

Das AGES-Radar für Infektionskrankheiten

16.07.2026



Infektionskrankheiten in Österreich und weltweit

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Zusammenfassung	3
Ausbrüche und Infektionskrankheiten.....	4
Situation in Österreich	4
Grippe- und Covid-19 assoziierte Übersterblichkeit.....	4
Internationale Ausbrüche.....	6
Ebola-Ausbruch in DRK und Uganda.....	6
<i>Salmonella</i> Stanley Update.....	7
Thema des Monats	8
STEC-Fälle in Österreich: Warum steigen die Zahlen?	8
Meldungen.....	11
Hanta-Ausbruch offiziell beendet.....	11

16.07.2026

Zusammenfassung

Die Schätzungen der **Influenza- und SARS-CoV-2-assoziierten Todesfälle** wurden veröffentlicht. Für die Saison 2025/2026 wurden insgesamt 1.929 Influenza-assoziierte Todesfälle in Österreich geschätzt. Für SARS-CoV-2 ergab das Modell im Zeitraum von einem Jahr insgesamt 536 assoziierte Todesfälle.

Der **Ebola-Ausbruch** in der Demokratischen Republik Kongo und in Uganda weist derzeit insgesamt 2.031 Fälle und 756 Todesfälle auf.

Beim durch **Salmonella Stanley** verursachten multinationalen Ausbruch gelten aromatisierte Instant-Nudelprodukte als wahrscheinlichste Infektionsquelle.

Das Thema des Monats geht der Frage auf den Grund, warum in den letzten Jahren in Österreich mehr Fälle von **Shigatoxin-bildenden Escherichia coli**-Infektionen gemeldet wurden.

In den **Meldungen** berichten wir über das offizielle Ende des Hanta-Virus-Ausbruchs in Verbindung mit dem Kreuzfahrtschiff M/V Hondius.

Ausbrüche und Infektionskrankheiten

Situation in Österreich

Influenza- und COVID-19-assoziierte Übersterblichkeit

Die Abteilung für Data Science & Modellierung der Nationalen Referenzzentrale für Influenzaepidemiologie schätzt jährlich die Zahl der Todesfälle, die mit den respiratorischen Erregern Influenza und SARS-CoV-2 in Zusammenhang stehen. Diese Infektionen werden in der Todesursachenstatistik häufig nicht als Todesursache angeführt. Stattdessen werden oft Komplikationen der Infektion dokumentiert, etwa Lungenentzündungen oder bestehende Vorerkrankungen, die das Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf erhöhen. Daher ist die Schätzung mithilfe eines statistischen Modells notwendig.

Um die tatsächlichen Auswirkungen von Influenza und SARS-CoV-2 auf die Sterblichkeit besser erfassen zu können, wird die sogenannte Übersterblichkeit modellbasiert berechnet. Dabei werden verschiedene Indikatoren aus dem ILI-Sentinelssystem (Influenza-like illness), dem virologischen Überwachungssystem DINÖ (Diagnostisches Influenza Netzwerk Österreich) sowie elektronische Gesundheitsdaten zu Krankenhausaufnahmen und außergewöhnliche Wetterbedingungen berücksichtigt, z.B. kalte Winterwochen mit einer durchschnittlichen Temperatur unter 0°C.

Für die Saison 2025/2026, Kalenderwoche (KW) 40 bis 20, wurden insgesamt 1.929 (95 % Konfidenzintervall: 1.842-2.016) **Influenza-assoziierte** Todesfälle in Österreich geschätzt. Die Zahl der Influenza-assoziierten Todesfälle lag damit unter jener der Vorsaison 2024/2025 mit rund 3.570 Todesfällen. Die Schätzung der Saison 2023/2024 lag bei rund 2.696 Todesfällen. Auch im Vergleich zu den Saisonen vor der COVID-19 Pandemie lagen die Schätzungen für 2025/2026 in einem niedrigen Bereich. Die Gesamtzahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund von Influenza bewegte sich in etwa auf dem Niveau des Vorjahres. Dies deutet darauf hin, dass die letzte Grippewelle trotz ihres frühen Beginns und höheren Peaks insgesamt eine ähnliche Intensität im Hinblick auf Sterblichkeit und Krankheitslast wie jene der vorangehenden Saisonen aufwies. Dies entspricht auch den internationalen Beobachtungen für die vergangene Grippesaison in der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO - World Health Organisation).

Das Auftreten von COVID-19 folgt bislang keinem klar ausgeprägten saisonalen Muster, daher wird im Gegensatz zu Grippe die ganzjährige Virusaktivität zur Beurteilung der durch SARS-CoV-2 verursachten Übersterblichkeit erfasst. Für **SARS-CoV-2** ergab das Modell im Zeitraum von KW 21/2025 bis KW 20/2026 insgesamt 536 assoziierte Todesfälle (95 % Konfidenzintervall: 489-583) in Österreich. Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich ein weiterer Rückgang der mit SARS-CoV-2 assoziierten Todesfälle. Dies spricht für eine insgesamt abnehmende Krankheitslast durch COVID-19 in der Bevölkerung, die unter anderem auf eine verbesserte Immunitätslage durch Impfungen und durchgemachte Infektionen, sowie verbesserte Behandlungsmethoden zurückgeführt werden könnte.

Eine ausführliche Erklärung der modellbasierten Schätzung der Übersterblichkeit finden Sie im Thema des Monats der AGES-Radar Ausgabe vom 16.10.2025.

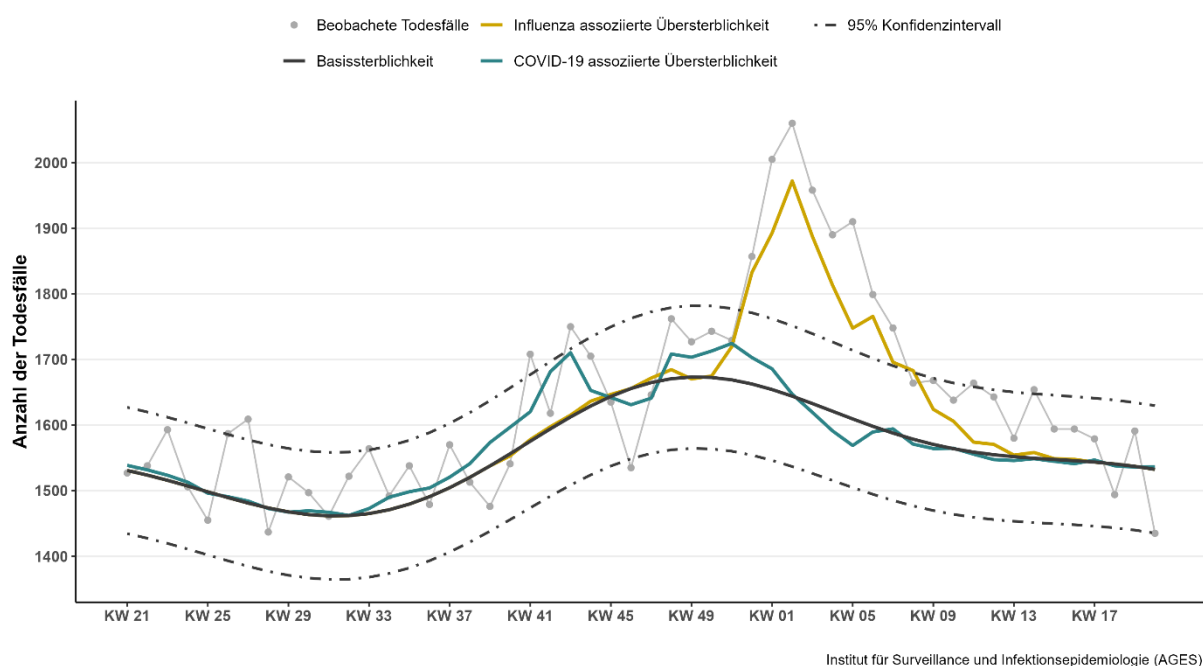


Abbildung 1: Modellerte (Influenza-assoziert und COVID-19-assoziert) und beobachtete Todesfälle in Österreich, KW 21/2025 bis KW 20/2026.

Internationale Ausbrüche

Ebola-Ausbruch in DRK und Uganda

Im durch das Bundibugyo-Virus verursachten Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo (DRK) und in Uganda sind seit der letzten Ausgabe des AGES-Radar vom 18.06.2026 die Fallzahlen weiter deutlich angestiegen.

Mit Stand 15. Juli 2026 wurden in der **DRK** 2.011 Erkrankungen und 754 Todesfälle registriert. Bisher sind 366 nachweislich erkrankte Patient:innen wieder genesen. Die meisten Fälle werden aus der Provinz Ituri im Nord-Osten des Landes gemeldet. Die angrenzenden Provinzen Haute-Uele, Tshopo, Nord-Kivu und Sud-Kivu sind ebenfalls betroffen.

Die Anzahl an bestätigten Fällen ist die höchste, die jemals im ersten Monat eines Ebola-Ausbruchs registriert wurde. Innerhalb von 37 Tagen wurden 250 Todesfälle gemeldet. Im Vergleich: Während des großen Ebola-Ausbruchs in Westafrika 2014-2016 wurde diese Zahl nach 78 Tagen erreicht. Aufgrund von Lücken im Überwachungssystem wird angenommen, dass der aktuelle Ausbruch noch größer ist, als die gemeldeten Fallzahlen zeigen.

In **Uganda** wurden bislang 20 bestätigte Ebola-Fälle gemeldet, darunter zwei Tote. Seit dem 21. Juni 2026 wurde kein neuer Fall mehr registriert. (ECDC, Stand 15.07.2026). Der Ausbruch in Uganda konzentriert sich im Ballungsgebiet der Hauptstadt Kampala und steht in Zusammenhang mit jenem in DRK. Dabei werden 15 Fälle als aus der DRK importiert angesehen, bei fünf Fällen handelt es sich um lokal erworbene Infektionen nach Fallkontakt, hauptsächlich bei Gesundheitsfachkräften.

Ende Juni wurde in Uganda außerdem ein Fall der Marburg-Virus-Erkrankung bestätigt. Betroffen war ein 18 Monate altes Kind aus dem Distrikt Kyegegwa im Westen des Landes, das an den Folgen der Erkrankung verstarb. Bislang wurden keine weiteren Fälle festgestellt. Das Marburg-Virus gehört zur Familie der *Filoviridae*, zu der auch das Ebolavirus gehört. Es kann das Marburg-Fieber auslösen, eine häufig tödlich verlaufende virale Erkrankung.

Am 24. Juni wurde erstmals in Frankreich ein Ebola-Fall im Zusammenhang mit dem aktuellen Ausbruch bestätigt. Dabei handelte es sich um einen Arzt, der von einem humanitären Einsatz in der DRK zurückgekehrt war. Zum Zeitpunkt der Meldung war der Patient klinisch stabil und hatte kein Fieber oder andere Symptome. Derzeit befindet er sich in Behandlung unter speziellen Sicherheitsbedingungen. In der DRK und in Frankreich wurde eine umfassende Kontaktnachverfolgung eingeleitet.

Der Ausbruch in der DRK entwickelt sich in einer sehr komplexen humanitären Umgebung, die Region ist geprägt von Konflikten. Vielen, teilweise vertriebenen, Menschen fehlen grundlegende Ressourcen wie sauberes Wasser, Lebensmittel und Gesundheitsversorgung, was das Risiko der Übertragung stark erhöht. Das Vertrauen in die Maßnahmen ist gering, es kursieren Gerüchte und Falschinformationen. Angriffe auf Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal werden vermehrt gemeldet. All das erschwert den Einsatz deutlich.

Für durch das Bundibugyo-Virus verursachte Ebola-Erkrankungen stehen derzeit weder zugelassene Impfstoffe zur Prävention noch spezifische Therapiemaßnahmen zur Verfügung. Anfang Juli hat eine von der WHO unterstützte klinische Studie zur Evaluierung potenzieller Behandlungsmöglichkeiten begonnen. Im Rahmen der Studie wird direkt im Ausbruchsgeschehen in DRK untersucht, ob Remdesivir oder der monoklonale Antikörper MBP134, sowie deren Kombination, die Überlebenschance bei Bundibugyo-Virus-Infizierten steigern können. Parallel dazu wird an der Entwicklung von Impfstoffkandidaten gegen das Bundibugyo-Virus gearbeitet.

Das österreichische Außenministerium warnt weiterhin vor Reisen in die DRK; für das gesamte Land gilt die Reisewarnung der Sicherheitsstufe 4 (von 4). Das Infektionsrisiko für die allgemeine Bevölkerung in der Europäischen Union bzw. im Europäischen Wirtschaftsraum (EU bzw. EWR) wird als sehr gering eingeschätzt.

Im AGES-Podcast „Mut zum Risiko – im Kontext: Ebola“ wird erläutert, wie bei einem Ebola-Verdachtsfall in Österreich vorgegangen wurde, und welche Faktoren neben den medizinischen Aspekten eine wichtige Rolle spielen.

Regelmäßige Updates zum Ausbruch in DRK finden Sie unter:

- BMASGPK - Ebola
- WHO Disease Outbreak News – Ebola Disease
- ECDC Surveillance and Updates – Ebola Disease Outbreak

Salmonella Stanley Update

Am 01. Juli 2026 haben das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC – European Center for Disease Control and Prevention) und die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA – European Food Safety Authority) ein gemeinsames „Rapid Outbreak Assessment“ zum aktuellen *Salmonella Stanley* Ausbruch veröffentlicht.

Dieser multinationale Ausbruch mit *Salmonella enterica* Serovar Stanley (Sequenztyp ST2045) umfasst insgesamt 106 bestätigte Fälle zwischen November 2025 und Juni 2026 in 13

EU/EWR Ländern und dem Vereinigten Königreich. Die Isolate der Fälle sind Teil eines engen genetischen Clusters. In Österreich wurden von Februar bis März 6 Fälle mit *S. Stanley* ST2045 bestätigt, seitdem wurden keine neuen Fälle registriert. ([ECDC/EFSA](#); Stand: 01.07.2026).

Aromatisierte Instant-Nudelprodukte gelten als wahrscheinlichste Infektionsquelle.

Mikrobiologische Untersuchungen fanden den Ausbruchsstamm u.a. in Hühner-Nudel-Produkten derselben Marke in Deutschland und Litauen. Die Produkte konnten auf einen gemeinsamen Produzenten in der Ukraine zurückgeführt werden. Dass zusätzlich zu *S. Stanley* ST2045 noch weitere *Salmonella*-Stämme in den Produkten nachgewiesen wurden, weist auf mehrere Kontaminationsquellen hin.

Betroffen sind hauptsächlich Kinder und junge Erwachsene, 33 Fälle sind unter 10 Jahre alt. 49 Personen mussten hospitalisiert werden, was auf eine besondere Schwere der Infektionen hindeutet.

Die Produkte wurden in den betroffenen Ländern zurückgerufen und aus dem Handel entfernt, wodurch das Risiko zukünftiger Infektionen reduziert ist. Konsument:innen wird empfohlen, die Zubereitungshinweise auf der Verpackung zu befolgen, eine gute Küchenhygiene einzuhalten und, generell, Hühnerprodukte beim Kochen gründlich zu erhitzen.

[Europaweiter Krankheitsausbruch durch Salmonellen - AGES](#)

[Salmonellen - AGES](#)

[Sicher kochen - AGES](#)

Thema des Monats

STEC-Fälle in Österreich: Warum steigen die Zahlen?

Shigatoxin (stx)-bildende *Escherichia coli* (STEC) zählen zu den wichtigsten lebensmittelbedingten Krankheitserregern Europas und können sowohl milde Durchfallerkrankungen als auch schwere Komplikationen wie das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) verursachen.

In den vergangenen Jahren wurde in Österreich ein deutlicher Anstieg der gemeldeten Fälle von STEC beobachtet. Besonders auffällig war die Entwicklung zwischen 2023 und 2024 mit einer Zunahme der gemeldeten Fälle um 46,1 % (sh. Abbildung 2).

Ein ähnlicher Anstieg wurde bereits in Deutschland und England beobachtet. Dort war der Anstieg vor allem auf die Einführung kulturunabhängiger Nachweismethoden, insbesondere der Multiplex-PCR zurückzuführen.

Laborbefragung zur STEC-Diagnostik 2026

Um zu untersuchen, ob die steigenden Fallzahlen in Österreich auf eine tatsächliche Zunahme der Erkrankungen oder, wie auch in Deutschland und England, auf veränderte Diagnostik zurückzuführen sind, wurde Anfang 2026 eine Laborbefragung der größten Einsender an das Nationale Referenzlabor für STEC durchgeführt. Sechs von zehn kontaktierten Laboratorien aus fünf Bundesländern nahmen daran teil.

Die Ergebnisse der Befragung deuten darauf hin, dass die Einführung von Multiplex-PCR-Verfahren einen wesentlichen Einfluss auf die steigenden STEC-Fallzahlen hat. Alle teilnehmenden Laboratorien setzen diese Methode mittlerweile routinemäßig für die Untersuchung von Stuhlproben ein. Das ermöglicht den gleichzeitigen Nachweis zahlreicher bakterieller, viraler und parasitärer Erreger innerhalb weniger Stunden.

Die verwendeten Testsysteme weisen STEC zuverlässig nach, erlauben jedoch meist keine Unterscheidung der Shigatoxin (stx)-Subtypen. Bestimmte stx2-Subtypen sind häufiger mit schweren Krankheitsverläufen und HUS assoziiert, eine frühzeitige Einschätzung des Virulenzpotenzials und des klinischen Risikos ist durch die fehlende Differenzierung häufig nicht möglich. Mehrere Labore berichteten, dass STEC vor der Einführung dieser Verfahren nicht routinemäßig getestet oder nur eingeschränkt nachgewiesen wurde.

Fünf der sechs befragten Laboratorien beobachteten nach Einführung der Multiplex-PCR eine deutliche Zunahme stx-positiver Nachweise. Zudem berichteten vier Laboratorien über steigende Anforderungen in der gastroenterologischen Diagnostik. Die systematische Untersuchung aller eingesandten Stuhlproben führt dazu, dass heute auch milde oder zuvor unerkannte Infektionen mit STEC erfasst werden.

Besonders deutlich zeigte sich dieser Zusammenhang in Wien. Dort führten mehrere Laboratorien ab 2023 Multiplex-PCR-Panels für gastrointestinale Erkrankungen ein. Im gleichen Zeitraum stiegen die gemeldeten STEC-Fälle deutlich an.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Laborbefragung deuten darauf hin, dass der Anstieg der STEC-Fallzahlen in Österreich zumindest teilweise auf die verbesserte diagnostische Erfassung durch die Einführung der Multiplex-PCR zurückzuführen ist. Durch die höhere Sensitivität dieser Verfahren werden heute mehr Infektionen erkannt, darunter auch milde Verläufe und weniger virulente STEC-Stämme. Dass trotz steigender Fallzahlen kein Anstieg der HUS-Fälle beobachtet wurde, stützt diese Interpretation. Eine frühzeitige molekulare Charakterisierung von STEC, insbesondere eine Unterscheidung der Shigatoxin-Subtypen bereits in den Primärlaboratorien, könnte die Risikobewertung verbessern und eine raschere Identifikation potenziell schwerer Verläufe ermöglichen.

Eine wissenschaftliche Publikation, die die Ergebnisse dieser Laborbefragung mit weiteren epidemiologischen Surveillance-Daten zu STEC in Österreich zusammenführt, ist für Herbst 2026 geplant.

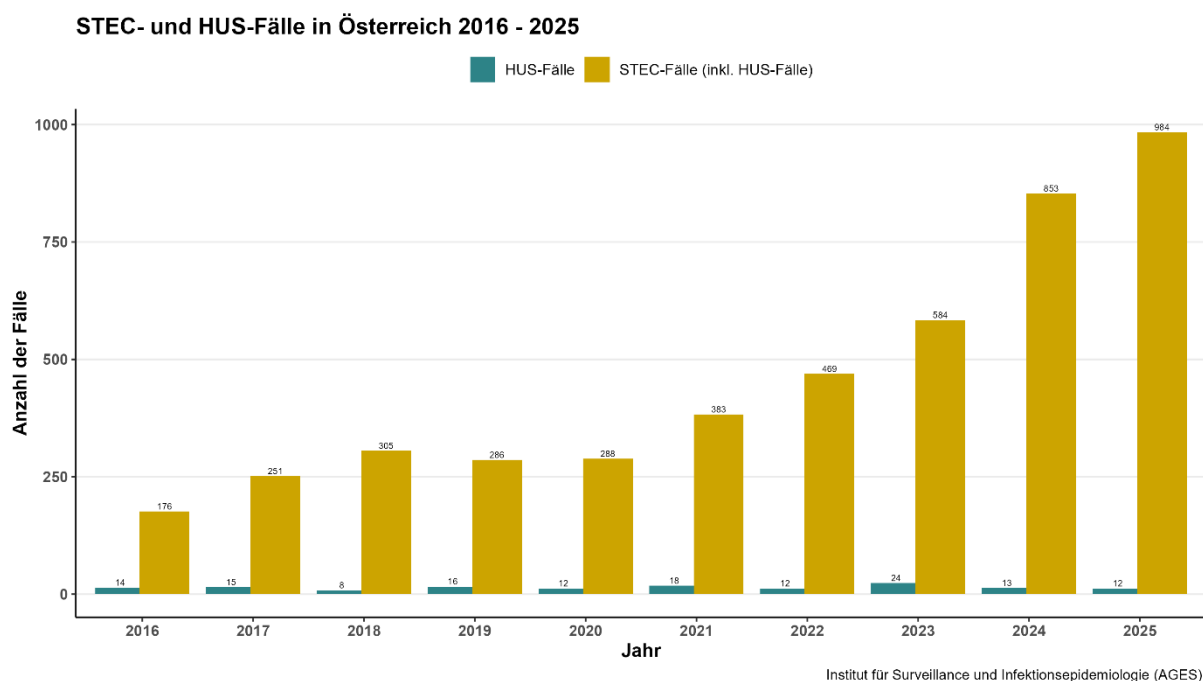


Abbildung 2: Jährliche STEC und HUS-Fälle in Österreich im Zeitraum 2016–2025.

Literatur

Jahresbericht 2024 Nationale Referenzzentrale für *Escherichia coli* einschließlich Verotoxin-bildender *E. coli*.

Jung-Sendzik, T., et al., Rise in the number of notifications of Shiga toxin-producing *Escherichia coli* (STEC) infections probably linked to an increased use of multiplex PCR assays, Germany, 2023. Eurosurveillance, 2025. 30(48): p. 2500268.

World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations (2018). Shiga toxin-producing Escherichia coli (STEC) and food: attribution, characterization, and monitoring: report. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/272871>

Meldungen

Hanta-Ausbruch offiziell beendet

Die WHO erklärte am 02.07.2026 den Andes-Hantavirus-Ausbruch in Verbindung mit dem Kreuzfahrtschiff M/V Hondius offiziell für beendet.

Insgesamt wurden 13 Fälle registriert, darunter drei Todesfälle. Von den zehn Patient:innen, die ins Krankenhaus aufgenommen wurden, sind zwei derzeit noch in Behandlung. Alle betroffenen Personen befanden sich auf dem Kreuzfahrtschiff. Da während der 42-tägigen Nachbeobachtung aller Kontaktpersonen keine weiteren Erkrankungen aufgetreten sind, gilt die Übertragungskette als unterbrochen, es werden keine weiteren Infektionen erwartet. Der Ausbruch wurde erfolgreich eingedämmt.

Die Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Infektion des ersten Falls in Südamerika noch an Land erfolgte. Anschließend kam es an Bord zu einer begrenzten Mensch-zu-Mensch-Übertragung. Nach der genauen Infektionsquelle wird weiterhin geforscht.

Das nächste AGES-Radar erscheint am 13.08.2026.

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 Influenza Netzwerk Österreich
DRK	Demokratische Republik Kongo
ECDC	<i>European Centre of Disease Prevention and Control</i> (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten)
EFSA	<i>European Food Safety Authority</i> (Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit)
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
GEA	Abteilung Gesundheitsdaten, Evidenz and Analyse
HUS	hämolytisch-urämisches Syndrom
ILI	<i>Influenza-like illness</i> (Influenza-ähnliche Erkrankung)
KW	Kalenderwoche
MED	Geschäftsfeld Öffentliche Gesundheit der AGES
SARS-CoV-2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i> (schweres akutes respiratorisches Syndrom Coronavirus – Typ 2)
STEC	Shigatoxin-bildende <i>Escherichia coli</i>
stx	Shigatoxin
WHO	<i>World Health Organization</i> (Weltgesundheitsorganisation)



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, Juli 2026