

Das AGES-Radar für Infektionskrankheiten

17.09.2026



Infektionskrankheiten in Österreich und weltweit

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Zusammenfassung	3
Ausbrüche und Infektionskrankheiten.....	4
Situation in Österreich	4
Legionellose-Ausbruch Oberösterreich	4
West-Nil-Virus Update	5
Internationale Ausbrüche.....	6
Update Ebola in DRK.....	6
Krim-Kongo-Hämorrhagisches Fieber und „Riesenzecken“	8
Malaria bei Flughafenmitarbeitern in Frankfurt.....	9
Thema des Monats.....	10
Wenn die letzte Therapieoption unter Druck gerät: Ceftriaxon-resistente Gonokokken in Europa.....	10
Quellen	14
Meldungen.....	15
Jahresbericht 2025 der Nationalen Referenzzentrale für Vektoren und Vektorenassoziierte Pathogene.....	15
Jahresbericht 2025 Nationale Referenzzentrale Tuberkulose	16
Jahresbericht 2025 Nationale Referenzzentrale Shigellen	16

17.09.2026

Zusammenfassung

Im Raum Linz wurden seit Juli 2026 gehäuft Fälle von **Legionellose** gemeldet, die mit Kühlanlagen eines Unternehmens in Zusammenhang gebracht werden.

Nachdem Ende Juli bereits Fälle von **West-Nil-Virus**-Infektionen im Veterinärbereich gemeldet wurden, sind mittlerweile auch die ersten humanen Fälle in diesem Jahr in Österreich bestätigt worden.

Der **Ebola-Ausbruch** in der Demokratischen Republik Kongo hält weiter an, mit bisher 7.258 bestätigten Fällen, darunter 3.510 Todesfälle.

In Spanien wurden diesen Sommer vier lokal übertragene Fälle von **Krim-Kongo-Hämorrhagischem Fieber** gemeldet. Im August 2026 wurde in Österreich erstmals ein humaner Fall von CCHF nachgewiesen, wahrscheinlich hatte er sich bei einer Reise in den Nahen Osten infiziert.

Das Gesundheitsamt Frankfurt berichtete Ende August von insgesamt sechs nicht reise-assoziierten Fällen von **Malaria tropica** bei Beschäftigten des Frankfurter Flughafens.

Im Thema des Monats ergründen wir die zunehmenden Resistenzen des Erregers der **Gonorrhoe**, *Neisseria gonorrhoeae*, gegenüber Antibiotika. Besonders kritisch ist dabei die zunehmende Zahl von Stämmen, die eine verminderte Empfindlichkeit oder sogar Resistenz gegenüber der wichtigsten Therapiemöglichkeit, dem Antibiotikum **Ceftriaxon**, aufweisen.

In den **Meldungen**: die **Jahresberichte** der Nationalen Referenzzentralen für **Vektoren und Vektorenassoziierte Pathogene**, **Tuberkulose** und **Shigellen** wurden veröffentlicht.

Ausbrüche und Infektionskrankheiten

Situation in Österreich

Legionellose-Ausbruch Oberösterreich

Im Raum Linz wurden seit Juli 2026 gehäuft Fälle von Legionellose gemeldet. Bisher sind insgesamt 32 Personen erkrankt, von denen drei Personen verstorben sind.

Seit geraumer Zeit ist kein weiterer Legionellose-Fall in Linz aufgetreten. Insgesamt haben sich die Hinweise verdichtet, dass es einen Zusammenhang zwischen der im Linzer Stadtgebiet aufgetretenen Fallhäufung und den Kühlanlagen eines Unternehmens gibt. Darauf deuten die räumliche und zeitliche Verteilung der Fälle und vorläufige Analysen der Luftströmungsverhältnisse hin. Außerdem stimmen die Sequenzierungsergebnisse eines Legionellen-Isolats aus einem Kühlturm eines Unternehmens in der Wiener Straße mit einem Patientenisolat überein.

Bislang wurden über 200 Wasserproben aus Haushalten, Arbeitsstätten, Beherbergungsbetrieben und Kühlanlagen gesammelt, der Großteil wurde bereits durch die Nationale Referenzzentrale der AGES befundet. Das Institut für Infektionsepidemiologie der AGES unterstützt die Behörden, gemeinsam mit der Nationalen Referenzzentrale, bei der Abklärung des Ausbruchs.

Eine Infektion mit Legionellen erfolgt in der Regel durch das Einatmen feinsten, mit Legionellen belasteter Wassertröpfchen, sogenannter Aerosole. Gelangen die Bakterien in die Lunge, können sie eine Infektion auslösen. Das Schlucken von kontaminiertem Wasser birgt indes keine Infektionsgefahr, da die Legionellen im Magen von der Magensäure abgetötet werden. Legionellen sind weit verbreitet und kommen natürlich in Gewässern wie Flüssen, Seen und Stauseen vor, allerdings meist in geringer Anzahl. Die Bakterien können in der Natur bei einer Vielzahl von Temperaturen überleben. Sie können sich in künstlichen Wassersystemen wie Kühltürmen, Verdunstungskondensatoren, Luftbefeuchtern, Springbrunnen, Warmwassersystemen und ähnlichen Systemen vermehren. Bei Verdunstungsrückkühlanlagen verdunstet ein Teil des Kühlwassers und wird als Aerosol in die Umgebung freigesetzt. Je nach Wetterlage können aerosolhaltige Wolken über ein größeres

Gebiet (mehrere Kilometer) verbreitet werden. Sind in diesen Aerosol-Tröpfchen Legionellen enthalten, kann das Einatmen dieses Aerosols zu einer Infektion führen.

In Folge 018 des AGES-Podcasts „Mut zum Risiko“ erklärt unser Kollege Florian Heger, was es mit Legionellen auf sich hat und mit welchen einfachen Maßnahmen sich das persönliche Risiko deutlich senken lässt.

Mehr zu Legionellen und Antworten auf die häufigsten Fragen finden Sie unter: [Legionellen - AGES](#) und [Informationen zu Legionellen in Linz | Stadt Linz](#)

West-Nil-Virus Update

Nachdem Ende Juli bereits Fälle von West-Nil-Virus (WNV)-Infektionen im Veterinärbereich gemeldet wurden, sind mittlerweile auch die ersten Fälle in diesem Jahr im Humanbereich bestätigt worden. Stand 17.09.2026 wurden 7 humane Fälle registriert, sechs davon haben sich lokal infiziert, ein Fall ist importiert.

Im Veterinärbereich konnte das WNV bei 3 Pferden und in 9 Ausbrüchen bei Vögeln festgestellt werden, alle im Osten Österreichs. Positive Nachweise bei Gelsen wurden in dieser Saison noch nicht registriert (Stand: 17.09.2026).

Dies spiegelt die Entwicklung in Europa während dieser WNV-Saison 2026 mit derzeit hohen Viruszirkulationen in mehreren europäischen Ländern, sowohl beim Menschen als auch bei Tieren, wider. Bisher meldeten bereits 15 europäische Länder lokal erworbene humane Erkrankungsfälle einer WNV-Infektion. Die Anzahl an registrierten Fällen hat sich seit Anfang August nahezu versechsfacht. Die meisten Fälle werden aus **Italien** (590), **Griechenland** (319) und **Spanien** (104) gemeldet. (ECDC, Stand 10.09.2026) In Griechenland handelt es sich dabei um eine Rekordanzahl humaner Fälle für diese Zeit des Jahres. Die Niederlande meldeten die ersten humanen WNV-Infektionen seit 2020. (ECDC, Stand: 03.09.2026)

Da die derzeitigen Wetterbedingungen die Übertragung von WNV durch Gelsen begünstigen, werden in Europa in den kommenden Wochen weitere humane Fälle erwartet.

Auch in Österreich muss in den kommenden Wochen sowohl im Veterinär- als auch im Humanbereich mit dem Auftreten von weiteren Fällen gerechnet werden, v.a. in den Risikoregionen Burgenland, Niederösterreich und Wien.

Gerade während der mitteleuropäischen Hochsaison, im August und September, sollte eine WNV-Infektion als mögliche Ursache bei fieberhaften Erkrankungen oder bei akut

aufgetretener neurologischer Symptomatik in die differenzialdiagnostische Abklärung miteinbezogen werden.

Als Vorbeugung gegen Infektionen sollten Gelsenstiche so gut wie möglich vermieden werden. Das Tragen langer, heller Kleidung und das Auftragen von wirksamen Repellents (Insektenschutzmittel) kann vor Stichen schützen.

Alle Informationen und Präventivmaßnahmen finden Sie auf der AGES-Homepage: [West Nil Virus - AGES](#).

Internationale Ausbrüche

Update Ebola in DRK

Seit der letzten Ausgabe des [AGES-Radar vom 13.08.2026](#) sind die Fallzahlen des Ebola-Ausbruchs in der Demokratischen Republik Kongo (DRK) weiter deutlich angestiegen. Fälle aus anderen Ländern wurden nicht gemeldet.

Zum 14. September wurden in der DRK insgesamt 7.258 bestätigte Erkrankungsfälle durch das Bundibugyo-Ebolavirus gemeldet, darunter 3.510 Todesfälle. Die Fallsterblichkeit liegt damit weiterhin bei 48 %. Insgesamt 1.726 Menschen gelten als genesen. ([ECDC](#), Stand: 15.09.2026). Die [Provinz Ituri](#) im Osten des Landes bleibt mit rund 80 % aller gemeldeten Fälle das Zentrum des Ausbruchsgeschehens.

Nach Einschätzung der [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) handelt es sich um den größten Ebolafieber-Ausbruch in der Geschichte des Landes und – nach der Epidemie in Westafrika zwischen 2014 und 2016 – um den zweitgrößten, jemals registrierten Ebolafieber-Ausbruch. Auch die [Dynamik](#) ist außergewöhnlich: innerhalb von etwa 100 Tagen wurden mehr als 5.000 Fälle registriert.

Mehrere Faktoren tragen zur raschen Ausbreitung bei. Das Bundibugyo-Ebolavirus (*Orthoebolavirus bundibugyoense*, BDBV) unterscheidet sich vom häufiger auftretenden Zaire-Ebolavirus (*Orthoebolavirus zairense*, EBOV) dadurch, dass die Erkrankung oft mit unspezifischen und zunächst eher milden Symptomen beginnt. Dadurch können Infektionen länger unentdeckt bleiben und sich unbemerkt weiterverbreiten.

Darüber hinaus stehen zum jetzigen Zeitpunkt weder eine zugelassene Therapie noch eine Impfung für diese Virusvariante zur Verfügung. Gegenwärtig werden erste klinische Studien durchgeführt, um die Wirksamkeit des gegen das Zaire-Ebolavirus zugelassenen Impfstoffs Ervebo® sowie neuer, speziell gegen das BDBV entwickelter Impfstoffkandidaten zu untersuchen.

Erschwerend zur medizinischen kommt die schwierige humanitäre und sicherheitspolitische Lage in den betroffenen Regionen hinzu. Das Epizentrum des Ausbruchs liegt in einer Gegend mit sozialen Spannungen, mit bewaffneten Konflikten und eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsdiensten. Viele Erkrankte suchen keine medizinische Versorgung auf und sterben zu Hause. Das erschwert die frühzeitige Erkennung von Erkrankungsfällen, die Kontaktpersonennachverfolgung sowie weitere Maßnahmen zur Eindämmung des Ausbruchs.

Trotz weiterhin bestehender Lücken bei der epidemiologischen Überwachung und Datenerfassung wird das Risiko einer Infektion für die Bevölkerung der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums derzeit als sehr gering eingeschätzt.

Für die Demokratische Republik Kongo gilt seitens des österreichischen Außenministeriums weiterhin eine Reisewarnung der höchsten Sicherheitsstufe (Stufe 4 von 4).

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](#)

Krim-Kongo-Hämorrhagisches Fieber und „Riesenzecken“

In Spanien wurden diesen Sommer vier lokal übertragene Fälle von Krim-Kongo-Hämorrhagischem Fieber (Crim-Congo haemorrhagic fever - CCHF) gemeldet. Eine Person ist daran verstorben. ([ECDC](#), Stand: 09.09.2026)

Das CCHF ist eine auch in Österreich meldepflichtige Viruserkrankung. Sie kann auf den Menschen durch den Stich infizierter Zecken, durch direkten Kontakt mit Blut oder Fleisch von infizierten Tieren, oder durch Kontakt mit Blut oder Gewebe infizierter Patient:innen übertragen werden. Auch nosokomiale Infektionen (Ansteckungen in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen) können bei mangelnder Hygiene vorkommen. Mehr als 80 % der Fälle verlaufen asymptomatisch, in schweren Fällen kann es allerdings zu Blutungen und lebensbedrohlichen Komplikationen kommen.

Da es vor allem im südlichen Europa, auch außerhalb bekannter Endemiegebiete, vereinzelt zu lokalen Übertragungen gekommen ist und sich der Hauptvektor immer mehr auch in nördlichere Gebiete ausbreitet, hat das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) eine verstärkte saisonale Überwachung eingeführt, um das Auftreten von Fällen in der Europäischen Union bzw. im Europäischen Wirtschaftsraum (EU bzw. EWR) zu beobachten.

Im August 2026 wurde in Österreich erstmals ein humaner Fall von CCHF nachgewiesen. Die betroffene Person hatte sich wahrscheinlich während eines Aufenthalts im Nahen Osten mit dem Virus infiziert. Die Behandlung erfolgte auf einer Sonderisolierstation, da eine Ansteckung des Virus während einer Behandlung ohne adäquate Schutzmaßnahmen möglich ist.

Das CCHF-Virus wird vor allem durch Schildzecken der Gattung Hyalomma („Riesenzecken“) übertragen. Ursprünglich in wärmeren Regionen Südosteuropas und Asiens beheimatet, werden seit einigen Jahren auch in Österreich erwachsene Exemplare nachgewiesen.

Seit dem Start des österreichweiten Zeckenmonitoring-Programmes waren die Hyalomma-Funde größtenteils mit Reisen assoziiert: 2024 wurden mehrere Fälle beschrieben, in denen Hyalomma-Zecken bei Reiserückkehrern im Auto aus dem Urlaub nach Österreich gelangt waren. Über die letzten Jahre zeigt sich in Österreich aber auch eine relative Zunahme an Hyalomma-Zecken, die nicht mit Reisen assoziiert sind.

Heuer gab es bisher neun Meldungen von Hyalomma-Zecken aus Niederösterreich und der Steiermark. Der Großteil davon wurde im Zusammenhang mit Pferden gefunden. Bei einer

Zecke gab es eine sichere Reiseassoziation: sie wurde aus Griechenland eingeschleppt. Bei zwei weiteren Zecken ist eine Reiseassoziation möglich, allerdings nicht vollends geklärt. Sechs Hyalomma-Zecken waren für Testungen verfügbar, alle wurden negativ auf das CCHF-Virus getestet. (Stand: 14.09.2026)

Wir bitten Sie, bei Verdacht auf Vorliegen einer Hyalomma-Zecke („Riesenzecke“) ein Foto an zecken@ages.at zu schicken und die Zecke bis zur Rückmeldung durch die AGES aufzubewahren, um gegebenenfalls notwendige weiterführende Untersuchungen zu ermöglichen. Damit unterstützen Sie die EU-Projekte [OH SURVector](#) und [RAISE](#), die zum besseren Verständnis der Verbreitung von Zeckenarten und ihrer potenziellen Krankheitserreger beitragen.

Hier finden Sie alle Informationen zum Melden und Abgeben von gefundenen Zecken:
[Zecken Informationen - AGES](#)

Malaria bei Flughafenmitarbeitern in Frankfurt

Das [Gesundheitsamt Frankfurt](#) berichtete am 27.08.2026 von insgesamt sechs Fällen von Malaria tropica. Bei den Fällen handelte es sich um Beschäftigte des Frankfurter Flughafens, die sich vermutlich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit infiziert hatten. Bei fünf Infizierten begann die Erkrankung Anfang Juli 2026, bei einer weiteren Person Mitte August 2026. Zwei der Betroffenen verstarben an den Folgen der Erkrankung. Am 15.09.2026 folgte die [Meldung](#) über die Erkrankung von zwei weiteren Personen, die in unmittelbarer Nähe des Flughafens wohnen, aber nicht dort beschäftigt sind.

Bei der sogenannten „Flughafen-Malaria“ handelt es sich um ein äußerst seltenes Ereignis, bei dem mit Malariaerregern infizierte Mücken der Gattung *Anopheles* mit Flugzeugen aus Malaria-Endemiegebieten eingeschleppt werden, etwa im Frachtraum oder im Gepäck von Reisenden. Die Mücken können anschließend Personen am oder in der Umgebung des Flughafens stechen und so den Malariaerreger, einen Parasiten der Gattung *Plasmodium*, übertragen. Bei durch *Plasmodium falciparum* verursachter Malaria tropica handelt es sich um die [schwerste Malariaform](#), die ohne zeitnah erfolgte Therapie mit einem erhöhten Risiko für schwere Verläufe und Todesfälle verbunden ist.

Eine [systematische Übersichtsarbeit](#) aus dem Jahr 2024 zeigt, dass Flughafen- und Gepäckmalaria in Europa zwar weiterhin sehr selten ist, in den vergangenen Jahren jedoch vermehrt beobachtet wurde. Die Diagnose dieser Fälle wird häufig verzögert gestellt, was mit einer höheren Sterblichkeit einhergeht als bei reiseassoziiert Malaria. Während die

Diagnose bei reiseassoziiert Malaria im Durchschnitt bereits nach drei Tagen erfolgt, dauert es bei „Flughafen-Malaria“ im Durchschnitt 7,5 Tage.

Als Reaktion auf die Todesfälle in Frankfurt am Main wurden umfangreiche Präventions- und Sensibilisierungsmaßnahmen eingeleitet. Zur frühzeitigen Erkennung potenziell eingeschleppter infizierter Mücken wurden Fallen für ein verstärktes Mückenmonitoring aufgestellt. Darüber hinaus informierten die zuständigen Behörden die Ärzteschaft sowie weitere Gesundheitseinrichtungen im Großraum Frankfurt über die Vorfälle, um die Aufmerksamkeit für diese seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Erkrankung zu erhöhen und eine rasche Diagnosestellung zu fördern. Auch Bürger:innen, die in räumlicher Nähe zum Flughafen wohnen, wurden informiert, dass sie bei Beschwerden zeitnah ärztlichen Rat einholen und auf ihren Wohnort hinweisen.

Für die Allgemeinbevölkerung in Europa besteht durch diese Vorfälle kein erhöhtes Infektionsrisiko, da eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch bei Malaria tropica nicht möglich ist. Die Anophelesmücke ist bei uns nicht heimisch, in Österreich wird das Auftreten gebietsfremder Gelsenarten mittels Monitoring-Programmen überwacht.

Thema des Monats

Wenn die letzte Therapieoption unter Druck gerät: Ceftriaxon-resistente Gonokokken in Europa

Gonorrhoe zählt zu den häufigsten bakteriellen, sexuell übertragbaren Infektionen weltweit. Während die Erkrankung heute in den meisten Fällen gut behandelbar ist, bereitet eine Entwicklung Fachleuten zunehmend Sorgen: *Neisseria gonorrhoeae*, der Erreger der Gonorrhoe, entwickelt Resistenzen gegenüber Antibiotika. Besonders kritisch ist dabei die zunehmende Zahl von Stämmen, die eine verminderte Empfindlichkeit oder sogar Resistenz gegenüber Ceftriaxon aufweisen. Dieses Antibiotikum stellt derzeit die wichtigste Therapieoption für die Behandlung der Gonorrhoe dar.

Im Juli 2026 veröffentlichte das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ein Rapid Risk Assessment zur Zunahme Ceftriaxon-resistenter Gonokokken in Europa. Erstmals liegen dabei Hinweise vor, dass resistente Stämme nicht nur

durch Reiserückkehrende eingeschleppt werden, sondern innerhalb Europas weitergegeben werden.

Eine Erfolgsgeschichte der Anpassung – aus Sicht des Erregers

Die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Gonokokken ist kein neues Phänomen. Seit Einführung der ersten antimikrobiellen Therapien hat *Neisseria gonorrhoeae* sukzessive Resistenzen gegen nahezu jede eingesetzte Antibiotikaklasse entwickelt. Bereits heute werden Penicilline, Tetrazykline oder Fluorchinolone aufgrund hoher Resistenzraten nicht mehr für die empirische Therapie empfohlen. Auch Resistenzen gegenüber Azithromycin werden weltweit und europaweit regelmäßig beobachtet.

Der Erreger verfügt über ein außerordentlich anpassungsfähiges Genom. Durch Mutationen und die Aufnahme genetischer Informationen anderer Bakterien kann er neue Resistenzmechanismen rasch entwickeln. Besonders der Rachen gilt als wichtiger Ort für diese Entwicklungen, da Gonokokken dort häufig symptomlos persistieren und gleichzeitig mit anderen *Neisseria*-Arten in Kontakt kommen können. Dies begünstigt den Austausch von Resistenzgenen.

Hinzu kommt, dass eine durchgemachte Infektion keine ausreichende Immunität hinterlässt. Wiederholte Infektionen sind daher möglich, und bislang steht kein Impfstoff zur Verfügung. Dies erschwert die langfristige Kontrolle der Erkrankung zusätzlich.

Steigende Fallzahlen und zunehmende Resistenzen in Europa

Parallel zur Resistenzentwicklung steigen auch die Erkrankungszahlen. Im Jahr 2024 erreichten sie den höchsten Wert seit Beginn der europäischen Überwachung im Jahr 2009. Dabei verzeichneten Frankreich, Deutschland, Schweden und das Vereinigte Königreich in den Jahren 2025 und 2026 auch einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen mit Ceftriaxon-resistenten Stämmen. Während in den Jahren 2022 bis 2024 überwiegend einzelne, meist reiseassoziierte Fälle mit Ceftriaxon-resistenten Stämmen gemeldet wurden, wurden nun mehrere Cluster sowie epidemiologisch verknüpfte Fälle dokumentiert, die auf lokale Übertragungsketten hinweisen. Viele dieser Isolate gelten als multiresistent (MDR) oder sogar als extensiv resistent (XDR). Sie weisen neben einer Resistenz gegenüber Ceftriaxon häufig zusätzliche Resistenzen gegen Cefixim, Ciprofloxacin, Penicillin, Tetrazyklin oder Azithromycin auf. Dadurch stehen im Erkrankungsfall deutlich weniger Therapieoptionen zur Verfügung.

Situation in Österreich

Auch in Österreich wird die Resistenzentwicklung von Gonokokken kontinuierlich überwacht. Die Nationale Referenzzentrale für Gonokokken analysierte im Jahr 2025 insgesamt 517 Isolate hinsichtlich ihrer Antibiotikaempfindlichkeit. Die Ergebnisse zeigen, dass Ceftriaxon weiterhin eine sehr hohe Wirksamkeit besitzt.

Dennoch wurde 2025 erneut ein Ceftriaxon-resistenter Stamm nachgewiesen. Bereits 2022 war erstmals ein entsprechendes Isolat in Österreich identifiziert worden. Der aktuelle Stamm zeigte zusätzlich Resistenzen gegenüber Cefixim, Ciprofloxacin, Tetrazyklin und Azithromycin und erfüllte damit die Kriterien eines extensiv resistenten (XDR-)Isolats. Der betroffene Patient berichtete über sexuelle Kontakte in Österreich und Südostasien. Eine erfolgreiche Behandlung war dennoch möglich, und der Test-of-Cure bestätigte die Eradikation des Erregers.

Auch wenn Ceftriaxon in Österreich weiterhin eine hohe Wirksamkeit aufweist, zeigt das Resistenzprofil der untersuchten Gonokokken-Isolate, dass viele früher eingesetzte Antibiotika für eine empirische Therapie nicht mehr geeignet sind. Im Jahr 2025 waren 64,4 % der Isolate gegenüber Ciprofloxacin, 28,6 % gegenüber Penicillin und 81,8 % gegenüber Tetrazyklin resistent. Zudem zeigten 10,6 % der Isolate Hinweise auf eine erworbene Resistenz gegenüber Azithromycin.

Warum Surveillance entscheidend bleibt

Das aktuelle ECDC-Risk-Assessment bewertet das Risiko für die Allgemeinbevölkerung derzeit als niedrig. Gleichzeitig weisen Expert:innen darauf hin, dass die Kombination aus steigenden Fallzahlen, wiederholten Einträgen resistenter Stämme und ersten dokumentierten Übertragungsketten innerhalb Europas eine potenziell besorgniserregende Entwicklung darstellt. Sollte sich eine nachhaltige Übertragung Ceftriaxon-resistenter Stämme etablieren, könnten die derzeit empfohlenen Erstlinientherapien zunehmend an Wirksamkeit verlieren.

Besondere Bedeutung kommt daher der kulturellen Anzucht und Resistenztestung zu. Während molekularbiologische Verfahren den raschen Erregernachweis ermöglichen, können nur kulturell angezüchtete Isolate hinsichtlich ihrer Antibiotikaempfindlichkeit untersucht werden und somit eine Grundlage für eine frühzeitige Erkennung neuer Resistenzentwicklungen darstellen.

Darüber hinaus gewinnt die genomische Surveillance zunehmend an Bedeutung. Moderne Sequenzierungsmethoden ermöglichen es, Übertragungsketten nachzuvollziehen und die internationale Verbreitung bestimmter Klone besser zu verstehen. Sowohl das ECDC als auch

ationale Referenzzentralen setzen daher verstärkt auf die Verknüpfung epidemiologischer und genomischer Daten.

Was kann jede und jeder Einzelne beitragen?

Die Übertragung antibiotikaresistenter Gonokokken erfolgt über dieselben Wege wie die Übertragung antibiotikaempfindlicher Stämme. Maßnahmen zur Vermeidung und frühzeitigen Erkennung von Gonokokken-Infektionen tragen daher auch dazu bei, die Ausbreitung resistenter Erreger einzudämmen. Neben diagnostischen und epidemiologischen Maßnahmen spielen deshalb auch individuelle Präventionsstrategien eine wichtige Rolle.

Das ECDC empfiehlt insbesondere die konsequente Anwendung von Safer-Sex-Maßnahmen bei sexuellen Kontakten mit neuen oder wechselnden Partner:innen. Kondome können das Risiko einer Übertragung von Gonokokken und anderen sexuell übertragbaren Infektionen deutlich reduzieren. Darüber hinaus sollten sexuell aktive Personen entsprechend ihres individuellen Risikos regelmäßige Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen in Anspruch nehmen.

Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass eine Gonorrhoe häufig keine Beschwerden verursacht. Etwa 10 % der Infektionen bei Männern und bis zu 50 % der Infektionen bei Frauen verlaufen asymptomatisch. Auch Infektionen des Rachens oder des Rektums bleiben oftmals unbemerkt, können aber dennoch zur Weiterverbreitung des Erregers beitragen.

Da ein erheblicher Anteil der aktuell in Europa nachgewiesenen Ceftriaxon-resistenten Stämme nach wie vor mit Reisen nach Südostasien in Zusammenhang steht, sollten Reisende auf das Risiko aufmerksam gemacht werden und bei sexuellen Kontakten konsequent Schutzmaßnahmen anwenden. Bei Symptomen oder nach möglicher Exposition wird eine zeitnahe Testung empfohlen.

Wird eine Gonorrhoe diagnostiziert, sind die vollständige Durchführung der Therapie, die Teilnahme an empfohlenen Kontrolluntersuchungen (Test-of-Cure) sowie die Information von Sexualpartner:innen wichtige Maßnahmen, um weitere Übertragungen zu verhindern und ein mögliches Therapieversagen frühzeitig zu erkennen. Insbesondere bei Infektionen mit antibiotikaresistenten Stämmen kommt der Nachkontrolle eine entscheidende Bedeutung zu.

Ausblick

Derzeit steht mit Ceftriaxon weiterhin ein hochwirksames Antibiotikum zur Verfügung. Die aktuellen Entwicklungen zeigen jedoch, dass diese Situation nicht selbstverständlich ist. Die erneute Detektion eines XDR-Gonokokkenstammes in Österreich und die zunehmende Zahl Ceftriaxon-resistenter Fälle in Europa verdeutlichen die Notwendigkeit einer engen internationalen Zusammenarbeit, einer konsequenten Resistenzüberwachung sowie eines verantwortungsvollen Antibiotikaeinsatzes.

Die österreichischen Daten geben derzeit keinen Anlass zur Beunruhigung, wohl aber zur Wachsamkeit. Die wiederholte Detektion extensiv resistenter Gonokokken-Stämme zeigt, dass globale Entwicklungen auch Österreich erreichen können. Eine konsequente Resistenzüberwachung, frühzeitige Diagnostik, Therapie mit Therapieerfolgskontrolle sowie wirksame Präventionsmaßnahmen bleiben daher entscheidende Bausteine, um dem Verlust wirksamer Therapieoptionen entgegenzuwirken. Gleichzeitig geben neue antimikrobielle Wirkstoffe wie Zoliflodacin und Gepotidacin Anlass zur Hoffnung, künftig zusätzliche Therapieoptionen für die Behandlung antibiotikaresistenter Gonokokkeninfektionen zur Verfügung zu haben.

Quellen

AGES, Nationale Referenzzentrale für Gonokokken. *Jahresbericht 2025*. Wien, Juni 2026.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in the European Union/European Economic Area – Summary of results for 2024*. Stockholm, 2026.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Upsurge in ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* with evidence of domestic transmission in the EU/EEA and the UK. Rapid Risk Assessment*. 16. Juli 2026.

Pleiningner S, Indra A, Golparian D, Heger F, Schindler S, Jacobsson S, Heidler S, Unemo M. Extensively drug-resistant (XDR) *Neisseria gonorrhoeae* causing possible gonorrhoea treatment failure with ceftriaxone plus azithromycin in Austria, April 2022. *Euro Surveill*. 2022 Jun;27(24):2200455.

World Health Organization (WHO). *Gonorrhoea (*Neisseria gonorrhoeae* infection) Fact Sheet*. Genf. Zitiert im ECDC Risk Assessment.

Meldungen

Jahresbericht 2025 der Nationalen Referenzzentrale für Vektoren und Vektorenassoziierte Pathogene

Im August wurde der Jahresbericht 2025 der Nationalen Referenzzentrale für Vektoren und Vektorenassoziierte Pathogene veröffentlicht.

Im Jahr 2025 umfasste das österreichische Vektor-Monitoringprogramm Zecken und Stechmücken. Die Zecken wurden im Rahmen eines Citizen-Science-Ansatzes gesammelt, während die Stechmücken mithilfe von über das gesamte Bundesgebiet verteilten Fallen erfasst wurden. Die Vektoren wurden morphologisch bestimmt und auf ausgewählte Krankheitserreger untersucht.

Insgesamt wurden 8.298 Zecken zur Identifizierung und anschließenden Pathogenen-Analyse eingesandt. Die häufigste Zeckengattung war *Ixodes* (96 %), wobei *Ixodes ricinus* die mit Abstand am häufigsten nachgewiesene Art war. Die am häufigsten detektierten Mikroorganismen waren *Borrelia burgdorferi* sensu lato (24 %), gefolgt von *Rickettsia* spp. (13 %), *Spiroplasma ixodetis* (10 %), *Anaplasma phagocytophilum* (8 %), *Neoehrlichia mikurensis* (5 %), den Rückfallfieber-Borrelien der Art *Borrelia miyamotoi* (2 %) sowie *Francisella tularensis* (<1 %).

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 6.146 Stechmücken gesammelt. Die Mehrheit gehörte zum *Culex pipiens/torrentium*-Komplex, dem wichtigsten Vektor des WNV in Europa. Für die Untersuchung auf Krankheitserreger wurden die Mücken zu insgesamt 1.313 Pools zusammengefasst. Weder WNV noch andere untersuchte, von Stechmücken übertragene Erreger – darunter Usutu-Virus, Tahyna-Virus, Sindbis-Virus und Batai-Virus – konnten in den untersuchten Pools nachgewiesen werden.

Für das Monitoring gebietsfremder Gelsen wurden insgesamt 66.994 Gelseneier aus Ovitrap analysiert.

Referenzzentrale für Vektoren und Vektorenassoziierte Pathogene - AGES

Jahresbericht 2025 Nationale Referenzzentrale Tuberkulose

Mitte August wurde der Jahresbericht 2025 der Nationalen Referenzzentrale für Tuberkulose veröffentlicht.

Im Jahr 2025 wurden in Österreich 384 Tuberkulosefälle (TB-Fälle) registriert, das entspricht einer Inzidenz von 4,2 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen. Männer erkrankten 1,6-mal häufiger als Frauen. Es traten 104 Fälle (27,1 %) bei in Österreich Geborenen und 280 Fälle (73 %) bei nicht in Österreich Geborenen auf. Bei in Österreich Geborenen verzeichnete die Altersgruppe der männlichen ≥ 65 -Jährigen die höchste Inzidenz (3,8/100.000). Die höchste Inzidenz wurde bei nicht in Österreich Geborenen männlichen 15- bis 24-Jährigen mit 29,1 pro 100.000 Einwohner:innen registriert. Das Bundesland Wien war mit 7,7 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen am stärksten und Kärnten mit 1,6 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen am geringsten betroffen.

Von 2015 bis einschließlich 2025 sank die TB-Inzidenz in Österreich um durchschnittlich um 0,31 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen jährlich und damit insgesamt um 66 %.

Im Jahr 2025 wurden an der nationalen Referenzzentrale für TB ein Fall einer Rifampicin resistenten TB (RR-TB), vier Fälle multiresistenter TB (MDR-TB) und zwei Fälle prä-extensiv resistenter (prä-XDR-TB) TB nachgewiesen.

Tuberkulose - AGES

Jahresbericht 2025 Nationale Referenzzentrale Shigellen

Anfang September wurde der Jahresbericht 2025 der Nationalen Referenzzentrale für Shigellen veröffentlicht.

Im Jahr 2025 wurden in Österreich 98 bestätigte Fälle von Infektionen mit Shigellen gemeldet. Die Zahl der an der Nationalen Referenzzentrale eingelangten humanen *Shigella*-

Erstisolate betrug 107, das entspricht einer Inzidenz von rund 1,2 pro 100.000 Personen. Die vorherrschende Spezies war *Shigella sonnei* mit 67,3 %.

Vier Isolate waren gegenüber allen getesteten antimikrobiellen Wirkstoffgruppen sensibel. Bei 37 Isolaten konnte eine Resistenz gegen Ciprofloxacin nachgewiesen werden, bei insgesamt 49 Stämmen eine Nalidixinsäure Resistenz. Es wurden 49 *Shigella*-Isolate als ESBL (Extended spectrum β -lactamase) Bildner identifiziert.

Shigellen - AGES

Das nächste AGES-Radar erscheint am 15.10.2026.

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
CCHF	<i>Crim-Congo haemorrhagic fever</i> (Krim-Kongo hämorrhagische Fieber)
COM	Fachbereich Risikokommunikation der AGES
BDBV	Bundibugyo-Ebolavirus
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
GEA	Abteilung Gesundheitsdaten, Evidenz und Analyse
MDR	<i>Multi Drug Resistant</i> (multi-resistente Keime)
MED	Geschäftsfeld Öffentliche Gesundheit der AGES
TB	Tuberkulose
WHO	<i>World Health Organization</i> (Weltgesundheitsorganisation)
WNV	West-Nil-Virus
XDR	<i>Extensively Drug Resistant</i> (extensiv-resistente Keime)



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, September 2026