

Das AGES-Radar für Infektionskrankheiten

16.10.2025



Infektionskrankheiten in Österreich und weltweit

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Zusammenfassung	3
Ausbrüche und Infektionskrankheiten.....	4
Situation in Österreich	4
Respiratorische Viren	4
COVID-19.....	4
Influenza.....	4
RSV	5
Salmonellen.....	6
West-Nil-Virus	6
Internationale Ausbrüche.....	7
Chikungunya und Dengue in Europa.....	7
Ebola Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo.....	8
Thema des Monats.....	9
Neues Modell: Wie die Übersterblichkeit durch respiratorische Erkrankungen berechnet wird	9
Meldungen.....	16
Tollwut-Fall in Frankreich.....	16
One-Health-Tag der AGES.....	17
Malediven feiern Erfolg im Kampf gegen HIV, Syphilis und Hepatitis B.....	17
Mpox: WHO hebt internationalen Gesundheitsnotstand auf	18

16.10.2025

Zusammenfassung

SARS-CoV-2-Nachweise steigen in Österreich an, während sie in Europa teilweise abnehmen. Fälle von **Influenza** und **RSV** wurden bisher nur vereinzelt registriert.

Ein multinationaler Ausbruch in Europa durch das seltene Salmonellenserovar **Strathcona** wurde mit entscheidender Beteiligung der AGES aufgeklärt, Quelle waren kleine Tomaten aus Italien.

Im Gegensatz zum Rekordjahr 2024 wurden heuer nur drei Infektionen bei Tieren mit dem **West-Nil-Virus** in Österreich dokumentiert. Sehr viele humane Fälle und Todesopfer gab es in **Italien**.

In Europa wurden dieses Jahr bereits 34 lokal erworbene **Dengue**- und 1.053 lokal erworbene **Chikungunya**-Fälle gemeldet. In Österreich wurden nur importierte Fälle registriert.

Der **Ebola**-Ausbruch in der **Demokratischen Republik Kongo** ist höchst wahrscheinlich unter Kontrolle. Insgesamt gab es 64 gemeldete Fälle, 43 Menschen sind verstorben.

Im **Thema des Monats** werden detailliert die neuen Modelle zur Berechnung der **Übersterblichkeit durch Influenza und Sars-CoV-2** vorgestellt.

Die Meldungen: In **Frankreich** starb ein Mann an **Tollwut**, wie er sich infiziert hat, ist nicht geklärt. Die **Malediven** erreichen einen Erfolg im Kampf gegen HIV, Syphilis und Hepatitis B. Die WHO hob den 2024 aufgrund von **Mpox** ausgerufenen internationalen Gesundheitsnotstand auf.

Ausbrüche und Infektionskrankheiten

Situation in Österreich

Respiratorische Viren

COVID-19

Die Konzentration von SARS-CoV-2 im Abwasser steigt in allen Bundesländern seit Anfang August an. Im Sentinel-System befindet sich der Anteil an Proben, die positiv auf das Coronavirus getestet werden, seit Ende August bei ca. 20 % und ist somit so hoch wie zuletzt im Oktober 2024. In den Krankenhausaufnahmen von schweren akuten respiratorischen Infektionen spiegelt sich der Anstieg ebenso wider, allerdings auf niedrigem Niveau. In der Woche vom 15.09.2025 wurden 161 Patient:innen mit COVID-19 auf Normalstationen aufgenommen, doppelt so viele wie vier Wochen zuvor.

In der europäischen Union bzw. dem europäischen Wirtschaftsraum (EU/EWR) ist die SARS-CoV-2-Zirkulation erhöht, in einigen Ländern nimmt sie bereits wieder ab. Die Auswirkungen auf Spitalsaufnahmen waren bisher begrenzt.

Die COVID-19-Impfung steht in Österreich kostenfrei zur Verfügung und wird allen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr empfohlen, die das Risiko eines möglichen schweren Krankheitsverlaufs reduzieren möchten. Mehr Informationen zur Impfung und den Indikationen finden Sie im Impfplan Österreich 2025/2026.

Coronavirus - AGES

[erviss.org](https://www.erviss.org)

Influenza

Ab Kalenderwoche 40 wird die Überwachung akuter Atemwegserkrankungen, inkl. Influenza, in Österreich intensiviert. Die aktuellen Daten werden auf der Diagnostische Influenza

Netzwerk Österreich (DINÖ) Homepage veröffentlicht. In den für die Überwachung ausgewählten Arztpraxen (Sentinel) wurden die ersten sporadischen Fälle von Influenza A nachgewiesen. Dies ist relativ früh, aber nicht außergewöhnlich. Die Viren entsprechen jenen, die in der Influenza-Impfung enthalten sind. Auch Krankenhausaufnahmen mit Influenza wurden bisher nur vereinzelt registriert.

Eine Präventionsmaßnahme gegen eine schwere Erkrankung stellt die jährliche Grippe-Impfung dar. Die **Grippe-Impfung** ist empfohlen und steht im öffentlichen Impfprogramm **gratis** zur Verfügung. Die Impfung ist besonders wichtig für Personen mit gesundheitlichen Risiken für einen schweren Krankheitsverlauf, und ihre Kontaktpersonen/Haushaltskontakte, sowie für Personen, die aufgrund von Lebensumständen oder Beruf ein erhöhtes Infektionsrisiko haben. Details finden Sie unter www.impfen.gv.at/influenza und im aktuellen Impfplan 2025/2026.

In der Folge 003 - Influenza & Co: Wie surfe ich sicher durch die Grippe-Welle? des AGES-Podcast „Mut zum Risiko“ erklärt die Infektionsepidemiologin Fiona Költringer, was es mit der Grippe auf sich hat und wie man sich am besten davor schützen kann.

RSV

Nachweise des respiratorischen Synzytial-Virus (RSV) wurden im Sentinel-Überwachungssystem mit Beginn der Saison noch keine erfasst. Zu Krankenhausaufnahmen mit RSV-Infektionen kam es bisher nur vereinzelt. Letztes Jahr startete die RSV-Saison im Dezember und erreichte ihre Höhepunkte im Jänner und Februar 2025.

Kinder unter fünf Jahre und Personen über 65 Jahre weisen ein besonders hohes Risiko auf, schwer an einer RSV-Infektion zu erkranken. Daher wird bei Personen höheren Alters die Impfung ab dem vollendeten 60. Lebensjahr empfohlen. Für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder stehen monoklonale Antikörper zur passiven Immunisierung im kostenfreien Kinderimpfprogramm zur Verfügung – und werden empfohlen. Zur passiven Immunisierung von Kindern ist auch eine Impfung für Schwangere zugelassen. Weitere Informationen zu den Impfungen stehen unter Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV) - Impfservice Wien und im aktuellen Impfplan 2025/2026 zur Verfügung.

Eine aktuelle Übersichtsstudie von Cochrane zeigt, dass **RSV-Impfungen sicher** und **effektiv** sind, um vulnerable Gruppen mit dem höchsten Risiko einer schweren Erkrankung – ältere Erwachsene und Kleinkinder – zu schützen.

Salmonellen

Ein multinationaler Ausbruch in Europa durch das seltene Salmonellenserovar **Strathcona** konnte auf den Verzehr von kleinen (Cherry-)Tomaten zurückgeführt werden. Die Aufklärung gelang durch intensive internationale Zusammenarbeit, koordiniert durch AGES, dem Robert Koch-Institut und dem dänischen Statens Serum Institut.

Die epidemiologischen und mikrobiologischen Untersuchungen deuten darauf hin, dass es sich seit 2011 um jährlich wiederkehrende Ausbrüche handelt, die aus einer gemeinsamen Quelle stammen. Sowohl die Untersuchungen der dänischen Gesundheitsbehörden im Jahr 2011 als auch Untersuchungen im Jahr 2023, legen nahe, dass die Tomaten aus Sizilien importiert wurden.

Insgesamt werden diesem Ausbruch 643 *Salmonella* Strathcona-Fälle aus 17 europäischen Ländern zugerechnet, die sich von 2011 bis 2024 ereignet haben. Österreich stellt mit 71 Fällen (12%) die drittgrößte Anzahl von Fällen, nach Deutschland und Dänemark. Bei den Betroffenen handelt es sich in der Mehrzahl um erwachsene Personen, von denen 55% weiblich sind, mit einem medianen Alter von 34 Jahren. Es ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl der Erkrankungen deutlich höher liegt. Auch heuer ereigneten sich wieder *Salmonella* Strathcona Infektionen, die mutmaßlich der gleichen Quelle zuzuordnen sind; bislang in Österreich 44 Fälle.

Der Ausbruch wird in einer aktuellen Studie in Eurosurveillance beschrieben. Die Autor:innen kommen zu dem Schluss, dass Untersuchungen am Ort der Kontamination notwendig sind, um zu entdecken, wie es zu der mikrobiologischen Verunreinigung der Tomaten kommt, um dies zu unterbinden.

West-Nil-Virus

Letztes Jahr hatte Österreich ein West-Nil-Virus-(WNV) Rekordjahr mit insgesamt 37 gemeldeten Fällen im Humanbereich und 61 detektierten Ausbrüchen im Veterinärbereich. Zusätzlich war das Virus 2024 bei drei infizierten Stechmücken nachgewiesen worden.

In der heurigen Saison sind nur drei Fälle bei Tieren in Österreich gemeldet worden, der einzige humane Fall war importiert. Das Stechmückenaufkommen liegt deutlich unter dem des Vorjahrs; die AGES untersucht Stechmücken auf das West-Nil-Virus, alle bisherigen Proben waren negativ (Stand: 13.10.2025). Die WNV-Situation in Österreich wird überwacht, wöchentliche Updates finden Sie unter [West Nil Virus - AGES](#). Mehr Informationen zu WNV-Fällen bei Tieren sind im monatlichen [Tierseuchenradar](#) nachzulesen.

In **Italien** verhält es sich heuer gänzlich anders: Mit [Stand 08.10.2025](#) wurden dort 714 autochthone WNV-Infektionen gemeldet, [48 Personen](#) sind verstorben. Besonders betroffen sind die Regionen Latium und Kampanien. In allen anderen Regionen und auch in den meisten anderen europäischen Ländern liegen die Infektionszahlen im langjährigen Schnitt.

[Weekly updates: 2025 West Nile virus transmission season](#)

[Communicable disease threats report, 4 -11 October 2025, week 41](#)

[West Nil Virus - AGES](#)

[Österreichweites Monitoring zur Erfassung gebietsfremder Gelsenarten - AGES](#)

Internationale Ausbrüche

Chikungunya und Dengue in Europa

In Europa wurden bislang 1.053 autochthone Chikungunya-Fälle gemeldet. Frankreich verzeichnet mit 700 Fällen und 74 Clustern (davon 48 aktive) den größten Anteil, gefolgt von Italien mit 353 Fällen und fünf Clustern. (ECDC, Stand: 08.10.2025) Die Ausbrüche in Frankreich stehen größtenteils im Zusammenhang mit einer Epidemie auf La Réunion.

Auch die Zahl autochthoner Dengue-Fieber-Fälle ist in Frankreich gestiegen und liegt nun bei 28. In Italien (4 Fälle) und Portugal (2 Fälle) ist die Lage seit Anfang September unverändert. (ECDC, Stand: 08.10.2025)

Brasilien ist mit [3.814.835 vermuteten Fällen](#) auch heuer wieder stark von Dengue betroffen. Zur Eindämmung setzt Brasilien auf zwei Strategien – die [Freisetzung von mit *Wolbachia* infizierten Mücken](#) sowie die [lokale Entwicklung eines Impfstoffs](#). Der Impfstoff benötigt nur

eine Dosis und soll gegen alle vier Dengue-Serotypen wirksam sein. Die Zulassung ist noch ausständig. Beide Maßnahmen sollen ab 2026 großflächig eingesetzt werden.

Im AGES-Radar für Infektionskrankheiten vom 17.07.2025 haben wir uns ausführlich mit dem Chikungunya-Virus befasst.

Mehr Informationen zu Stechmücken & Stechmücken finden Sie unter Infos zu Stechmücken & Stechmücken - AGES

Dengue - AGES

Chikungunya - AGES

Ebola Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo

Bei dem im letzten Radar beschriebenen Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo (DRK) zeigen sich erste Anzeichen für eine Eindämmung. In der betroffenen Region der Provinz Kasai wurden seit dem 26. September keine neuen bestätigten oder wahrscheinlichen Fälle mehr gemeldet.

Insgesamt wurden seit der Bestätigung des Ebola-Ausbruchs am 4. September 64 Fälle gemeldet, 43 Menschen sind verstorben, darunter ein Neugeborenes. Unter den Betroffenen befinden sich fünf Gesundheitsfachkräfte, von denen drei verstorben sind.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht die Übertragungskette auf eine schwangere Frau zurück, die am 20. August mit schweren Symptomen ins Krankenhaus eingeliefert wurde und am 25. August verstarb.

Der letzte bekannte Erkrankungsfall war am 23. September. Bis zum 9. Oktober sind 17 Patient:innen genesen. Vier Personen befinden sich noch in stationärer Behandlung. 20.190 Personen wurden geimpft. (ECDC, Stand 05.10.2025)

Communicable disease threats report, 4 -11 October 2025, week 41

Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo

WHO: Ebola situation report DRC/25/04 - 05 October, 2025 | WHO | Regional Office for Africa

Thema des Monats

Neues Modell: Wie die Übersterblichkeit durch respiratorische Erkrankungen berechnet wird

Institut für Surveillance & Infektionsepidemiologie
Abteilung für Data Science & Modellierung

Die Mortalität durch respiratorische Viren zu erfassen ist eine epidemiologische Herausforderung. In der Todesursachenstatistik werden Influenza und COVID-19 nur selten als Todesursache genannt, selbst wenn sie im Krankheitsverlauf labordiagnostisch bestätigt wurden. Um die Auswirkungen dieser Erreger auf die Mortalität bewerten zu können, ist eine modellbasierte Schätzung der Übersterblichkeit erforderlich.

Seit der Influenza Saison 2015/2016¹ wird in Österreich ein Modell zur Schätzung der Influenza-assoziierten Übersterblichkeit eingesetzt. Mit dem Auftreten von SARS-CoV-2 ab dem Jahr 2020 und dessen gleichzeitiger Zirkulation mit saisonaler Influenza, die ein ähnliches Krankheitsbild aufweist, wurde eine Erweiterung dieses Modells erforderlich. Ziel war es, eine Überschätzung der Influenza-bedingten Sterblichkeit zu vermeiden und die durch COVID-19 verursachte Übersterblichkeit differenziert zu erfassen.

Insbesondere nach dem Ende der COVID-19-Meldepflicht am 30. Juni 2023 wurde das neue Modell relevant. Im Gegensatz zu etablierten respiratorischen Erregern ist bei einem neu auftretenden, pandemischen Pathogen wie SARS-CoV-2 davon auszugehen, dass in der frühen Phase ein besonderes Augenmerk auf die möglichst vollständige und korrekte Erfassung von Todesfällen gelegt wurde. In Österreich wurde zudem besonders intensiv getestet, was eine hohe diagnostische Abdeckung und damit eine präzisere Zuordnung von Todesfällen ermöglichte. Mit dem Wegfall der Meldepflicht und dem Rückgang des öffentlichen Interesses hat sich COVID-19 zunehmend in die Reihe der etablierten respiratorischen Erreger eingegliedert, was eine zunehmende Untererfassung von Todesfällen wahrscheinlich macht. Um die Auswirkungen der Zirkulation von SARS-CoV-2 auf die Mortalität dennoch weiterhin epidemiologisch bewerten zu können, wurde das Modell

¹ Die Bezeichnung „Saison 2015/2016“ entspricht dem Zeitraum von Kalenderwoche 21 im Jahr 2015 bis Kalenderwoche 20 im Jahr 2016. Diese saisonale Einteilung dient der vollständigen Erfassung der Zirkulationsperiode respiratorischer Erreger innerhalb eines epidemiologischen Jahres.

angepasst und stützt sich nun verstärkt auf Surveillancedaten aus anderen Quellen: dem Abwassermonitoring und elektronischen Gesundheitsdaten zu Spitalsaufnahmen mit schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI).

Das Modell und seine Grundlagen

Zur Schätzung der durch respiratorische Erreger verursachten Übersterblichkeit wird ein negativ-binomiales Regressionsmodell mit linearem Trend verwendet (Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.). Die wöchentliche Gesamtmortalität wird in drei additive Komponenten zerlegt:

1. Todesfälle durch spezifische Erreger (Influenza, SARS-CoV-2)
2. Todesfälle infolge extremer Temperaturen (Hitze/Kälteperioden)
3. Basissterblichkeit (nicht-infektiöse Ursachen mit saisonalen Schwankungen)

Das Modell wird auf Basis der Sterbedaten der vergangenen fünf Jahre geschätzt. Dadurch wird eine robuste Referenz für die erwartbare Mortalität geschaffen, die sowohl saisonale Muster als auch längerfristige Trends berücksichtigt.

Um Veränderungen in der Schwere verschiedener Pathogenvarianten adäquat abzubilden, werden Erregerindikatoren im Modell saisonal getrennt berücksichtigt. Dies ermöglicht eine differenzierte Bewertung der Übersterblichkeit je nach Zirkulationszeitraum und Variante.

In besonderen epidemiologischen Situationen - wie etwa der COVID-19-Pandemie - können zusätzlich phasenbasierte Indikatoren eingesetzt werden. Diese erlauben es, Veränderungen in Viruslast, Virusvarianten, Verhalten, medizinischem Wissen und regulatorischen Maßnahmen über die Zeit hinweg abzubilden. Die Kombination saisonaler und phasenbezogener Modellierung ermöglicht eine realistische Abbildung komplexer Dynamiken.

Da Todesfälle infolge einer Infektion typischerweise mit einer Verzögerung zur Infektion auftreten, berücksichtigt das Modell zeitverzögerte Effekte sowohl für die Erregerzirkulation als auch für Extremtemperaturen. Dadurch wird der zeitliche Abstand zwischen Exposition und Mortalität realistisch abgebildet.

Die Schätzung der einem bestimmten Erreger zurechenbaren Todesfälle basiert auf einer konditionalen Modellierung, bei der der Einfluss anderer gleichzeitig zirkulierender Erreger sowie extremer Temperaturen rechnerisch ausgeschaltet wird. Dies erfolgt durch das gezielte Setzen der entsprechenden Ko-Varianten in der Modellmatrix auf null. Durch diese konditionale Modellierung lässt sich der Effekt eines einzelnen Pathogens isoliert betrachten.

Die resultierende Übersterblichkeit wird als Abweichung vom Basismodell ohne Erreger- und Temperatureffekte interpretiert.

Indikatoren ersetzen Meldedaten

Da direkte Informationen zu den Infektionsraten in der Bevölkerung für Influenza und SARS-CoV-2 nicht verfügbar sind, wird ein indikatorbasierter Ansatz gewählt. Dabei werden Daten aus verschiedenen Surveillancesystemen herangezogen. Es wird angenommen, dass der gewählte Indikator innerhalb einer Saison proportional zur Anzahl der Infizierten ist.

Für jede Saison wird aus den verfügbaren Erregerindikatoren jener gewählt, der die Modellgüte² maximiert. Zusätzlich wurde für alle Indikatoren basierend auf statistischen Tests ein Zeitverzug (Lag) von drei Wochen berücksichtigt.

Influenza

Für Influenza stehen derzeit zwei Indikatoren zur Verfügung (Abbildung 1):

1. Influenza-Goldsteinindikator aus Daten des ILI-Sentinel-Surveillancesystems (Influenza-like-Illness) und der Positivitätsrate des virologischen Sentinelsystems DINÖ (Diagnostisches Influenza Netzwerk Österreich) (Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.).
2. Elektronische Gesundheitsdaten zu Spitalsaufnahmen mit schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI, ICD-10 Code J10) (seit 2023/2024)

² gemessen am Akaike-Informationskriterium (AIC)

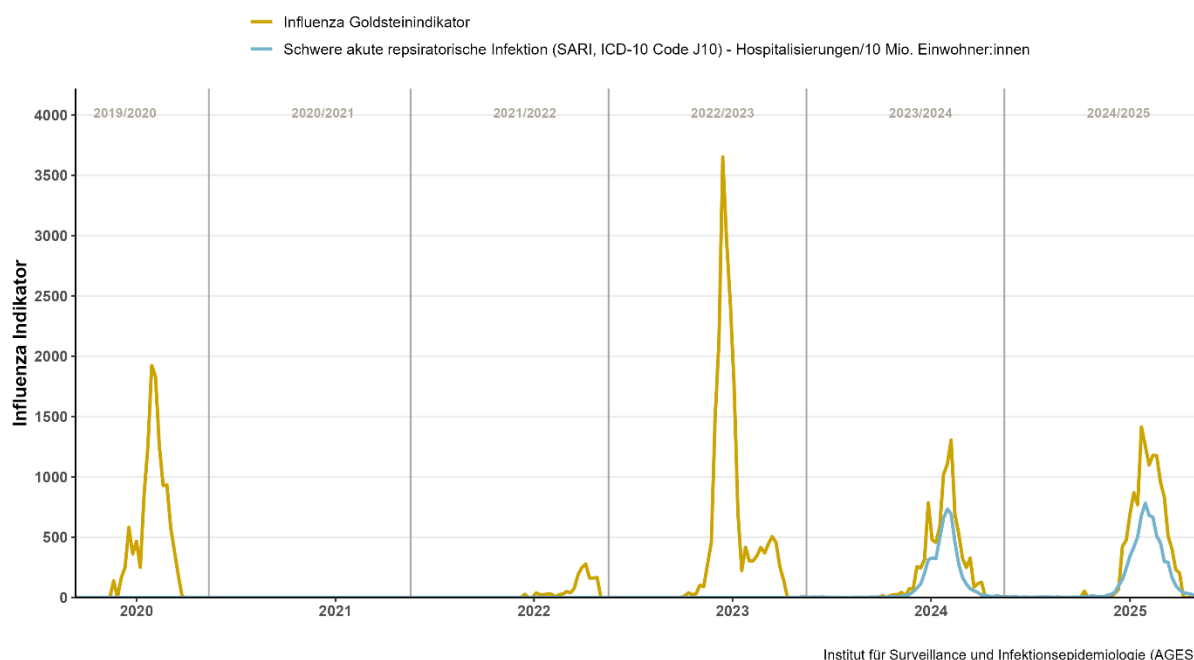


Abbildung 1: Influenzaindikatoren in Österreich von Saison 2019/2020 bis 2024/2025.

SARS-CoV-2

Für SARS-CoV-2 stehen derzeit drei Indikatoren zur Verfügung (Abbildung 2):

1. Fallmeldungen aus dem Epidemiologischen Meldesystem (EMS) (bis Juni 2023)
2. Elektronische Gesundheitsdaten zu Spitalsaufnahmen mit schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI, ICD-10 Code J07.1) (seit 2023/2024)
3. Nationales SARS-CoV-2 Abwassermonitoring (seit 2023)

Für die Zeit, während der COVID-19-Pandemie waren als Indikator für die Erregerzirkulation ausschließlich die gemeldeten SARS-CoV-2 Infektionen pro 100.000 Einwohner:innen (Inzidenz) verfügbar. Um Unterschiede in der Letalität zwischen Virusvarianten abzubilden, wurde die Gesamtinzidenz anhand der Daten der Varianten-Surveillance auf die jeweils dominanten Varianten (Wildtyp, Alpha, Delta, Omicron) aufgeteilt (Abbildung 3). Die Übergangszeiträume zwischen den Varianten wurden auf Basis von PCR- und Sequenzierungsdaten definiert. Außerdem wurde für die Pandemiejahre 2020 bis 2023 anstelle einer saisonalen Einteilung eine phasenbasierte (Frühphase, Pandemiephase und Endemiephase) verwendet. Diese Struktur berücksichtigt Veränderungen im Testverhalten, im medizinischen Wissen, in der Versorgungslage sowie in regulatorischen Maßnahmen im Laufe der Pandemie.

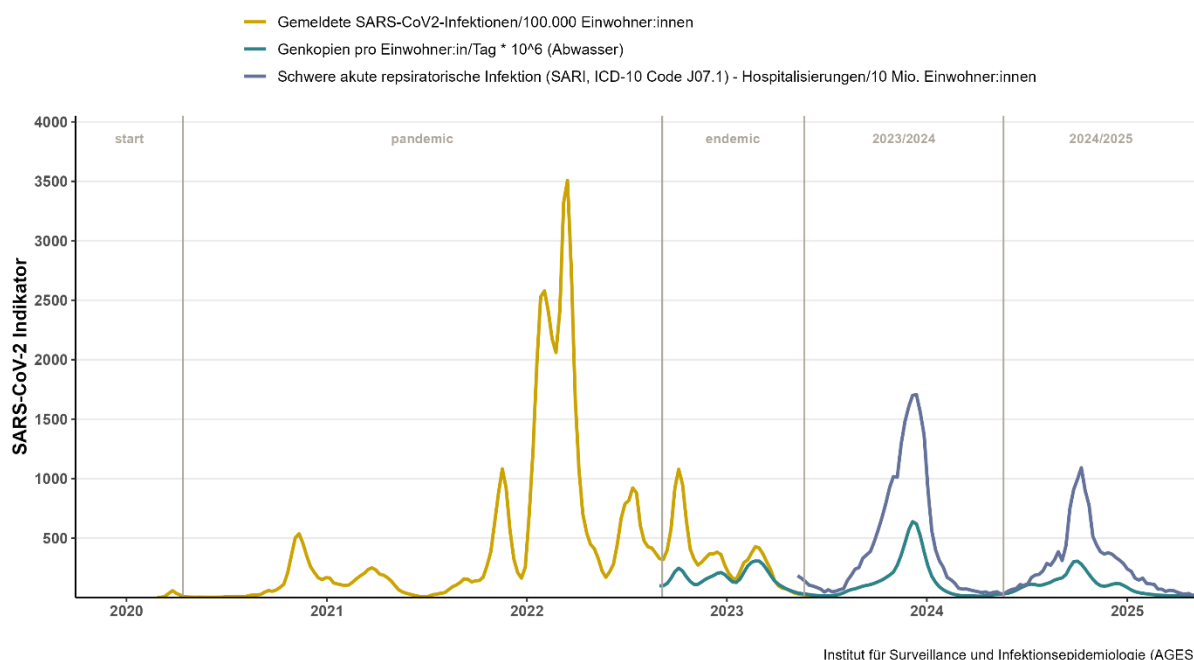


Abbildung 2: SARS-CoV-2 Indikatoren in Österreich von Saison 2019/2020 bis 2024/2025.

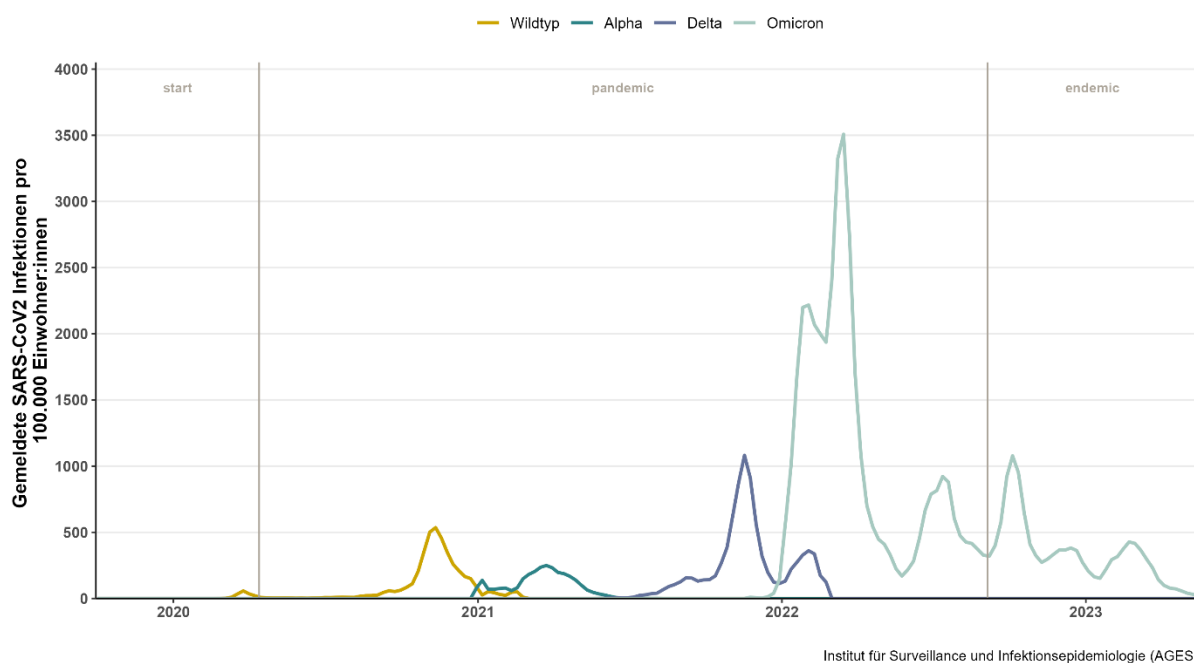


Abbildung 3: Aufteilung der gemeldeten SARS-CoV-2 Infektionen pro 100.000 Einwohner:innen nach dominanter Variante, 2020-2023.

Extremwetter

Als Indikator für temperaturbedingte Übersterblichkeit werden Wochen mit außergewöhnlichen Wetterbedingungen berücksichtigt. Eine Woche gilt als kalte Winterwoche (Kalenderwoche (KW) 50 bis KW 6 des Folgejahres), wenn die durchschnittliche Temperatur in

Österreich unter 0°C liegt, und als warme Sommerwoche (KW 24 bis KW 34), wenn sie über 22°C liegt. Diese Schwellenwerte dienen der Identifikation von potenziell belastenden Wetterperioden, die unabhängig von Infektionen die Mortalität beeinflussen können.

Ergebnisse für die Saison 2024/2025

In der Saison 2024/2025 wurde für die Schätzung der COVID-19-bedingten Übersterblichkeit der SARI-Indikator verwendet, während für Influenza der Goldsteinindikator gewählt wurde.

Während für Influenza die Saison von Kalenderwoche 40 bis Kalenderwoche 20 des Folgejahres definiert ist, wird für COVID-19, dessen epidemisches Auftreten bislang keinem konkreten saisonalen Muster folgt, der Zeitraum von Kalenderwoche 21 bis Kalenderwoche 20 des Folgejahres dargestellt. Dies ermöglicht eine ganzjährige Erfassung potenzieller saisonaler Muster und eine differenzierte Bewertung der durch COVID-19 verursachten Übersterblichkeit.

Für die Saison 2024/2025 belaufen sich die geschätzten, mit Influenza assoziierten Todesfälle auf 3.570 (95 % Konfidenzintervall (KI): 3.452–3.688), während für SARS-CoV-2 1.849 Todesfälle (95 % KI: 1.764–1.935) modelliert wurden (Tabelle 1). Das vollständige Modell ist in Abbildung 4 visualisiert.

Tabelle 1: Geschätzte Anzahl der Todesfälle, assoziiert mit Influenza und SARS-CoV-2 Infektionen, inklusive 95 % Konfidenzintervall (KI), Österreich.

Erreger	KW	Geschätzte Erreger assoziierte Todesfälle (95% KI)
Influenza	KW 40, 2024 - KW 20, 2025	3.570 (3.452; 3.688)
SARS-CoV-2	KW 21, 2024 - KW 20, 2025	1.849 (1.764; 1.935)

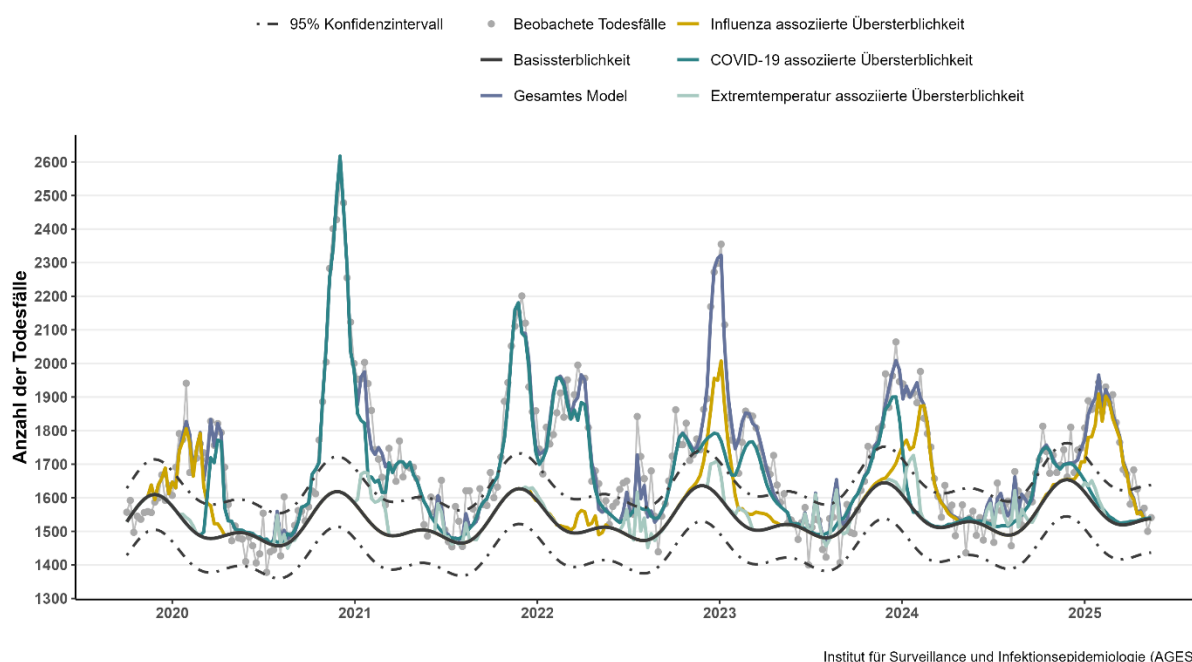


Abbildung 4: Modellierung der Übersterblichkeit durch respiratorische Erreger (Influenza und SARS-CoV-2) in Österreich, Saison 2024/2025.

Stärken und Schwächen

Die modellbasierte Schätzung der durch respiratorische Erreger verursachten Übersterblichkeit bietet eine wichtige Grundlage für die epidemiologische Überwachung und Bewertung der saisonalen Grippe und SARS-CoV-2. Dennoch sind mit der Methodik einige Limitationen verbunden, insbesondere im Hinblick auf die Qualität und Verfügbarkeit der verwendeten Indikatoren. Ein zentrales Element des Modells ist die Erfassung der Erregerzirkulation über Surveillance-Daten wie Covid-19-Fallmeldungen, Influenza-Positivrate oder SARI-Spitalsaufnahmen. Diese Indikatoren sind mit Unsicherheiten behaftet: Sie spiegeln nicht zwangsläufig die tatsächliche Infektionslast in der Gesamtbevölkerung wider und können durch Veränderungen in Testverhalten, Meldepraktiken oder Datenverfügbarkeit beeinflusst sein.

Darüber hinaus berücksichtigt das Modell derzeit primär Influenza und SARS-CoV-2. Andere respiratorische Erreger wie RSV, das insbesondere bei Kleinkindern und älteren Personen eine relevante Krankheitslast verursacht, werden bislang nicht explizit modelliert.

Auch die Annahme zeitlich stabiler saisonaler Zusammenhänge zwischen Erregerindikatoren und Mortalität ist eine Vereinfachung. Veränderungen im Gesundheitsverhalten,

medizinischen Versorgungskapazitäten oder Impfstatus können die Letalität beeinflussen und sind im Modell nur indirekt abbildbar.

Trotz dieser Einschränkungen stellt das Modell ein robustes Instrument zur kontinuierlichen Überwachung der Mortalität dar, das kontinuierlich weiterentwickelt werden kann – etwa durch die Integration weiterer Pathogene oder verbesserter Datenquellen. Besonders die Verbesserung und Erweiterung der Surveillance-Systeme für respiratorische Erreger, stellt einen wichtigen Schritt dar, nicht nur für die bessere epidemiologische Bewertung akuter respiratorischer Viruserkrankungen, sondern auch zur Erhöhung der Modellgenauigkeit.

Meldungen

Tollwut-Fall in Frankreich

Frankreich meldet einen **bestätigten Fall von humaner Tollwut** in der Region Okzitanien im Süden des Landes. Ein erwachsener Mann wurde am 18. September mit verdächtigen Symptomen hospitalisiert, die Diagnose erfolgte am 24. September durch das nationale Referenzzentrum. Der Patient verstarb am 25. September.

Epidemiologische Untersuchungen fanden keine aktuelle Reiseanamnese außerhalb Frankreichs, im Februar 2024 Kontakt zu Katzen in einem tollwutendemischen Land. Die Infektionsquelle ist weiterhin ungeklärt, Nachforschungen sind im Gange. Die Sequenzierung identifizierte das klassische Tollwutvirus.

Die Inkubationszeit für Tollwut beträgt in der Regel zwei bis drei Monate, selten zwischen einer Woche und über zwei Jahren.

Laut ECDC ist das Risiko für Tollwut am Festland-Frankreich sehr gering. Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung ist nur im Rahmen von Organtransplantationen dokumentiert. Kontakt mit Fledermäusen stellt ein potenzielles Risiko dar. Fälle von Fledermaustollwut tauchen gelegentlich in europäischen Ländern auf, so auch in Frankreich.

Communicable disease threats report, 4 -11 October 2025, week 41

One-Health-Tag der AGES

Am 03. und 04. November 2025 sind in der AGES Vertreter:innen aus Politik und Wissenschaft geladen, um sich unter dem Motto „Building Bridges“ zu One Health-Themen auszutauschen. Neben Gesundheitsministerin Korinna Schumann sprechen unter anderem Jakob Zinsstag und Florian Krammer. An der Podiumsdiskussion werden die Geschäftsführer:innen von GÖG, Umweltbundesamt und Geosphere Austria, sowie die Rektor:innen der UniWien, VetMedUni Wien und BOKU teilnehmen. In den Workshops wird es für das Fachpublikum die Möglichkeit zur Interaktion und Fortbildung geben.

[Zum Programm](#)

Anmeldungen sind möglich unter: [One Health: Building Bridges | 2025-11-03 - 2025-11-04](#)

Malediven feiern Erfolg im Kampf gegen HIV, Syphilis und Hepatitis B

Nach Validierung der WHO haben die Malediven nach HIV und Syphilis auch die **Mutter-Kind-Übertragung** von **Hepatitis B** eliminiert und somit als erstes Land weltweit eine „**Dreifach-Eliminierung**“ erreicht. Möglich wurde dieser Erfolg durch eine universelle Gesundheitsversorgung, dem flächendeckenden Einsatz von Vorsorgeuntersuchungen und einem starken Impfprogramm: Über 95 % der Schwangeren erhalten eine pränatale Betreuung mit nahezu flächendeckender Testung auf Infektionen durch diese drei Erreger und Säuglinge werden vollständig gegen Hepatitis B geimpft, beginnend mit einer ersten Dosis gleich nach der Geburt. Als Folge dieser Maßnahmen wurden in den Jahren 2022 und 2023 keine Kinder mit HIV oder Syphilis geboren. Eine nationale Erhebung 2023 ergab keine Hepatitis-B-Fälle unter 6– bis 7-jährigen Schulkindern.

Mutter-Kind-Übertragungen führen weltweit zu Millionen von häufig schwerwiegenden Infektionen. Allein in der WHO-Region Südostasien hatten Schätzungen zufolge im Jahr 2024 mehr als 23.000 Schwangere Syphilis und über 8.000 Säuglinge wurden mit angeborener Syphilis geboren. Etwa 25.000 HIV-positive Schwangere benötigten eine Behandlung zur Verhinderung der Übertragung auf ihr Baby, während weiterhin über 42 Millionen Menschen in der Region von einer Hepatitis-B-Infektion betroffen sind.

Maldives becomes the first country to achieve 'triple elimination' of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B

Mpox: WHO hebt internationalen Gesundheitsnotstand auf

Die WHO hat am 5. September 2025 den **internationalen Gesundheitsnotstand für Mpox aufgehoben**. Die Entscheidung begründet sich im **deutlichen Rückgang** von Fällen und Todesfällen in der Demokratischen Republik Kongo (DRK), Burundi, Sierra Leone und Uganda. Dennoch bleibt Mpox laut den Afrikanischen Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention eine **kontinentale Notlage**.

Afrika hat dieses Jahr 38.892 bestätigte Fälle verzeichnet, davon fallen 20.473 auf die DRK (Stand 05.10.2025). Aufgrund begrenzter diagnostischer Kapazitäten bleibt eine erhebliche Anzahl von Verdachtsfällen ungetestet.

Die WHO verlängert die Empfehlungen und Notfallzulassungen für Mpox-Impfstoffe und Diagnostika bis August 2026.

WHO verlängert die Empfehlungen und Notfallzulassungen

Das nächste AGES-Radar erscheint am 13.11.2025.

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
COM	Fachbereich Risikokommunikation der AGES
COVID-19	<i>Corona-Virus-Disease 2019</i> (Coronavirus-Krankheit 2019)
DINÖ	Diagnostisches Influenzanetzwerk Österreich
DRK	Demokratische Republik Kongo
ECDC	<i>European Centre of Disease Prevention and Control</i> (Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten)
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
HIV	Humanes Immundefizienzvirus
ICD-10	<i>10th revision of the International statistical classification of diseases and related health problems</i> (10. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ILI	<i>Influenza-like illness</i> (Grippeähnliche Erkrankungen)
KI	Konfidenzintervall
KW	Kalenderwoche
MED	Geschäftsfeld Öffentliche Gesundheit der AGES
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i> (Polymerase-Kettenreaktion)
RSV	Respiratorisches Synzytial Virus
SARI	Schwere akute respiratorische Infektionen
SARS-CoV-2	Schwere akute respiratorisches Syndrom Coronavirus – Typ 2
WHO	<i>World Health Organisation</i> (Weltgesundheitsorganisation)
WIMA	Organisationseinheit Wissensmanagement der AGES



GESUNDHEIT FÜR MENSCH, TIER & PFLANZE

www.ages.at

Eigentümer, Verleger und Herausgeber: AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, Spargelfeldstraße 191 | 1220 Wien | FN 223056z © AGES, Oktober 2025