

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

6
2025

6. Februar 2025

Epidemiologisches Bulletin

**HPV-bedingte Krebserkrankungen
bei Männern – ein unterschätztes Risiko**

Inhalt

HPV-bedingte Krebserkrankungen bei Männern – ein unterschätztes Risiko

3

Im Editorial wird anlässlich des diesjährigen Weltkrebstages über Krebserkrankungen bei Männern, die durch das Humane Papillomvirus (HPV) verursacht werden berichtet: Sicher nachgewiesen ist der Zusammenhang zwischen einer HPV-Infektion und Tumoren für den an die Mundhöhle angrenzenden Teil des Rachens (Oropharynx) und den Anogenitalbereich. Es kann angenommen werden, dass in Deutschland fast 2.900 Männer pro Jahr an einem HPV-bedingten bösartigen Tumor erkranken. Diese schwerwiegenden und potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen sind durch die sehr wirksame und sichere HPV-Impfung zu einem großen Teil vermeidbar. Im Juni 2018 erweiterte die Ständige Impfkommission (STIKO) daher die für Mädchen bereits 2007 eingeführte HPV-Impfempfehlung ebenfalls auf Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren mit dem Ziel, auch Männer vor HPV-assoziierten Tumorerkrankungen zu schützen.

(Dieser Beitrag erschien online vorab am 3. Februar 2025.)

HPV-related cancer in men – an underestimated risk

On the occasion of this year's World Cancer Day, the editorial reports on cancer in men that is caused by the human papilloma virus (HPV): The connection between HPV infection and oropharyngeal and anogenital cancers has been clearly proven. It is assumed that each year, almost 2,900 men develop an HPV-related malignant tumor in Germany. These serious and potentially life-threatening diseases can largely be prevented by the very effective and safe HPV vaccination. In June 2018, the German Standing Committee on Vaccination (STIKO) therefore extended their HPV vaccination recommendation which was initially introduced for girls in 2007 to boys aged 9 to 14 years. The aim is to also protect men from HPV-associated cancer.

(Article in German)

Infektion mit Carbapenem-resistenten *Salmonella* Typhi nach Aufenthalt in Indien

8

Kongress Armut und Gesundheit – Der Public Health-Kongress in Deutschland

9

Stellenausschreibung PAE

9

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 5. Woche 2025

10

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: November 2024

13

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon: 030 18754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedorf
(Ltd. Redakteurin)
Dr. med. Maren Winkler
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistentin

Nadja Harendt

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zum Weltkrebstag 2025

HPV-bedingte Krebserkrankungen bei Männern – ein unterschätztes Risiko

Seit Anfang der 1980er-Jahre werden bestimmte Typen des Humanen Papillomvirus (HPV) als ursächlich für die Entstehung bestimmter bösartiger Tumore angesehen. Konzentrierte sich die Forschung (und Prävention) zunächst auf den Gebärmutterhalskrebs, der fast ausschließlich auf chronische HPV-Infektionen zurückgeführt wird, wurde in den letzten Jahrzehnten nach und nach entdeckt, dass auch andere Tumore mit dem durch Sexualkontakte übertragbarem Virus assoziiert und damit auch Männer betroffen sind. Sicher nachgewiesen ist der Zusammenhang zwischen einer HPV-Infektion und Tumoren für den an die Mundhöhle angrenzenden Teil des Rachens (Oropharynx) und den Anogenitalbereich. Anders als beim Gebärmutterhalskrebs spielen für diese Tumore auch andere Risikofaktoren eine Rolle (beim Oropharynxkarzinom vor allem das Rauchen), doch bei einem relevanten Anteil der Tumore in diesem Bereich lässt sich Virus-DNA im Tumorgewebe nachweisen, was in der Regel als Nachweis einer entsprechenden Ursache interpretiert wird.¹ Zudem zeigen aktuelle Studien, dass in Europa etwa einer von fünf Jungen bzw. Männern ab 15 Jahre mit mindestens einem HPV-Hochrisikotypen (v. a. HPV-16 und -18) infiziert ist, der potenziell für die Entstehung von Krebs verantwortlich sein kann. Dieser Anteil bleibt auch mit zunehmendem Alter nahezu unverändert.²

In den Jahren 2017 und 2018 wurden mehrere Schätzungen für die Krankheitslast durch HPV-induzierte Krebserkrankungen bei Männern in Deutschland veröffentlicht. Die Studien beruhen jeweils auf der bundesweiten Krebsinzidenz der genannten Krebsarten und den aus kleineren deutschen Studien oder europäischen Metaanalysen übernommenen Anteilen HPV-positiver Tumore. Auch wenn das methodische Vorgehen der Studien im Wesentlichen übereinstimmte, gab es Unterschiede bzgl. des Bezugsjahres, der im Detail einbezogenen Krebsarten und der für die Schätzung der attributablen Anteile verwendeten Studien. Insgesamt

ergaben die Schätzungen, dass jährlich zwischen 1.358 und 2.340 Männer in Deutschland an einem bösartigen Tumor als Folge einer chronischen HPV-Infektion erkranken.³⁻⁵

Inzwischen liegt vor allem für das Oropharynxkarzinom eine deutlich verbesserte Datenbasis vor. Das Gewebe dieser Tumore wird mittlerweile routinemäßig über den immunhistochemischen Nachweis einer Überexpression des Proteins p16^{INK4} (kurz: p16) auf HPV getestet, da HPV-positive Tumore auf bestimmte Behandlungen besser ansprechen und eine bessere Prognose haben als HPV-negative Tumore, so dass die entsprechenden Ergebnisse seit 2017 sogar in die Bestimmung der Tumorstadien eingehen. In einem multizentrischen Register werden diese Daten aus 34 zertifizierten Kopf-Hals-Tumorzentren (eines davon aus Österreich, die übrigen aus Deutschland) seit Anfang 2022 konsekutiv erfasst. Aus den ersten Ergebnissen ergibt sich für 2022 und 2023 bei 934 betroffenen Männern mit bekanntem HPV-Status ein Anteil von 59 % p16-positiver Tumore des Oropharynx.⁶ Zwar zeigen Studien, dass nicht jeder positive p16-Test mit dem Nachweis von HPV-DNA einhergeht,⁷ doch bei Annahme eines positiv-prädiktiven Wertes von ca. 90 % kann für Deutschland von einem HPV-attributablen Anteil von etwa 50 % ausgegangen werden. Dies deckt sich auch mit Ergebnissen einer internationalen Studie, die bei einer restriktiveren Falldefinition (mindestens zwei positive Ergebnisse bei Testung auf p16, HPV-DNA und mRNA) für Deutschland in den Jahren 2018/2019 auf einen Anteil von 48,1 % kam.⁸

Bei einer jährlichen, zuletzt stabilen Fallzahl von knapp 3.800 Oropharynxkarzinomen bei Männern lässt sich daher heute die jährliche Zahl der HPV-bedingten Fälle statt mit 640 bis 1.380³⁻⁵ mit etwa 1.900 Fällen angeben. Für Plattenepithelkarzinome des Anus und Penis hat eine aktuelle Literaturrecherche die früher ermittelten Anteile von etwa

88 % bzw. 32 %^{3,4} weitgehend bestätigt, allerdings ist die jährliche Zahl der Neuerkrankungen an beiden Tumorlokalisationen inzwischen auf rund 900 bzw. 1.000 Fälle pro Jahr gestiegen, was vor allem durch die Zunahme älterer Männer in unserer Bevölkerung erklärt werden kann.⁹ Daher kann mittlerweile von jährlich knapp 1.000 HPV-bedingten Krebsfällen im Anogenitalbereich des Mannes ausgegangen werden. Die früheren Schätzungen lagen zwischen 722 und 932 Fällen.²⁻⁴

Zusammengefasst kann heute angenommen werden, dass in Deutschland fast 2.900 Männer pro Jahr an einem HPV-bedingten bösartigen Tumor erkranken (s. Abb. 1). Gemessen an der Gesamtzahl jährlicher Krebserkrankungen bei Männern (ca. 270.000) mag diese Zahl klein erscheinen. Auf der anderen Seite handelt es sich um 2.900 schwerwiegende und potenziell lebensbedrohliche Erkrankungen pro Jahr, die – aufgrund der langen Latenzzeit von Jahren bis Jahrzehnten bis zur Tumorbildung – mittelfristig durch die sehr wirksame und sichere HPV-Impfung zu einem sehr großen Teil vermeidbar wären.

Im Juni 2018 erweiterte die Ständige Impfkommission (STIKO) die für Mädchen bereits 2007 eingeführte HPV-Impfempfehlung ebenfalls auf Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Ziel der Impfempfehlung ist es, auch Männer vor HPV-assoziierten

Tumorerkrankungen zu schützen – unabhängig von der Höhe der Mädchenimpfquote und dem daraus resultierenden möglichen Gemeinschaftsschutz.⁴

Trotz des eindeutig belegten Präventionspotenzials der HPV-Impfung¹⁰ sind fünf Jahre später in Deutschland bisher nur etwa ein Drittel der 15-jährigen Jungen vollständig gegen HPV geimpft (Stand 2023). Das bedeutet, dass etwa zwei Drittel der Jungen ohne Schutz vor den oben beschriebenen HPV-bedingten Krebserkrankungen in ihr Erwachsenenleben starten.¹¹ Schaut man sich die HPV-Impfquoten der 15-jährigen Jungen auf Bundesland- oder Kreisebene an, so zeigen sich starke regionale Unterschiede: Während in Mecklenburg-Vorpommern 50 % der Jungen vollständig geimpft sind, liegt der Anteil in Baden-Württemberg bei lediglich 23 %. Noch drastischer werden die Unterschiede auf Kreisebene sichtbar: Mit 72 % im Stadtkreis Dessau-Roßlau (Sachsen-Anhalt) ist die Impfquote achtmal höher als im Landkreis Mühldorf am Inn (Bayern), in dem lediglich 9 % der Jungen geimpft sind. Keine andere Impfung im Kindes- und Jugendalter weist in Deutschland solche extremen regionalen Unterschiede auf. Die regionalen Unterschiede bedeuten auch, dass der HPV-Impfschutz zurzeit mit dem Wohnort eines Kindes zusammenhängt – ein Umstand, der im Sinne des „Equity“-Gedankens¹² nicht akzeptabel ist.

Jährliche Fallzahl

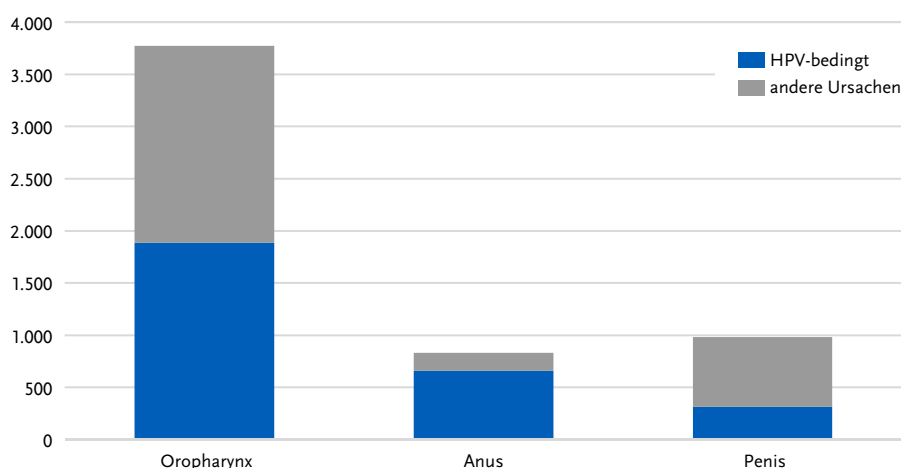


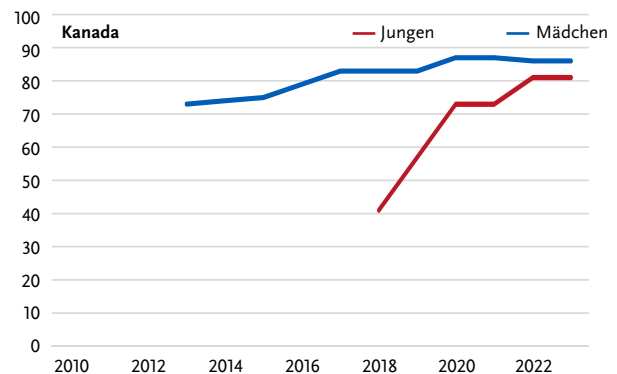
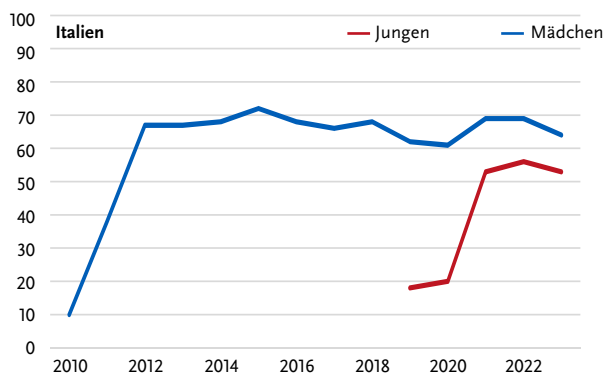
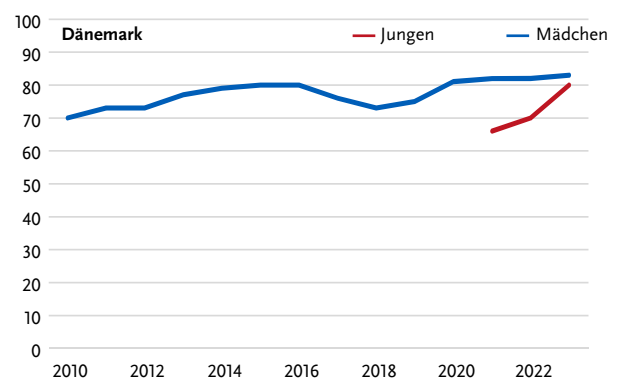
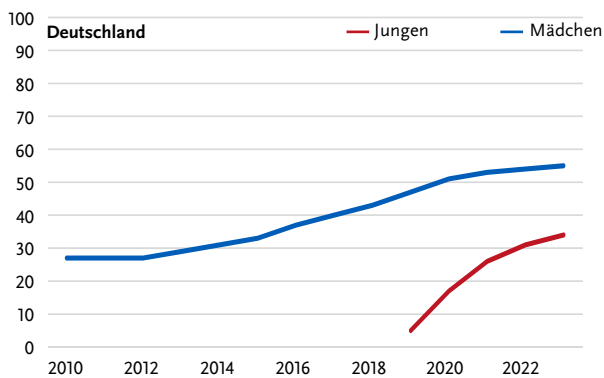
Abb. 1 | Inzidente Fälle bösartiger Tumoren des Oropharynx, Anus und Penis bei Männern in Deutschland (2021) und geschätzter Anteil, der einer HPV-Infektion zugeschrieben werden kann.

Dass die HPV-Impfquoten bei 15-jährigen Jungen fünf Jahre nach der STIKO-Empfehlung bundesweit so niedrig sind und mit 20 Prozentpunkten deutlich unter denen der gleichaltrigen Mädchen liegen, wird häufig als zwangsläufige Folge der kurzen Zeitspanne seit Empfehlung dargestellt. Dass aber ähnlich (hohe) Impfquoten für Jungen und Mädchen durchaus in einem kurzen Zeitraum erreicht werden können, zeigen die Beispiele aus drei westlichen Industrieländern (s. Abb. 2).

Studien bestätigen immer wieder, dass eine Empfehlung von medizinischem Personal nach wie vor die vertrauenswürdigste Informationsquelle darstellt und einen sehr wichtigen Einfluss auf Impfentscheidungen hat.¹³ Noch unveröffentlichte Daten aus zwei Repräsentativbefragungen von Eltern mit Kindern im Alter von 9 bis 14 Jahren sowie von medizinischem Personal in pädiatrischen Praxen

im Jahr 2023 in Deutschland innerhalb des Projektes InveSt HPV (Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland)¹⁴ zeigen jedoch, dass weniger als die Hälfte der Eltern eine aktive Empfehlung ihres Arztes oder ihrer Ärztin zur HPV-Impfung erhalten hatte. Darüber hinaus gab medizinisches Personal in der Befragung eine etwas negativere Einstellung zur HPV-Impfung von Jungen im Vergleich zu Mädchen an. Gleichzeitig war die Bereitschaft der Eltern, ihre Söhne gegen HPV impfen zu lassen, geringer als bei Töchtern. Die Daten legen den Schluss nahe, dass gerade Eltern von Jungen häufiger auf eine Aufklärung über das präventive Potenzial der HPV-Impfung und eine Empfehlung des medizinischen Personals angewiesen wären; dabei begegnen sie medizinischem Personal, dass die Impfung von Jungen etwas weniger befürwortet als die Mädchenimpfung.

HPV-Impfquote in %



Jahr

Abb. 2 | HPV-Impfquoten für 15-jährige Mädchen und Jungen (vollständige Impfserie) für Deutschland,¹⁷ Dänemark, Italien und Kanada, nach¹⁸; 2010–2023.

Es gibt aber durchaus auch ermutigende Beispiele aus Deutschland: Im bereits erwähnten Kreis Dessau-Roßlau lagen die Impfquoten für Mädchen und Jungen im innerdeutschen Vergleich mit 81 % bzw. 72 % nicht nur auf einem bemerkenswert hohen Niveau und damit nicht mehr weit entfernt von dem Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Kommission der Europäischen Union (EU), einer Impfquote von mindestens 90 % bei Mäd-

chen.^{15,16} Die Impfquoten unterschieden sich darüber hinaus im Kreis Dessau-Roßlau zwischen beiden Geschlechtern auch nur noch um weniger als 10 Prozentpunkte. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass auch in Deutschland innerhalb kurzer Zeit hohe Impfquoten für Mädchen und Jungen erreicht werden können – ein wichtiger Impuls auf dem Weg zu einem besseren Schutz vor HPV-bedingten Erkrankungen auch für Männer.

Literatur

- 1 IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2007;90: 1-636. PMID: 18354839.
- 2 Bruni L et al (2023): Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 11 (2023), pp. e1345-e13624.
- 3 Buttman-Schweiger N, Deléré Y, Klug SJ, Kraywinkel K (2017) Cancer incidence in Germany attributable to human papillomavirus in 2013. *BMC Cancer* 16;17(1):682. doi: 10.1186/s12885-017-3678-6.
- 4 AG HPV der Ständigen Impfkommission (STIKO): Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. *Epid Bull* 2018;26:233-250. DOI 10.17886/EpiBull-2018-032.1
- 5 Gredner T, Behrens G, Stock C, Brenner H, Mons U (2018) Cancers Due to Infection and Selected Environmental Factors. Estimation of the attributable cancer burden in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 115: 586-93. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0586.
- 6 Beutner D, Bevis N, Derad C, Asendorf T, Tostmann R, Iro H, Klußmann, JP, Guntinas-Lichius, O (2024). Das multizentrische Register „Oropharynxkarzinom“ des Deutschen Studien-zentrums für HNO – erste Ergebnisse. *Laryngo-Rhino-Otologie*, . DOI:10.1055/a-2374-2310.
- 7 Mehanna et al. (2023): Prognostic implications of p16 and HPV discordance in oropharyngeal cancer (HNCIG-EPIC-OPC): a multicentre, multinational, individual patient data analysis. *The Lancet Oncology*. DOI: 10.1016/S1470-2045(23)00013-X.
- 8 Alemany L. et al. (2024) Preliminary results of the BROADEN study: Burden of human papillomavirus-related head and neck cancers. *Annals of Oncology*, 35, 647-648. DOI:10.1016/j.annonc.2024.08.988
- 9 Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten. Mortalitätsdaten bereitgestellt vom Statistischen Bundesamt. www.krebsdaten.de/abfrage, Letzte Aktualisierung: 05.09.2024, Abrufdatum: 16.01.2025
- 10 Baandrup L et al (2024): Human papillomavirus vaccination and anal high-grade precancerous lesions and cancer – a real-world effectiveness study. *J Natl Cancer Inst.* 2024 Feb 2;116(2):283-287.
- 11 Rieck T, Steffen A, Feig M, Rau C: Impfquoten in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus dem RKI-Impfquotenmonitoring. *Epi Bull* 2024;50:3-10. DOI: 10.25646/12956.3.
- 12 WHO Regional Office for Europe (2024) A practical guide to identifying, addressing and tracking inequities in immunization. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EU-RO-2024-9917-49689-74446>.
- 13 Oh NL, Biddell CB, Rhodes BE, Brewer NT (2021). Provider communication and HPV vaccine uptake: A meta-analysis and systematic review. *Preventive Medicine* 148: 106554. DOI 10.1016/j.ypmed.2021.106554

- 14 InveSt HPV – Modul 2. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV_Modul2.html?nn=16770036
- 15 World Health Organization (2020) Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf?sequence=1>. Zugegriffen: 15. Januar 2025
- 16 European Commission (2021) Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the commission to the European Parliament and the Council. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf. Zugegriffen: 15. Januar 2025
- 17 RKI (2024) VacMap – Dashboard zum Impfgeschehen in Deutschland. <https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/StartdashboardNavigation?%3Aembed=y&%3Atabs=n>. Zugegriffen: 23. Januar 2025
- 18 World Health Organization (2024) Immunization data. <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Vaccination-coverage&location=>. Zugegriffen 15. Januar 2025.

Autorinnen und Autoren

^{a)} Dr. Klaus Kraywinkel | ^{b)} Dr. Anja Takla

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, ZfKD Zentrum für Krebsregisterdaten

^{b)} Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie, FG 33 Impfprävention

Korrespondenz: KraywinkelK@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Kraywinkel K, Takla A: Zum Weltkrebstag 2025: HPV-bedingte Krebserkrankungen bei Männern – ein unterschätztes Risiko

Epid Bull 2025;6:3-7 | 10.25646/12991.2

(Dieser Artikel ist online vorab am 3. Februar 2025 erschienen.)

Interessenkonflikt

Die Autorin und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Infektion mit Carbapenem-resistenten *Salmonella* Typhi nach Aufenthalt in Indien

Wir berichten über den ersten dem Robert Koch-Institut (RKI) bekannten Nachweis von Carbapenem-resistenten *Salmonella* (*S.*) Typhi in Deutschland bei einer Person, die nach einer Indienreise 2024 an Typhus erkrankte.

Der Erreger wies zusätzlich Resistenzen gegenüber Penicillinen, Cephalosporinen der 3. Generation, Fluorchinolonen und Tetracyclinen auf. Mittels Genomsequenzanalyse wurden die Resistenzgene *bla*NDM-5, *bla*CTX-M-15, *qnrS1* und *tet(A)* nachgewiesen. Der Erreger war empfindlich u. a. gegenüber Trimethoprim-Sulfamethoxazol, Chloramphenicol und Azithromycin, daher sind die Kriterien für eine Multiresistenz (MDR; definiert als Resistenz gegenüber Chloramphenicol, Ampicillin und Trimethoprim-Sulfamethoxazol) und eine extensive Antibiotikaresistenz (XDR; definiert als MDR plus Resistenz gegenüber Fluorchinolonen und Cephalosporinen der 3. Generation) nicht erfüllt und die Person konnte erfolgreich mit Trimethoprim-Sulfamethoxazol behandelt werden.

Dieser nach einer Indienreise aufgetretene Fall ist ein weiterer Hinweis auf die zunehmenden Antibiotikaresistenzen von *S. Typhi* in endemischen Gebieten in Asien, welche auch zunehmend Relevanz für die erfolgreiche Behandlung von Typhuspatientinnen und -patienten haben. So wird z. B. seit November 2016 die endemische Verbreitung von XDR *S. Typhi* in Pakistan beobachtet und für die Behandlung entsprechender Infektionen häufig Azithromycin und/oder Carbapeneme (insbesondere Meropenem) eingesetzt. Seitdem wurden XDR *S. Typhi* bei Reiserückkehrenden aus Pakistan in vielen Ländern beobachtet, [auch in Deutschland](#). In einem [Fallbericht aus Pakistan](#) wurde bereits XDR *S. Typhi* mit zusätzlicher Resistenz gegenüber Carbapenemen und Azithromycin beschrieben.

Beim Nachweis von *S. Typhi* bei Reiserückkehrenden (insbesondere aus Asien) ist angesichts der

Resistenzentwicklung die Erstellung eines Antibiotogramms für die Therapieplanung unverzichtbar.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) und die Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e. V. (DTG) empfehlen eine Impfung gegen Typhus bei:

- ▶ Allen Reisen unabhängig vom Reisetil in die folgenden Länder: Pakistan, Indien, Nepal, Afghanistan und Bangladesch
- ▶ Reisen unter einfachen Reise-, Aufenthalts- und Arbeitsbedingungen in alle endemischen Gebiete mit niedrigen Hygienestandards in Asien, Afrika, Mittel- und Südamerika
- ▶ Langzeitaufenthalten (>4 Wochen) in endemischen Gebieten
- ▶ Reisen von Personen mit Migrationshintergrund in Herkunftsländer mit erhöhtem Risiko

Typhusimpfstoffe stehen in Deutschland für Reisende bereits ab einem Alter von zwei Jahren zur Verfügung.

Weitere Informationen zur Impfempfehlung, zu in Deutschland verfügbaren Impfstoffen und zu empfohlenen Impfschemata finden Sie in den [Empfehlungen der STIKO und der DTG zu Reiseimpfungen](#).

Reisende in Regionen, in denen Typhus verbreitet ist, sollten empfohlene Reiseimpfungen wahrnehmen und auf sorgfältige Nahrungs- und Trinkwasserhygiene achten.

Das RKI führt keine reisemedizinische Beratung durch.

Kongress Armut und Gesundheit – Der Public Health-Kongress in Deutschland

Unter dem Motto „Gesundheit fördern, heißt Demokratie fördern“ diskutiert der Kongress Armut und Gesundheit in diesem Jahr am 17. und 18. März im Henry-Ford-Bau der Freien Universität in Berlin-Dahlem. Unter www.armut-und-gesundheit.de können Sie das Programm mit mehr als 90 Veranstaltungen einsehen und sich zum Kongress anmelden.

Seit 1995 schafft der Kongress ein kontinuierliches Problembewusstsein für gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland. Einmal im Jahr kommen Akteurinnen und Akteure aus Wissenschaft, Gesundheitswesen, Politik, Praxis und Zivilgesell-

schaft zusammen. Gemeinsam diskutieren sie gesellschaftliche Strukturen und Veränderungspotenziale. Aktuelle Forschungsergebnisse werden dabei ebenso vorgestellt und vertieft wie neue Strategien, Lösungsansätze und Erfahrungen aus der Praxis. In 2025 begeht der Kongress sein 30-jähriges Jubiläum.

Der Veranstalter dieses Kongresses ist Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. und zahlreiche weitere Partner. Für weitere Informationen oder Rückfragen können Sie sich per E-Mail (kongress@gesundheitbb.de) oder Telefon (030 44 31 9073) an die Veranstalter wenden .

Stellenausschreibung

Teilnahme als Fellow an der zweijährigen Postgraduierenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE)

Die Ausbildung richtet sich an Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus einem Public-Health-relevanten Fach (Medizin, Gesundheitswissenschaften).

Alle Ausbildungsinhalte sind an der Praxis orientiert und darauf ausgerichtet, im konkreten Fall die geeigneten Maßnahmen für die Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten zu ermitteln und umzusetzen. Inhaltliche Schwerpunkte des Programms sind dabei:

- ▶ Bearbeitung von Surveillance- und Public-Health-relevanten Forschungsprojekten und Publikation der Ergebnisse
- ▶ Durchführung von Ausbruchsuntersuchungen
- ▶ Mitarbeit bei vielfältigen Routineaufgaben in der Infektionsepidemiologie
- ▶ Planung und Durchführung von Lehrveranstaltungen

Die Teilnehmenden sind in der Abteilung für Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut (RKI) tätig.

Es besteht die Möglichkeit, sich für einen in das Ausbildungsprogramm integrierten Master of Science in Applied Epidemiology (MSAE) einzuschreiben, der in Kooperation mit der Charité angeboten wird.

Bewerbungsfrist ist der 9. Februar 2025, Beginn der Ausbildung ist am 8. September 2025.

Die [vollständige Stellenausschreibung](#) kann auf der Website des RKI eingesehen werden. Nähere Informationen zum Ausbildungsprogramm finden sich unter www.rki.de/pae.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

5. Woche 2025 (Datenstand: 5. Februar 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.
	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.
Baden-Württemberg	31	234	280	5	46	83	6	24	20	314	1.243	653	48	163	80
Bayern	38	369	444	19	78	70	8	22	19	308	1.455	1.886	59	301	156
Berlin	13	124	143	6	32	34	3	13	4	122	614	899	19	107	52
Brandenburg	17	122	128	1	15	26	1	13	9	175	678	839	70	346	117
Bremen	2	37	16	1	2	4	0	4	1	13	64	55	2	8	4
Hamburg	4	76	87	0	8	17	2	9	2	40	173	370	11	36	15
Hessen	25	174	212	9	49	31	6	39	14	163	945	385	47	220	113
Mecklenburg-Vorpommern	15	95	65	2	8	26	6	17	7	137	465	353	10	62	43
Niedersachsen	27	281	313	12	61	65	6	43	46	231	1.166	938	51	313	81
Nordrhein-Westfalen	92	781	847	21	131	114	17	88	71	548	3.249	2.450	105	525	245
Rheinland-Pfalz	33	212	197	5	34	34	2	15	10	162	856	465	27	166	64
Saarland	5	52	60	0	4	7	2	5	2	42	246	137	20	108	21
Sachsen	43	227	282	9	50	55	3	22	25	398	1.523	1.300	68	201	169
Sachsen-Anhalt	21	116	108	8	48	34	5	10	9	184	717	660	69	199	34
Schleswig-Holstein	14	119	134	0	11	18	4	22	12	44	283	375	14	95	70
Thüringen	22	113	115	4	50	34	5	11	7	129	563	583	35	190	120
Deutschland	402	3.132	3.431	102	627	652	76	357	258	3.010	14.240	12.348	655	3.040	1.384

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.
	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.
Baden-Württemberg	0	9	13	47	169	244	29	90	118	10	42	61	4.185	10.366	10.566
Bayern	1	16	6	79	307	397	29	122	159	10	48	65	9.318	22.123	19.530
Berlin	0	4	3	28	140	156	12	49	45	6	31	29	2.028	6.182	3.012
Brandenburg	1	2	9	8	37	42	4	14	21	2	6	9	2.474	5.551	3.331
Bremen	0	1	1	6	23	37	3	9	8	1	9	8	162	325	337
Hamburg	1	5	2	21	94	105	14	26	36	1	9	29	1.041	2.753	1.720
Hessen	0	8	4	30	139	169	18	61	57	6	36	34	2.617	6.388	4.390
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	4	4	9	27	2	7	12	1	4	5	1.283	3.199	2.638
Niedersachsen	3	16	9	27	128	256	24	71	90	3	25	15	3.376	7.573	4.691
Nordrhein-Westfalen	3	17	28	124	406	582	52	160	224	24	77	77	9.010	20.551	12.868
Rheinland-Pfalz	0	7	3	41	136	171	11	29	40	3	18	19	1.987	4.658	3.968
Saarland	0	2	2	9	28	33	3	11	24	0	5	4	291	833	543
Sachsen	0	4	3	9	41	46	4	21	25	2	5	15	5.757	12.548	10.074
Sachsen-Anhalt	0	2	1	11	37	34	3	12	18	1	9	8	2.474	6.068	6.173
Schleswig-Holstein	0	0	2	9	46	64	5	30	35	3	7	6	1.146	2.749	1.650
Thüringen	0	1	1	6	21	19	4	14	13	2	5	7	2.738	6.089	3.325
Deutschland	9	94	91	459	1.761	2.382	217	726	925	75	336	391	49.887	117.956	88.816

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.
Baden-Württemberg	1	2	2	0	0	3	0	0	0	31	127	140	71	398	320
Bayern	0	2	4	1	7	7	0	0	0	44	212	208	176	799	435
Berlin	1	3	5	1	2	4	0	0	0	6	35	10	21	137	137
Brandenburg	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8	63	61	13	90	73
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	2	10	5
Hamburg	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2	17	21	9	61	55
Hessen	1	4	2	0	3	6	0	0	0	20	81	25	19	94	70
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	24	3	10	39	31
Niedersachsen	0	0	1	1	4	2	0	0	0	11	90	21	41	173	139
Nordrhein-Westfalen	2	4	18	0	4	17	0	1	0	29	146	97	87	440	249
Rheinland-Pfalz	0	1	1	0	0	4	0	0	0	13	65	32	20	105	66
Saarland	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	20	8	0	18	11
Sachsen	1	1	0	0	0	1	0	0	0	19	108	44	41	224	239
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	20	122	21	2	18	20
Schleswig-Holstein	0	0	0	1	1	2	0	0	0	4	17	10	13	59	64
Thüringen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	18	112	68	3	31	38
Deutschland	7	20	34	4	22	49	0	1	0	234	1.243	773	528	2.696	1.952

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.	5.	1.-5.	1.-5.
Baden-Württemberg	0	7	5	14	101	92	0	7	4	3	9	5	215	1.582	4.455
Bayern	0	9	11	29	105	147	3	30	22	2	11	12	396	2.273	9.656
Berlin	1	7	15	14	67	72	0	2	2	3	7	12	167	954	1.374
Brandenburg	0	1	2	5	15	21	0	13	10	1	6	3	142	665	1.054
Bremen	0	0	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	5	57	259
Hamburg	2	4	3	9	42	34	0	2	5	2	5	4	80	366	797
Hessen	0	2	10	8	95	137	1	10	13	2	6	7	186	1.144	3.123
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	1	6	5	1	9	1	0	2	1	90	538	1.188
Niedersachsen	0	4	11	10	53	85	3	17	22	2	12	16	179	1.041	3.003
Nordrhein-Westfalen	3	13	20	48	228	191	10	73	52	7	24	28	589	3.005	8.140
Rheinland-Pfalz	1	2	2	6	45	39	2	4	7	0	3	2	205	838	2.132
Saarland	0	1	0	2	4	8	1	1	2	1	2	3	45	226	716
Sachsen	0	1	4	10	32	19	7	29	22	0	1	9	267	1.524	2.656
Sachsen-Anhalt	0	0	2	4	19	17	1	4	9	1	7	2	112	692	1.288
Schleswig-Holstein	0	2	8	2	25	26	2	6	2	0	0	2	96	587	1.149
Thüringen	0	1	2	1	14	11	1	3	4	0	5	4	79	454	1.170
Deutschland	7	54	96	163	855	907	32	211	177	24	100	110	2.853	15.946	42.160

1 Infektion und Kolonisation

(*Acinetobacter* spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2025		2024
	5.	1.-5.	1.-5.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	0	63
Bornavirus-Erkrankung	0	0	2
Botulismus	0	0	1
Brucellose	0	0	3
<i>Candida auris</i> , invasive Infektion	0	3	0
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	0	2
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	4	11
Denguefieber	8	86	127
Diphtherie	1	5	13
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	1	5	5
Giardiasis	31	239	253
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	26	211	237
Hantavirus-Erkrankung	2	21	44
Hepatitis D	0	0	5
Hepatitis E	74	438	431
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	4	5
Kryptosporidiose	21	169	169
Legionellose	29	170	164
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	1	15
Listeriose	12	55	70
Malaria	22	86	106
Meningokokken, invasive Infektion	8	48	34
Mpox	7	63	6
Nicht-Cholera-Vibrien-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	0	5
Paratyphus	0	0	5
Pneumokokken, invasive Infektion	259	1.434	1.138
Q-Fieber	0	1	8
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	3.936	11.396	20.182
Shigellose	38	194	148
Trichinellose	0	0	1
Tularämie	0	5	21
Typhus abdominalis	2	8	4
West-Nil-Fieber	0	2	2
Yersiniose	40	214	281
Zikavirus-Erkrankung	0	1	3

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen

gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

Berichtsmonat: November 2024 (Datenstand: 1. Februar 2025)

	Syphilis*			HIV-Infektion			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	November	Januar – November		November	Januar – November		November	Januar – November		November	Januar – November	
Baden-Württemberg	–	–	–	25	356	316	2	36	30	0	0	8
Bayern	–	–	–	44	544	600	1	36	37	0	3	4
Berlin	–	–	–	17	251	249	3	13	13	0	0	0
Brandenburg	–	–	–	6	72	68	0	5	4	0	0	1
Bremen	–	–	–	5	64	58	0	1	1	0	0	0
Hamburg	–	–	–	20	198	209	0	10	5	0	0	0
Hessen	–	–	–	15	175	176	0	14	18	0	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	–	–	–	8	54	46	1	1	3	0	0	0
Niedersachsen	–	–	–	18	254	276	1	11	20	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	–	–	–	47	509	573	4	24	34	1	3	1
Rheinland-Pfalz	–	–	–	7	123	132	0	5	5	0	1	0
Saarland	–	–	–	2	27	18	1	1	0	0	0	0
Sachsen	–	–	–	15	115	142	1	8	2	0	2	0
Sachsen-Anhalt	–	–	–	6	79	84	1	2	3	0	0	0
Schleswig-Holstein	–	–	–	11	113	82	0	3	5	0	0	0
Thüringen	–	–	–	4	47	47	0	1	2	0	0	1
Deutschland	–	–	–	250	2.981	3.076	15	171	182	1	10	15

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

* Derzeit stehen keine aktualisierten Daten zur Syphilis zur Verfügung.