



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFJEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

50
2025

11. Dezember 2025

Epidemiologisches Bulletin

Impfquoten in Deutschland

Inhalt

Impfquoten in Deutschland

3

Impfquoten sind essenziell für die Bewertung von Impfprogrammen. Das RKI publiziert regelmäßig die Impfquoten zu den von der STIKO empfohlenen Impfungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Sie liegen bei Kindern auf einem hohen Niveau. Impfserien werden jedoch oft zu spät oder gar nicht abgeschlossen. Die Einführung der RSV-Prophylaxe im Säuglingsalter kann als Erfolg bewertet werden. Bei Mädchen stagnieren die HPV-Impfquoten und bei Jungen stiegen sie zuletzt nur noch minimal an. Die Auffrischimpfung im Jugendalter wird von weniger als zwei Dritteln der Jugendlichen genutzt. Auch die Impfquoten bei Erwachsenen, Menschen mit Vorerkrankungen und Schwangeren liegen häufig deutlich unter 50 %.

Immunisation coverage in Germany

Monitoring immunisation coverage is essential for evaluating immunisation programmes. The RKI regularly publishes immunisation coverage for all vaccines recommended by the STIKO for children, adolescents, and adults. Coverage is high among children. However, vaccination series are often completed too late or not at all. The introduction of monoclonal antibodies against RSV for infants can be considered a success. HPV immunisation coverage is stagnating among girls and has recently risen only minimally among boys. Less than two-thirds of adolescents receive their booster dose. Immunisation coverage among adults, people with medical preconditions, and pregnant women is also often well below 50 %.

(Article in German)

In eigener Sache

14

Publikationshinweis: Neues vom Journal of Health Monitoring

15

Veranstaltungshinweis: Einladung zum Workshop zu Vancomycin-resistenten Enterokokken 2026 **16**

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 49. Woche 2025

17

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Redaktionsassistenz

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.



ISSN 2569-5266



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

Impfquoten in Deutschland

Zusammenfassung

Impfquoten bei Kindern

- Die Impfquoten bei Kindern liegen in Deutschland weiterhin auf einem hohen Niveau. Oftmals werden Impfserien jedoch zu spät oder gar nicht abgeschlossen.
- Die Einführung der Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) im Säuglingsalter kann als Erfolg bewertet werden. Mehr als die Hälfte der zwischen April und September 2024 geborenen Säuglinge war dank der Prophylaxe in ihrer ersten RSV-Saison vor dem Erreger geschützt.
- Beim Masern-Impfschutz gibt es weiterhin Lücken, da ein relevanter Anteil der Kinder bis zum zweiten Geburtstag die zweite Masern-Impfung nicht erhält.

Impfquoten bei Jugendlichen

- Nur die Hälfte der Mädchen und ein Drittel der Jungen sind vollständig gegen Humane Papillomviren (HPV) geimpft.
- Die Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Pertussis (Keuchhusten) und Poliomyelitis (Kinderlähmung) wird von vielen Jugendlichen nicht wahrgenommen.

Impfquoten bei Erwachsenen

- Die empfohlenen Impfungen für Erwachsene werden zu selten genutzt.
- Bei Personen ab 60 Jahren ging die COVID-19-Impfquote im Vergleich zur Vorsaison um mehr als ein Drittel zurück, die Influenza-Impfquote (Grippe) erreichte den niedrigsten Stand seit 17 Jahren.

Impfquoten bei Schwangeren

- Inzwischen ist jede zweite Schwangere gegen Pertussis (Keuchhusten) geimpft, gegen Influenza nur jede fünfte.

Hintergrund und Datengrundlage

Impfquoten sind essenziell, um den Erfolg von Impfprogrammen zu bewerten. Das Robert Koch-Institut (RKI) analysiert und publiziert jährlich Impfquoten zu den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Die Ergebnisse basieren auf zwei Datenquellen: den Auswertungen vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gemäß §13 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und den Erhebungen zum Impfstatus in den Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer gemäß §34 IfSG.

Die gewählten Altersgruppen orientieren sich an internationalen Berichtspflichten und an den bestehenden Impfempfehlungen der STIKO. Im Rahmen der diesjährigen Aktualisierung wurde die Methode zur Berechnung der Impfquoten der Sechsfachimpfung sowie der Impfungen gegen Pneumokokken aus KV-Abrechnungsdaten geringfügig korrigiert. Dabei wurden auch historische Daten neu berechnet und teilweise leicht nach unten korrigiert, sodass sich Abweichungen um 1–2 Prozentpunkte gegenüber früheren Publikationen ergeben haben. Nachdem die Schuleingangsuntersuchungen während der COVID-19-Pandemie nicht flächendeckend durchgeführt werden konnten, werden nun erstmals seit dem Erhebungsjahr 2020 wieder Impfquoten aus Schuleingangsuntersuchungen berichtet.

Details zum RKI-Impfquotenmonitoring und den zugrunde liegenden Methoden und Limitationen der Analysen wurden an anderer Stelle ausführlich beschrieben.¹⁻⁷ Das RKI baut das Impfquotenmonitoring kontinuierlich aus und bindet neue Datenquellen ein.⁸

Die Impfquoten können auch auf dem Impfdashboard „VacMap“ für verschiedene Altersgruppen auf Bundesland- und Kreisebene abgerufen werden. Daneben stellt das RKI die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Impfquotenmonitoring als Begleitfolien zur Verfügung, s. Abbildung 1.



Abb. 1 | Die Begleitfolien fassen die wichtigsten Erkenntnisse des aktuellen Impfquotenmonitorings zusammen (<https://www.rki.de/impfquoten-begleitfolien>).

Ergebnisse und Einordnung

Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen

Respiratorische Synzytial-Viren (RSV)

Seit 2024 empfiehlt die STIKO für alle Neugeborenen und Säuglinge eine RSV-Prophylaxe mit dem monoklonalen Antikörper Nirsevimab als Einmal-dosis vor bzw. in ihrer ersten RSV-Saison, die üblicherweise von Oktober bis März andauert. Säuglinge, die zwischen April und September geboren werden, sollen die Prophylaxe möglichst im Herbst vor Beginn ihrer ersten RSV-Saison erhalten. Für diese Kinder lag die Immunisierungsquote in der RSV-Saison 2024/2025 bei 54 % und damit recht hoch für eine gerade erst eingeführte Immunisierung, s. Tabelle 1 und Abbildung 2A.

Die erreichte RSV-Immunisierungsquote kann aus mehreren Gründen als Erfolg bewertet werden: Zwischen der STIKO-Empfehlung und Saisonbeginn lag nur wenig Zeit; anfangs gab es Herausforderungen bei der Verfügbarkeit von Nirsevimab; und es bedeutete für die Praxen einen großen logistischen Aufwand, einen halben Geburtsjahrgang gleichzeitig einzuladen. Meldedaten zeigten in der RSV-Saison 2024/2025 bereits einen Rückgang der Krankenhausaufenthalte bei Säuglingen mit RSV um 54 % im Vergleich zur Vorsaison.⁹ Trotzdem besteht bei der RSV-Immunisierungsquote noch ein großes Steigerungspotenzial.

Kinder, die während der RSV-Saison geboren werden, sollen Nirsevimab möglichst rasch nach der Geburt erhalten, idealerweise bei Entlassung aus der

Geburtseinrichtung bzw. bei der Früherkennungsuntersuchung U2 (3.–10. Lebenstag). Für diese Neugeborenen konnte in der Saison 2024/2025 noch keine Immunisierungsquote berechnet werden. Die erforderlichen Daten liegen dem RKI nicht vor, da Immunisierungen in Krankenhäusern und anderen stationären Geburtseinrichtungen in der Regel nicht über die KV abgerechnet werden. Im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Akzeptanz, Umsetzung und Effektivität der RSV-Prophylaxe plant das RKI, die Immunisierungsquote bei Neugeborenen aus anderen Datenquellen zu berechnen.

Diphtherie, Tetanus, Pertussis (DTP) und Poliomyelitis

Im Alter von 15 Monaten hatten 96 % der Kinder im Jahr 2024 eine Grundimmunisierung gegen DTP und Poliomyelitis (Kinderlähmung) begonnen, analog zu den Vorjahren. Auch die zweite Impfstoffdosis war mit 93 % weiterhin hoch. Viele Kinder schließen die Grundimmunisierung jedoch nicht zeitgerecht ab. So waren im Alter von 24 Monaten lediglich 76 % der Kinder vollständig gegen DTP geimpft, gegen Poliomyelitis nur 75 %. Bis zum Alter von 6 Jahren hatten 89 % der Kinder die Grundimmunisierung gegen DTP abgeschlossen, gegen Poliomyelitis 88 %.

Erstmals wurden in diesem Jahr auch die Impfquoten für die Auffrischimpfungen im Kindes- und Jugendalter berechnet. Die Impfquote der im Alter von 5–6 Jahren empfohlenen Auffrischimpfung gegen DTP betrug im Jahr 2024 bei 6-Jährigen 50 %. Die für das Alter von 9–16 Jahren empfohlene Auffrischimpfung gegen DTP und Poliomyelitis wurde von 57 % der 15-Jährigen wahrgenommen. Bei jedem zehnten dieser Jugendlichen fehlte bei der Auffrischimpfung jedoch die Poliomyelitis-Impfstoffkomponente. Aufgrund der notwendigen Länge des Beobachtungszeitraums konnten für den vorliegenden Bericht Jugendliche noch nicht bis zum Alter von 16 Jahren berücksichtigt werden. Im nächsten Bericht werden die Daten um das noch fehlende Altersjahr ergänzt. Nur 43 % der Jugendlichen hatten sowohl die Auffrischimpfung im Kindesalter als auch die Auffrischimpfung im Jugendalter erhalten.

Impfung	Bundesweite Impfquote	Impfstoffdosis	Bevölkerungsgruppe	Alter	Zeitraum	
Respiratorische Synzytial-Viren (RSV)	54 %	Einmaldosis	Standardimmunisierung	< 1 Jahr	Geburtsmonat April – September 2024	
Diphtherie-Tetanus-Pertussis (DTP)	96 %	1. Impfstoffdosis	Standardimpfung	15 Monate	Geburtsjahr 2022	
	93 %	2. Impfstoffdosis				
	65 %	3. Impfstoffdosis				
	76 %	vollständig		24 Monate		
	50 %	Auffrischimpfung im Kindesalter		6 Jahre	Geburtsjahr 2017	
	57 %	Auffrischimpfung im Jugendalter		15 Jahre	Geburtsjahr 2008	
Poliomyelitis	96 %	1. Impfstoffdosis	Standardimpfung	15 Monate	Geburtsjahr 2022	
	93 %	2. Impfstoffdosis				
	65 %	3. Impfstoffdosis		24 Monate		
	75 %	vollständig				
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	75 %	vollständig	Standardimpfung	24 Monate	Geburtsjahr 2022	
Hepatitis B	74 %	vollständig	Standardimpfung	24 Monate	Geburtsjahr 2022	
Pneumokokken	73 %	vollständig	Standardimpfung	24 Monate	Geburtsjahr 2022	
Masern-Mumps-Röteln (MMR)	87 %	1. Impfstoffdosis	Standardimpfung	15 Monate	Geburtsjahr 2022	
	78 %	2. Impfstoffdosis		24 Monate		
	92 %			72 Monate		
Varizellen	82 %	1. Impfstoffdosis	Standardimpfung	15 Monate	Geburtsjahr 2022	
	75 %	2. Impfstoffdosis		24 Monate		
Rotavirus	69 %	vollständig	Standardimpfung	32 Wochen	Geburtsjahr 2023	
Meningokokken C	73 %	Einmaldosis	Standardimpfung	24 Monate	Geburtsjahr 2022	
Humane Papillomviren (HPV), Mädchen	68 %	1. Impfstoffdosis	Standardimpfung	15 Jahre	Geburtsjahr 2009	
	55 %	vollständig				
Humane Papillomviren (HPV), Jungen	49 %	1. Impfstoffdosis	Standardimpfung	15 Jahre	Geburtsjahr 2009	
	36 %	vollständig				
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	30 %	vollständig	Personen, die in FSME-Risikogebieten wohnen	1–17 Jahre	2024	

Tab. 1 | Aktuelle bundesweite Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen in Prozent

Die Quote der RSV-Prophylaxe im Säuglingsalter wird als Immunisierungsquote und nicht als Impfquote bezeichnet, da es sich um einen monoklonalen Antikörper handelt. Eine vollständige Impfserie ist in dieser Tabelle folgendermaßen definiert: Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Hepatitis B, Poliomyelitis, Pneumokokken (Kinder): 4 Impfstoffdosen oder 3 Impfstoffdosen, sofern der Abstand zwischen 1. und 2. Impfstoffdosis mindestens 8 Wochen und der Abstand zwischen 2. und 3. Impfstoffdosis mindestens 6 Monate beträgt. Rotavirus: 3 Impfstoffdosen oder 2 Impfstoffdosen, sofern die 2. Impfstoffdosis eine beendete Impfserie kodiert oder genau 2 Impfstoffdosen geimpft wurden und die Abrechnungsziffer der 2. Impfstoffdosis nicht kodiert, ob die Impfserie beendet oder nicht beendet wurde. HPV: 3 Impfstoffdosen oder 2 Impfstoffdosen, sofern die Erstimpfung im Alter von 9–14 Jahren erfolgt ist und der Abstand zwischen 1. und 2. Impfstoffdosis mindestens 5 Monate beträgt.

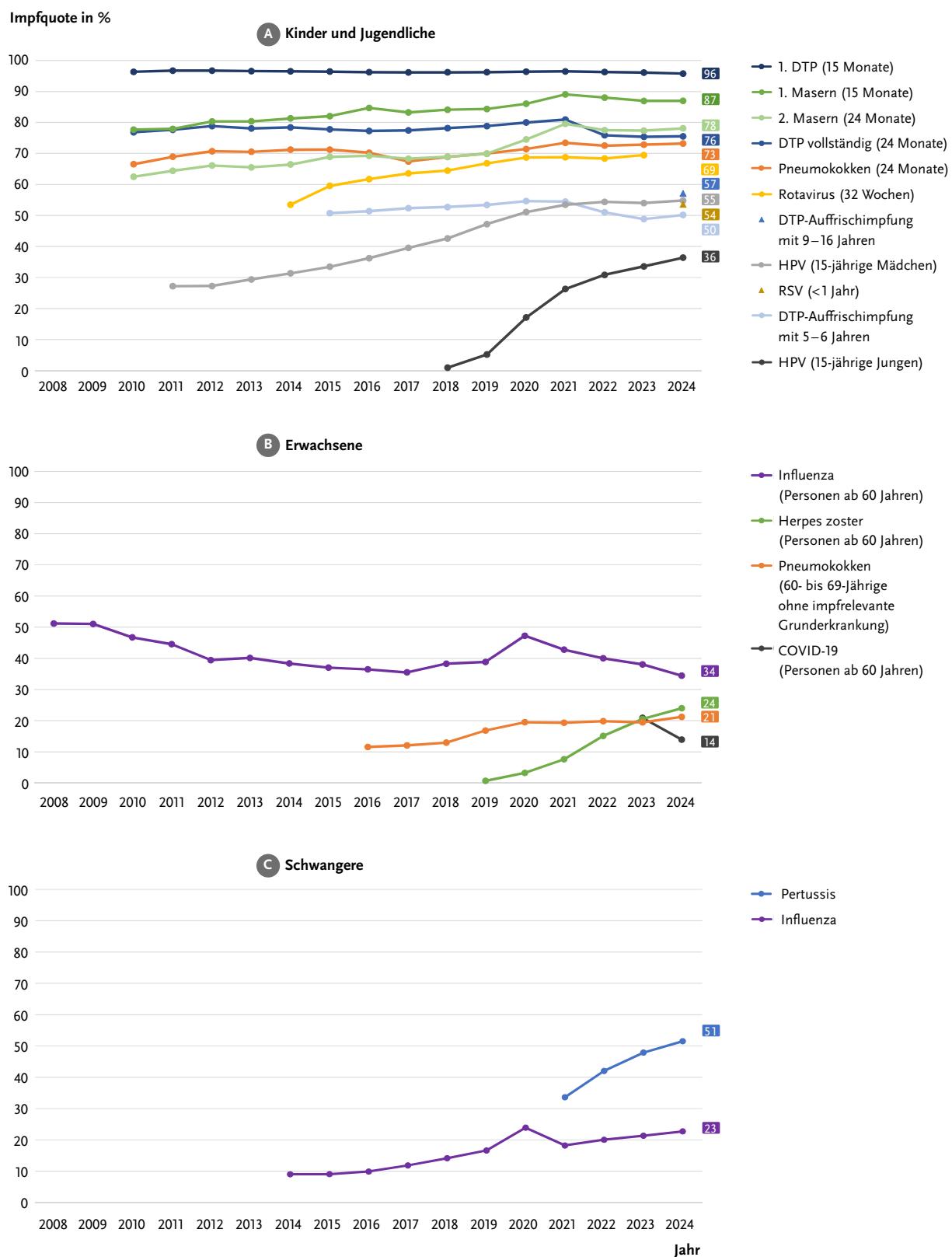


Abb. 2 | Bundesweite Inanspruchnahme ausgewählter Impfungen 2008–2024 bei A) Kindern und Jugendlichen, B) Erwachsenen und C) Schwangeren. DTP = Diphtherie-Tetanus-Pertussis; HPV = Humane Papillomviren; RSV = Respiratorische Synzytial-Viren. Jeweils vollständiger Impfschutz, wenn nicht anders angegeben. Die Poliomyelitis-Impfquote im Alter von 24 Monaten ist in A) aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt; sie ähnelt mit jährlichen Abweichungen von $-0,1$ bis $-0,2$ Prozentpunkten grundlegend dem Verlauf der DTP-Impfquote.

Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B und Pneumokokken

Gegen Hib, Hepatitis B und Pneumokokken waren im Jahr 2024 75%, 74% bzw. 73% der Kinder im Alter von 24 Monaten vollständig geimpft. Die Impfquoten lagen damit leicht unterhalb der DTP- und Poliomyelitis-Impfquoten, nähern sich diesen aber weiterhin an.

Masern, Mumps, Röteln (MMR) und Varizellen

Die Impfquote der ersten Impfung gegen MMR im Alter von 15 Monaten war im Jahr 2024 mit 87% identisch zum Vorjahr. Sie lag jedoch weiterhin leicht unter dem vorläufigen Höchstwert von 89% im Jahr 2021, ein Jahr nach Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes. Ähnlich stellt es sich bei der zweiten MMR-Impfung dar. Auch hier wurde mit 78% im Alter von 24 Monaten der vorläufige Höchstwert von 80% aus dem Jahr 2021 noch nicht wieder erreicht. Dies bedeutet, dass zum zweiten Geburtstag noch mehr als einem Fünftel der Kinder die zweite Masern-Impfung fehlt. Im Alter von 6 Jahren waren 92% aller Kinder vollständig gegen Masern geimpft.

Die Impfquoten der Impfung gegen Varizellen (Windpocken) lagen mit 82% im Alter von 15 Monaten bzw. 75% im Alter von 24 Monaten weiterhin 3–5 Prozentpunkte unter den MMR-Impfquoten.

Rotavirus

Die Rotavirus-Impfquote lag bei Kindern im Alter von 32 Wochen im Jahr 2024 bei 69% und blieb damit seit 2020 fast unverändert.

Meningokokken C

Die Meningokokken-C-Impfquote lag bei Kindern im Alter von 24 Monaten mit 73% rund 4 Prozentpunkte unter dem Vorjahreswert und deutlich unter dem vorläufigen Höchstwert von 82% im Jahr 2019. Mögliche Erklärungen für diesen Rückgang sind die relativ große Anzahl an Impfungen im Impfkalender um den ersten Geburtstag und eine möglicherweise unvollständige Datenerfassung. So wird angenommen, dass ein Teil der Kinder statt des Meningokokken-C-Impfstoffs den Meningokokken-ACWY-Impfstoff als Privateistung erhalten hat, welcher für diese Altersgruppe nicht von der STIKO empfohlen ist und daher im KV-Abrechnungssystem nicht sichtbar ist.

Seit Januar 2024 empfiehlt die STIKO außerdem die Standardimpfung von jungen Säuglingen gegen Meningokokken B. Da diese Impfung im Jahr 2024 noch nicht flächendeckend abgerechnet werden konnte, konnte hierfür keine Impfquote berechnet werden.

Im Oktober 2025 hat die STIKO zudem ihre Empfehlungen zur Prävention invasiver Meningokokken-Erkrankungen aktualisiert. Seitdem empfiehlt sie allen Jugendlichen im Alter von 12–14 Jahren eine Meningokokken-ACWY-Impfung; die bisherige Standardimpfung gegen Meningokokken C im Kleinkindalter entfällt. Diese Änderung wird sich in den kommenden Jahren auch in den Impfquoten widerspiegeln.

Humane Papillomviren (HPV)

Die HPV-Impfquote bei 15-jährigen Mädchen lag im Jahr 2024 bei 55% und stagniert somit seit 2022. Die HPV-Impfquote bei 15-jährigen Jungen stieg seit dem Vorjahr um 2 Prozentpunkte auf 36% und liegt damit weiterhin deutlich unter der HPV-Impfquote der Mädchen. Demnach startet weiterhin ein Großteil der Jugendlichen ohne ausreichenden Schutz vor HPV-assoziierten Krebserkrankungen ins Erwachsenenleben.

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Die Impfung gegen FSME wird allen Personen in FSME-Risikogebieten empfohlen. Bei Kindern und Jugendlichen lag die FSME-Impfquote in Risikogebieten im Jahr 2024 bei 30% und damit auf einem ähnlichen Niveau wie in den Vorjahren. Die höchsten FSME-Impfquoten wurden in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen mit 37% erreicht, gefolgt von den 5- bis 9-Jährigen mit 36%.

Impfquoten aus Schuleingangsuntersuchungen

Die Impfquoten aus den Erhebungen zum Impfstatus in den Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass Impfungen teilweise bis zum Schuleintrittsalter nachgeholt werden, s. Tabelle 2. Unter Kindern, die bei den Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2023 ein Impfdokument vorgezeigt hatten, waren 95% vollständig gegen DTP, 99% einfach gegen MMR und 97% zweifach gegen MMR geimpft. Allerdings wird hier angenommen, dass Kinder ohne Impfausweis die entsprechende

Impfung	Bundesweite Impfquote (ungünstigstes Szenario)	Bundesweite Impfquote (Durchschnittsszenario)	Impfstoffdosis	Bevölkerungsgruppe	Alter	Zeitraum
Diphtherie	90 %	95 %	vollständig	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Tetanus	90 %	95 %	vollständig	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Pertussis	90 %	95 %	vollständig	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Poliomyelitis	90 %	95 %	vollständig	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
<i>Haemophilus influenzae</i> Typ b (Hib)	88 %	94 %	vollständig	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Hepatitis B	87 %	92 %	vollständig	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Pneumokokken	78 %	83 %	vollständig	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Masern-Mumps-Röteln (MMR)	94 % 92 %	99 % 97 %	1. Impfstoffdosis 2. Impfstoffdosis	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Varizellen	86 % 84 %	91 % 89 %	1. Impfstoffdosis 2. Impfstoffdosis	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Rotavirus	60 %	65 %	vollständig	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018
Meningokokken C	83 %	90 %	Einmaldosis	untersuchte Kinder	4–7 Jahre	Geburtsjahr 2015–2018

Tab. 2 | Aktuelle bundesweite Impfquoten bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Prozent

Impfung ebenso häufig erhalten haben wie solche Kinder, die bei der Schuleingangsumtersuchung ein Impfdokument vorgezeigt hatten (Durchschnittsszenario).¹⁰ Unter der alternativen Annahme, dass Kinder mit fehlendem Impfnachweis ungeimpft waren, ergeben sich deutlich niedrigere Impfquoten (ungünstigstes Szenario): 90 % für eine vollständige DTP-Grundimmunisierung, 94 % für die erste MMR-Impfstoffdosis und 92 % für die zweite MMR-Impfstoffdosis. Vergleicht man die Impfquoten aus den Schuleingangsumtersuchungen 2023 mit denen aus KV-Abrechnungsdaten 2023, so liegen letztere im Alter von 6 Jahren – mit Ausnahme der Rotavirus-Impfung – innerhalb oder leicht unterhalb des Bereichs zwischen beiden Szenarien.¹¹

Impfquoten bei Erwachsenen

Influenza

Die Impfquote der Standardimpfung gegen Influenza (Grippe) bei Personen ab 60 Jahren sank in der Saison 2024/2025 im Vergleich zur Vorsaison um 4 Prozentpunkte auf nur noch 34 %. Sie liegt damit

auf dem niedrigsten Niveau seit Beginn der Berichterstattung in der Saison 2008/2009. Nur während der COVID-19-Pandemie (2020/2021) war es zu einem vorübergehenden Anstieg der Impfquote gekommen, s. Tabelle 3 und Abbildung 2B.

Die Impfquote der Indikationsimpfung gegen Influenza bei Personen ab 18 Jahren mit Grunderkrankung lag in der Saison 2024/2025 mit 28 % weiterhin unter der Impfquote der Standardimpfung. Auch dieser Wert ist – abgesehen von einem Anstieg während der COVID-19-Pandemie – stetig gesunken und nun auf dem niedrigsten Stand seit 17 Jahren.

COVID-19

Seit der Saison 2023/2024 empfiehlt die STIKO allen Personen ab 60 Jahren sowie Personen mit Grunderkrankung eine jährliche COVID-19-Auffrischimpfung im Herbst. Während sich in der Saison 2023/2024 noch 21 % der Personen ab 60 Jahren gegen COVID-19 impfen ließen, waren es in der Saison 2024/2025 nur 14 %. Eine ähnliche Ent-

Impfung	Bundesweite Impfquote	Impfstoffdosis	Bevölkerungsgruppe	Alter	Zeitraum
Influenza	34 %	jährliche Impfung	Standardimpfung	≥ 60 Jahre	Influenza-Saison 2024/25
	28 %		Personen mit impfrelevanter Grunderkrankung	≥ 18 Jahre	
Pneumokokken	21 %	Einmaldosis	Standardimpfung ohne impfrelevante Grunderkrankung	60–69 Jahre	1. Quartal 2025
	24 %	1 Impfstoffdosis innerhalb der letzten 6 Jahre	Personen mit impfrelevanter Grunderkrankung	≥ 18 Jahre	
COVID-19	14 %	jährliche Impfung	Standardimpfung	≥ 60 Jahre	COVID-19-Saison 2024/25
	9 %		Personen mit impfrelevanter Grunderkrankung	≥ 18 Jahre	
Gürtelrose (Herpes zoster)	24 %	vollständig	Standardimpfung	≥ 60 Jahre	1. Quartal 2025
	21 %		Personen mit impfrelevanter Grunderkrankung	≥ 50 Jahre	
Frühsommer-Meningo-enzephalitis (FSME)	19 %	vollständig	Personen, die in FSME-Risikogebieten wohnen	≥ 18 Jahre	2024

Tab. 3 | Aktuelle bundesweite Impfquoten bei Erwachsenen in Prozent

wicklung zeigt sich auch bei Personen ab 18 Jahren mit Grunderkrankung. Während sich im Vorjahr noch 14 % der Erwachsenen mit Grunderkrankung gegen COVID-19 impfen ließen, waren es in der Saison 2024/2025 nur noch 9 %. Grundsätzlich ließen sich deutlich weniger Menschen gegen COVID-19 als gegen Influenza impfen, obwohl beide Impfungen gleichzeitig gegeben werden können.

Bei den COVID-19- und Influenza-Impfquoten aus Abrechnungsdaten muss von einer leichten Untererfassung ausgegangen werden, da beide Impfungen auch außerhalb des KV-Abrechnungssystems verabreicht werden, beispielsweise in Apotheken oder Betrieben.

Pneumokokken

Die Pneumokokken-Impfquote bei Personen zwischen 60 und 69 Jahren stagniert seit 2020. Im Jahr 2024 betrug sie 21 %. Vor der Einführung des Konjugatimpfstoffs im Jahr 2023 sollte die Pneumokokken-Impfung gemäß den STIKO-Empfehlungen bei Personen mit impfrelevanter Grunderkrankung alle sechs Jahre wiederholt werden. Seit der Umstellung auf den Konjugatimpfstoff sind Wiederholungsimpfungen nicht mehr empfohlen. Die Impfquote einer Pneumokokken-Impfung in den zurückliegenden sechs Jahren bei Personen ab 18 Jahren mit impfrelevanter Grunderkrankung betrug im Jahr 2024 24 % und stagniert ebenfalls seit 2020.

Herpes zoster

Die Herpes-zoster-Impfquote (Gürtelrose) bei Personen ab 60 Jahren lag im Jahr 2024 mit 24 % auf dem höchsten bislang gemessenen Niveau. Allerdings hat sich der Anstieg seit Einführung der Impfung im Jahr 2018 deutlich verlangsamt und ein Großteil der Menschen ab 60 Jahren ist weiterhin nicht gegen die Erkrankung geschützt. Mit 21 % lag die Impfquote bei Personen ab 50 Jahren mit Grunderkrankung noch niedriger. Auch hier hat sich der Anstieg seit 2018 deutlich verlangsamt. Bei den 50- bis 59-Jährigen mit Grunderkrankung lag die Impfquote bei lediglich 4 %, also noch deutlich niedriger.

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Die FSME-Impfquote lag bei Erwachsenen, die in FSME-Risikogebieten wohnen, im Jahr 2024 mit 19 % auf einem ähnlichen Niveau wie in den Vorjahren. Damit nutzen Erwachsene die FSME-Impfung deutlich weniger als Kinder.

Impfquoten bei Schwangeren

Pertussis

Die Impfung gegen Pertussis (Keuchhusten) wird seit 2020 allen Schwangeren empfohlen. Im Jahr 2024 setzte die Pertussis-Impfquote bei Schwangeren ihren Anstieg weiter fort, von 34 % bei Einführung auf nun 51 %, s. Tabelle 4 und Abbildung 2C.

Impfung	Bundesweite Impfquote	Impfstoffdosis	Bevölkerungsgruppe	Alter	Zeitraum
Pertussis	51%	1 Impfstoffdosis	Schwangere	15–49 Jahre	Schwangerschaftsbeginn im Jahr 2023
Influenza	23%	1 Impfstoffdosis	Schwangere	15–49 Jahre	Influenza-Saison 2024/25

Tab. 4 | Aktuelle bundesweite Impfquoten bei Schwangeren

Influenza

Die saisonale Influenza-Impfung wird seit 2010 allen Frauen empfohlen, die in einer Influenza-Saison schwanger sind. In der Saison 2024/2025 waren bundesweit 23 % aller während der Influenza-Saison Schwangeren gegen Influenza geimpft. Die Influenza-Impfquote bei Schwangeren setzte damit den positiven Trend der vergangenen zehn Jahre fort, auch wenn der vorläufige Höchstwert von 24 % während der COVID-19-Pandemie (2020/2021) noch nicht wieder erreicht wurde. Die Influenza-Impfquote bleibt allerdings weiterhin deutlich hinter der Pertussis-Impfquote bei Schwangeren zurück.

Regionale Unterschiede

Bei vielen Impfquoten bestehen große Unterschiede zwischen den Bundesländern und auf Kreisebene. Dies betrifft sowohl Kinder- und Jugendimpfungen als auch Impfungen im Erwachsenenalter. Beispielsweise reichen die Poliomyelitis-Impfquoten bei Kindern im Alter von 24 Monaten von 67 % in Baden-Württemberg bis 80 % in Niedersachsen. Bei Mäsern reichen die Impfquoten bei Kindern im Alter von 24 Monaten von 55 % in Sachsen bis 84 % in Schleswig-Holstein. Gegen HPV sind je nach Landkreis 26 %–75 % der 15-jährigen Mädchen geimpft, gegen Influenza verfügen je nach Landkreis 8 %–60 % der Personen ab 60 Jahren über einen Impfschutz. Über das Impfdashboard „VacMap“ des RKI lassen sich Impfquoten auf Bundesland- und Kreisebene abrufen und grafisch darstellen (<https://www.rki.de/vacmap>).

Fazit

Die Impfquoten bei Kindern liegen in Deutschland weiterhin auf einem hohen Niveau. Allerdings bestehen in allen Altersgruppen deutliche Impflücken, die zudem regional noch stärker ausgeprägt sind. So wird die Grundimmunisierung bei Kindern häu-

fig später als empfohlen oder gar nicht abgeschlossen. Bis zum Schulalter werden Impfungen teilweise nachgeholt. Bei Mädchen stagnieren die HPV-Impfquoten und bei Jungen stiegen sie zuletzt nur noch minimal an. Die Auffrischimpfung im Jugendalter wird von weniger als zwei Dritteln der Jugendlichen genutzt. Auch die Impfquoten bei Erwachsenen, Menschen mit Vorerkrankungen und Schwangeren liegen häufig deutlich unter 50 %.

Um das Potenzial der von der STIKO empfohlenen Impfungen besser auszuschöpfen, sollten Impflücken dringend geschlossen werden. Dazu sollten Hindernisse für das Impfen abgebaut werden. Beispielsweise sollten Ärztinnen und Ärzte jeden Kontakt mit Patientinnen und Patienten nutzen, um den Impfstatus zu prüfen. Bei Impfterminen von Kindern sollten die Eltern mitgeimpft werden und bei Schwangeren die Haushaltsmitglieder. Die Bevölkerung sollte besser darüber informiert werden, wann und wo geimpft werden kann. Beispielsweise bieten auch Apotheken Impfungen gegen Influenza und COVID-19 an. Verschiedene Impfungen können gleichzeitig verabreicht werden (etwa gegen COVID-19 und Influenza) und auch trotz eines leichten Infekts kann ein Impftermin wahrgenommen werden.

Die Einführung der RSV-Prophylaxe im Säuglingsalter hat einmal mehr gezeigt, dass Impfungen zu den größten Erfolgsgeschichten der Medizin gehören: Während rund die Hälfte der im Sommer 2024 geborenen Kinder sowie ein noch nicht zu beifesternder Anteil der im Herbst und Winter geborenen Kinder die RSV-Prophylaxe erhalten hat, halbierte sich in der Wintersaison 2024/2025 die Anzahl der RSV-assozierten Krankenhausaufenthalte bei Säuglingen.

Umgekehrt zeigt sich in Deutschland aktuell auch, was passiert, wenn Menschen nicht oder unzurei-

chend geimpft sind. Beispielsweise berichtete das RKI im Jahr 2025 über einen bundesweiten Diphtherie-Ausbruch, bei dem ein ungeimpftes Kind an respiratorischer Diphtherie starb; zwei ältere Menschen starben ebenfalls und es sind häufig besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen betroffen.¹²⁻¹⁴ Ebenso wurde 2025 erstmals ein Hib-Ausbruch unter Erwachsenen in der Altersgruppe 20–60 Jahre in Deutschland gemeldet.¹⁵ Auch hier sind vorwiegend vulnerable Gruppen betroffen.¹⁶ Daneben kommt es weiterhin regelmäßig zu Masern-Ausbrüchen.¹⁷

Seit Ende 2024 wurden wiederholt vom Schluckimpfstoff abgeleitete Polioviren im Abwasser in Deutschland nachgewiesen.¹⁸⁻²² Im Oktober 2025 wurden zudem erstmals Polio-Wildviren vom Typ 1 im Abwasser in Hamburg nachgewiesen, welche sonst nur noch in Afghanistan und Pakistan vorkommen.²³ Polioviren im Abwasser bedeuten, dass

Menschen mit Polioviren infiziert sind und diese mit dem Stuhl ausscheiden. Klinische Poliomyelitis-Fälle wurden dem RKI bislang nicht übermittelt – auch dank der vergleichsweise hohen Poliomyelitis-Impfquoten. Bei unzureichend Geimpften können Schluckimpfstoff-abgeleitete Polioviren genauso wie Wildviren schwere Lähmungen verursachen.²⁴ Die Abwassernachweise verdeutlichen somit sowohl die fortwährende Gefahr für unzureichend Geimpfte in Deutschland als auch die Notwendigkeit hoher Impfquoten und guter Surveillance.²⁵

Die Renaissance von Krankheiten, die durch Impfungen verhindert werden können, ist Warnsignal und Auftrag zugleich: Die Erfolge des Impfens dürfen nicht verspielt werden, und Impflücken müssen geschlossen werden, um alle Menschen vor impfpräventablen Erkrankungen zu schützen, in Deutschland und weltweit.

Literatur

- 1 Rieck T, Feig M, Branke L und Steffen A (2024): Inanspruchnahme von Routineimpfungen in Deutschland – Ergebnisse aus der KV-Impfsurveillance, Berlin: Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14274544>
- 2 Rieck T, Steffen A, Schmid-Küpke N, Feig M, Wichmann O, Siedler A. Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance und der Onlinebefragung von Krankenhauspersonal OKaPII. *Epid Bull* 2020;47:3-26. <https://doi.org/10.25646/7658>
- 3 Steffen A, Rieck T, Siedler A. Monitoring of Influenza Vaccination Coverage among Pregnant Women in Germany Based on Nationwide Outpatient Claims Data: Findings for Seasons 2014/15 to 2019/20. *Vaccines (Basel)* 2021; 9(5). <https://doi.org/10.3390/vaccines9050485>
- 4 Siedler A, Rieck T: Erhebung von Impfquoten im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Die RKI Impfsurveillance und ihr neues Publikationsformat. *Epid Bull* 2020;32/33:3-8. <https://doi.org/10.25646/7020>
- 5 Rieck T, Feig M, Delere Y, Wichmann O. Utilization of administrative data to assess the association of

- an adolescent health check-up with human papillomavirus vaccine uptake in Germany. *Vaccine* 2014; 32(43): 5564-9. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.07.105>
- 6 Rieck T, Feig M, Eckmanns T, Benzler J, Siedler A, Wichmann O. Vaccination coverage among children in Germany estimated by analysis of health insurance claims data. *Human vaccines & immunotherapeutics* 2014; 10(2). <https://doi.org/10.4161/hv.26986>
- 7 Rieck T, Badenschier F, Rau C: Poliomyelitis-Impfquoten bei Kindern in Deutschland. *Epid Bull* 2024;50:11-16. <https://doi.org/10.25646/12955>
- 8 Rieck T, Rau C, Wulkotte E, Feig M, Fischer C, Wichmann O & Steffen A. Impfquotenmonitoring in Deutschland – gegenwärtiger Stand und Perspektive. *Bundesgesundheitsbl* 68, 351–359 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04020-w>
- 9 Schönenfeld V, Rau C, Cai W, Wichmann O, Harder T: The incidence of RSV infection since the introduction of monoclonal antibody prophylaxis: An analysis of reported case data across Germany for the seasons 2023/24 and 2024/25. *Dtsch Arztebl Int* 2025; 122: 472–3. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.m2025.0111>
- 10 Robert Koch-Institut: KV-Impfsurveillance: Ergänzungen zu den Impfdaten aus den Schuleingangsuntersuchungen. *Epid Bull* 2016;(16):134. <https://doi.org/10.17886/EpiBull-2016-025>
- 11 Rieck T, Steffen A, Feig M, Rau C: Impfquoten in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus dem RKI-Impfquotenmonitoring. *Epid Bull* 2024;50:3-10. <https://doi.org/10.25646/12956>
- 12 Berger A, Dangel A, Bengs K, Schlotmann S, Thomaßen P, Maday C, Rubach C, Abdelgawad I, Namaschk G, Schneider L, Perriat D, Badenschier F, Rau C, Muscat M, Sing A. Autochthonous outbreak of respiratory diphtheria caused by *Corynebacterium diphtheriae*, Germany, September 2024. *Euro Surveill.* 2025;30(27):pii=2500116. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.27.2500116>
- 13 Robert Koch-Institut: Signal für bundesweiten Diphtherie-Ausbruch mit *Corynebacterium diphtheriae* ST-574. *Epid Bull* 2025;18:6-7. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/18_25.pdf
- 14 Roewer de Porto I, Dangel A, Schneider L, Zasada A, Haller J, Abdelgawad I, Sifczyk C, Paradowska-Stankiewicz I, Wichmann O, Badenschier F, Berger A, Rau C, Sing A. Two diphtheria sub-clusters with autochthonous cases in Germany and Poland within a *Corynebacterium diphtheriae* ST-574 outbreak, 2022 to July 2025. *Euro Surveill.* 2025;30(33):pii=2500539. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.33.2500539>
- 15 Robert Koch-Institut: Ausbruch von invasiven *Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Infektionen unter vorwiegend drogengebrauchenden und wohnungslosen Menschen in Hamburg, 2024/2025. *Epid Bull* 2025;27:10-12. <https://doi.org/10.25646/13270>
- 16 Robert Koch-Institut: Infektionsgeschehen von Diphtherie, *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) und Hepatitis unter Menschen in Wohnungslosigkeit und Menschen, die Drogen gebrauchen: Erkenntnisse und Empfehlungen. *Epid Bull* 2025;32:3-6. <https://doi.org/10.25646/13347>
- 17 Matysiak-Klose D, Mankertz A, Holzmann H. The epidemiology and diagnosis of measles—special aspects relating to low incidence. *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 875–81. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.m2024.0211>
- 18 Robert Koch-Institut: Hinweis auf Schluckimpfstoff-abgeleitete Polioviren in Abwasserproben an mehreren Orten in Deutschland. *Epid Bull* 2024;48:21-22. <https://doi.org/10.25646/12938>
- 19 Robert Koch-Institut: Schluckimpfstoff-abgeleitete Polioviren in Abwasserproben an weiteren Orten in Deutschland nachgewiesen. *Epid Bull* 2024;49:14. <https://doi.org/10.25646/12945>
- 20 Robert Koch-Institut: Update zu cVDPV2-Nachweisen im Abwasser. *Epid Bull* 2025;5:10-11. <https://doi.org/10.25646/12988>
- 21 Robert Koch-Institut: Nur noch vereinzelt Polioviren-Nachweise in Abwasserproben. *Epid Bull* 2025;16:19-20. <https://doi.org/10.25646/13110>
- 22 Robert Koch-Institut: Weitere Polioviren-Nachweise in Abwasserproben. *Epid Bull* 2025;27:13-14. <https://doi.org/10.25646/13271>
- 23 Robert Koch-Institut: Polio-Wildviren Typ 1 in Abwasserprobe in Hamburg nachgewiesen. *Epid Bull* 2025;46:10-12. <https://doi.org/10.25646/13559>
- 24 Robert Koch-Institut: RKI-Ratgeber Poliomyelitis. *Epid Bull* 2025;43:9-18. <https://doi.org/10.25646/13533>
- 25 Keeren K, Badenschier F, Rau C, Wichmann O, Böttcher S, Diedrich S: Weltpolioitag 2025 – Ziel der weltweiten Ausrottung von Polio in Gefahr. *Epid Bull* 2025;43:4-8. <https://doi.org/10.25646/13535>

Autorinnen und Autoren

- ^{a)} Dr. Thorsten Rieck | ^{a)} Dr. Annika Steffen |
^{a)} Matthias Lottes | ^{a)} Franziska Badenschier |
^{b)} Marcel Feig | ^{a)} Dr. Cornelius Rau
- ^{a)} Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-
epidemiologie, Fachgebiet Impfprävention/STIKO
^{b)} Robert Koch-Institut, Abteilung für Methoden-
entwicklung, Forschungsinfrastruktur und
Informationstechnologie

Korrespondenz: RieckT@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

Rieck T, Steffen A, Lottes M, Badenschier F, Feig M,
Rau C: Impfquoten in Deutschland

Epid Bull 2025;50:3-13 | DOI 10.25646/13589

Danksagung

Wir danken allen Kassenärztlichen Vereinigungen und den für die Erhebung und Übermittlung der Schuleingangsdaten verantwortlichen Kolleginnen und Kollegen in den Bundesländern für die kontinuierliche Bereitstellung der für das Impfquotenmonitoring relevanten Daten.

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0
International

In eigener Sache

Auch 2025 möchte die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins (Epid Bull)* die letzte Ausgabe des Jahres für einen Rückblick nutzen.

Neben den jährlich erscheinenden Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und den Reiseimpfungen veröffentlichte das *Epid Bull* 2025 weitere neun neue Impfempfehlungen der STIKO. Diese beinhalteten Impfempfehlungen zu Influenza, Respiratorische Synzytial-Viren, Pneumokokken, Herpes zoster, Meningokokken, Chikungunya, *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) und Mpox.

Es wurden fünf RKI-Ratgeber grundlegend überarbeitet und im *Epid Bull* veröffentlicht: Kopflausbefall, Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Typhus abdominalis, Paratyphus und Poliomyelitis.

Berichte zu respiratorischen Erkrankungen haben seit dem Ende der COVID-19-Pandemie einen breiteren Fokus angenommen. So wurden Artikel zur Krankheitslast akuter respiratorischer Erkrankungen (stationär und ambulant), zur Surveillance sowie zu virologischen Analysen der häufigsten Erreger publiziert. Daneben spielen sexuell übertragbare Infektionen nach wie vor eine zentrale Rolle unter den Infektionskrankheiten. Hier wurden Beiträge zu HIV, Syphilis, Gonorrhö und die HIV-PrEP-Surveillance veröffentlicht.

Alljährlich lenken verschiedene Weltgesundheitstage die Aufmerksamkeit auf ausgewählte Krankheiten sowie deren Public-Health-Relevanz und auch im *Epid Bull* werden zu diesen Gelegenheiten Editorials und Artikel veröffentlicht. 2025 waren dies der Weltlepratag, der Tag der vernachlässigen Tropenkrankheiten, der Weltkrebstag und der Weltdiabetestag, der internationale Tag der Händehygiene, der Welt-AIDS-Tags und der Welt-Polio-Tag. Eine besonders umfangreiche Ausgabe widmete sich dem Welttuberkulosetag.

Wie auch im vergangenen Jahr wurde auf verschiedene reiseassoziierte Erkrankungen aufmerksam gemacht. So berichtete das *Epid Bull* über drei Cholerafälle in Deutschland durch Konsum von aus Äthiopien mitgebrachtem Wasser, vermehrte Chikungunyafeier-Fälle unter Reise-rückkehrenden aus Kuba oder über Infektionen mit Carbapenem-resistenten *Salmonella* Typhi nach Aufenthalt in Indien. Zudem erschien eine Übersicht über die im Jahr 2024 importierten Infektionskrankheiten.

Aus aktuellen Anlässen veröffentlicht wurden u. a. Beiträge über einen *Salmonella*-Infantis-Ausbruch bei Säuglingen und Kleinkindern durch kontaminiertes Cashewmus, Diphtherie, Hib und Hepatitis A unter Menschen in Wohnungslösigkeit und Menschen, die Drogen gebrauchen, den EHEC-/HUS-Ausbruch mit Schwerpunkt in Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen sowie den Nachweis von Schluckimpfstoff-abgeleiteten Typ-2-Polioviren aus Abwasser.

Neuerungen und Ausblick

Neu seit diesem Jahr sind die englischsprachigen Kurztexte im Inhaltsverzeichnis des *Epid Bull*. Für das kommende Jahr ist geplant, die Barrierefreiheit der veröffentlichten Beiträge weiter voranzutreiben, deren Umsetzung sich leider komplexer als geplant gestaltet. Wir sind jedoch zuversichtlich, dass es 2026 gelingt. Zum anderen überlegen wir, eine Visualisierung der Statistiktabellen meldepflichtiger Infektionskrankheiten als „Zusatzmaterial“ anzubieten. Dieser Wunsch war im Zuge der Leserumfrage geäußert worden, deren Ergebnisse voraussichtlich in der Ausgabe 3/2026 publiziert werden.

Eine chronologische Übersicht aller Veröffentlichungen ist abrufbar unter www.rki.de/epidbull.

Wir weisen außerdem auf die Möglichkeit hin, sich über die Internetseite www.rki.de/epidbull für unseren wöchentlichen Newsletter anzumelden, der jeweils donnerstags den Link und eine Themenübersicht zur aktuellen Ausgabe enthält. 13.193 Abonnentinnen und Abonnenten nutzen diesen Service bereits.

Wir bedanken uns bei allen Leserinnen und Lesern für das Interesse am *Epid Bull* sowie bei allen Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge.

Redaktion *Epidemiologisches Bulletin*

Neues vom Journal of Health Monitoring

Die letzte Ausgabe des Journal of Health Monitoring 2025 hat den thematischen Schwerpunkt „Bewegung“. Eröffnet wird das Thema mit einem Artikel, der einen Überblick über verfügbare Daten zum Bewegungsverhalten sowie zur Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland gibt. Die Daten wurden basierend auf vier Bestandsaufnahmen zur Bewegungsförderung analysiert. Ein weiterer Artikel untersucht die körperliche Aktivität im Alter und nimmt dabei insbesondere die Diskrepanz zwischen der hohen gesellschaftlichen Erwartung und dem tatsächlichen Aktivitätsverhalten im Alter in den Blickpunkt. Da Bewegungsförderung früh beginnen sollte, liegt der Fokus eines dritten Artikels auf der Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung in Kitas. Darin werden Ergebnisse des BeweKi-Projekts vorgestellt.

Im vierten Quartal erschien zudem ein Artikel zu Barrieren bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung junger Erwachsener. Dafür wurden Daten einer Online-Befragung mit über 3.000 jungen Erwachsenen, ehemaligen Teilnehmenden der KiGGS-Studie, ausgewertet.

Anlässlich des Symposiums „Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut: Neue Zahlen, neues Konzept“, das am 5. Dezember stattfand, wurden drei Artikel zum Panel „Gesundheit in Deutschland“ veröffentlicht. Thema einer ersten Auswer-

tung des RKI-Panels 2024 sind depressive und Angstsymptome bei Erwachsenen. Für über 27.100 Teilnehmende wurden Prävalenzen geschätzt und Subgruppenunterschiede untersucht. Ein weiterer Artikel beleuchtet den Hintergrund und die Methode der Jahreserhebung 2024, stellt die Teilnahmequoten der Teilwellen vor und beschreibt die Zusammensetzung der Stichprobe. Zudem werden Besonderheiten der Jahreserhebung 2024 beschrieben. Der dritte Artikel beschäftigt sich mit den Auswirkungen eines veränderten Studiendesigns auf die Zusammensetzung der Stichprobe und die Prävalenzschätzer durch den Start des RKI-Panels auf das Gesundheitsmonitoring am RKI.

Die Artikel des Journal of Health Monitoring können über die RKI-Internetseite unter www.rki.de/jhealthmonit auf Deutsch sowie unter www.rki.de/jhealthmonit-en auf Englisch kostenlos heruntergeladen werden. Informationen über Neuerscheinungen des Journal of Health Monitoring bietet der GBE-Newsletter, für den Sie sich unter www.rki.de/newsletter anmelden können.

Livia Ryl, JoHM-Redaktion

Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Korrespondenz: RylL@rki.de

Einladung zum Workshop zu Vancomycin-resistenten Enterokokken 2026

2. bis 3. März 2026 – Universitätsklinikum Würzburg

Der zweitägige Workshop zu Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) verfolgt das Ziel, Fachpersonal aus Mikrobiologie, Krankenhaushygiene, Infektiologie und Public Health über den aktuellen Stand von Diagnostik, Epidemiologie und Krankheitslast von VRE zu informieren und den Wissensaustausch zu wirksamen Infektionspräventions- und -kontrollmaßnahmen zu fördern. Durch Fachvorträge, Diskussionsrunden und Praxisbeispiele sollen Teilnehmende befähigt werden, evidenzbasierte Strategien zur Eindämmung von VRE in ihren Einrichtungen umzusetzen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kampf gegen antimikrobielle Resistzenzen zu stärken.

Themenschwerpunkte

- ▶ Diagnostische und therapeutische Herausforderungen bei VRE
- ▶ Molekulare Charakterisierung und epidemiologische Lage von VRE
- ▶ Strategien zur Kontrolle von VRE in medizinischen Zentren
- ▶ Nationale Studien und Projekte zur Infektionsprävention von VRE

Information und Anmeldung

Weitere Informationen zu Registrierung, Teilnahmegebühr, Abstracteinreichung und Programm unter: go.uniwue.de/vreworkshop2026



Der Workshop ist eine gemeinsame Aktivität der Ständigen Arbeitsgemeinschaft Nationale Referenzzentren und Konsiliarlabore (StAG NRZ) sowie der Fachgruppen Molekulare Infektionsepidemiologie und Populationsgenetik (FG MIP) und Infektionsprävention und Antibiotikaresistenz in der Krankenhaushygiene (FG PR) der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM). Mitausrichter sind das Robert Koch-Institut, das Universitätsklinikum und die Universität Würzburg sowie das Forschungszentrum Borstel.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

49. Woche 2025 (Datenstand: 10. Dezember 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.
Baden-Württemberg	43	3.975	4.058	9	1.237	1.445	10	436	348	62	5.580	4.297	14	2.098	1.443
Bayern	77	6.555	5.924	21	1.778	1.770	6	543	336	126	8.614	9.512	34	3.981	2.402
Berlin	13	2.140	1.686	1	366	623	2	271	149	41	2.972	3.739	4	1.556	1.148
Brandenburg	43	1.737	1.464	3	300	417	0	192	123	73	3.318	3.873	27	2.417	1.355
Bremen	4	371	316	0	46	63	3	69	20	12	465	352	1	165	97
Hamburg	4	1.189	1.068	1	195	221	1	170	89	17	1.662	1.996	3	826	665
Hessen	36	3.264	3.149	4	812	928	8	520	345	48	4.694	3.606	17	1.966	1.355
Mecklenburg-Vorpommern	20	1.401	1.217	2	242	278	3	298	127	46	2.163	2.323	7	1.440	599
Niedersachsen	50	3.913	4.116	8	795	1.042	14	897	705	118	6.096	5.965	25	3.959	1.481
Nordrhein-Westfalen	143	11.177	10.377	25	1.986	2.242	21	1.426	1.110	253	15.982	14.721	37	6.189	3.840
Rheinland-Pfalz	35	2.808	2.758	11	565	643	6	303	249	47	4.100	3.364	19	2.031	932
Saarland	8	832	705	3	124	150	2	88	23	3	991	749	0	786	261
Sachsen	51	3.503	3.390	11	630	733	5	304	276	98	6.468	7.098	43	3.112	2.058
Sachsen-Anhalt	27	1.500	1.311	8	350	449	4	162	164	84	3.711	4.066	43	2.322	820
Schleswig-Holstein	22	1.481	1.390	2	226	260	2	295	187	53	2.106	2.228	7	917	549
Thüringen	30	1.571	1.564	8	575	755	1	201	117	66	3.458	3.592	15	2.003	1.607
Deutschland	606	47.417	44.493	117	10.227	12.019	88	6.175	4.368	1.147	72.380	71.481	296	35.768	20.612

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.
Baden-Württemberg	7	118	98	34	1.933	2.421	11	1.008	1.159	11	506	560	472	34.591	24.330
Bayern	3	163	143	38	2.949	3.862	24	1.340	1.551	12	514	572	1.487	75.393	46.488
Berlin	0	55	63	25	1.205	1.366	8	506	544	8	317	297	252	16.103	6.073
Brandenburg	2	37	31	4	263	410	0	146	154	1	110	119	248	18.681	7.225
Bremen	2	11	11	10	270	331	1	85	166	2	63	56	35	1.263	804
Hamburg	2	40	32	16	1.065	1.373	4	242	325	0	151	204	148	10.393	4.278
Hessen	0	83	88	19	1.088	1.696	14	542	685	6	406	501	365	21.693	11.994
Mecklenburg-Vorpommern	0	24	14	4	129	236	2	86	131	0	46	59	74	13.561	6.675
Niedersachsen	1	95	82	36	1.687	1.835	11	666	754	3	280	273	208	29.144	12.674
Nordrhein-Westfalen	7	248	216	55	3.792	4.724	33	1.782	2.264	9	791	902	593	65.533	29.812
Rheinland-Pfalz	3	85	42	13	883	1.362	7	352	396	4	194	168	306	17.560	10.350
Saarland	1	17	16	5	214	317	3	140	193	2	48	50	44	3.320	1.632
Sachsen	0	40	28	4	336	451	4	217	231	3	143	153	877	45.049	20.928
Sachsen-Anhalt	0	14	33	4	332	352	1	116	151	2	73	91	412	26.940	12.358
Schleswig-Holstein	1	25	25	10	458	685	4	282	376	2	84	118	102	10.882	4.527
Thüringen	0	26	23	2	176	241	2	118	122	0	71	85	178	18.279	8.584
Deutschland	29	1.081	945	279	16.780	21.662	129	7.628	9.202	65	3.797	4.208	5.801	408.385	208.732

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.
Baden-Württemberg	0	48	68	1	16	37	0	1	1	7	801	4.352	93	3.115	2.891
Bayern	0	44	69	1	58	64	0	0	4	24	1.149	4.890	95	5.273	4.151
Berlin	0	12	94	0	17	19	0	0	1	0	182	869	31	946	1.063
Brandenburg	0	4	4	0	11	7	0	0	1	2	291	1.335	13	612	616
Bremen	0	1	2	0	2	5	0	0	0	0	20	85	2	139	157
Hamburg	0	3	16	0	5	15	0	0	1	1	144	453	6	602	469
Hessen	0	19	40	0	22	27	0	1	0	3	360	965	17	891	887
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	188	270	2	242	224
Niedersachsen	0	19	50	0	31	29	0	0	0	4	356	1.335	23	1.294	1.238
Nordrhein-Westfalen	0	42	243	2	97	107	0	1	1	16	910	3.835	64	3.611	3.258
Rheinland-Pfalz	0	18	9	0	17	25	0	0	2	11	355	947	12	753	546
Saarland	0	1	10	0	1	5	0	0	0	3	144	354	1	119	105
Sachsen	0	11	21	0	18	9	0	0	0	11	794	1.707	51	1.756	1.772
Sachsen-Anhalt	0	3	1	0	4	3	0	0	0	6	614	1.026	3	234	216
Schleswig-Holstein	0	0	3	0	9	16	0	0	0	0	139	502	11	493	483
Thüringen	0	1	7	0	3	8	0	0	0	15	557	1.421	23	438	370
Deutschland	0	227	637	4	311	376	0	3	11	104	7.004	24.346	447	20.518	18.446

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

	Acinetobacter ¹			Enterobakteriales			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.	49.	1.-49.	1.-49.
Baden-Württemberg	0	88	102	17	1.224	1.090	4	98	95	1	93	98	783	11.952	23.933
Bayern	3	91	118	25	1.119	1.273	0	248	216	2	119	124	845	19.654	44.680
Berlin	1	67	101	12	702	679	0	44	45	1	58	67	397	6.164	8.847
Brandenburg	1	15	24	5	207	232	0	96	72	1	31	27	405	4.766	7.572
Bremen	0	3	1	0	25	44	0	17	10	0	0	3	48	577	1.236
Hamburg	0	22	29	5	410	429	0	39	37	1	48	40	173	2.956	5.200
Hessen	0	71	78	21	1.108	1.162	0	89	113	1	95	101	505	7.849	16.221
Mecklenburg-Vorpommern	0	10	12	2	120	183	0	54	28	0	22	17	542	3.729	7.342
Niedersachsen	0	45	69	12	769	784	2	158	169	2	97	112	771	7.848	18.617
Nordrhein-Westfalen	2	179	163	41	2.370	2.196	7	631	564	5	270	306	1.439	22.045	46.164
Rheinland-Pfalz	0	21	20	5	446	407	1	91	72	1	32	25	436	5.991	10.562
Saarland	0	8	3	2	57	52	2	27	15	3	13	16	103	1.654	2.848
Sachsen	1	16	20	9	307	296	4	318	269	1	63	69	1.122	10.542	19.998
Sachsen-Anhalt	1	21	10	8	194	199	2	87	85	3	45	48	776	5.626	12.237
Schleswig-Holstein	9	47	25	4	243	260	2	57	46	1	23	25	240	3.996	8.039
Thüringen	0	16	13	3	176	127	1	52	51	0	28	45	403	3.354	6.850
Deutschland	18	720	788	171	9.477	9.413	25	2.106	1.887	23	1.037	1.123	8.988	118.703	240.346

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
	49.	1.–49.	1.–49.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	296	334
Bornavirus-Erkrankung	0	4	3
Botulismus	0	9	9
Brucellose	0	37	53
Candida auris, invasive Infektion	0	15	20
Chikungunavirus-Erkrankung	17	189	48
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	128	122
Denguefieber	2	825	1.670
Diphtherie	0	45	53
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	6	686	679
Giardiasis	25	2.841	2.707
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	27	1.459	1.588
Hantavirus-Erkrankung	2	281	416
Hepatitis D	0	8	112
Hepatitis E	58	4.971	4.536
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	174	59
Kryptosporidiose	49	2.729	3.200
Legionellose	23	2.135	2.128
Lepra	0	2	1
Leptospirose	0	166	309
Listeriose	11	577	642
Malaria	19	850	900
Meningokokken, invasive Infektion	4	299	315
Mpox	8	492	239
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	17	35
Paratyphus	0	47	52
Pneumokokken, invasive Infektion	163	9.823	7.911
Q-Fieber	0	70	92
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	404	66.988	44.137
Shigellose	56	3.165	2.135
Trichinellose	0	2	3
Tularämie	0	171	188
Typhus abdominalis	0	84	74
West-Nil-Fieber*	0	12	47
Yersiniose	56	3.581	2.916
Zikavirus-Erkrankung	0	15	33

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 Meldeweche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle