


Das AGES-Radar für Infektionskrankheiten

21.05.2026



Infektionskrankheiten in Österreich und weltweit

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Zusammenfassung	3
Ausbrüche und Infektionskrankheiten.....	4
Situation in Österreich	4
Rückblick auf die respiratorischen Viren	4
Influenza.....	4
RSV	5
COVID-19.....	6
Zecken	6
Internationale Ausbrüche.....	8
Hantavirus Kreuzfahrtschiff.....	8
Ebola Ausbruch in DRK und Uganda	9
Masern Bangladesch.....	10
Thema des Monats.....	11
Desinfektionsmittelklassifizierung	11
Meldungen.....	14
Botulismus Jahresbericht 2025	14
Jahresbericht Nationale Referenzzentrale Diphtherie - Labor 2025.....	15
Lange Nacht der Forschung 2026.....	16
Australien, Algerien und Tunesien eliminieren Trachom	17
Malaria Impfung	18

21.05.2026

Zusammenfassung

Die Grippe- und RSV-Saison ist beendet. Die Aktivität der **respiratorischen Viren** liegt in allen Überwachungssystemen auf niedrigem Niveau.

Die ersten **Zecken** wurden heuer, wie letztes Jahr, im Februar gemeldet. Ende April wurde die erste bestätigte *Hyalomma* Zecke des Jahres in der Steiermark identifiziert.

Nach Übertragungen des **Hanta**-Virus auf einem Kreuzfahrtschiff sind Passagiere und Crew in verschiedenen Ländern in Quarantäne.

Bangladesch erlebt den schwersten **Masern**-Ausbruch seit Jahren.

Die WHO rief aufgrund des **Ebola**-Ausbruchs in der Demokratischen Republik Kongo und Uganda eine Gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite aus.

Anlässlich des Welttags der Handhygiene Anfang Mai behandelt das Thema des Monats **Desinfektionsmittel**, ihre Klassifizierungen und Anwendungen im Alltag.

In den **Meldungen**: Die AGES hat im April bei der langen Nacht der Forschung **Mosquito**-Forschung präsentiert. Die **Jahresberichte** der Nationalen Referenzzentralen für **Botulismus** und **Diphtherie** wurden veröffentlicht. Australien, Algerien und Tunesien haben **Trachom** eliminiert. Eine Beobachtungsstudie zur Implementierung eines **Malaria-Impfstoffs** zeigt eine signifikante Reduktion der Gesamtsterblichkeit bei Kindern in Ghana, Kenia und Malawi.

Ausbrüche und Infektionskrankheiten

Situation in Österreich

Rückblick auf die respiratorischen Viren

Die Influenza- und RSV-Saison ist beendet. In allen Überwachungssystemen weisen die respiratorischen Viren eine geringe Aktivität auf. Auch in den anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EU bzw. EWR) liegt die Zahl der Personen, die Symptome einer viralen Atemwegserkrankung melden, auf niedrigem Niveau.

Influenza

Nach dem Ende der **Grippewelle** in Österreich wurden nur noch vereinzelte Influenza-Fälle nachgewiesen. Die Grippewelle erstreckte sich über insgesamt 12 Wochen: von Anfang Dezember 2025 bis Mitte Februar 2026. Sie begann vier Wochen früher als in der Vorsaison und dauerte drei Wochen kürzer an. Es waren zwei Peaks zu beobachten: in der ersten Jännerwoche mit einer Positivitätsrate von 47 % und Ende Jänner mit einer Positivitätsrate von 34 %.

Im Unterschied zu vorhergehenden Saisonen entfielen die Influenzanachweise fast ausschließlich auf **Influenza A**, wobei der Subtyp A(H3N2) dominierte. Influenza B wurde nur in 1 % aller Proben nachgewiesen.

Krankenhausaufnahmen aufgrund von einer Infektion mit Influenza zeigten einen höheren Peak als in der vergangenen Saison. Am Höhepunkt 2025/2026 wurden pro Woche 894 Aufnahmen verzeichnet, im Vergleich zum Höhepunkt der Saison 2024/2025, an dem 703 Aufnahmen pro Woche gemeldet wurden.

Die Influenza-Virusaktivität ist in fast allen Ländern der EU bzw. des EWR auf das Niveau zwischen den Saisonen zurückgegangen. In allen Altersgruppen werden nur noch wenige Nachweise und Krankenhausaufnahmen gemeldet.

Die beste Präventionsmaßnahme gegen schwere Krankheitsverläufe und mögliche Krankheitsfolgen einer Influenza-Erkrankung stellt die jährliche Influenza-Impfung dar. Die Influenza-Impfung steht im öffentlichen Impfprogramm **gratis für alle Altersgruppen** zur Verfügung. In Österreich ist die **Impfung** gegen Influenza (echte Grippe) ab dem vollendeten 6. Lebensmonat empfohlen, insbesondere für Personen mit gesundheitlichen Risiken für einen schweren Krankheitsverlauf und deren soziales Umfeld, sowie Personen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko aufgrund von Lebensumständen oder Beruf. Idealerweise wird die Influenza-Impfung **Mitte Oktober bzw. im November** vor Beginn der Grippewelle verabreicht. Details finden Sie unter www.impfen.gv.at/influenza und im [aktuellen Impfplan Österreich 2025/2026](#).

Die Ergebnisse einer im [April 2026 veröffentlichte Studie](#) deuten darauf hin, dass die Influenza-Impfung auch bei Durchbruchinfektionen das Risiko kurzfristiger kardiovaskulärer Ereignisse, wie u.a. Herzinfarkte, reduzieren kann.

Die WHO hat Ende Februar die Empfehlung für die [Influenza-Impfstoff-Zusammensetzung](#) für die Grippe-Saison 2026/2027 der nördlichen Hemisphäre veröffentlicht. Da Influenzaviren sich ständig verändern, müssen auch die Impfstoffe regelmäßig angepasst werden. Besonderes Augenmerk wurde während der diesjährigen Beratung auf die „Subklade K“ gelegt, eine merklich abweichende Variante des A(H3N2)-Virus, die im August 2025 aufgekommen ist und sich schnell weltweit verbreitete.

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.

[Grippe - AGES](#)

RSV

Die Welle des **respiratorischen Synzytial-Virus** (RSV) erstreckte sich über insgesamt neun Wochen, von Februar bis April. Der Höhepunkt wurde Ende Februar erreicht, die maximale Positivitätsrate lag bei 22 %. Damit fiel die maximale Positivitätsrate deutlich höher aus als im Vorjahr. Es wurde außerdem ein höherer Peak bei Krankenhausaufnahmen aufgrund von einer RSV-Infektion verzeichnet als in der Vorsaison: am Höhepunkt mit 341 Aufnahmen pro Woche doppelt so viele wie am Höhepunkt der Saison 2024/2025.

In der EU bzw. dem EWR ist RSV nach wie vor der Hauptverursacher der aktuellen Atemwegsvirusaktivität, insbesondere bei schweren Erkrankungen. Die derzeitige Zirkulation ist gering und nimmt ab. Der Rückgang hat sich im Vergleich zu den letzten Wochen verlangsamt, was auf das Ausklingen der RSV-Saison hindeutet.

Kinder unter fünf Jahren und Personen über 65 Jahre weisen ein besonders hohes Risiko auf, schwer an einer RSV-Infektion zu erkranken. Daher wird die passive Immunisierung mittels monoklonaler Antikörper für Säuglinge und die RSV-Impfung für Erwachsene ab dem vollendeten 60. Lebensjahr empfohlen. Weitere Informationen hierzu stehen unter impfen.gv.at/impfungen/rsv und im aktuellen Impfplan 2025/2026 zur Verfügung.

RSV - AGES

COVID-19

Für **SARS-CoV-2** wurde über die Herbst- und Wintermonate eine fluktuierende Aktivität auf niedrigem Niveau beobachtet. Eine saisonale Zirkulation parallel zur Grippe-Saison zeichnet sich derzeit weiterhin nicht ab. Bei den stationären Krankenhausaufnahmen mit COVID-19 konnte über die vergangenen Jahre eine Abnahme beobachtet werden.

Während auf europäischer Ebene die Gesamtbelastung weiterhin sehr gering ist, zeigen sich in den Arztpraxen erste Anzeichen dafür, dass es zu anhaltenden SARS-CoV-2-Übertragungen kommt.

Informationen zur COVID-19-Impfung finden Sie unter impfen.gv.at/covid-19 und im Impfplan Österreich 2025/2026.

Coronavirus - AGES

Zecken

Am 04. Mai wurde der Jahresbericht zum Zeckenmonitoring 2025 veröffentlicht. Insgesamt erreichten die AGES letztes Jahr 8.298 Zecken aus fast allen Bundesländern Österreichs. Die Zecken-Aktivität begann schon im Februar, die meisten Zecken wurden im April eingesendet.

Von 3.838 Schildzecken der Gattungen *Ixodes*, *Dermacentor* und *Heamaphysalis* waren 24 % positiv auf Lyme Borrelien. Die am häufigsten vorgekommene Borrelienart war *Borrelia afzelii*.

Im Jahr 2026 erreichten die AGES bereits 1.720 Zecken aus Österreich (Stand: 06.05.2026). Die ersten Zecken wurden heuer Anfang Februar gemeldet. Die meisten Zecken erhielt die AGES aus Oberösterreich (739; 43,0 %), gefolgt von 423 Zecken aus Niederösterreich. Ende April wurde die erste bestätigte *Hyalomma* Zecke des Jahres in der Steiermark identifiziert. Wie schon im letzten Jahr dominiert bisher die Gattung der Zeckenart *Ixodes*, *Dermacentor* machte nur 2,9 % aus.

Ixodes gilt als häufigster Überträger der Lyme-Borreliose in Österreich. Neben der Borreliose ist die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) eine der häufigsten durch Zecken übertragene Krankheit. Im Jahr 2026 feiert die FSME-Impfung in Österreich ihr 50. Jubiläum. Eine im Oktober 2025 veröffentlichte Studie errechnete, dass die FSME-Impfung zwischen 2000 und 2024 mehr als 10.000 Hospitalisierungen, 4.000 schwerwiegende FSME-Fälle und 80 Todesfälle verhindert hat. In Österreich wurden 2025 insgesamt 146 FSME-Fälle gemeldet, seit Beginn des Jahres 2026 vier (Stand: 20.05.2026).

Österreich gilt als Hochrisikogebiet für durch Zecken übertragene Krankheiten, daher wird geraten, sich an die wichtigsten Empfehlungen zu halten: konsequenter Schutz vor Zecken im Freien, rasches Entfernen von Zecken auf der Haut und die FSME-Impfung. Da sich der Beginn der Saison mit FSME-Fällen in den letzten Jahren auf März/April vorverlagert hat, sollten sowohl die Grundimmunisierung als auch Auffrischungsimpfungen vor Beginn der Zeckensaison im Jänner/Februar erfolgen. Mehr Infos im Impfplan Österreich 2025/2026.

Während es für das FSME-Virus eine empfohlene und wirksame Schutzimpfung gibt, existiert gegen die Borreliose-Bakterien keine zugelassene Impfung. Ein erster Impfstoffkandidat zeigte laut Aussendung des Herstellers in einer Phase-3-Studie eine Wirksamkeit von 70% gegen Lyme-Borreliose. Der Impfstoff richtet sich gegen mehrere in Europa vorkommende Varianten der Lyme-Borrelien, die auch in Österreich zu finden sind.

FSME - AGES

Zecken Informationen - AGES

Internationale Ausbrüche

Hantavirus Kreuzfahrtschiff

Am 2. Mai meldete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals einen Ausbruch des Hantavirus auf einem Kreuzfahrtschiff. Mit Stand 20.05.2026 berichtet das ECDC von insgesamt elf Erkrankungsfällen, darunter neun laborbestätigte und zwei wahrscheinliche, darunter drei Todesfälle. Alle bisher bekannten Hantavirus-Fälle waren Passagiere oder Crew des Kreuzfahrtschiffs. Aufgrund der möglichen langen Inkubationszeit von 6 Wochen könnten international noch weitere Fälle auftreten.

Es gibt mehrere Virusarten innerhalb der Gattung der *Orthohantavirus* (umgangssprachlich: Hantaviren), die sich voneinander unterscheiden. Die Übertragung erfolgt in der Regel durch Nagetiere durch Inhalation infektiöser Ausscheidungen. In Österreich sind zum Beispiel Rötelmäuse der wichtigste Überträger. Nur bei einer Virusart, dem **Andes-Virus**, ist eine Übertragung von Mensch zu Mensch beschrieben, wobei die Übertragung auch hier hauptsächlich über Nagetiere erfolgt. Der Andes-Virus wurde bei den Fällen in Verbindung mit dem Kreuzfahrtschiff nachgewiesen. Diese Virusart kommt vor allem in Chile und Argentinien und anderen südamerikanischen Ländern vor, in Österreich wurde es bisher noch nie nachgewiesen.

Das Kreuzfahrtschiff hat am 10. Mai in Teneriffa (Kanaren, Spanien) angelegt, die Evakuierung der Passagiere und Teile der Crew wurde mit 11. Mai abgeschlossen. Dabei handelte es sich um 149 Personen aus 23 Ländern. Sie absolvieren derzeit in verschiedenen Ländern eine landesabhängige Quarantäne. Alle Personen an Bord gelten als Hochrisiko-Kontaktpersonen. Das Schiff ist mittlerweile zurück in den Niederlanden.

Es waren weder österreichische Staatsbürger:innen an Bord des betroffenen Schiffes noch sind Hochrisiko-Kontaktpersonen mit Bezug zu Österreich bekannt. Zwei Personen, die sich für kurze Zeit räumlich entfernt von einem bestätigten Fall in einem Flugzeug aufgehalten haben, wurden in Österreich als Niedrigrisiko-Kontaktpersonen eingestuft und durch die Gesundheitsbehörden über die entsprechenden österreichischen Empfehlungen informiert. Eine tatsächliche Ansteckung gilt als unwahrscheinlich.

Eine Hypothese zum Ursprung des Ausbruchs ist, dass sich der erste Fall vor Betreten des Kreuzfahrtschiffes in Argentinien infiziert hat, wo das Virus wiederholt bei Tieren auftritt. Im Laufe der Schiffsreise wurde das Virus an weitere Personen an Bord übertragen. Das ECDC

schätzt das **Risiko** für die **allgemeine Bevölkerung** in der EU bzw. dem EWR, sich mit dem Virus zu infizieren, als **sehr gering** ein. Die WHO, das ECDC, die Europäische Kommission und die EU/EWR-Mitgliedstaaten sowie weitere betroffene Länder arbeiten eng zusammen und überwachen die Situation.

Aktuelle Informationen zur Situation finden Sie unter:

[ECDC: Andes hantavirus outbreak in cruise ship](#)

[WHO Disease Outbreak News Updates](#)

Ebola Ausbruch in DRK und Uganda

Am 05.05.2026 wurde die WHO über einen Ausbruch mit hoher Sterblichkeit in der Demokratischen Republik Kongo (DRK) informiert. In weiterer Folge verkündete die WHO am 16.05.2026 eine **Gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite** (PHEIC – Public Health Emergency of International Concern) aufgrund eines **Ebola**-Ausbruchs in der DRK und **Uganda**. Mit Stand 19. Mai wurden über 500 Verdachtsfälle und 130 Todesfälle in nordöstlichen Regionen der DRK gemeldet, 30 Fälle wurden mittels Labor bestätigt. Uganda identifizierte bisher zwei Fälle, beides Personen, die unabhängig voneinander aus der DRK eingereist waren. ([ECDC](#), Stand: 19.05.2026) Unter den bestätigten Fällen in DRK befindet sich ein US-amerikanischer Arzt. Er und seine engen Kontaktpersonen wurden zur Behandlung nach Deutschland verlegt ([CDC](#), Stand 18.05.2026).

Dem Ausbruch zugrunde liegt das **Bundibugyo-Virus** (BDBV), das eine schwere und oft tödliche Form der Ebola-Erkrankung auslöst. Gegen das Bundibugyo-Virus bzw. die Bundibugyo-Virus-Erkrankung existieren derzeit weder ein zugelassener Impfstoff noch spezifische Therapien, eine frühzeitige unterstützende Symptombehandlung ist essenziell. Die Sterblichkeitsrate dieser Ebola-Variante lag in vergangenen Ausbrüchen zwischen 30 und 50 %. Flughunde stehen als natürliches Reservoir im Verdacht. Die Übertragung erfolgt durch Kontakt mit infizierten Wildtieren oder durch direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten infizierter Menschen.

Die Eindämmung des derzeitigen Ausbruchs wird durch mehrere Faktoren erschwert: Der Ausbruch wurde verzögert erkannt, zwischen dem Auftreten von Symptomen beim vermuteten Indexfall und der labortechnischen Bestätigung des Ausbruchs lagen vier Wochen, was die Ausbreitung des Virus begünstigte. Gleichzeitige Zirkulation von Arbo- und Influenza-Viren, die nur mittels Labor vom Ebola-Virus unterschieden werden können, erschwert das Erkennen der Ebola-Erkrankung. Die Region ist geprägt von Konflikten, die

Möglichkeiten zur Überwachung und Kontaktverfolgung sind dadurch eingeschränkt. Zudem erhöht die starke Mobilität der Bevölkerung in der Grenzregion das Risiko einer weiteren Verbreitung. Uganda hat die [Feierlichkeiten zum „Tag der Märtyrer“](#), die am 03.06. stattfinden sollten, aufgrund des hohen Infektionsrisikos verschoben. Zu dieser jährlich stattfindenden religiösen und nationalen Veranstaltung kommen bis zu zwei Millionen Personen, darunter auch tausende Pilgernde aus dem Osten der DRK.

Obwohl die Informationen nach wie vor begrenzt sind, wird von ECDC die Ansteckungswahrscheinlichkeit für Menschen, die in der EU/im EWR leben, als sehr gering eingeschätzt. Die sich rasch verändernde Situation wird sehr genau überwacht.

Masern Bangladesch

Bangladesch erlebt derzeit den schwersten **Masern**-Ausbruch seit Jahrzehnten. Nachdem das Land im Vorjahr lediglich 125 Masernfälle registriert hatte, wurde seit Jänner 2026 ein starker landesweiter Anstieg der Fallzahlen beobachtet. Allein für die Zeit vom 15. März bis 14. April 2026 wurden 19.161 Verdachtsfälle und 2.973 laborbestätigte Masernfälle gemeldet, von denen 166 bzw. 30 Erkrankte in der Folge verstarben, sowie 12.318 Krankenhausaufnahmen registriert ([WHO](#), Stand: 23.04.2026). In fast 80 % der Fälle handelte es sich um Kinder unter fünf Jahren. Auch Todesfälle wurden hauptsächlich bei ungeimpften Kindern unter zwei Jahren beobachtet.

Vor diesem Ausbruch war Bangladesch auf dem Weg zur Masern-Elimination. Durch das Erreichen hoher Durchimpfungsraten im Routineimpfprogramm - zweimalige Masern-Röteln-Impfung im Alter von 9 und 15 bis 18 Monaten - und die erfolgreiche Durchführung landesweiter Impfkampagnen alle vier Jahre in enger Zusammenarbeit mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund) hatten die Fallzahlen rasant abgenommen. Zusätzlich wurden zweimal jährlich Vitamin-A-Kampagnen zur Verminderung des Risikos schwerer Verläufe und von Todesfällen durchgeführt.

Infolge von politischen Umwälzungen nach der Revolution 2024, verbunden mit der Nichtfortführung der Kooperation mit internationalen Partnern, konnte die hohe Qualität des Routineimpfprogramms nicht aufrechterhalten werden. Ursprünglich geplante landesweite Impf- und Vitamin-A-Kampagnen wurden teilweise gänzlich ausgesetzt. Dadurch entstandene Immunitätslücken in einer Bevölkerung mit weitverbreiteter Unter- und Mangelernährung haben zur Entstehung dieses Ausbruchs mit hohem Anteil an schweren Verläufen und Todesfällen beigetragen.

Die neue Regierung, die seit Februar 2026 im Amt ist, hat bereits Schritte gesetzt, um dem Ausbruch entgegenzuwirken. Das Abkommen mit [UNICEF](#) wurde wieder aufgenommen und ab April eine landesweite Notfall-Impfkampagne gestartet.

Die WHO schätzt das Risiko für die WHO-Region Südostasien als hoch ein, vor allem das Risiko einer grenzüberschreitenden Ausbreitung auf die angrenzenden Länder Myanmar und Indien.

Global wird das Risiko aufgrund der hohen Bevölkerungsmobilität in Kombination mit anhaltender, weiterverbreiteter Masernübertragung und bestehender Immunitätslücken als moderat eingeschätzt.

In [Europa](#) und Österreich sind die Masern-Fallzahlen im Vergleich zu 2024 und 2025 wieder deutlich zurückgegangen. In Österreich wurden seit Beginn des Jahres bisher vier Fälle gemeldet.

In der [AGES-Radar Ausgabe vom 12.02.2026](#) haben wir ausführlich über die Entscheidung der WHO bezüglich des Masern-Eliminationsstatus in Österreich berichtet.

Auf der AGES-Homepage finden Sie die aktuelle Masernsituation in Österreich: [Masern - AGES](#)

Thema des Monats

Desinfektionsmittelklassifizierung

Am 5. Mai wird jährlich der „[World Hand Hygiene Day](#)“ begangen. Er soll darauf aufmerksam machen bzw. daran erinnern, welche essenzielle Rolle Händehygiene in der Prävention von Erkrankungen spielt.

Neben dem gründlichen Händewaschen bieten auch Desinfektionsmittel, sowohl für die Hände als auch für Oberflächen, einen gewissen Schutz vor Erregern. Hierbei gilt aber: Desinfektionsmittel ist nicht gleich Desinfektionsmittel.

Desinfektionsmittel: Nicht jedes Mittel wirkt gegen alles

Desinfektionsmittel werden nicht einfach in „stark“ und „schwach“ eingeteilt. Entscheidend ist ihr nachgewiesenes Wirkungsspektrum, d.h. gegen welche Erregergruppen sie bei korrekter Konzentration und Einwirkzeit wirksam sind. Für die routinemäßige Flächendesinfektion im Alltag gilt als Basisanforderung z.B. eine bakterizide und levurozide Wirksamkeit; je nach Erreger und Situation können aber auch zusätzliche Wirkbereiche erforderlich sein.

Was bedeuten die wichtigsten Begriffe?

- **bakterizid:** wirksam gegen vegetative Bakterien. Achtung: bakterielle Sporen sind damit nicht automatisch erfasst.
- **levurozid:** wirksam gegen Hefepilze, z.B. *Candida albicans*.
- **mykobakterizid:** wirksam gegen Mykobakterien; diese sind aufgrund ihrer besonderen wachsartigen Zellwand sehr widerstandsfähig.
- **begrenzt viruzid:** wirksam gegen behüllte Viren, wie z.B. Influenza-, Corona- oder HI-Viren.
- **begrenzt viruzid PLUS:** zusätzlich auch wirksam gegen einige unbehüllte Viren, wie z.B. Adeno-, Noro- und Rotaviren.
- **viruzid:** wirksam sowohl gegen behüllte als auch alle unbehüllten Viren.
- **sporizid:** wirksam gegen bakterielle Sporen. Dabei handelt es sich um besonders widerstandsfähige Überdauerungsformen von Bakterien, die nur durch bestimmte Mittel sicher erfasst werden.

Die wichtigsten Wirkstoffgruppen

Alkohole (z.B. Ethanol oder Propanol) sind die klassische Wirkstoffgruppe für die Händedesinfektion. Sie wirken rasch gegen vegetative Bakterien, Mykobakterien, Pilze und viele Viren, sind aber nicht sporizid. Ihre schnelle Verdunstung ist praktisch, kann aber bei Flächen die erforderliche Einwirkzeit begrenzen.

Sauerstoffabspalter (z.B. Wasserstoffperoxid oder Peressigsäure) wirken oxidativ und besitzen (abhängig von Formulierung und Konzentration) ein sehr breites Spektrum bis hin zur Sporizidie. Sie werden unter anderem für Flächen, Medizinprodukte und spezielle Dekontaminationsverfahren eingesetzt.

Aldehyde (z.B. Glutaraldehyd) weisen ebenfalls ein sehr breites Wirkungsspektrum auf und können unter geeigneten Bedingungen auch sporizid wirken. Wegen Reizwirkung, Geruch und arbeitsmedizinischer Aspekte spielen sie in der Routineflächendesinfektion heute eine geringere Rolle als früher, bleiben aber für bestimmte Spezialanwendungen relevant.

Halogene, vor allem Chlorverbindungen, wirken rasch und breit. Sie sind kostengünstig und insbesondere bei kontaminierten Flächen nützlich, können aber durch organisches Material (z.B. Blut) abgeschwächt werden. Daher ist eine gründliche Vorreinigung erforderlich. Je nach Konzentration können sie zudem korrosiv wirken. Iodverbindungen werden vor allem zur Wunddesinfektion verwendet.

Quartäre Ammoniumverbindungen sind verbreitete Flächendesinfektionsmittel und weisen zusätzlich zur Desinfektionswirkung auch gewisse Reinigungsaktivitäten (z.B. Fettlösung) auf. Sie wirken in der Regel gegen vegetative Bakterien und behüllte Viren, jedoch nicht gegen Sporen und meist nicht ausreichend gegen Mykobakterien oder unbehüllte Viren.

Was bedeutet das für den Alltag?

Der Einsatz von Desinfektionsmitteln sollte sich immer nach der Umgebung und dem potenziellen Risiko richten:

Im **Krankenhaus** und in anderen medizinischen Bereichen ist Desinfektion ein gezielter und fixer Bestandteil der Infektionsprävention und zum Schutz der Patient:innen und des Personals. Sie erfolgt hier nach vorgegebenen Hygieneplänen und erwartetem Erregerspektrum.

Am **Arbeitsplatz** hingegen richtet sich der Bedarf primär nach der zu verrichtenden Tätigkeit und dem individuellen Risiko (Kontakt mit biologischem Material, Lebensmittelbereich, häufiger Kundenkontakt). Hier gibt es insbesondere in der Gastronomie strenge Vorschriften.

In der **privaten Wohnumgebung** ist hingegen meist Reinigung wichtiger als Desinfektion: Händewaschen, regelmäßiges Reinigen von Küchen-, Sanitär- und Kontaktflächen sowie korrektes Waschen von Textilien reichen im Alltag in der Regel aus. Desinfektionsmittel sollten zu Hause vor allem dann zum Einsatz kommen, wenn es konkrete Anlässe erforderlich machen, z.B. Verdacht auf infektiöse Durchfallserkrankungen, Grippezeit, Zusammenleben mit besonders gefährdeten Personen im gleichen Haushalt.

„Zu oft“ ist Desinfektion dann, wenn sie routinemäßig und ungerichtet die normale Reinigung ersetzt, z.B. als tägliche Flächendesinfektion im gesamten Haushalt. Das erhöht nicht nur Kosten, Umwelt- und individuelle Belastung (z.B. Hautreizungen), sondern kann darüber hinaus auch falsche Sicherheit vermitteln. Zudem wird wissenschaftlich diskutiert, ob übermäßige Anwendung von Desinfektionsmitteln auch zur Selektion von Mikroorganismen mit verminderter Empfindlichkeit führen kann.

Fazit

Die Wahl eines Desinfektionsmittels sollte sich daher nicht am größtmöglichen, sondern am individuell erforderlichen Wirkungsspektrum orientieren: so breit wie nötig, so gezielt wie möglich. Denn nur wenn Wirkungsbereich, Anwendung, Konzentration und Einwirkzeit zusammenpassen, ist Desinfektion verlässlich wirksam und nachhaltig.

	bakterizid	levurozid	mykobakterizid	begrenzt viruzid	begrenzt viruzid PLUS	viruzid	sporizid
Wirksam gegen	Bakterien	Hefepilze	Mykobakterien	Behüllte Viren	Behüllte und einige unbehüllte Viren	Gegen alle Viren	Bakterielle Sporen
Beispiel	Salmonellen	<i>Candida albicans</i>	Tuberkulose-erreger	Influenza- und Corona-Viren	Noroviren	Polioviren	Anthrax-Sporen

Meldungen

Botulismus Jahresbericht 2025

Der Jahresbericht von 2025 zu Botulismus wurde am 19.05.2026 veröffentlicht.

Botulismus („Wurstvergiftung“) ist eine durch das Bakterium *Clostridium botulinum* verursachte Vergiftung. Die von diesem Bakterium gebildeten Nervengifte, zählen zu den giftigsten aller natürlich vorkommenden Substanzen. Botulismus kommt beim Menschen in drei Formen vor: Nahrungsmittelbotulismus, Säuglingsbotulismus sowie Wundbotulismus. Unterschiede bestehen primär in der Eintrittspforte für das von *Clostridium botulinum* gebildete Neurotoxin.

Im Jahr 2025 wurde von der Nationalen Referenzzentrale für Botulismus in Österreich kein Fall von humanem Botulismus dokumentiert. In Österreich wurden seit dem Jahr 2000 insgesamt 40 Erkrankungsfälle gemeldet. Der letzte Fall von Botulismus wurde von der Nationalen Referenzzentrale für Botulismus im November 2024 bei einem 8 Monate alten männlichen Säugling mit Botulinum Neurotoxin-Gen B festgestellt. Im Jahr 2023 wurden von der Nationalen Referenzzentrale für Botulismus in Österreich zwei Fälle von humanem

Botulismus dokumentiert: Bei einem 41-jährigen Mann mit Botulinum Neurotoxin-Gen B und bei einer 34-jährigen Frau mit iatrogenem Botulismus.

Bei humanen Proben sowie Lebensmittelproben wird der Toxinnachweis mittels Mäuse-Bioassay durchgeführt und – falls indiziert – mittels Kultur oder molekularbiologischer Verfahren auf *Clostridium botulinum* getestet.

Jahresbericht Nationale Referenzzentrale Diphtherie - Labor 2025

Ende April wurde der Jahresbericht 2025 der Nationalen Referenzzentrale für Diphtherie – Labor veröffentlicht.

Im Jahr 2025 wurden an der Nationalen Referenzzentrale 209 Proben untersucht. Die Anzahl der nachgewiesenen Toxin-produzierenden Corynebakterien war nach sehr hohen Zahlen im Jahr 2022, wie auch schon in den vergangenen Jahren, weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Im Jahr 2025 wurden in 32 Proben potenziell Toxin-produzierende Corynebakterien nachgewiesen:

- in 28 Proben handelte es sich um *Corynebacterium (C.) diphtheriae*
- in vier Proben um *Corynebacterium (C.) ulcerans*

Bei vier dieser Isolate wurde mittels PCR das Toxin-Gen nachgewiesen, drei davon (zwei *C. ulcerans*, ein *C. diphtheriae*) wurden mittels Elek-Tests positiv auf die Toxinproduktion getestet. Bei einem Isolat wurde kein ELEK-Test durchgeführt, da es sich um eine Mehrfacheinsendung handelte. Die drei Proben, bei welchen Toxin-produzierende Corynebakterien nachgewiesen werden konnten, entstammen von drei Patientinnen und Patienten. Von den drei Fällen präsentierten sich zwei mit dem Bild einer Hautdiphtherie (einer durch *C. ulcerans*, einer durch *C. diphtheriae* biovar mitis) sowie einer mit klassisch respiratorischer Diphtherie (durch *C. ulcerans*).

Bei vier *C. diphtheriae*-Isolaten wurde eine Resistenz gegen das Antibiotikum Erythromycin festgestellt. Bei einem handelte es sich um einen toxischen Stamm, bei drei um nicht-toxische Stämme. Es wurde keine Resistenz gegenüber Penicillinen festgestellt.

Das klinische Bild der Diphtherie wird in erster Linie durch die Wirkung des Diphtherietoxins verursacht. Je nach Lokalisation wird die Diphtherie in unterschiedliche Formen eingeteilt:

Hautdiphtherie (Hautläsion), respiratorische Diphtherie (milde respiratorische Diphtherie mit Erkrankung der oberen Atemwege ohne Vorliegen einer adhärennten Membran/Pseudomembran; klassisch respiratorische Diphtherie mit Erkrankung der oberen Atemwege mit Vorliegen einer adhärennten Membran/Pseudomembran). Bei der klassischen Diphtherie handelt es sich um eine schwere Infektionskrankheit, die ohne adäquate Therapie tödlich enden kann.

Zur Prävention steht eine Impfung zur Verfügung. Mit der Grundimmunisierung soll bereits im Kindesalter begonnen werden und um die Schutzwirkung zu erhalten, sind regelmäßige Auffrischungsimpfungen notwendig. Details im [Impfplan Österreich 2025/2026](#).

[Diphtherie - AGES](#)

Lange Nacht der Forschung 2026

Ende April fand in Illmitz die „Lange Nacht der Forschung“ statt, 450 Besucher:innen nahmen teil.

Die AGES war in Zusammenarbeit mit der Veterinärmedizinischen Universität Wien mit einer Station zu „Was ist an der Gelsen-Jagd für Forscher:innen so spannend?“ vertreten.

Es wurde erklärt, warum Gelsen-Monitoring-Programme notwendig sind, welche es derzeit in Österreich gibt (Pathogenmonitoring in Adulten, Tigermückenmonitoring mit Ovitrap und Mosquito Alert) und verschiedene Fallentypen vorgestellt. Neben den Adultfallen und den Ovitrap („Eigelegefallen“), die derzeit für Monitoringprogramme verwendet werden, wurden noch andere Fallen wie Gravid-Traps oder auch eine Emergence Trap vorgestellt und erklärt. Vor Ort wurde eine Adultfalle aufgebaut und regelmäßig entleert – so konnten die Besucher:innen neben dem Einsatz der Falle im Feld gleich auch die Ausbeute unter dem Mikroskop bestaunen und u.a. lernen, woran man eine Tigermücke erkennt.

Mehr zum Thema finden Sie unter:

[Infos zu Gelsen & Krankheiten - AGES](#)

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

[Mosquito Alert App - AGES](#)

Australien, Algerien und Tunesien eliminieren Trachom

Die WHO bestätigte im April und Mai 2026 für Algerien, Australien und Tunesien die Eliminierung von Trachom als öffentliches Gesundheitsproblem. Damit haben nun 31 Länder weltweit diesen Status erreicht. Alle drei Länder konnten die Krankheit durch langfristige Maßnahmen bekämpfen, eine wichtige Rolle spielte vor allem die Umsetzung der WHO-Strategie „SAFE“ (Surgery, Antibiotics, Facial cleanliness, Environmental improvement - Operationen, Antibiotika, Gesichtshygiene, Verbesserung der sanitären Versorgung)

In Australien lag der Fokus in abgelegenen indigenen Gemeinden. In enger Zusammenarbeit mit lokalen Gemeinschaften und Gesundheitsdiensten fanden regelmäßige Screenings und gezielte Behandlung in Risikogebieten statt. Algerien setzte auch gezielte Maßnahmen in besonders betroffenen Regionen im Süden ein, unter anderem Massenbehandlung mit Antibiotika. Es wurden Aufklärungskampagnen durchgeführt, sowie Wasser- und Sanitärversorgung ausgebaut. Tunesien integrierte die Behandlung von Augen in die medizinische Grundversorgung und in schulische Gesundheitsprogramme und arbeitete mit den Gemeinden zusammen, um eine gute Hygiene zu fördern.

Das Trachom ist eine bakterielle Augeninfektion und die weltweit führende infektiöse Ursache für Blindheit. Sie wird durch bestimmte Serotypen des Bakteriums *Chlamydia trachomatis* verursacht (für Infektionen des Urogenitaltrakts sind andere Serotypen verantwortlich) und verbreitet sich durch engen Körperkontakt, über Fliegen und kontaminierte Oberflächen. Wiederholte Infektionen können zu Narbenbildung, einem Einwärtsdrehen der Augenlider und irreversibler Erblindung führen.

Das Trachom betrifft vorrangig Regionen mit mangelhaften hygienischen Bedingungen, sowie mangelndem Zugang zu sauberem Wasser. Eine Erkrankung gilt „als öffentliches Gesundheitsproblem eliminiert“, wenn ein Land bestimmte, durch die WHO vorgegebene Zielsetzungen erreicht. Auch nach der offiziellen Eliminierung als öffentliches Gesundheitsproblem der Krankheit bleiben gewisse Maßnahmen bestehen, um diese Zielsetzungen weiterhin einzuhalten.

Malaria Impfung

Eine im Mai 2026 im Lancet erschienene Beobachtungsstudie untersuchte die Einführung des Malariaimpfstoffes RTS,S/AS01_E in Ghana, Kenia und Malawi seit dem Jahr 2019 und fasst die wichtigsten Erkenntnisse dieses groß angelegten Implementierungsprogramms zusammen.

Die Impfung führte zu einer Reduktion der Gesamtsterblichkeit bei Kleinkindern: Schätzungen zufolge verhinderte sie einen von acht Todesfällen bei Kindern, die für die Impfung infrage kamen. Zudem wurden in den Regionen, in denen ein Impfprogramm eingeführt wurde, weniger Krankenhausaufnahmen aufgrund von schwerer Malaria registriert.

Die Ergebnisse bestätigen, dass der Impfstoff wirksam und sicher ist. Die Impfung bietet neben bereits bestehenden Maßnahmen wie Moskitonetzen einen zusätzlichen Schutz vor Malaria. Seit 2024 wurde die Impfung in 25 weiteren afrikanischen Ländern eingeführt, bei anderen ist dies in Planung.

Das nächste AGES-Radar erscheint am 18.06.2026.

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
BDBV	Bundibugyo-Virus
COM	Fachbereich Risikokommunikation der AGES
COVID-19	<i>Corona-Virus-Disease 2019</i> (Coronavirus-Krankheit 2019)
DRK	Demokratische Republik Kongo
ECDC	<i>European Centre of Disease Prevention and Control</i> (Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten)
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
MED	Geschäftsfeld Öffentliche Gesundheit der AGES
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i> (Polymerase-Kettenreaktion)
PHEIC	<i>Public Health Emergency of International Concern</i> (Gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite)
RSV	Respiratorisches Synzytial-Virus
SAFE	<i>Surgery, Antibiotics, Facial cleanliness, Environmental improvement</i> (Operationen, Antibiotika, Gesichtshygiene, Verbesserung der sanitären Versorgung)
SARS-CoV-2	Schweres akutes respiratorisches Syndrom Coronavirus 2
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
WHO	<i>World Health Organization</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, Mai 2026