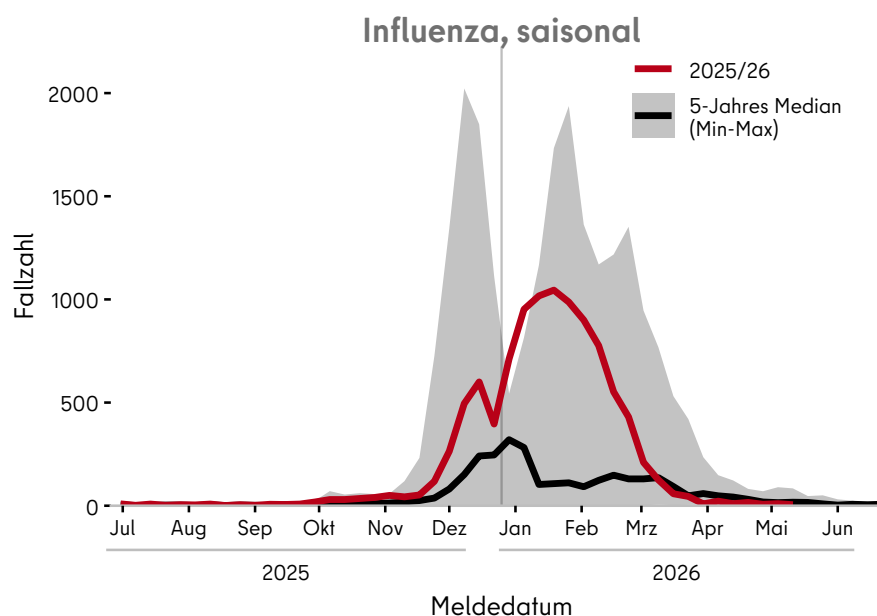


Abb. 4.1: An das Lageso übermittelte Influenza-Erkrankungen im Zeitraum von der 27. MW 2025 bis zur Berichtswoche.

Im Gegensatz zur Vorsaison dominierte Influenza A mit 99% der Nachweise mit bekanntem Erregertyp deutlich. Eine Differenzierung der Influenza A Nachweise lag nur in 0,7% der Fälle vor, darunter gab es mit 39 Nachweisen des Subtyps H3N2 etwa doppelt so viele Nachweise wie von H1N1 pdm09 ($n=19$). Nachweise von Influenza B waren mit 0,9% ($n = 87$) nur marginal vertreten.

4

Das mediane Alter der in der Saison betroffenen Personen lag bei 56 Jahren und damit deutlich höher als in der Vorsaison mit 41 Jahren. Die höchste Inzidenz wurde in der Altersgruppe 75+ Jahre mit 762 Fällen pro 100.000 Einwohner beobachtet, gefolgt von Kleinkindern unter 2 Jahren mit 713 Fälle pro 100.000 Einwohner.

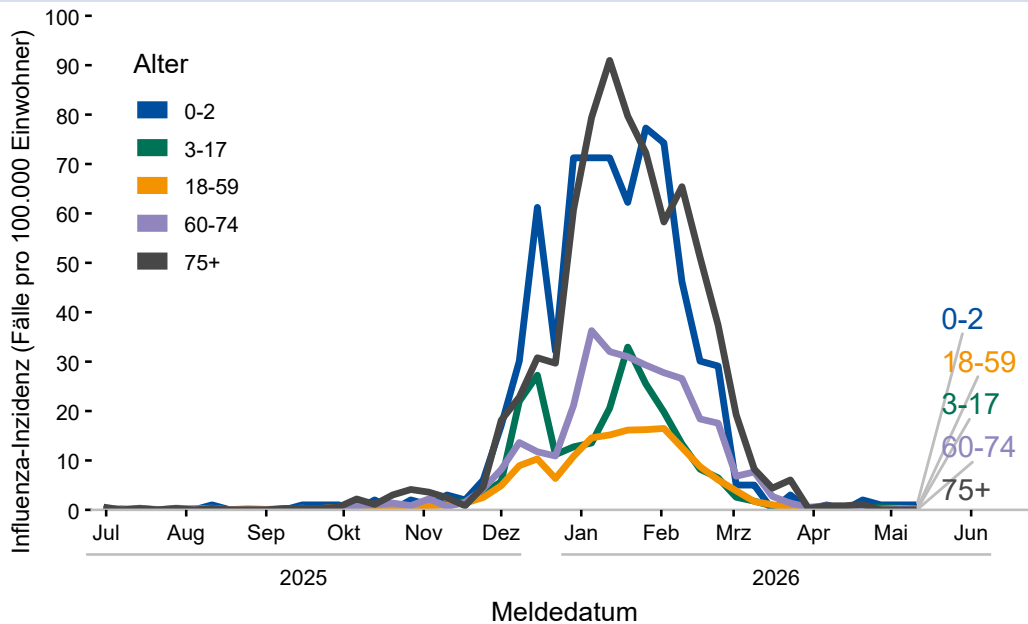


Abb. 4.2: An das Lageso übermittelte Influenza Inzidenzen nach Alter in Berlin

Informationen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Influenza-Infektion lagen bei etwa der Hälfte der übermittelten Fälle vor (56%; n=5.669). Von diesen war für 42% ein stationärer Krankenhausaufenthalt angegeben. Hierunter fallen auch Fälle, bei denen die Influenza-Infektion im Rahmen eines nosokomialen Ausbruchs während einer stationären Behandlung im Krankenhaus diagnostiziert wurde. Schwere Verlaufsformen der Influenza betreffen vorwiegend Personen im Alter über 60 Jahren, Komplikationen können jedoch in jedem Lebensalter auftreten, insbesondere bei Personen mit chronischen Grunderkrankungen. Dies spiegelt sich auch in den übermittelten Berliner Daten wider: Die höchste Hospitalisierungsrate, bei Meldungen zu denen diesbezüglich Informationen vorlagen, wurde mit 71% bei den über 70-Jährigen beobachtet, gefolgt von den 60-70-Jährigen mit 56% und den unter einjährigen mit 38%. Dagegen waren nur 9% der Vierjährigen in Zusammenhang mit einer Influenza-Infektion stationär im Krankenhaus behandelt worden. 37 Personen sind im Zusammenhang mit der Infektion verstorben, alle 55 Jahre oder älter.

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 Influenza-Impfstatus lagen bei einem Viertel der Fälle vor, davon konnten 289 Fälle (11%) einen aktuellen Impfschutz vorweisen, bei den über 60-Jährigen waren es sogar 25%.

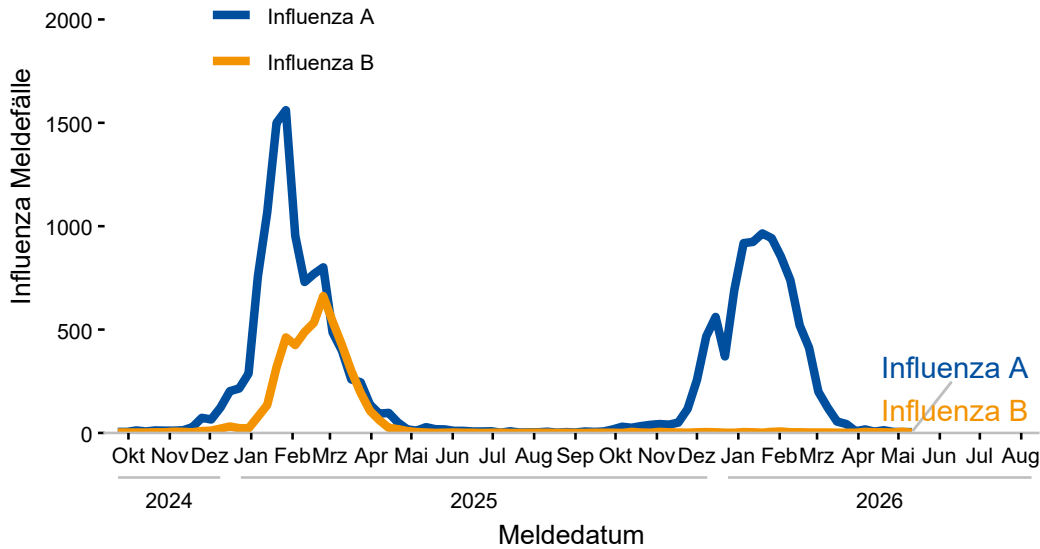


Abb. 4.3: An das Lageso übermittelte Influenza-Meldefälle nach Influenztypen im Zeitraum von September 2024 bis zur Berichtswoche.

Die Ergebnisse des Abwassermonitorings haben während der gesamten Saison den Trend der übermittelten Fallzahlen des Meldesystems nach IfSG für Influenza A und B sehr gut abgebildet. Entsprechend der Meldedaten sind auch die RNA-Konzentrationen für Influenza A und B jetzt unterhalb der Nachweisgrenze.

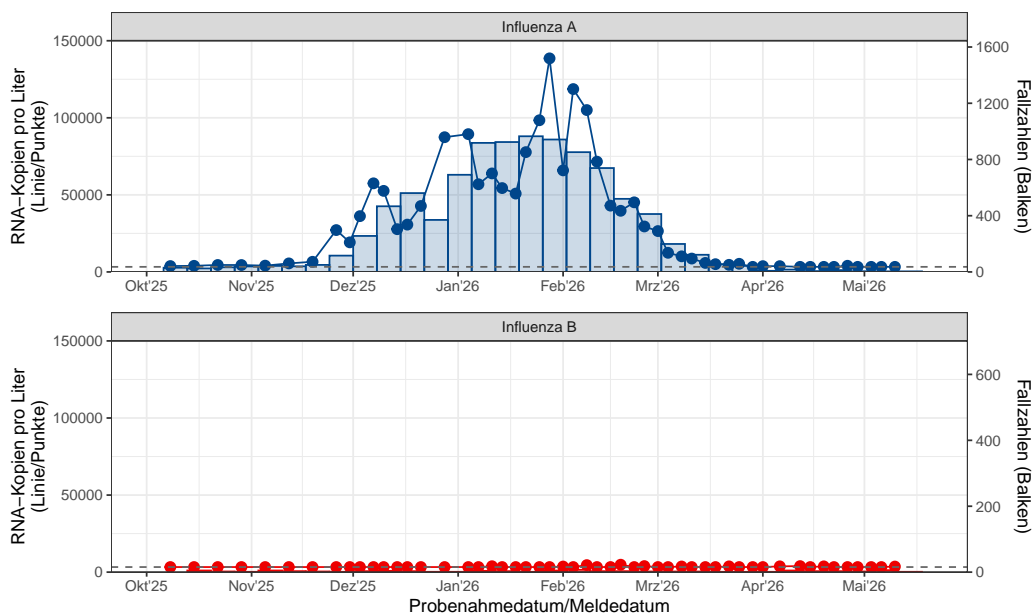


Abb. 4.4: Influenza-RNA-Konzentrationen im Berliner Abwasser

Auch das **Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)** kann während der Wintermonate in der ARE-Saison zu einer hohen Krankheitslast beitragen. RSV ist ein weltweit verbreitetes RNA-Virus aus der Familie der Pneumoviridae, das Erkältungssymptome hervorrufen kann. Besonders gefährdet für schwere Verläufe sind Säuglinge, ältere Menschen sowie Personen mit relevanten Grunderkrankungen. In der ARE-Saison 2025/2026 wurden in Berlin insgesamt 2.583 Infektionen mit RSV übermittelt. Damit liegt die Fallzahl über dem Niveau der Saison 2024/2025 ($n=2.265$) und der Saison 2023/2024 ($n=1.290$). Dies kann sowohl ein Hinweis auf eine stärkere RSV-Saison sein, als auch die zunehmende Etablierung der erst seit Juli 2023 eingeführten Meldepflicht widerspiegeln.

Die diesjährige RSV-Welle begann später als im Vorjahr, jedoch früher als in der vorletzten (und im Meldesystem ersten) Saison. Ein deutlicher Anstieg der wöchentlichen Fallzahlen in Berlin war ab der 50. MW 2025 zu beobachten. Nach Angaben des RKI begann die RSV-Welle in Deutschland in der 2. MW 2026. Der Höhepunkt wurde in Berlin in der 5. MW 2026 mit 226 Fällen erreicht, mit einem zweiten vergleichbar hohen Gipfel in der 7. MW (221 Fälle). Die RSV-Welle dauerte nach Definition des RKI 14 Wochen und endete Mitte April in der 15. MW 2026.

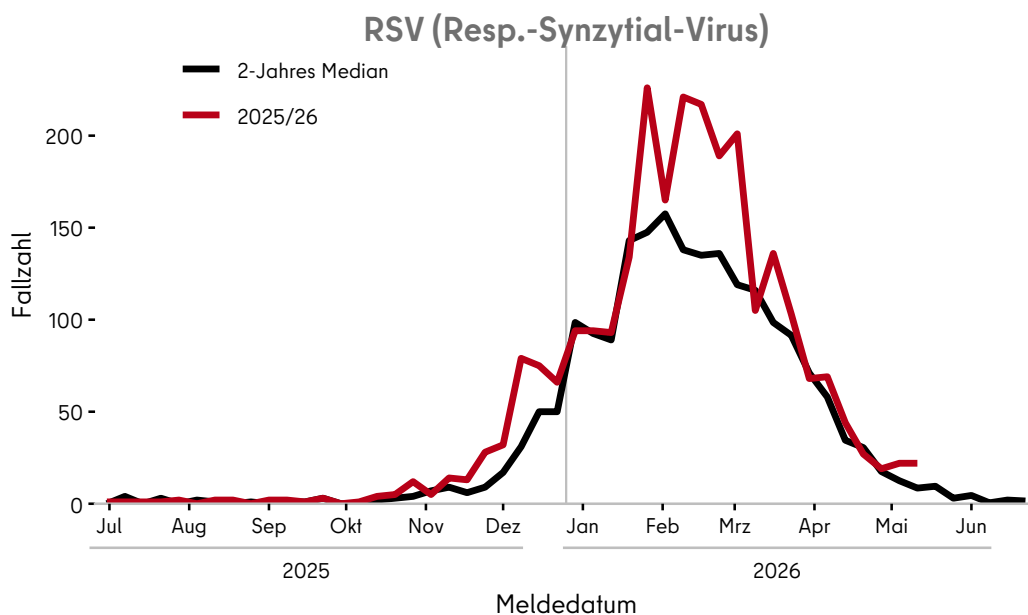


Abb. 4.5: An das Lageso übermittelte RSV-Erkrankungen nach Meldedaten im Zeitraum von der 27. MW 2025 bis zur Berichtswoche.

4

Das mediane Alter der betroffenen Personen betrug in der aktuellen Saison 55 Jahre. Gegenüber der Vorsaison hat sich der Anteil der RSV-Fälle bei Kindern im Alter von unter zwei Jahren mit 18% weiter verringert (2024/2025: 28%; 2023/2024: 51%). Dagegen ist der Anteil der über 75-Jährigen seit Einführung der Meldepflicht auf 28% angestiegen (2024/2025: 22%; 2023/2024: 13%). Dennoch wurde die höchste altersspezifische Inzidenz mit 643 Fällen pro 100.000 bei Kleinkindern unter 2 Jahren beobachtet, gefolgt von der Altersgruppe 75+ mit 197 Fälle pro 100.000 Einwohner. Der Rückgang des Anteils der Kleinkinder könnte auf erste Effekte der seit Juni 2024 empfohlenen Nirsevimab-Prophylaxe hinweisen; dies lässt sich jedoch auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschließend beurteilen.

Die STIKO empfiehlt seit Sommer 2023 eine einmalige RSV-Impfung für alle Personen ab 75 Jahren sowie für 60- bis 74-Jährige mit bestimmten Grunderkrankungen. Seit Juni 2024 wird zudem eine Prophylaxe mit dem monoklonalen Antikörper Nirsevimab für alle Neugeborenen und Säuglinge vor ihrer ersten RSV-Saison empfohlen. Bei 24% (n = 58) der unter Zweijährigen, wurde eine Prophylaxe gegen RSV in den Meldedaten angegeben, bei 11 Fällen auch eine Impfung der Mutter. Dagegen waren nur 4% der über 75-jährigen Personen nach Angaben der Meldedaten gegen RSV geimpft.

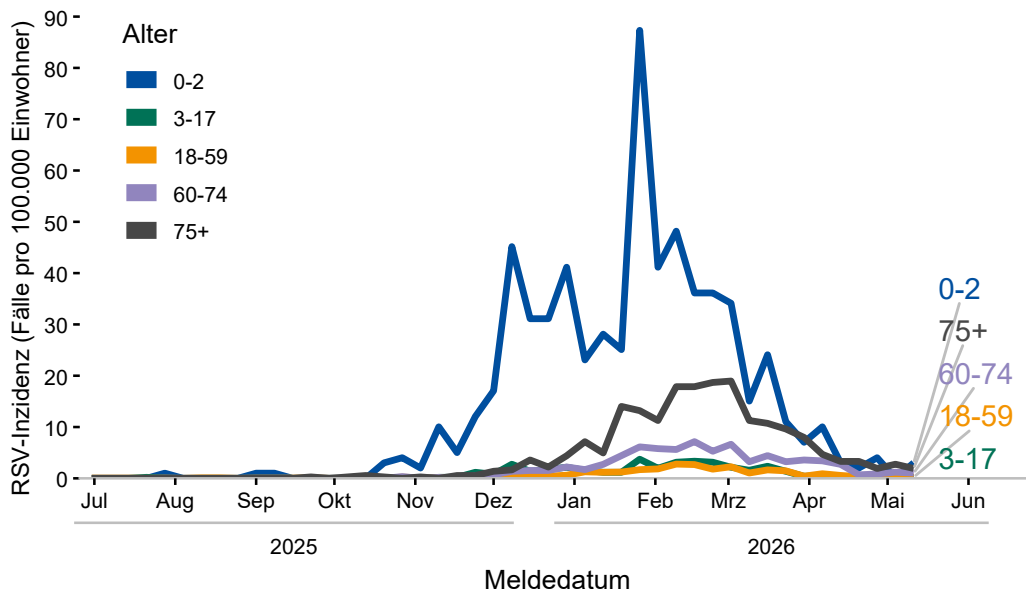
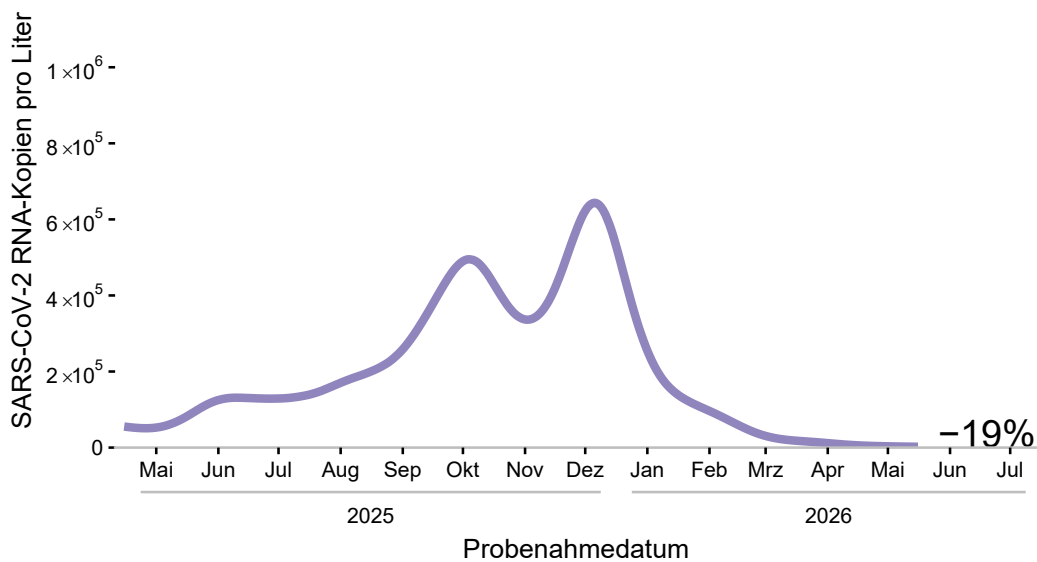


Abb. 4.6: RSV Inzidenzen nach Alter in Berlin

4

Für 1.787 der übermittelten Fälle (69%) lagen Angaben zum Hospitalisierungsstatus vor. Die höchste Hospitalisierungsrate wurde mit 71% in der Altersgruppe ab 75 Jahren beobachtet, gefolgt von Kleinkindern unter 2 Jahren mit 48%. 32 Personen sind im Zusammenhang mit der Infektion verstorben, alle älter als 50 Jahre alt.

Ähnlich wie in der Vorsaison spielte auch in der Saison 2025/2026 **COVID-19** eine eher untergeordnete Rolle. Die letzte SARS-CoV-2 Welle begann mit einem langsamen Anstieg bereits im September 2025 und fiel nach dem Höhepunkt im Dezember 2025 deutlich ab. Der Verlauf der SARS-CoV-2 Welle wird sehr gut in den Daten des Abwassermonitorings abgebildet, was sich somit als gutes komplementäres Surveillance-System erweist.



Letztes verfügbares Probenahmedatum: 17.05.2026

Abb. 4.7: SARS-CoV-2-RNA-Konzentrationen im Berliner Abwasser

Zusätzlich zu der Analyse auf SARS-CoV-2-RNA im Abwasser wird wöchentlich eine Sequenzierung der Virus-RNA durchgeführt, um die zirkulierenden Virusvarianten/Sublinien zu bestimmen. Wie zuletzt im [Wochenbericht der 10. MW 2026](#) berichtet, war die letzte SARS-CoV-2-Welle von Oktober bis Dezember durch die Sublinie XFG dominiert und wurde kurzzeitig im Frühjahr von NB.1.8.1 abgelöst.

Aktuell zirkuliert wieder primär die Sublinie XFG mit >90%. NB.1.8.1 ist nur noch in geringen Anteilen nachweisbar. Beide Sublinien sind „Variants under Monitoring“ (VUMs) nach Einschätzung der WHO, weitere Informationen dazu finden Sie [hier](#) (siehe **Abb. 4.8**).

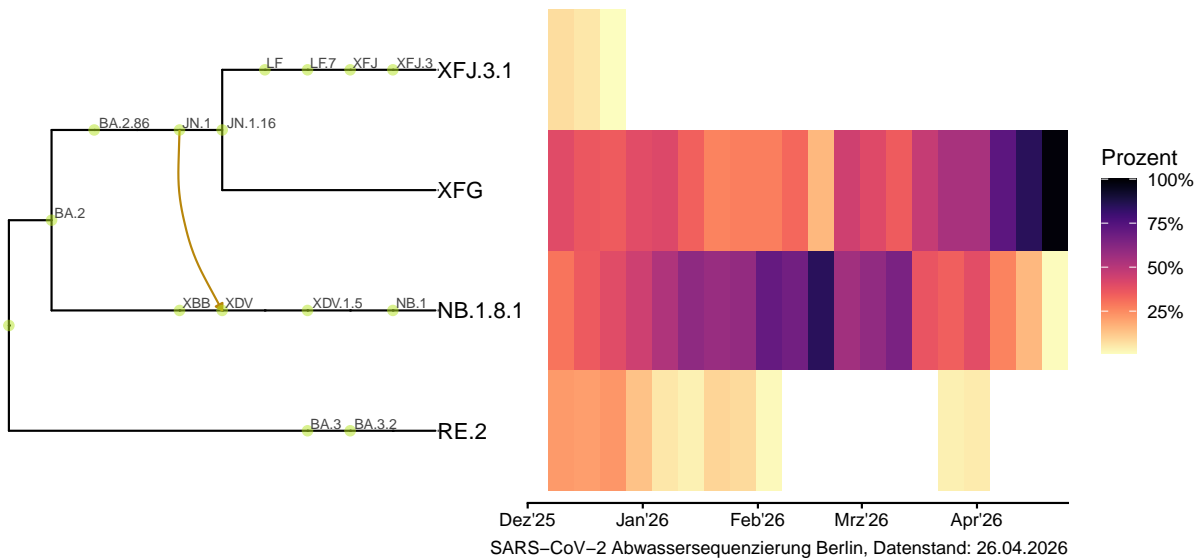


Abb. 4.8: Ergebnisse der SARS-CoV-2 Abwassersequenzierung der Berliner Klärwerke Ruhleben, Schönenerlinde und Waßmannsdorf.

Infektionen durch **Pneumokokken** (*Streptococcus pneumoniae*), die v. a. bei Kindern und älteren Menschen schwere Atemwegsinfekte und Lungenentzündungen hervorrufen können, treten zwar grundsätzlich zu allen Jahreszeiten auf, zeigen allerdings ebenfalls eine saisonale Häufung in den Wintermonaten. Sie treten nicht selten auch als Sekundärinfektionen bei Personen mit viralen Atemwegsinfekten auf und führen häufig zu Hospitalisierungen. Bei dem Erreger handelt es sich um ein 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. 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 2025/2026 wurden in Berlin insgesamt 433 Fälle invasiver Infektionen durch Pneumokokken übermittelt. Damit liegt die Fallzahl niedriger als in der Vorsaison 2024/2025 (n=555) und leicht über der Saison 2023/2024 (n=402). Bei den erkrankten Personen handelt es sich vor allem um ältere Menschen: im Median waren sie 66 Jahre alt; die Hälfte war zwischen 49 und 79 Jahren alt. Männer waren mit 60% (n=258) häufiger betroffen als Frauen (40%, n=175).

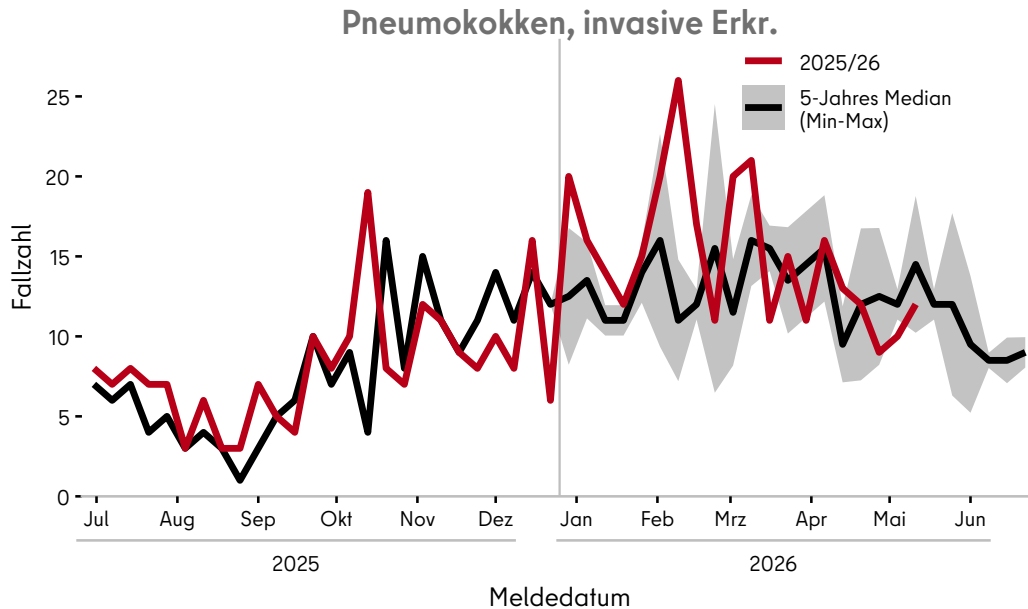


Abb. 4.9: An das Lageso übermittelte Pneumokokken-Erkrankungen nach Alter im Zeitraum von der 27. MW 2025 bis zur Berichtswoche.

Fast alle betroffenen Personen invasiver Pneumokokken-Infektionen wurden erwartungsgemäß im Krankenhaus behandelt: 95,9% der Fälle mit Informationen zum Hospitalisierungsstatus waren in stationärer Behandlung. Pneumonie und Fieber waren die häufigsten klinischen Symptome (54% bzw. 50%); 16% entwickelten eine Sepsis und 4% zeigten klinische Anzeichen einer Meningitis. 26 Personen (6,1%) sind im Zusammenhang mit der Infektion verstorben.

Die STIKO empfiehlt eine Pneumokokken-Impfung für Säuglinge ab dem Alter von 2 Monaten sowie für alle Menschen ab 60 Jahren und für Personen mit bestimmten Grunderkrankungen. Für 47% der Fälle ($n = 204$) lagen Informationen zum Impfstatus vor. Davon wiesen 12% aller Fälle einen aktuellen Impfstatus gegen Pneumokokken vor. Bei den über 75-Jährigen erhöhte sich dieser Anteil leicht auf 16%. Bei den unter Zweijährigen waren 75% der Fälle gegen Pneumokokken geimpft.

Die Zahl der in den Berliner Meldedaten übermittelten Todesfälle in Zusammenhang mit einer akuten respiratorischen Infektion sind in Bezug auf die Sterblichkeit nur eingeschränkt aussagekräftig, da viele ARE-Infektionen undiagnostiziert bleiben und Todesfälle damit nicht im Zusammenhang mit einem Erregernachweis erfolgen. Zudem wird der Tod nach einer viralen Atemwegs-Infektion häufig durch eine anschließende bakterielle Lungenentzündung verursacht, bei der die Viren häufig nicht mehr nachweisbar sind.

Im Jahr 2023 wurde ein **Mortalitätsmonitoring (MOMO)** eingeführt, das auf den täglichen Todesfall-Meldungen der Berliner Standesämter beruht. In der ARE-Saison 2025/26 konnte zwischen Mitte Januar 2026 und Mitte Februar 2026 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 und RSV-Aktivität zusammen. Es kann daher angenommen werden, dass sowohl Influenza wie auch RSV zu der beobachteten Übersterblichkeit beigetragen haben.

Übersterblichkeit besteht, wenn die Anzahl der Todesfälle über der saisonal erwarteten Mortalität und deren üblicher 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.

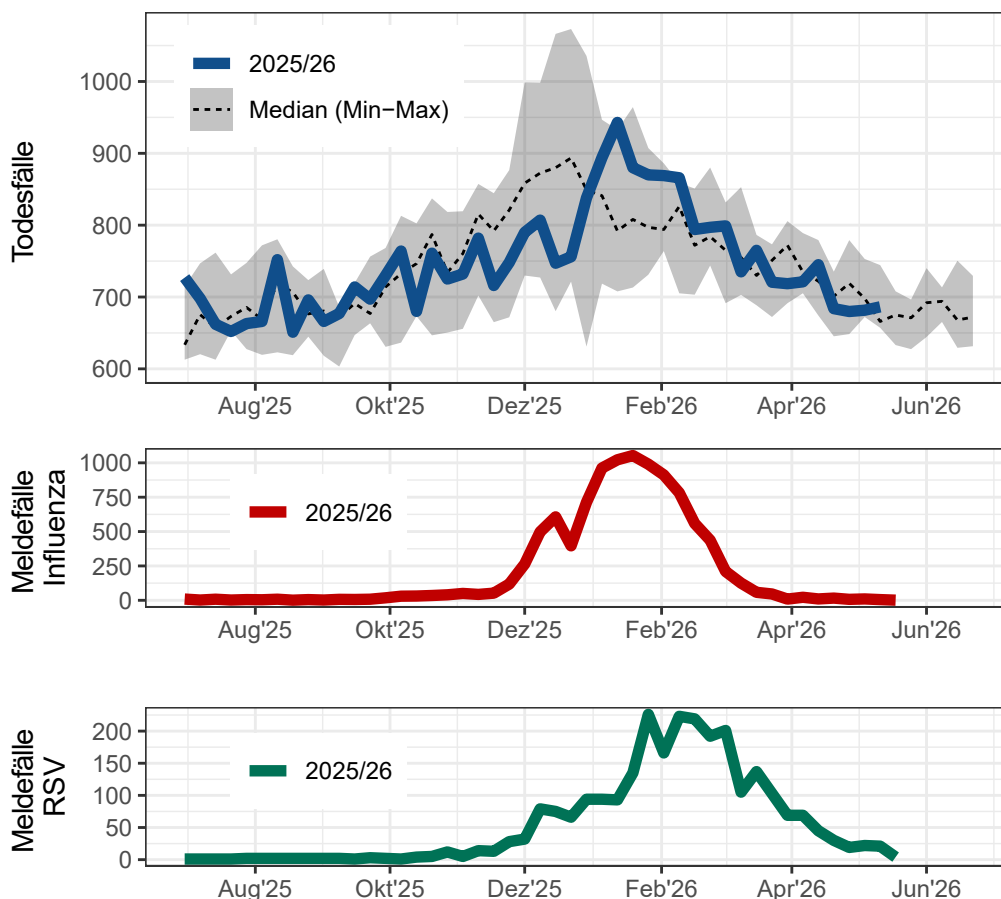


Abb. 4.10: Todesfall-Meldungen an die Berliner Standesämter von 2019 bis Mai 2026 und zum Vergleich die Influenza- und RSV-Meldefälle 2025/2026. Der Median (Min-Max) der Todesfälle ergibt sich aus den Jahren 2019 bis 2024.

Tabelle 5.1

Erreger/Krankheit ¹	Land Berlin			Fallzahl je Bezirk, kumulativ (1.-aktuelle Berichtswoche 2026)											
	Fallzahl aktuelle Berichtswoche	Fallzahl kumulativ 2026 ²	Median 2021-2025 ²	Charlottenburg- Wilmerisdorf	Friedrichshain- Kreuzberg	Lichtenberg	Marzahn- Hellersdorf	Mitte	Neukölln	Pankow	Reinickendorf	Spandau	Steglitz- Zehlendorf	Tempelhof- Schöneberg	Treptow- Köpenick
<i>Acinetobacter spp.</i>	3	25	28	1	1	0	9	2	2	0	2	3	3	1	1
Adenovirus-Konjunktivitis	0	4	4	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0
Arbovirus-Erkrankungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bornaviren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Botulismus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobacter-Enteritis	26	756	607	48	59	60	60	66	69	95	64	34	67	80	54
Candidozyma auris ³	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya-Fieber	0	14	0	0	3	2	0	0	2	4	0	0	1	2	0
Cholera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Clostridioides diff., schw. Verl.	0	11	17	1	0	0	3	1	1	3	0	0	1	1	0
COVID-19	4	1.345	36.317	140	46	75	83	164	98	144	116	126	98	107	148
Denguefieber	0	21	29	0	5	0	0	2	3	5	0	0	2	4	0
Diphtherie	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
EHEC-Erkrankung	1	83	27	9	6	6	9	5	11	4	7	7	6	9	4
Enterobacterales	11	191	208	32	19	11	18	26	12	11	10	13	14	14	11
FSME (Frühsommer-Men.enzep.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Giardiasis	2	149	139	9	24	5	2	19	22	22	7	2	10	23	4
Haemophilus infl., invasive Erkr.	1	26	37	4	3	2	0	0	3	2	4	1	5	1	1
Hantavirus-Erkrankung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	1	12	20	0	2	1	0	1	0	0	1	1	0	5	1
Hepatitis B	17	352	549	37	42	32	40	29	38	19	24	21	18	40	12

Tabelle 5.1

Erreger/Krankheit ¹	Land Berlin			Fallzahl je Bezirk, kumulativ (1.-aktuelle Berichtswoche 2026)											
	Fallzahl aktuelle Berichtswoche	Fallzahl kumulativ 2026 ²	Median 2021-2025 ²	Charlottenburg- Wilmerdorf	Friedrichshain- Kreuzberg	Lichtenberg	Marzahn- Hellersdorf	Mitte	Neukölln	Pankow	Reinickendorf	Spandau	Steglitz- Zehlendorf	Tempelhof- Schöneberg	Treptow- Köpenick
Hepatitis C	8	200	201	21	21	10	17	45	16	19	14	12	4	11	10
Hepatitis D	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis E	5	92	71	10	2	4	6	10	11	10	7	7	10	7	8
HUS, enteropathisch	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza, saisonal	5	7.887	2.568	647	478	638	689	822	638	923	537	547	745	661	562
Keuchhusten	3	76	41	12	9	0	8	10	0	5	7	1	4	10	10
Kryptosporidiose	0	44	43	5	7	3	0	4	7	4	1	1	6	6	0
Legionellose	2	35	40	1	5	2	2	4	3	5	4	0	2	5	2
Leptospirose	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listeriose	0	8	7	0	2	1	0	0	0	0	1	0	4	0	0
Lyme-Borreliose	8	120	126	8	4	9	23	10	7	23	4	9	6	9	8
Malaria ³	1	25	29	2	0	1	1	4	0	4	4	1	4	3	1
Masern	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Meningokokken, invasive Erkr.	0	6	7	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	1
Mpox ⁴	3	104	16	5	22	5	2	20	19	12	1	4	2	8	4
MRSA, invasive Infektion	0	35	21	4	6	2	4	8	0	1	3	3	1	3	0
Mumps	0	2	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Nicht-Cholera-Vibrionen ³	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norovirus-Gastroenteritis	27	3.093	1.921	183	146	244	261	184	280	267	229	379	375	320	225
Ornithose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orthopocken ⁴	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paratyphus	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 5.1

Erreger/Krankheit ¹	Land Berlin			Fallzahl je Bezirk, kumulativ (1.-aktuelle Berichtswoche 2026)											
	Fallzahl aktuelle Berichtswoche	Fallzahl kumulativ 2026 ²	Median 2021-2025 ²	Charlottenburg- Wilmerdorf	Friedrichshain- Kreuzberg	Lichtenberg	Marzahn- Hellersdorf	Mitte	Neukölln	Pankow	Reinickendorf	Spandau	Steglitz- Zehlendorf	Tempelhof- Schöneberg	Treptow- Köpenick
Pneumokokken, invasive Erkr. ³	12	301	264	27	29	14	23	42	28	14	34	22	22	27	19
Q-Fieber	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RSV (Resp.-Synzytial-Virus) ³	22	2.249	1.795	149	160	160	190	173	248	272	152	149	227	214	155
Rotavirus-Gastroenteritis	58	890	693	47	38	84	69	57	91	109	83	103	69	80	60
Röteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	4	118	107	10	8	10	12	9	13	9	11	7	9	11	9
Shigellose	1	111	60	5	20	3	5	19	14	8	2	0	4	24	7
Trichinellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberkulose	5	114	123	11	6	32	13	10	10	4	7	6	1	8	6
Tularämie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Typhus abdominalis	0	0	2	0	0	0	0	0	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	12	423	344	32	22	7	32	61	22	59	7	41	62	44	34
Yersiniose	2	63	42	6	5	7	5	11	5	4	0	3	2	9	6
Zikavirus-Erkrankung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamtergebnis	244	18.993		1.466	1.201	1.432	1.589	1.822	1.675	2.061	1.344	1.504	1.784	1.750	1.365

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

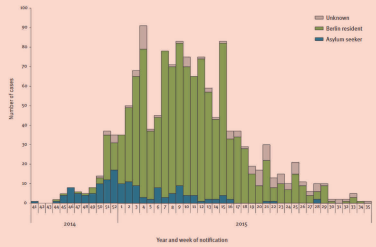
² Die kumulierte Anzahl und der 5-Jahres-Median (der kumulierten Fallzahl) umfasst die Fälle von der 1. bis zur aktuellen Berichtswoche der jeweiligen Jahre.

³ Diese Meldekatgorie wurde im Laufe des Jahres 2023 eingeführt bzw. technisch umgesetzt. Zum Vergleich mit den aktuellen Fallzahlen wird der Median der Jahre 2024-2025 dargestellt.

⁴ Mit dem Auftreten der ersten Fälle in Deutschland 2022 wurde die Meldekatgorie im Jahr 2022 eingeführt. Zum Vergleich mit den aktuellen Fallzahlen wird der Median 2022-2025 dargestellt.



Impressum



Herausgeber

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

Turmstraße 21, Haus M
10559 Berlin

E-Mail: infektionsschutz@lageso.berlin.de

Internet: [www.berlin.de/lageso/
gesundheit/infektionskrankheiten](http://www.berlin.de/lageso/gesundheit/infektionskrankheiten)

Redaktion

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

Bezugsquelle

Der Wochenbericht ist online abrufbar unter:
[https://www.berlin.de/lageso/gesundheit/
infektionskrankheiten/berichte-veroeffentlichungen/wo-
chenberichte](https://www.berlin.de/lageso/gesundheit/infektionskrankheiten/berichte-veroeffentlichungen/wochenberichte)

Landesamt für Gesundheit und Soziales	BERLIN	
--	---------------	--

