

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

**36
2025**

4. September 2025

Epidemiologisches Bulletin

**Strukturelle Voraussetzung
für die Aufgabenwahrnehmung
von Hygienebeauftragten**

Inhalt

Strukturelle Voraussetzung für die Aufgabenwahrnehmung von Hygienebeauftragten 3

Hygienebeauftragte sind Ansprechpartner und Multiplikatoren für Fragen der Hygiene in ihrem Verantwortungsbereich und wirken auf die Einhaltung der Hygieneregeln hin. Die KRINKO weist darauf hin, dass zur gewissenhaften Erfüllung dieser Aufgaben und zur Vermeidung von Konflikten mit klinischen Tätigkeiten der Umfang der Freistellung zur Erfüllung der definierten Aufgaben schriftlich zu hinterlegen ist. Im Rahmen der regelhaften infektionshygienischen Überwachung von acht Kieler Krankenhäusern wurden im Zeitraum Januar 2024 bis Mai 2025 die Freistellungsregeln mittels standardisierter Fragebögen erhoben.

Structural prerequisites for the performance of hygiene representatives' duties

Hygiene representatives are contact persons and multipliers for hygiene issues within their area of responsibility and promote compliance with hygiene regulations. In order to conscientiously fulfill these duties and to avoid conflicts with clinical activities, the KRINKO recommends a written documentation of leave of absence. As part of the regular infection control monitoring of eight Kiel hospitals, the leave of absence regulations were assessed using standardized questionnaires between January 2024 and May 2025.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 35. Woche 2025 9

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: Juni 2025 12

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Redaktionsassistentz

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.

Strukturelle Voraussetzung für die Aufgabenwahrnehmung von Hygienebeauftragten

Analyse der Freistellungsregeln in Kieler Kliniken

Einleitung

Gesundheitsämter führen gemäß § 23 Absatz 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG)¹ die infektionshygienische Überwachung von medizinischen Einrichtungen durch und überprüfen dabei u. a. die strukturellen Voraussetzungen zur Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene. Die strukturellen Voraussetzungen sind in den Landesverordnungen zur Infektionsprävention bzw. Krankenhaushygiene in medizinischen Einrichtungen geregelt. Maßstab der infektionshygienischen Überwachung sind gemäß § 23 Absatz 3 IfSG die Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO, vormals Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention).

Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte sowie hygienebeauftragte Pflegekräfte haben gemäß der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“² als wesentliche Multiplikatoren eine zentrale Rolle im Hygienemanagement.

Die Abgrenzung von Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragten ist dabei stets zu beachten. Zum Hygienefachpersonal zählen Hygienefachkräfte und Krankenhaushygienikerinnen/-hygieniker, die jeweils eine spezifische Fachweiterbildung absolviert haben. Hygienefachkräfte und Krankenhaushygienikerinnen/-hygieniker beraten in allen Fragen der Krankenhaushygiene, bewerten die vorhandenen Risiken und leiten daraus Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von (Krankenhaus-)Infektionen ab. Der Umfang der Beratungsleistung ist gemäß KRINKO-Empfehlung² vom Risikoprofil der jeweiligen Einrichtung abhängig.

Hygienebeauftragte dagegen haben eine Fortbildung zu wesentlichen Eckpunkten der Hygiene absolviert und nehmen folgende Aufgaben wahr:

- ▶ „Hygienebeauftragte sind Ansprechpartner und Multiplikatoren für Fragen der Hygiene in ihrem Verantwortungsbereich.
- ▶ Hygienebeauftragte wirken auf die Einhaltung der Regeln der Hygiene hin. Dafür müssen sie sowohl die Organisation als auch die Arbeitsabläufe in der jeweiligen Einrichtung gut kennen und mit den Hygieneanforderungen in Einklang bringen.

Krankenhaushygienikerinnen/-hygieniker, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte ergänzen sich in ihrer Tätigkeit, können sich aber nicht gegenseitig ersetzen“.³

In der aktualisierten KRINKO-Empfehlung von 2023 wurden die spezifischen Rahmenbedingungen, unter denen sowohl hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte als auch hygienebeauftragte Pflegekräfte ihre Aufgaben erfüllen können, neu formuliert. Die KRINKO weist darauf hin, dass zur gewissenhaften Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Vermeidung von Konflikten mit klinischen Tätigkeiten der Umfang der Freistellung zur Erfüllung der definierten Aufgaben schriftlich zu hinterlegen ist.²

Diesen Aspekt der KRINKO-Empfehlung aufgreifend wurde die infektionshygienische Überwachung in Kiel dahingehend ergänzt, dass eine explizite Erhebung der Regelungen zu Freistellungszeiten für Hygienebeauftragte stattfand. Die infektionshygienische Überwachung erfolgt als Ortsbesichtigung, die um zusätzliche Instrumente ergänzt wird.⁴ Bei der Erhebung der Freistellungszeiten wurden Abfragen bzw. Selbstauskunftsbögen als Instrumente genutzt.

Methode

Im Rahmen der regelhaften infektionshygienischen Überwachung von acht Kieler Krankenhäusern erfolgte von Januar 2024 bis Mai 2025 eine Erhe-

bung je Klinik bzw. Abteilung mittels standardisierter Fragebögen zu Freistellungszeiten sowohl für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte als auch für hygienebeauftragte Pflegekräfte. Die Krankenhäuser unterscheiden sich in ihrer Größe und Struktur (Belegkliniken bis Uniklinikum, ca. 45 Betten bis ca. 1.000 Betten). Die Abfrage erfolgte in 39 Kliniken bzw. Abteilungen der Krankenhäuser unter Bezugnahme auf die zugrundeliegende KRINKO-Empfehlung. Die Fragen zielten darauf, ob und in welchem Umfang Freistellungszeiten für die Aufgabenwahrnehmung als hygienebeauftragte Ärztin/Arzt bzw. hygienebeauftragte Pflegekraft schriftlich festgelegt waren.

Ergänzend zu den Fragebögen wurden Freistellungszeiten von Hygienebeauftragten als Schwerpunktthema bei den etablierten begleitenden Gesprächen vor und/oder nach den Ortsbesichtigungen sowie bei Hygienekommissionssitzungen wiederholt zur Sprache gebracht.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 39 Kliniken bzw. Abteilungen in die Erhebung einbezogen. Zum Zeitpunkt der

ersten Erhebung im Februar 2024 war in keiner Klinik bzw. Abteilung eine Freistellungszeit für hygienebeauftragte Ärztinnen/Ärzte und hygienebeauftragte Pflegekräfte in der Form geregelt, dass diese verbindlich festgelegt und schriftlich fixiert war. Zu diesem Zeitpunkt war eine anlassbezogene Freistellung etabliert.

Bis Mai 2025 wurde das Amt für Gesundheit von allen 39 Kliniken bzw. Abteilungen über die jeweiligen Regelungen zur Freistellung von Hygienebeauftragten informiert. Unterschiede gab es sowohl bei Festlegungen für die einzelnen Kliniken bzw. Abteilungen eines Krankenhauses, als auch bei Festlegungen für hygienebeauftragte Ärztinnen/Ärzte und für hygienebeauftragte Pflegekräfte (s. Abb. 1 und Abb. 2). Für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte erfolgte in 21 Kliniken bzw. Abteilungen die Festlegung einer bestimmten Stundenzahl zur Aufgabenwahrnehmung und in 18 Kliniken bzw. Abteilungen blieb es bei der Aussage „anlassbezogen“. Für hygienebeauftragte Pflegekräfte erfolgte in 19 Kliniken bzw. Abteilungen die Festlegung einer bestimmten Stundenzahl und in 20 Kliniken bzw. Abteilungen blieb es bei der Aussage „anlassbezogen“.

Freistellung Stunden pro Person/Monat

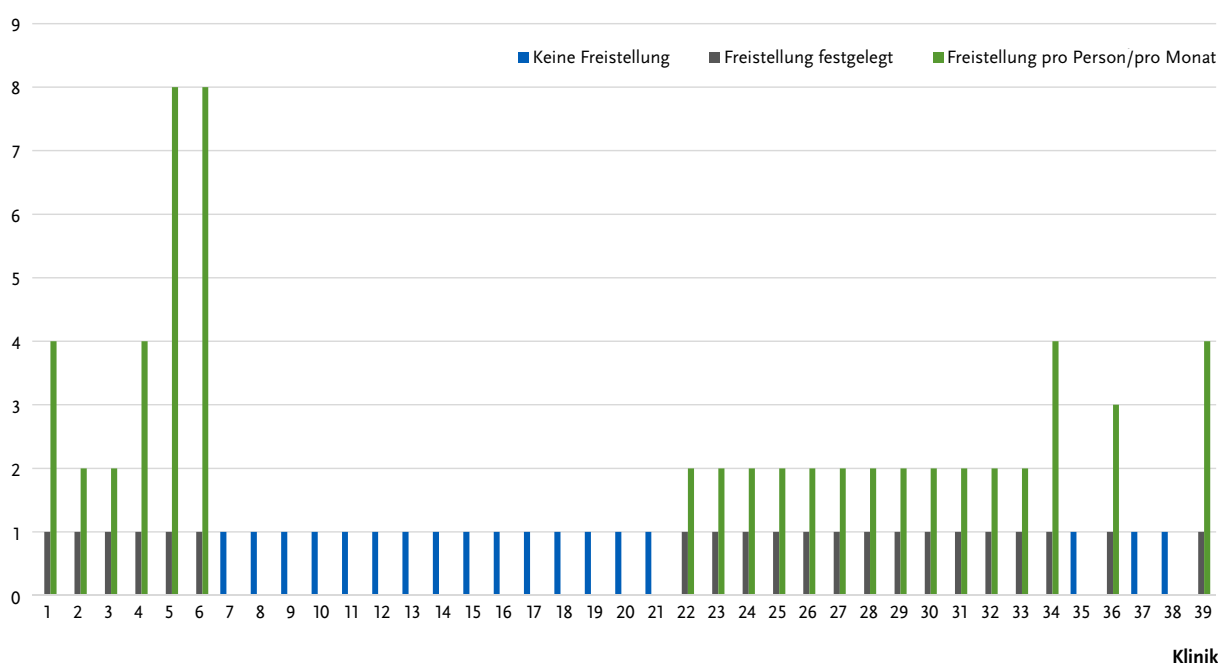


Abb. 1 | Einrichtungsspezifische Festlegung der Freistellung ärztlicher Hygienebeauftragter, Untersuchung Amt für Gesundheit Kiel, 2024–2025

Freistellung Stunden pro Person/Monat

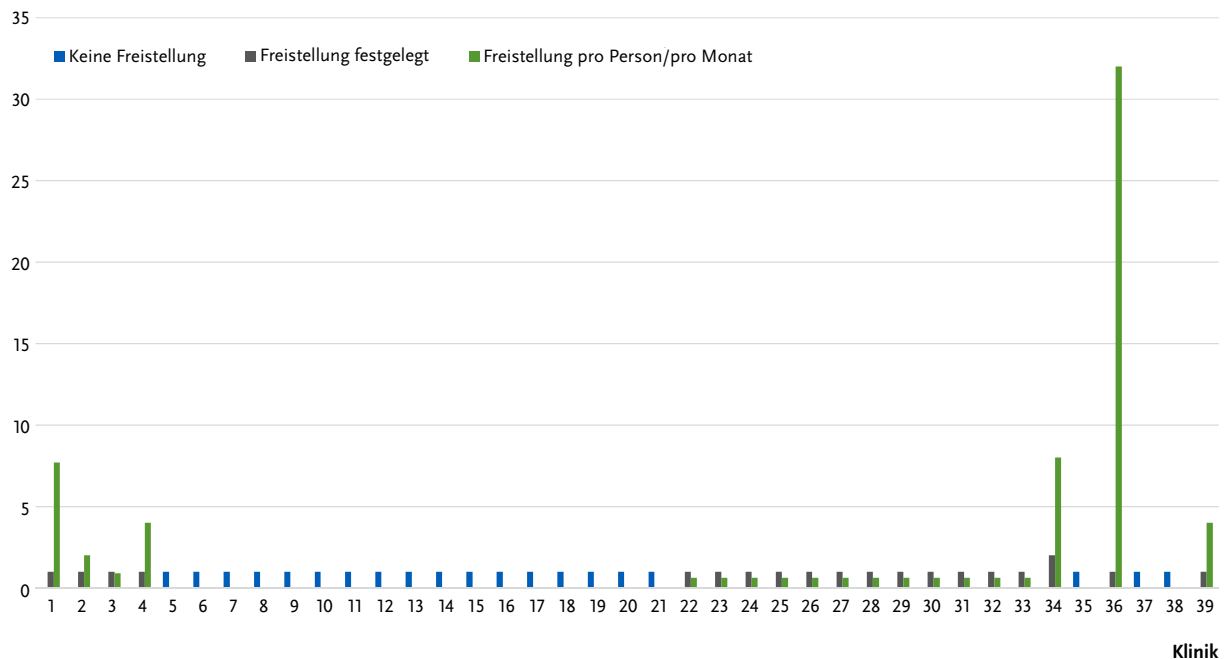


Abb. 2 | Einrichtungsspezifische Festlegung der Freistellung Hygienebeauftragter in der Pflege, Untersuchung Amt für Gesundheit Kiel, 2024–2025

Die Freistellungszeiten für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte variierten von zwei bis acht Stunden pro Monat sowie „anlassbezogen“. Dabei gab es deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken bzw. Abteilungen. Die „anlassbezogenen“ Freistellungszeiten wurden definiert als „nicht festgelegt“ bzw. null Stunden. Die Freistellungszeiten für hygiene-

beauftragte Pflegekräfte variierten zwischen null bis 32 Stunden pro Monat. Deutliche Unterschiede gab es auch hier zwischen den Kliniken bzw. Abteilungen. Außerdem sind Unterschiede zwischen der Festlegung für ärztliche Hygienebeauftragte und Hygienebeauftragte in der Pflege innerhalb der Kliniken bzw. Abteilungen zu erkennen (s. Abb. 3 und Abb. 4).

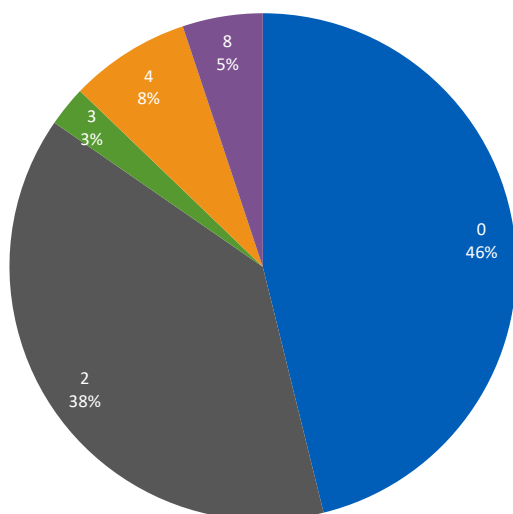


Abb. 3 | Stundenanzahl Freistellung ärztliche Hygienebeauftragte, Untersuchung Amt für Gesundheit Kiel, 2024–2025

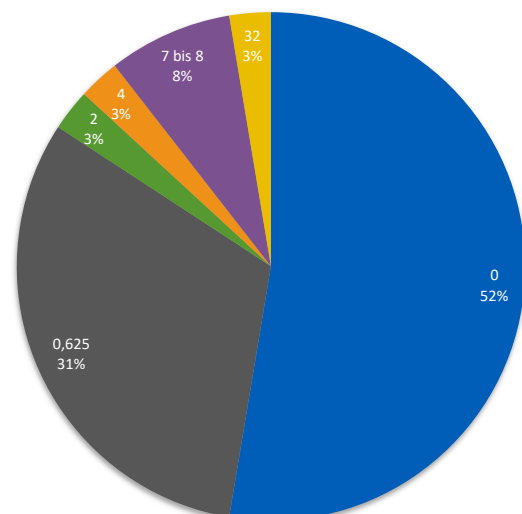


Abb. 4 | Stundenanzahl Freistellung Hygienebeauftragte in der Pflege, Untersuchung Amt für Gesundheit Kiel, 2024–2025

Diskussion

Bereits die KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen von 2009 enthielt Aussagen zur Stellung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten sowie zu den Rahmenbedingungen, unter denen diese ihre Aufgaben wahrnehmen sollten. Für die gewissenhafte Erfüllung ihrer Aufgaben und das Vermeiden von Konflikten mit ihren klinischen Tätigkeiten wurde damals empfohlen, den Umfang der Freistellung zur Erfüllung der definierten zusätzlichen Aufgaben vertraglich zu fixieren.⁵ Eine vertragliche Fixierung dürfte in der Praxis nicht erfolgt sein. Vielmehr wurde nach den Ergebnissen der infektionshygienischen Überwachung in Kiel die Festlegung „Freistellung anlassbezogen“ etabliert. Für hygienebeauftragte Pflegekräfte wurde 2009 lediglich empfohlen, regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen. Freistellungszeiten für die Funktion von hygienebeauftragten Pflegekräften wurden damals noch nicht gefordert. Die Neufassung der KRINKO-Empfehlung mit der Anforderung, den Umfang der Freistellung sowohl für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte als auch für hygienebeauftragte Pflegekräfte schriftlich zu hinterlegen, zielt darauf ab, Klarheit für die Aufgabenwahrnehmung zu schaffen und die Rolle von Hygienebeauftragten beider Professionen zu stärken.

Ein Kernelement der infektionshygienischen Überwachung ist es, die Umsetzung von KRINKO-Empfehlungen zu hinterfragen. Wenn die strukturellen Voraussetzungen zur Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene nicht erfüllt sind, werden die Umsetzung von KRINKO-Empfehlungen erschwert und das Hygienemanagement lückenhaft bleiben. Insofern sind neben der Ausstattung mit Hygienefachpersonal die Benennung von Hygienebeauftragten und deren spezifische Rahmenbedingungen wesentliche Aspekte, die es zu überprüfen gilt.

Hygienebeauftragte sollen die in ihrem Arbeitsbereich spezifischen Besonderheiten berücksichtigen und bereichsspezifisch die Umsetzung von Hygienemaßnahmen begleiten können. Sie unterstützen damit das Hygienefachpersonal und agieren als Bindeglied bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen. Für diese Aufgabe muss Zeit jenseits

der anderen klinischen Aufgaben zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse der Analyse der Freistellungszeiten zeigen, dass die Voraussetzungen für Hygienebeauftragte beider Professionen für eine gewissenhafte Erfüllung ihrer Aufgaben und das Vermeiden von Konflikten mit ihren klinischen Tätigkeiten zunächst nicht klar etabliert wurden. Die Thematisierung im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung führte zumindest dazu, dass klinikinterne Festlegungen erfolgten, wenn diese auch zunächst auf dem Papier bestehen und deren Umfang sowie die Umsetzung in der Praxis Gegenstand weiterer Überprüfungen sein sollte. Die Struktur der überwachten medizinischen Einrichtungen in Kiel reicht von kleineren Belegkrankenhäusern mit <100 Betten bis hin zu einem Universitätsklinikum. Die Unterschiede im Hinblick auf den Umfang der Freistellungszeiten sind zum Teil dem Aufgabengebiet mit bestimmten Risikobereichen geschuldet. Es gab jedoch auch Krankenhäuser, in denen für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte für alle Kliniken bzw. Abteilungen eine einheitliche Freistellungszeit festgelegt wurde. Dies bringt zwar die Anerkennung der Position der Hygienebeauftragten zum Ausdruck, wirft aber gleichzeitig die Frage nach einer sachgerechten Differenzierung auf. So wäre z. B. zu erwarten, dass Hygienebeauftragte, in deren Verantwortungsbereich erhöhte Anforderungen an die Infektionsprävention gestellt werden (z. B. auf Intensivstationen oder hämato-onkologischen Stationen), in einem größeren Umfang für die Aufgabenwahrnehmung freigestellt werden als Hygienebeauftragte in Bereichen mit niedrigeren Anforderungen an die Infektionsprävention.

Die Freistellung von hygienebeauftragten Pflegekräften zeigt die größten Unterschiede von null Stunden bis zu 32 Stunden im Monat. Bei Letzterer erfolgt die Aufgabenwahrnehmung für eine kleine Klinik als Ansprechperson und Bindeglied zwischen dem Hygieneteam und dem Behandlungsteam im Sinne der KRINKO-Empfehlung: Prozessbegleitungen, Begehungen und Auswertungen infektionshygienisch relevanter Daten erfolgen kontinuierlich und tragen zu einer adäquaten Umsetzung von Hygienemaßnahmen bei. Die Unterschiede zwischen den Kliniken sind zum Teil durch strukturelle Voraussetzungen zu erklären. Die Arbeit einer Hygienebeauftragten in der Pflege ist z. B. in einer

kleineren Klinik, in der elektive Operationen stattfinden, leichter zu organisieren und zu realisieren als in einem Universitätsklinikum mit einer Vielzahl unterschiedlicher Kliniken und Risikobereichen. Gleichzeitig spiegeln die Unterschiede das Rollenverständnis und die Kenntnis der Aufgaben von Hygienebeauftragten wider. Wenn die Aufgaben zur Umsetzung von Hygienemaßnahmen nicht bekannt sind, wird auch keine Freistellungszeit für die Aufgabenwahrnehmung eingefordert.

Insgesamt kommt zum Ausdruck, dass die Notwendigkeit der Freistellung von hygienebeauftragten Pflegekräften noch nicht überall gesehen wird und weiter thematisiert werden muss, um zu erreichen, dass diese ihre wichtige Multiplikatorfunktion wahrnehmen können. Erfahrungsberichte zeigen außerdem, dass hygienebeauftragte Pflegekräfte dann ihre größte Wirkung entfalten, wenn ihr Interesse an der Hygiene durch ausreichende Freistel-

lungszeiten unterstützt wird.^{6,7} Es ist davon auszugehen, dass dies für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen gilt.

Fazit

Die Benennung von Hygienebeauftragten und die Schaffung von Rahmenbedingungen, die Hygienebeauftragten ihre Aufgabenwahrnehmung gemäß KRINKO-Empfehlung ermöglichen, sind Bestandteil der strukturellen Voraussetzungen für ein funktionierendes Hygienemanagement. Die infektionshygienische Überwachung durch die Gesundheitsämter muss die Rahmenbedingungen hinterfragen und auf eine Freistellung hinwirken. Ziel ist es, dass die Funktion der Hygienebeauftragten erkannt und in aktives Handeln überführt wird. Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, stoßen Aufgaben auf Interesse und werden effektiv wahrgenommen.

Literatur

- 1 Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8v des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> (Zitierdatum 25.04.2025)
- 2 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsbl 2023; 66:332–351, <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03647-3>
- 3 Abgrenzung von Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragten, abrufbar unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/I/infektionsschutz/Downloads/Infektionsschutz_Hygiene_AbgrenzungPersonal.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Zitierdatum 25.04.2025)
- 4 Marcic A. Konzeptionierung der infektionshygienischen Überwachung in medizinischen Einrichtungen. HygMed 2025; 50(1/2): D14 – D18
- 5 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsbl 2009; 52:951–962, DOI10.1007/s00103-009-0929-y
- 6 Heudorf U, Mauritz I, Sold M. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen: Positive Erfahrungen mit dem Konzept der Hygienebeauftragten in der Pflege. HygMed 2011; 36-4. 6
- 7 Holzmann H. Hygienebeauftragte Pflegekräfte im Krankenhaus: interessiert, qualifiziert, motiviert? HygMed 2014; 39-5.

Autorinnen

Dr. Anne Marcic | Nathalie-Sophie Weinert

Amt für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel,
Abteilung Infektionsschutz

Korrespondenz: dr.anne.marcic@kiel.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Marcic A, Weinert N-S: Strukturelle Voraussetzung für die Aufgabenwahrnehmung von Hygienebeauftragten – Analyse der Freistellungsregeln in Kieler Kliniken

Epid Bull 2025;36:3-8 | 10.25646/13327

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0
International

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

35. Woche 2025 (Datenstand: 3. September 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	57	2.652	2.845	30	717	853	9	263	194	25	4.873	3.410	14	1.806	1.177
Bayern	122	4.240	4.236	59	1.110	1.088	10	369	217	51	7.369	7.857	27	3.454	1.991
Berlin	31	1.380	1.160	2	226	394	4	168	91	12	2.403	3.133	5	1.485	1.020
Brandenburg	38	1.156	1.035	6	189	294	3	112	76	26	2.737	3.328	6	2.197	1.175
Bremen	13	258	225	1	28	47	3	39	12	6	391	257	2	150	81
Hamburg	7	765	713	3	119	147	3	108	44	5	1.340	1.553	0	741	558
Hessen	76	2.193	2.209	21	523	557	16	349	208	20	4.006	2.771	11	1.767	1.129
Mecklenburg-Vorpommern	39	886	798	3	131	188	18	153	79	9	1.792	1.728	8	1.311	504
Niedersachsen	72	2.655	2.877	19	504	749	23	556	441	31	5.241	4.551	10	3.695	1.224
Nordrhein-Westfalen	289	7.660	7.362	66	1.200	1.516	53	856	710	87	13.382	11.757	49	5.536	3.205
Rheinland-Pfalz	67	1.987	1.934	15	375	408	11	185	149	25	3.585	2.609	17	1.868	780
Saarland	12	548	476	1	81	85	2	59	13	4	867	586	1	760	215
Sachsen	144	2.442	2.364	15	404	500	5	198	196	38	5.526	5.861	21	2.606	1.767
Sachsen-Anhalt	38	1.014	889	7	236	322	5	107	114	23	2.996	3.227	12	2.045	618
Schleswig-Holstein	23	1.012	977	2	141	166	5	175	114	10	1.730	1.842	2	762	482
Thüringen	51	1.057	1.059	14	399	537	3	135	64	20	2.841	3.003	10	1.779	1.421
Deutschland	1.079	31.905	31.159	264	6.383	7.851	173	3.832	2.722	392	61.079	57.473	195	31.962	17.347

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	1	79	56	23	1.394	1.788	8	722	827	5	371	425	13	33.339	23.850
Bayern	2	111	75	34	2.212	2.789	16	985	1.109	5	376	444	13	71.818	45.530
Berlin	0	38	38	25	955	960	10	354	361	3	210	219	6	15.420	5.755
Brandenburg	0	25	27	8	195	292	5	113	119	3	67	85	1	18.142	7.000
Bremen	0	8	7	2	196	222	2	63	129	0	51	45	0	1.189	786
Hamburg	0	23	24	12	886	953	5	180	251	0	117	146	11	9.920	4.017
Hessen	1	64	57	22	843	1.258	8	389	485	2	305	365	18	20.817	11.691
Mecklenburg-Vorpommern	0	13	9	2	93	176	1	63	101	1	36	44	2	13.280	6.534
Niedersachsen	2	80	55	32	1.209	1.403	9	502	573	7	196	199	5	28.481	12.420
Nordrhein-Westfalen	2	130	153	73	2.845	3.445	48	1.316	1.640	11	597	643	17	63.759	28.812
Rheinland-Pfalz	1	36	25	16	696	1.012	10	252	276	2	136	127	4	16.829	10.203
Saarland	1	11	10	2	161	240	5	106	137	1	31	41	0	3.209	1.581
Sachsen	1	34	24	2	260	324	5	148	179	1	97	114	7	43.135	20.396
Sachsen-Anhalt	0	10	14	12	258	262	0	85	105	1	54	60	1	26.012	12.085
Schleswig-Holstein	1	17	20	8	356	479	7	214	289	1	58	83	0	10.636	4.373
Thüringen	1	20	17	2	128	158	2	87	94	3	57	62	1	17.777	8.351
Deutschland	13	699	611	275	12.687	15.761	141	5.579	6.675	46	2.759	3.102	99	393.763	203.384

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	0	18	23	0	14	29	0	0	1	3	584	3.219	22	2.329	2.168
Bayern	0	41	61	1	47	54	0	0	4	9	905	3.345	31	4.232	3.023
Berlin	0	12	90	1	12	15	0	0	1	1	147	563	5	759	827
Brandenburg	0	4	4	1	10	4	0	0	1	2	215	960	5	489	400
Bremen	0	1	2	0	2	5	0	0	0	0	19	52	4	107	121
Hamburg	0	3	15	0	5	14	0	0	1	0	104	283	2	519	331
Hessen	0	19	30	0	19	22	0	1	0	4	303	611	12	639	652
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	131	130	1	172	166
Niedersachsen	0	16	41	0	25	21	0	0	0	3	303	829	28	948	845
Nordrhein-Westfalen	0	42	181	1	75	83	0	1	1	11	713	2.592	43	2.685	2.352
Rheinland-Pfalz	0	10	8	0	12	20	0	0	1	8	267	614	9	580	413
Saarland	0	1	9	0	1	1	0	0	0	1	116	190	2	91	84
Sachsen	0	11	15	1	14	7	0	0	0	23	523	1.068	11	1.408	1.465
Sachsen-Anhalt	0	3	1	1	2	3	0	0	0	14	517	530	2	146	160
Schleswig-Holstein	0	0	3	1	7	13	0	0	0	1	104	346	7	390	337
Thüringen	0	1	6	0	3	6	0	0	0	4	441	816	5	277	255
Deutschland	0	183	489	8	249	297	0	2	10	85	5.392	16.148	189	15.771	13.599

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
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	1	60	66	26	831	743	1	68	77	1	73	71	132	4.053	11.686
Bayern	4	72	80	18	827	907	6	187	153	1	89	85	212	6.783	21.583
Berlin	2	47	78	27	509	452	0	33	37	0	37	56	88	2.528	4.178
Brandenburg	2	8	14	4	132	152	2	73	61	0	23	21	49	1.708	2.585
Bremen	0	3	1	0	19	24	2	13	4	0	0	3	17	240	741
Hamburg	0	16	16	5	297	271	0	29	24	0	38	31	55	1.313	2.993
Hessen	3	47	49	29	754	797	1	70	77	5	70	82	127	3.137	8.696
Mecklenburg-Vorpommern	2	8	8	4	82	125	0	36	16	0	16	11	34	1.315	2.667
Niedersachsen	1	28	47	18	537	555	3	122	134	0	73	70	138	3.008	9.973
Nordrhein-Westfalen	5	128	99	45	1.690	1.415	9	453	423	5	196	220	309	8.763	26.619
Rheinland-Pfalz	0	13	14	9	331	271	1	73	53	0	26	17	90	2.132	5.632
Saarland	0	7	3	1	46	34	0	18	10	0	6	15	32	646	1.459
Sachsen	1	10	15	9	220	186	5	233	191	3	42	48	142	3.473	6.769
Sachsen-Anhalt	1	7	7	3	129	140	1	54	62	0	31	32	86	1.818	4.049
Schleswig-Holstein	2	22	18	4	165	168	1	36	33	0	16	20	87	1.755	4.202
Thüringen	4	14	9	6	124	79	2	34	43	0	24	29	39	1.089	2.681
Deutschland	28	490	524	208	6.693	6.319	34	1.532	1.398	15	760	811	1.637	43.761	116.513

1 Infektion und Kolonisation
(bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen nach jeweils geltender Falldefinition, s. www.rki.de/falldefinitionen)

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
	35.	1.–35.	1.–35.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	199	242
Bornavirus-Erkrankung	1	3	3
Botulismus	0	4	8
Brucellose	1	38	42
<i>Candida auris</i> , invasive Infektion	0	8	14
Chikungunyavirus-Erkrankung	2	114	29
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	78	89
Denguefieber	3	627	1.357
Diphtherie	1	29	37
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	11	516	511
Giardiasis	51	1.930	1.885
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	13	1.138	1.228
Hantavirus-Erkrankung	3	200	335
Hepatitis D	0	8	87
Hepatitis E	91	3.661	3.277
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	7	64	37
Kryptosporidiose	126	1.595	1.717
Legionellose	42	1.439	1.414
Lepra	0	0	1
Leptospirose	0	103	203
Listeriose	11	431	465
Malaria	28	597	597
Meningokokken, invasive Infektion	0	227	248
Mpox	3	388	102
Nicht-Cholera-Vibrien-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	7	30
Paratyphus	0	16	34
Pneumokokken, invasive Infektion	72	7.899	5.932
Q-Fieber	0	63	61
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	28	65.342	42.439
Shigellose	73	1.692	1.237
Trichinellose	0	2	2
Tularämie	0	87	116
Typhus abdominalis	1	52	47
West-Nil-Fieber	2	6	16
Yersiniose	43	2.594	2.210
Zikavirus-Erkrankung	0	13	30

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: Juni 2025 (Datenstand: 1. September 2025)

	Syphilis*			HIV-Infektion			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	Juni	Januar – Juni		Juni	Januar – Juni		Juni	Januar – Juni		Juni	Januar – Juni	
Baden-Württemberg	–	–	–	28	201	219	5	19	20	0	0	0
Bayern	–	–	–	34	258	287	0	18	26	0	0	2
Berlin	–	–	–	25	128	147	0	5	10	0	0	0
Brandenburg	–	–	–	11	36	38	0	1	2	0	1	0
Bremen	–	–	–	5	31	32	1	2	0	0	0	0
Hamburg	–	–	–	18	103	120	0	2	6	0	0	0
Hessen	–	–	–	9	88	101	3	9	6	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	–	–	–	6	29	30	1	1	0	0	0	0
Niedersachsen	–	–	–	24	143	156	0	2	6	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	–	–	–	45	242	281	0	10	14	0	0	1
Rheinland-Pfalz	–	–	–	4	37	74	0	2	4	0	0	1
Saarland	–	–	–	0	13	12	0	0	0	0	0	0
Sachsen	–	–	–	11	75	64	0	2	5	0	1	2
Sachsen-Anhalt	–	–	–	5	30	36	0	1	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	–	–	–	4	41	67	0	2	2	0	0	0
Thüringen	–	–	–	4	23	27	0	0	1	0	0	0
Deutschland	–	–	–	233	1.478	1.691	10	76	102	0	2	6

(Hinweise zu dieser Statistik s. Epid Bull 41/2001: 311-314)

* Derzeit stehen keine aktualisierten Daten zur Syphilis zur Verfügung.