



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN  
ZU INFJEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

1  
2026

2. Januar 2026

# Epidemiologisches Bulletin

**Indikationsgerechte Verwendung  
eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes  
im Gesundheitswesen**

## Inhalt

### KRINKO: Indikationsgerechte Verwendung eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes (MNS) im Gesundheitswesen

3

Einrichtungen des Gesundheitswesens tragen insgesamt erheblich zu den weltweiten Treibhausgasemissionen bei und sind für ein hohes Abfallaufkommen verantwortlich. Die WHO sieht im Gesundheitssektor großes Potenzial, durch nachhaltigere Strukturen und Prozesse aktiv zum Umwelt- und Klimaschutz beizutragen. Ziel dieser Stellungnahme der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) ist es, das Optimierungspotenzial mit Blick auf die indikationsgerechte Verwendung eines medizinischen MNS in Gesundheitseinrichtungen zu betrachten. Die Herausforderung liegt darin, die bestmögliche Verhältnismäßigkeit zwischen hygienisch optimaler Versorgung von Patienten inklusive Eigenschutz der Beschäftigten und einem nachhaltigen Handeln zu finden.

### KRINKO: Indication-based use of medical face masks in the healthcare sector

Healthcare facilities contribute significantly to global greenhouse gas emissions and are responsible for a high volume of waste. The WHO sees a great potential in the healthcare sector to actively contribute to environmental and climate protection through more sustainable structures and processes. The aim of this statement by the Commission for Infection Prevention and Hygiene in Healthcare and Nursing (KRINKO) is to examine the potential for optimization with regard to the indication-based use of medical face masks in healthcare facilities. The challenge lies in finding the best possible balance between optimal hygienic care for patients, including self-protection for employees, and sustainable action.

(Article in German)

### Veranstaltungshinweis: TUBERKULOSE AKTUELL 2026

10

### Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 52. Woche 2025

11

### Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: Oktober 2025

14

## Impressum

### Herausgeber

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

### Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat

### Redaktionsassistenz

Nadja Harendt

### Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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

# Indikationsgerechte Verwendung eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes (MNS) im Gesundheitswesen

Stellungnahme der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI)

Die Ausführungen in dieser Stellungnahme dienen ausschließlich zur Unterrichtung der Öffentlichkeit, von Fachkreisen oder der obersten Landesgesundheitsbehörden und sind keine Empfehlung der KRINKO im Sinne der §§ 23, 35 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

**Allgemeine Anmerkung:** Grundsätzlich sind in diesem Dokument bei allen Berufs- bzw. Gruppenbezeichnungen immer alle Geschlechter gemeint.

## 1. Einleitung, Anlass und Ziel

Einrichtungen des Gesundheitswesens tragen insgesamt erheblich zu den weltweiten Treibhausgasemissionen bei<sup>1</sup> und sind für ein hohes Abfallaufkommen verantwortlich.<sup>2</sup> Die Weltgesundheitsorganisation sieht im Gesundheitssektor großes Potenzial, durch nachhaltigere Strukturen und Prozesse aktiv zum Umwelt- und Klimaschutz beizutragen.<sup>3</sup> Ziel dieser Stellungnahme ist es, das Optimierungspotenzial mit Blick auf die indikationsgerechte Verwendung eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes (medizinische Gesichtsmasken gemäß DIN EN 14683,<sup>4</sup> [MNS]) in Gesundheitseinrichtungen zu betrachten. Die Herausforderung liegt darin, die bestmögliche Verhältnismäßigkeit zwischen hygienisch optimaler Versorgung von Patienten inklusive Eigenschutz der Beschäftigten und einem nachhaltigen Handeln zu finden.

Die in dieser Stellungnahme nur in Abgrenzung erwähnten partikelfiltrierenden Halbmasken (engl.: *filtering face piece*; FFP; auch als **Atemschutzmasken** bezeichnet) der Schutzklasse 2 (FFP2-Maske gemäß DIN EN 149<sup>5</sup>) dienen zum Schutz vor Partikeln, Rauch und Aerosolen und sind somit als Teil der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) zu sehen.<sup>6,7</sup> Die DIN EN 149 legt Anforderungen an partikelfil-

trierende Halbmasken als Atemschutz, wie beispielsweise FFP2-Masken, fest und enthält u. a. auch Informationen zur Wiederverwendbarkeit dieser Masken über die Dauer einer Arbeitsschicht hinaus.<sup>5</sup> Zusätzlich gibt es weitere Atemschutzmasken wie beispielsweise die N95- (nach US-amerikanischem Standard geprüft) bzw. NK95-Atemschutzmasken (nach chinesischem Standard geprüft).

**CAVE:** Die Indikationen für Atemschutzmasken sind nicht Gegenstand dieser Stellungnahme.

Die Verwendung von MNS wird in verschiedenen Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO; ehemals Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) thematisiert.<sup>6,7</sup> Während der Coronavirus Disease 2019-(COVID-19)-Pandemie wurde besonders deutlich, wie wichtig ein indikationsgerechter Einsatz von MNS ist, da pandemiebedingt allein im Frühjahr 2020 MNS im Wert von schätzungsweise 3,5 Milliarden Euro nach Deutschland importiert wurden.<sup>8</sup> In der Hochphase der COVID-19-Pandemie (2020 bis 2022) wurden ca. 17 Milliarden Stoffmasken und MNS verbraucht.<sup>9</sup> Weltweit wurden im Jahr 2020 ca. 3,5 Millionen Tonnen Kunststoffmüll allein durch MNS verursacht.<sup>2</sup>

Mit dem Ziel, eine sichere Infektionsprävention und -kontrolle zu erreichen und gleichzeitig umweltschonend in Bezug auf Rohstoffverbrauch, Produktion, Transport und Entsorgung von MNS zu agieren, erscheint es erforderlich, die Indikationen für die Verwendung von MNS im Allgemeinen und mit bestimmten Materialeigenschaften im Speziellen für Einrichtungen des Gesundheitswesens zusam-

menzfassen. Wie schon in dem Kommentar der KRINKO zum indikationsgerechten Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe im Gesundheitswesen<sup>10</sup> dargestellt, können analog durch die indikationsgerechte Verwendung von MNS im besten Fall sogenannte Co-Benefit-Lösungsansätze aufgezeigt werden.

### Ökobilanz FFP2-Masken vs. MNS

Einer aktuellen Modellierung zufolge, die auf einer Ökobilanzierung (engl.: *life cycle assessment*) zur Erfassung der Umweltauswirkungen über den gesamten Lebensweg basiert, liegt die Kohlenstoffdioxidbilanz ( $\text{CO}_2$ -Fußabdruck) einer durchschnittlichen FFP2-/N95-Maske ca. um den Faktor vier höher im Vergleich zu einem handelsüblichen mehrlagigen MNS: Für einen MNS (analog DIN EN 14683:2019-10 Typ II) liegt die  $\text{CO}_2$ -Bilanz für 100 Personen über den Zeitraum von einem Monat bei 154,33 kg  $\text{CO}_2$ -Äquivalent (engl.: *equivalent*; eq) und für N95-Masken (analog FFP2-Masken) bei 641,25 kg  $\text{CO}_2$ -eq.<sup>11</sup> Bezogen auf das einzelne Produkt ergeben sich 51,44 g  $\text{CO}_2$ -eq/MNS versus 213,75 g  $\text{CO}_2$ -eq/FFP2-Maske. Es ist zu berücksichtigen, dass es sich bei einer Ökobilanzierung nicht um statische Größen handelt, weil viele Einflussfaktoren einer Veränderung über die Zeit unterliegen können. Die grundsätzliche Aussage des relevanten Unterschieds darf jedoch als gesichert angesehen werden. Bezuglich weiterer Umweltauswirkungen, wie Ozonabbau, Versauerung, Eutrophierung, Wasserverbrauch und Ressourcenerschöpfung mangelt es bislang an ökobilanziellen Untersuchungen, die verschiedene MNS- und Maskentypen miteinander vergleichen. Aufgrund der grundsätzlich ähnlichen Produktionsweise und Materialzusammensetzung der Masken-

typen lässt sich jedoch für N95- bzw. FFP2-Masken auch bezüglich anderer Umweltauswirkungen ein größerer  $\text{CO}_2$ -Fußabdruck vermuten. Eine weitere ökologische Problematik stellt die bislang fehlende Kreislauforientierung der Entsorgung und Verwertung verwendeter Materialien dar, was eine hohe fossile Plastikverschmutzung zur Folge hat.

## 2. Definitionen

Im infektionspräventiven Kontext dient der MNS (auch: medizinische Gesichtsmasken/chirurgische Masken gemäß DIN EN 14683<sup>4</sup>) in erster Linie dem Fremdschutz. MNS für den medizinischen Gebrauch werden als Medizinprodukt der Risikoklasse 1 zertifiziert.

MNS werden hinsichtlich der Anforderungen an die bakterielle Filterleistung und an den Druck des Spritzwiderstandes in drei Typen (I, II und IIR, s. Tab. 1) unterschieden, wobei R für die Flüssigkeitsresistenz (Spritzwiderstand) steht.

Die Flüssigkeitsresistenz (Typ IIR) wird durch spezielle Eigenschaften des Maskenmaterials erreicht. In den technischen Datenblättern der Produkte sind Hinweise zu verwendeten Materialien zu finden. In der Regel bestehen die MNS aus mehreren Schichten verschiedener Polypropylen-Kunstfasern. Bei MNS des Typs II bzw. IIR ist die Anzahl und Dicke der Schichten üblicherweise höher und es ist eine zusätzliche Schicht z. B. aus Baumwolle enthalten. Dieser höhere Ressourceneinsatz sowie der daraus resultierende höhere Produktions- und Entsorgungsaufwand sind die Hauptursache für die schlechtere Ökobilanz dieser MNS.

Prüfung	Typ I*	Typ II	Typ IIR
Bakterielle Filterleistung (BFE), (%)	≥ 95**	≥ 98	≥ 98
Druckdifferenz (Pa)	≤ 200	≤ 200	≤ 300**
Druck des Spritzwiderstandes (kPa)	entfällt	entfällt	≥ 16,0**
Mikrobiologische Reinheit (KBE/g)	≤ 30	≤ 30	≤ 30

Tab. 1 | Übersicht über Leistungsanforderungen an medizinische Gesichtsmasken nach DIN EN 14683.<sup>4</sup>

R = Flüssigkeitsresistenz/Spritzwiderstand; KBE = koloniebildende Einheiten

\* Medizinische Gesichtsmasken des Typs I sollten ausschließlich bei Patienten und anderen Personen zur Verminderung des Risikos einer Infektionsverbreitung, insbesondere in epidemischen oder pandemischen Situationen, verwendet werden. Masken des Typs I sind nicht für medizinisches Fachpersonal in Operationsräumen oder in anderen medizinischen Einrichtungen mit ähnlichen Anforderungen gedacht.

\*\* Fett hervorgehoben sind die Unterschiede der Maskentypen.

### 3. Infektionspräventiver Hintergrund

MNS werden als Teil einer umfassenden Strategie von Maßnahmen der Infektionsprävention zur Vermeidung der Übertragung von Krankheitserregern und zur Reduktion von Infektionen und somit zur Steigerung der Patientensicherheit verwendet. Der Einsatz von MNS in medizinischen Einrichtungen wird insbesondere in der KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ thematisiert.<sup>6</sup>

**Beispiele für Situationen, in denen eine grundsätzliche Indikation zum Tragen eines MNS besteht:**

#### A) Für Patienten

- 1) Zum Eigenschutz: als Präventionsmaßnahme vor Infektionen, z. B. bei Immunsuppression, sofern nicht gemäß entsprechender Risikobewertung das Tragen einer partikelfiltrierenden Halbmaske (FFP2-Maske) erforderlich ist.<sup>12</sup>
- 2) Zum Fremdschutz: bei Symptomen sowie bekannter Infektion (z. B. mit Influenzaviren) während des Kontaktes zu anderen Personen, soweit dies den Patienten möglich ist.<sup>6,7</sup>
- 3) Zum Fremdschutz: bei Erkrankung mit Tröpfchen- oder Aerosolübertragung (z. B. Infektion mit Respiratorischen Synzytial-Viren (RSV) oder Influenzaviren) während des Transports, soweit das dem Patienten möglich/zumutbar ist.<sup>6</sup>
- 4) Zum Fremdschutz: im Krankenhaus bei bekannter Kolonisation mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) oder MRSA-Infektion in pflegerischen und therapeutischen Bereichen bei Verlassen des Zimmers sowie nach Möglichkeit für Patienten bei Transport durch den qualifizierten Rettungsdienst bzw. Krankentransport.<sup>13</sup>

#### B) Für Beschäftigte

- 1) Zum Fremdschutz: als infektionspräventive Maßnahme zum Schutz der Patienten vor einer Erregerübertragung
  - a) in bestimmten Bereichen, z. B. im OP zur Prävention postoperativer Wundinfektionen, in der Apotheke bei der Herstellung steriler Zubereitungen,
  - b) bei bestimmten besonders gefährdeten Patientengruppen, z. B. unmittelbar nach allo-

gener Stammzelltransplantation, bei ausgedehnten Verbrennungen,

- c) bei bestimmten (aseptischen) Tätigkeiten, z. B. Anlage eines zentralvenösen Katheters, bei Gelenkpunktion, Spinalanästhesie sowie
- d) bei bestimmten Infektionen des arbeits- und einsatzfähigen Beschäftigten, z. B. bei gripalen Infekten oder Herpes labialis.
- 2) Zum Eigenschutz: vor Kontamination/Kolonisation/Infektion im Rahmen des Arbeitsschutzes entsprechend der Gefährdungsbeurteilung,<sup>6,7</sup>
  - a) tätigkeitsbezogen (als Schutz vor Spritzern), z. B. beim offenen Absaugen, Mundpflege, Intubation,
  - b) tätigkeitsbezogen bei Operationen, bei denen potenziell ein hohes Risiko einer Exposition gegenüber Blut, anderen Körperflüssigkeiten, Sekreten, Ausscheidungen entsteht (z. B. Laserkoagulation) sofern nicht nach Risikobewertung das Tragen einer partikelfiltrierenden Halbmaske erforderlich ist (z. B. bei Abtragung von Condylomata acuminata<sup>14</sup>),
  - c) patientenbezogen, z. B. bei unmittelbarer Versorgung von MRSA-kolonisierten/-infizierten Patienten zum Eigenschutz vor nasaler Kontamination durch Berührung.<sup>13</sup>
- 3) Zum Personal- und Patientenschutz: bei epi- oder pandemischem Auftreten respiratorischer Infektionen, z. B. COVID-19, Influenza, RSV-Infektionen universell/ungezielt gemäß hausinternen oder nationalen Vorgaben. CAVE: Arbeitsschutz beachten für gezieltes Tragen von MNS bzw. partikelfiltrierenden Halbmasken bei gezieltem Kontakt (Abschnitt 3.B.2).<sup>6,7</sup>

#### C) Für Externe (z. B. An- und Zugehörige, Besucher, Handwerker)

- 1) Zum Fremdschutz: bei Kontakt mit Patienten mit hoher Prädisposition, z. B. Immunsupprimierte oder bei Vorliegen eigener respiratorisch übertragbarer Infektionen, sollte ein Kontakt zu Patienten erforderlich sein (z. B. bei erforderlicher Begleitung Minderjähriger).

Die Indikationen zum Tragen eines MNS sollten unter Berücksichtigung der hier im Weiteren angeführten Konstellationen in dem lokalen Hygieneplan und in hausinternen Standardarbeitsanweisungen (engl.: *standard operating procedures; SOP*) in

Absprache mit der Einrichtungsleitung bzw. dem zuständigen Hygienefachpersonal sowie der Arbeitsmedizin anhand der KRINKO-Empfehlungen und der Gefährdungsbeurteilung<sup>15,16</sup> spezifiziert und niedergelegt sowie kommuniziert, geschult und überprüft werden.

## 4. Maßnahmen und Strategien

Grundsätzlich gibt es drei Ansatzpunkte, um den ökologischen Fußabdruck durch Anwendung von „Masken“ zu reduzieren, ohne die Patientensicherheit zu gefährden, die in den Abschnitten 4.1, 4.2 und 4.3 weiter erläutert werden.

### 4.1 Reduktion des Gebrauchs von MNS durch strikt indikationsgerechten Einsatz

Grundsätzlich gilt: Die Verwendung eines MNS bedarf immer einer Indikation,<sup>6,7</sup> weil durch den Verzicht auf den nicht indikationsgerechten Einsatz Ressourcen eingespart werden können.

Beispiele für Situationen, in denen keine grundsätzliche Indikation zum Tragen eines MNS besteht:

#### A) Für Patienten

- 1) i. d. R. bei Kolonisation und Infektion mit multi-resistanten Erregern (MRE). (CAVE: Ausnahme bei MRSA s. Abschnitt 3.A.4),
- 2) universell außerhalb besonderer epidemischer Lagen (s. Abschnitt 3),
- 3) bei nicht übertragbaren Atemwegserkrankungen (bspw. chronisch obstruktive Lungenerkrankung [engl.: *chronic obstructive pulmonary disease*; COPD], Asthma bronchiale) im Gegensatz zu schweren respiratorisch übertragbaren Infektionen,
- 4) mit respiratorisch übertragbarer Atemwegserkrankung im Freien bei ausreichendem Abstand,
- 5) im Einzelzimmer.

#### B) Für Beschäftigte

- 1) i. d. R. bei der Versorgung von Patienten mit MRE (CAVE: Ausnahme bei MRSA s. Abschnitt 3.B.2.c),
- 2) universell/ungezielt bei Patientenkontakt außerhalb besonderer epidemischer Lagen (s. Abschnitt 3.B.3) nach entsprechender Risikobewertung.

#### C) Für Externe

- 1) universell, z. B. in der Wintersaison,
- 2) universell bei Besuch von Patienten bzw. Patientenbereichen.

Der indikationsgerechte Einsatz von MNS erfordert nicht nur die Festlegung, der für die lokale Situation infrage kommenden Indikationen im Hygieneplan, sondern auch deren Erläuterung für die Mitarbeitenden, z. B. in Form von Schulungen und durch Wahrnehmung der Vorbildfunktion durch beispielsweise Vorgesetzte, Hygienebeauftragte und Praxisanleiter.

Grundsätzlich sollten die unter Abschnitt 4.1 beschriebenen beispielhaften Konstellationen auf die lokale Situation bezogen und für den Gesamthygieneplan adaptiert sowie ggf. präzisiert werden. Um eine angemessene Implementierung zu erreichen, sind lokal stattfindende Tragesituationen ohne Indikation zu identifizieren, zu verstehen und nach Möglichkeit zu vermeiden.

### 4.2 Präzisierung der Einsatzbereiche der drei in der DIN EN 14683 definierten Typen von MNS

Grundsätzlich gilt: Es sollte immer der „MNS-Typ“ der geringsten Hierarchiestufe/mit der geringsten Leistungsanforderung (s. Tab. 1) unter Berücksichtigung der geltenden Gesetze, Richtlinien und hausinternen Standards verwendet werden.

Nach DIN EN 14683<sup>4</sup> sollten MNS des Typs I ausschließlich bei Patienten und anderen Personen zur Verminderung des Risikos einer Infektionsverbreitung, insbesondere in epidemischen oder pandemischen Situationen, verwendet werden. Masken des Typs I sind nicht für medizinisches Fachpersonal in Operationsräumen oder in anderen medizinischen Einrichtungen mit ähnlichen Anforderungen vorgesehen.

Nicht alle Indikationen für das Tragen eines MNS stellen automatisch Indikationen für das Tragen eines MNS des Typs IIR dar.

So kann beispielsweise für Besucher und Patienten, nicht-medizinisches Personal und medizinisches Fachpersonal außerhalb von Operationsräumen bzw. anderer medizinischer Einrichtungen mit ähn-

lichen Anforderungen ein MNS Typ I, sofern nicht in seltenen Konstellationen anders von der KRINKO empfohlen, verwendet werden.

**Das Tragen eines MNS des Typs II, aber nicht IIR, kann in folgenden Situationen geprüft werden (Beispiele):**

- ▶ für MRSA-Patienten zum Fremdschutz,
- ▶ für Beschäftigte zum Eigenschutz vor Kontamination/Kolonisation im Rahmen des Arbeitsschutzes universell bei der Versorgung von MRSA-Patienten,
- ▶ für Beschäftigte bei Eingriffen und Operationen mit geringer Exposition gegenüber Spritzern,
- ▶ für Externe mit respiratorisch übertragbaren Erregern zur Expositionsprophylaxe, bei entsprechendem direkten Kontakt,
- ▶ generell bei sehr kurzen Tragedauern unter Beachtung des Arbeitsschutzes.

**Indikationen für das Tragen von Typ IIR sind (Beispiele):**

- ▶ spritzergenerierende Tätigkeiten (z. B. professionelle Zahncleansing, Absaugen, Mundpflege, Intubation, operative Eingriffe und Operationen) mit zu erwartender Exposition gegenüber Spritzern.

Bei aerosolgenerierenden Tätigkeiten an Patienten mit aerogen übertragbaren Infektionen ist der Arbeitsschutz zu beachten. Eine Prüfung der Verwendung von MNS Typ I (CAVE Ausnahme beachten: laut DIN 14683<sup>4</sup> sind MNS Typ I nicht für medizinisches Fachpersonal in Operationsräumen oder in anderen medizinischen Einrichtungen mit ähnlichen Anforderungen vorgesehen) oder Typ II anstelle des Typs IIR ist aus Nachhaltigkeitsaspekten sinnvoll und sollte stets durchgeführt werden. **Dabei ist die Gefahr einer Verwechslung bei Nutzung in denselben Bereichen für verschiedene Aufgaben zu berücksichtigen.**

#### **4.3 Vermeidung des nicht indikationsgerechten Einsatzes von FFP2-Masken**

**Grundsätzlich gilt: Die Verwendung einer FFP2-Maske bedarf einer Indikation, insbesondere aus dem Bereich des Arbeitsschutzes.<sup>15,16</sup> Eine detaillierte Darstellung der Indikationen ist nicht Gegenstand dieser Stellungnahme.**

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie fand ein breiter Einsatz, aus infektionspräventiver Sicht z. T. auch gerechtfertigter Einsatz von FFP2-Masken statt. Es erscheint zumindest wahrscheinlich (persönliche Beobachtungen, Einkaufsdaten), dass diese Gewohnheit auch nach der COVID-19-Pandemie zu einem gesteigerten Einsatz von FFP2-Masken führte. So wurde auch in einigen hausinternen SOP, z. B. das Tragen eines MNS bei unmittelbarem Kontakt zu MRSA-kolonisierten Patienten durch das Tragen einer FFP2-Maske ersetzt (persönliche Kenntnisse). Natürlich bestehen klare, infektionshygienische Indikationen zum Tragen einer FFP2-Maske, bei denen diese auch nicht durch das Tragen eines MNS ersetzt werden kann (siehe beispielsweise Übersichtstabelle der Infektionserkrankungen und erforderliche Maßnahmen als Grundlage für Festlegungen im Hygieneplan in<sup>7</sup>). Im Unterschied dazu war während der COVID-19-Pandemie, z. B. beim kollektiven Tragen in Innenräumen, keine eindeutige Überlegenheit von N95- bzw. FFP2-Masken im Vergleich zum MNS nachweisbar.<sup>17,18</sup> Gründe dafür mögen eine starke Abhängigkeit der Schutzwirkung vom Dichtsitz sowie eine Konzeption für den kurzdauernden Einsatz sein.<sup>17</sup>

## **5. Ausblick**

Unabhängig vom indikationsgerechten Einsatz besteht ein Optimierungspotenzial in Hinblick auf umweltbewusstes Handeln entlang der Produktions- und Lieferketten, ausgehend von der Auswahl der verwendeten Rohstoffe<sup>11</sup> in den Produktionsprozessen und insbesondere der Logistik mit Vermeidung unnötiger Transportwege. Hier realistische und wirksame Maßnahmen umsetzen zu können, bedarf jedoch politischer Entscheidungsprozesse.

## Literatur

- 1 Karliner J, Slotterback S, Boyd R et al.: Health care's climate footprint. How the health care sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. *Health Care Without Harm (HCWH)*, ARUP; 2019. [https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCareClimateFootprint\\_092319.pdf](https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCareClimateFootprint_092319.pdf) [abgerufen am: 19. Mai 2025]
- 2 Patrício Silva AL, Prata JC, Duarte AC et al.: An urgent call to think globally and act locally on landfill disposable plastics under and after covid-19 pandemic: Pollution prevention and technological (Bio) remediation solutions. *Chemical Engineering Journal*, 2021;131201. <https://doi.org/10.1016/j.cej.2021.131201>
- 3 World Health Organization (WHO). Factsheets Climate Change and Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> [abgerufen am: 19. Mai 2025]
- 4 DIN EN 14683:2025-03 Medizinische Gesichtsmasken – Anforderungen und Prüfverfahren; Deutsche Fassung EN 14683:2025 DIN Media: Berlin
- 5 DIN EN 149:2009-08 Atemschutzgeräte – Filternde Halbmasken zum Schutz gegen Partikeln – Anforderungen, Prüfung, Kennzeichnung; Deutsche Fassung EN 149:2001+A1:2009 DIN Media: Berlin
- 6 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. *Bundesgesundheitsbl*, 2015; 10:1151–1170. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2234-2>
- 7 Kommission für Krankensauffhygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Integration von SARS-CoV-2 als Erreger von Infektionen in der endemischen Situation in die Empfehlungen der KRINKO „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“. *Bundesgesundheitsbl*, 2023; 11:1279–1301. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03776-3>
- 8 Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesichtsschutzmasken-Importe aus China für fast 6 Milliarden Euro im Jahr 2020 – Pressemitteilung Nr. 136 vom 18. März 2021. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21\\_136\\_51.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_136_51.html) [abgerufen am: 22. Sep. 2025]
- 9 Statistica. Maskenverbrauch. <https://de.statista.com/infografik/29075/geschaetzter-weltweiter-verbrauch-von-masken-waehrend-der-corona-pandemie/> [abgerufen am: 22. Sep. 2025]
- 10 Kommission für Krankensauffhygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Kommentar der Kommission für Krankensauffhygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zum indikationsgerechten Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe im Gesundheitswesen. *Epid Bull* 2024;10:3-15. DOI: 10.25646/11984
- 11 Luo Y, Yu M, Wu X et al.: Carbon footprint assessment of face masks in the context of the COVID-19 pandemic: Based on different protective performance and applicable scenarios. *J Clean Prod*, 2023;135854. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2023.135854>
- 12 Kommission für Krankensauffhygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten. *Bundesgesundheitsbl*, 2021; 64:232–264. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03265-x>
- 13 Kommission für Krankensauffhygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. *Bundesgesundheitsbl*, 2014; 57:696–732. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1980-x>
- 14 Ilmarinen T, Auvinen E, Hiltunen-Back E et al.: Transmission of human papillomavirus DNA from patient to surgical masks, gloves and oral mucosa of medical personnel during treatment of laryngeal papillomas and genital warts. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2012; 11:2367–2371. <https://doi.org/10.1007/s00405-012-2049-9>
- 15 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): Benutzung von Atemschutzgeräten. DGUV Regel 112-190. 2021. [https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/1011%7CDGUV-Regel112-190\\_Benutzung-von-Atemschutzgeraeten-Download.pdf](https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/1011%7CDGUV-Regel112-190_Benutzung-von-Atemschutzgeraeten-Download.pdf) [abgerufen am: 22. Sep. 2025]
- 16 Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 32 des Gesetzes vom 15. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 236) geändert worden ist.
- 17 Alkhalf A, Aljaroudi E, Al-Hulami M et al.: Efficacy of Surgical Masks Versus N95 Respirators for the Prevention of COVID-19 in Dental Settings:

A Systematic Review. *Cureus*, 2023; 4:e37631.

<https://doi.org/10.7759/cureus.37631>

- 18 Loeb M, Bartholomew A, Hashmi M et al.: Medical Masks Versus N95 Respirators for Preventing COVID-19 Among Health Care Workers: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*, 2022; 12:1629–1638. <https://doi.org/10.7326/m22-1966>

---

## Open access



Creative Commons Namensnennung  
4.0 International

---

## Autoren

Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO)

**Korrespondenz:** [SekretariatFG14@rki.de](mailto:SekretariatFG14@rki.de)

---

## Interessenkonflikt

Diese Stellungnahme wurde ehrenamtlich und ohne Einflussnahme kommerzieller Interessengruppen im Auftrag der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) von einer Arbeitsgruppe bestehend aus Prof. Dr. Simone Scheithauer (Leiterin), Prof. em. Dr. Axel Kramer, Prof. Dr. Christoph Lübbert, Prof. Dr. Nico Mutters, Andreas Rieß, Prof. Dr. Heike von Baum und Prof. Dr. Julia Seifert (bis Mai 2025) erarbeitet. Für spezifische Fragestellungen waren als externe Sachverständige Dr. Dieter Müller (Betriebsärztlicher Dienst, Universitätsmedizin Göttingen) und Philipp Niemeier (Team Sustainability bei Procycons, Frankfurt am Main) involviert. Vom Robert Koch-Institut waren Dr. Franziska Lexow, Dr. Jana Maidhof und Marc Thanheiser beteiligt. Die Stellungnahme wurde durch die Arbeitsgruppe vorbereitet und nach ausführlicher Diskussion in der Kommission abgestimmt.

---

## Vorgeschlagene Zitierweise

Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO): Indikationsgerechte Verwendung eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes (MNS) im Gesundheitswesen – Stellungnahme der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI)

## TUBERKULOSE AKTUELL 2026

Anlässlich des jährlichen Welttuberkulose-tages am 24. März richtet das Robert Koch-Institut (RKI) am Dienstag, den 24.3.2026 – gemeinsam mit dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und dem Forschungszentrum Borstel, Leibniz Lungenzentrum und mit Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit – die ganztägige Fachtagung „TUBERKULOSE AKTUELL“ aus. Die Veranstaltung wird als Webex-Webinar durchgeführt, die Grußworte und Vorträge werden dabei aus dem RKI-Hörsaal am Nordufer übertragen.

Es werden Referentinnen und Referenten aus vielfältigen Tätigkeitsbereichen mit Vorträgen zu

Tuberkuloseprävention und -therapie sowie zu Public-Health-Aspekten erwartet. Neben aktuellen Informationen zur Tuberkuloseepidemiologie, -diagnostik und -behandlung, wird unter anderem die neue S3-Leitlinie zur Tuberkuloseprävention bei neu zugewanderten Menschen vorgestellt.

- ▶ Programm und Anmelde-Link sind auf der Seite [www.rki.de/tuberkulosestagung](http://www.rki.de/tuberkulosestagung) abrufbar.
- ▶ Die Anzahl der Online-Anmeldungen ist auf 1.000 Teilnehmende begrenzt.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

52. Woche 2025 (Datenstand: 31. Dezember 2025)

### Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.
Baden-Württemberg	10	4.172	4.173	0	1.281	1.496	0	457	363	43	5.835	4.671	15	2.185	1.488
Bayern	30	6.910	6.147	4	1.836	1.820	3	572	352	75	9.033	10.208	13	4.064	2.485
Berlin	3	2.240	1.778	0	376	640	1	284	163	30	3.218	3.991	3	1.597	1.187
Brandenburg	14	1.839	1.519	2	308	428	1	203	130	53	3.584	4.123	6	2.459	1.442
Bremen	5	393	336	0	48	63	1	73	21	19	529	377	3	173	101
Hamburg	2	1.251	1.119	0	204	226	0	175	92	10	1.788	2.173	0	862	684
Hessen	5	3.413	3.265	1	847	950	3	543	366	50	5.086	3.869	1	2.010	1.442
Mecklenburg-Vorpommern	10	1.455	1.258	1	255	287	0	316	130	18	2.280	2.516	6	1.460	648
Niedersachsen	12	4.079	4.255	4	834	1.080	10	941	729	55	6.396	6.495	5	3.999	1.598
Nordrhein-Westfalen	35	11.656	10.765	3	2.043	2.303	4	1.487	1.154	142	16.919	16.138	18	6.366	4.091
Rheinland-Pfalz	12	2.924	2.847	3	585	667	1	318	262	37	4.292	3.639	3	2.074	986
Saarland	0	882	730	1	130	152	2	94	24	3	1.021	841	0	789	280
Sachsen	23	3.654	3.516	2	662	771	2	321	288	52	6.829	7.592	24	3.271	2.126
Sachsen-Anhalt	9	1.562	1.363	1	362	465	0	168	174	61	4.001	4.358	17	2.406	900
Schleswig-Holstein	7	1.562	1.440	0	239	271	2	316	200	25	2.271	2.367	2	946	569
Thüringen	20	1.672	1.651	11	608	785	1	210	125	32	3.673	3.806	15	2.078	1.686
Deutschland	197	49.664	46.162	33	10.618	12.404	31	6.478	4.573	705	76.755	77.164	131	36.739	21.713

### Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.
Baden-Württemberg	1	123	106	17	2.029	2.524	4	1.070	1.219	5	538	586	990	38.026	25.100
Bayern	1	174	151	14	3.106	4.031	10	1.402	1.632	2	534	601	2.459	85.623	48.253
Berlin	0	62	69	3	1.243	1.404	3	527	577	0	320	311	388	17.573	6.711
Brandenburg	0	37	32	1	272	422	0	150	161	1	117	125	189	19.797	7.675
Bremen	0	12	11	2	282	353	0	84	169	0	64	58	43	1.392	828
Hamburg	0	40	35	2	1.082	1.435	2	251	339	0	174	215	141	11.193	4.682
Hessen	2	87	94	3	1.131	1.774	2	556	717	3	419	520	578	23.677	12.510
Mecklenburg-Vorpommern	0	25	14	1	135	244	0	89	134	0	49	63	91	13.981	6.874
Niedersachsen	2	104	85	13	1.760	1.922	7	703	796	2	298	289	417	30.637	13.134
Nordrhein-Westfalen	6	269	231	25	3.940	4.926	14	1.868	2.384	1	814	948	995	69.212	31.217
Rheinland-Pfalz	0	86	45	11	919	1.419	0	374	417	0	204	174	441	19.011	10.660
Saarland	0	17	16	3	236	329	1	152	200	0	49	51	71	3.561	1.710
Sachsen	1	42	29	1	349	469	3	233	245	0	149	164	1.181	50.033	21.849
Sachsen-Anhalt	0	15	33	1	344	366	0	122	157	0	75	94	387	29.159	12.698
Schleswig-Holstein	0	25	26	3	484	720	4	298	393	3	92	127	84	11.344	5.224
Thüringen	0	26	24	3	185	248	0	123	125	1	75	86	203	19.229	9.169
Deutschland	13	1.144	1.001	103	17.497	22.586	50	8.002	9.665	18	3.971	4.412	8.658	443.448	218.294

## Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.
Baden-Württemberg	0	48	72	0	17	38	0	1	1	6	861	4.458	43	3.321	3.092
Bayern	0	44	69	0	60	68	0	0	4	9	1.217	5.056	38	5.593	4.577
Berlin	0	12	95	0	17	20	0	0	1	0	189	889	4	995	1.111
Brandenburg	0	4	4	1	13	8	0	0	1	1	321	1.388	0	635	683
Bremen	0	1	2	0	3	5	0	0	0	0	20	92	0	142	163
Hamburg	0	3	16	0	5	16	0	0	1	0	155	469	4	623	484
Hessen	0	19	40	0	23	27	0	1	0	1	371	1.021	10	938	923
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	201	284	0	257	236
Niedersachsen	1	20	50	0	33	30	0	0	0	0	364	1.377	15	1.356	1.336
Nordrhein-Westfalen	3	48	245	2	100	113	0	1	1	0	940	3.986	30	3.810	3.445
Rheinland-Pfalz	0	18	9	0	18	26	0	0	2	3	389	992	1	782	592
Saarland	0	1	10	0	1	5	0	0	0	0	149	367	1	123	115
Sachsen	0	11	21	0	19	10	0	0	0	4	840	1.765	19	1.891	1.884
Sachsen-Anhalt	0	3	1	0	4	3	0	0	0	5	648	1.104	2	241	224
Schleswig-Holstein	0	0	4	0	12	16	0	0	0	0	141	529	5	527	516
Thüringen	0	1	7	0	3	8	0	0	0	0	571	1.504	3	471	389
Deutschland	4	234	645	3	328	393	0	3	11	31	7.377	25.281	175	21.705	19.770

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

	Acinetobacter <sup>1</sup>			Enterobakteriales <sup>1</sup>			<i>Clostridioides difficile</i> <sup>2</sup>			MRSA <sup>3</sup>			COVID-19 <sup>4</sup>		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.
Baden-Württemberg	0	94	110	15	1.298	1.155	0	100	101	0	100	101	380	13.936	25.352
Bayern	0	94	124	5	1.164	1.343	1	264	220	1	128	132	567	22.792	46.518
Berlin	2	72	102	8	734	719	0	46	46	0	61	72	171	7.165	9.825
Brandenburg	0	16	24	3	217	244	1	104	76	0	31	30	208	6.109	8.372
Bremen	0	3	1	1	30	45	0	18	11	0	0	3	16	688	1.300
Hamburg	0	24	30	2	433	442	2	43	43	0	51	41	59	3.370	5.476
Hessen	0	71	80	8	1.156	1.224	0	92	118	0	100	105	181	9.115	17.293
Mecklenburg-Vorpommern	0	10	12	0	121	187	0	57	30	0	22	18	153	5.081	8.051
Niedersachsen	2	51	72	17	831	825	0	165	179	0	101	119	294	9.499	19.687
Nordrhein-Westfalen	3	186	169	24	2.490	2.325	5	663	596	2	283	319	493	25.390	48.935
Rheinland-Pfalz	1	24	21	2	460	424	1	96	79	2	38	26	188	7.139	11.259
Saarland	0	8	4	0	61	56	1	28	15	0	13	16	37	1.917	3.011
Sachsen	0	18	21	4	329	312	2	336	282	0	68	71	403	13.306	21.918
Sachsen-Anhalt	0	22	13	0	204	216	0	93	90	0	45	49	252	7.533	13.223
Schleswig-Holstein	0	47	26	2	257	286	0	59	52	0	23	25	110	4.698	8.531
Thüringen	0	16	13	3	186	137	0	55	53	0	32	50	148	4.332	7.366
Deutschland	8	756	822	94	9.971	9.940	13	2.219	1.991	5	1.096	1.177	3.660	142.070	256.117

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

<sup>2</sup> *Clostridioides difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

<sup>3</sup> Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

<sup>4</sup> Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

## Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2025		2024
	52.	1.-52.	1.-52.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	327	358
Bornavirus-Erkrankung	0	4	3
Botulismus	0	9	10
Brucellose	0	53	54
Candidozyma auris, invasive Infektion	0	16	21
Chikungunaviruss-Erkrankung	0	212	51
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	133	130
Denguefieber	0	865	1.717
Diphtherie	0	46	53
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	0	692	695
Giardiasis	11	2.992	2.841
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	13	1.536	1.713
Hantavirus-Erkrankung	0	293	425
Hepatitis D	0	8	116
Hepatitis E	39	5.252	4.740
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	175	60
Kryptosporidiose	10	2.854	3.305
Legionellose	14	2.224	2.235
Lepra	0	2	1
Leptospirose	0	168	325
Listeriose	8	615	663
Malaria	10	893	934
Meningokokken, invasive Infektion	2	310	344
Mpox	3	505	276
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	17	37
Paratyphus	0	47	54
Pneumokokken, invasive Infektion	125	10.399	8.578
Q-Fieber	0	69	95
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	567	69.208	46.454
Shigellose	17	3.295	2.233
Trichinellose	0	2	3
Tularämie	0	171	200
Typhus abdominalis	1	89	74
West-Nil-Fieber*	0	13	49
Yersiniose	21	3.778	3.044
Zikavirus-Erkrankung	0	15	34

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](http://www.rki.de/falldefinitionen)).

\* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

## Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

Berichtsmonat: Oktober 2025 (Datenstand: 1. Januar 2026)

	Syphilis*			HIV-Infektion		Echinokokkose			Toxoplasm., konn.			
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	Oktober	Januar – Oktober	Oktober	Januar – Oktober	Oktober	Januar – Oktober	Oktober	Januar – Oktober	Oktober	Januar – Oktober	Oktober	Januar – Oktober
Baden-Württemberg	–	–	–	28	325	333	1	28	34	0	0	0
Bayern	–	–	–	47	455	512	2	29	36	0	0	3
Berlin	–	–	–	11	197	239	0	8	11	0	0	0
Brandenburg	–	–	–	5	53	67	0	3	5	0	1	0
Bremen	–	–	–	2	48	61	0	2	1	0	0	0
Hamburg	–	–	–	18	181	180	0	2	10	0	0	0
Hessen	–	–	–	14	161	163	0	12	14	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	–	–	–	4	46	47	0	1	0	0	0	0
Niedersachsen	–	–	–	21	253	242	0	3	10	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	–	–	–	32	424	475	0	17	20	0	0	2
Rheinland-Pfalz	–	–	–	11	77	119	0	3	5	0	0	1
Saarland	–	–	–	3	24	25	0	1	0	0	0	0
Sachsen	–	–	–	14	129	101	0	6	8	0	1	2
Sachsen-Anhalt	–	–	–	2	43	75	0	1	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	–	–	–	13	89	102	0	3	3	0	0	0
Thüringen	–	–	–	9	49	43	0	0	1	0	0	0
<b>Deutschland</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>234</b>	<b>2.554</b>	<b>2.784</b>	<b>3</b>	<b>119</b>	<b>159</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>9</b>

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

\* Derzeit stehen keine aktualisierten Daten zur Syphilis zur Verfügung.