

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

31
2026

30. Juli 2026

Epidemiologisches Bulletin

**Pflege in Deutschland: Pflegebedürftigkeit
und Situation informell Pflegender**

Inhalt

Pflege in Deutschland: Faktoren, die mit Pflegebedürftigkeit assoziiert sind und Betrachtung der Situation informell Pflegenden

4

Im Zuge des demografischen Wandels steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland kontinuierlich an. Pflegebedürftigkeit betrifft vor allem ältere und hochaltrige Menschen. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status oder ungünstigeren Lebens- und Arbeitsbedingungen sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Soziale Unterstützung stellt demgegenüber einen wichtigen Schutzfaktor dar. Die meisten Pflegeleistungen werden im häuslichen Umfeld erbracht, überwiegend durch An- und Zugehörige. Informelle Pflegeleistungen werden häufiger von Frauen als von Männern erbracht (12,7 % versus 7,9 %). Rund ein Drittel der Pflegenden (34,2 %) fühlt sich durch die Pflege stark oder sehr stark belastet. Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen sowie Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit (z. B. Teilhabe an gesunden Arbeits- und Lebenswelten, Gesundheitsförderung, Prävention, Stärkung der Gesundheitskompetenz) sind daher von zentraler Bedeutung, um die individuelle Lebensqualität zu erhalten und das Pflegesystem langfristig zu entlasten.

Care in Germany: Factors associated with the need for care and an examination of the situation of informal caregivers

As a result of demographic change, the number of people in need of care in Germany is rising steadily. The need for care primarily affects older and very old people. Individuals with a lower socioeconomic status or less favourable living and working conditions are more likely to experience health impairments. In contrast, social support represents an important protective factor. Most care is provided in the home setting, predominantly by family members and other close persons. Informal care is more frequently provided by women than by men (12.7 % versus 7.9 %). Approximately one third of informal caregivers (34.2 %) report feeling heavily or very heavily burdened by their caregiving responsibilities. Services that support and relieve the burden on informal caregivers, as well as measures to prevent or delay the need for care (e.g. access to health-promoting living and working environments, health promotion, disease prevention, and strengthening health literacy), are therefore of central importance for maintaining individual quality of life and ensuring the long-term sustainability of the care system.

(Article in German)

Fachtagung TUBERKULOSE AKTUELL 2026 am RKI: Evaluation bestätigt hohes Interesse des ÖGD

18

Ausschreibung von Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboren

20

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 30. Woche 2026

24

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)

Sabine Trömer
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt
Sabine Schleusener
(Stellv. Redaktionsassistentin)

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.

Pflege in Deutschland: Faktoren, die mit Pflegebedürftigkeit assoziiert sind und Betrachtung der Situation informell Pflegender

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Im Zuge des demografischen Wandels steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland kontinuierlich an. Pflegebedürftigkeit betrifft vor allem ältere und hochaltrige Menschen. Gleichzeitig werden die meisten Pflegeleistungen weiterhin im häuslichen Umfeld erbracht, mehrheitlich durch An- und Zugehörige.

Die Ergebnisse der bevölkerungsbezogenen Studien des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass Risiken für Pflegebedürftigkeit, insbesondere gesundheitliche Einschränkungen, chronische Erkrankungen, Multimorbidität sowie körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen im höheren Alter weit verbreitet sind. Darüber hinaus finden sich deutliche soziale Unterschiede: Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status oder ungünstigeren Lebens- und Arbeitsbedingungen sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Soziale Unterstützung stellt demgegenüber einen wichtigen Schutzfaktor dar.

Nach Ergebnissen des bundesweiten RKI-Panels 2024 werden informelle Pflegeleistungen häufiger von Frauen als von Männern erbracht (12,7 % versus 7,9 %). Der größte Anteil pflegender An- und Zugehöriger findet sich in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen. Rund ein Drittel der Pflegenden (34,2 %) fühlt sich durch die Pflege stark oder sehr stark belastet. Zudem weisen pflegende An- und Zugehörige häufiger einen eingeschränkten Gesundheitszustand, chronische Erkrankungen, Schlafprobleme, Erschöpfung und depressive Symptome auf als Personen ohne Pflegeverantwortung.

Die Ergebnisse verweisen auf die Bedeutung von Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Gesundheitsförderung und Prävention sollten sowohl strukturelle als auch verhaltensbezogene Ansätze umfassen und Gesundheits-

chancen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen durch verbesserte Teilhabe an gesunden Lebens- und Arbeitswelten erhöhen. Weiterhin sollte die Gesundheitskompetenz stärker gefördert werden, da sie als ein Faktor gilt, der gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen kann. Neben Maßnahmen zur Erhaltung und Stärkung von Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter können dazu Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen sowie eine frühzeitige Erkennung von Risiken für Pflegebedürftigkeit beitragen.

1. Einleitung – Pflege im gesellschaftlichen Wandel

Eine Person gilt nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, § 14 (1) als pflegebedürftig, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten für voraussichtlich mindestens sechs Monate aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Dabei handelt es sich um körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen, die nicht selbständig kompensiert oder bewältigt werden können. Eine anerkannte Pflegebedürftigkeit berechtigt zum Erhalt von Leistungen der Pflegeversicherung. Diese umfassen verschiedene Unterstützungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote für Menschen, die aufgrund gesundheitlich bedingter Einschränkungen dauerhaft auf Hilfe im Alltag angewiesen sind. Ziel der Pflege ist es, die Lebensqualität zu erhalten und die Eigenständigkeit der Betroffenen zu bewahren bzw. zu fördern.

Die Alterung der Bevölkerung wird voraussichtlich in den nächsten Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen in Deutschland führen. Ursächlich dafür sind zwei Prozesse: Die Anzahl älterer Menschen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird weiter steigen und immer mehr Menschen werden ein höheres

Lebensalter erreichen. 19 Millionen (Mio.) Menschen in Deutschland sind aktuell 65 Jahre alt oder älter. Bis 2030 wird diese Zahl auf bis zu 21 Mio. und bis 2040 auf bis zu 23 Mio. Menschen steigen. Der Anstieg wird insbesondere die Hochaltrigen (≥ 80 Jahre) betreffen (vgl. Abb. 1). Damit steigt das Risiko für chronische Erkrankungen und infolgedessen auch das für Pflegebedürftigkeit. Schätzungen zufolge wird die Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 65 Jahren von derzeit 4,4 Mio. bis 2040 um bis zu 31 % ansteigen, das entspricht einer Zahl von 5,8 Mio. Pflegebedürftigen.¹ Für die Pflege durch ambulante Pflegedienste wird ein Anstieg von bis zu 36 % und für die vollstationäre Pflege von bis zu 29 % erwartet.¹

In einem Bericht des GKV-Spitzenverbandes (GKV: Gesetzliche Krankenversicherung) (2023) werden, ausgehend von zahlreichen Studien, empirisch gut belegte Schutz- und Risikofaktoren für funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit angeführt.² Dazu zählen körperliche Erkrankungen und psychische Störungen, körperliche und kognitive Funktionseinschränkungen, das Gesundheitsverhalten, aber auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie soziale Netzwerke. In internationalen Studien finden sich Hinweise darauf, dass es nur selten gelingt, nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit, die mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

einhergeht, wieder Pflegefreiheit zu erreichen,³ weshalb der Prävention eine besondere Bedeutung zukommt.

Der demografische Wandel hat zugleich Auswirkungen auf den Pflegearbeitsmarkt. Es muss mit einem Rückgang der Anzahl an beruflichen Pflegekräften gerechnet werden. Die Zahl der Personen im Erwerbsalter, aus denen sich die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen rekrutieren, wird bis 2030 um knapp 5 % und bis 2040 um rund 10 % sinken. Dies ist insbesondere für die Pflege von Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden relevant.¹

Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen in Deutschland wird durch An- und Zugehörige pflegebedürftiger Personen erbracht. Motive für die Übernahme von Pflegeleistungen sind in erster Linie eine persönliche Verbundenheit mit der pflegebedürftigen Person, Dankbarkeit oder Pflichtgefühl, gelegentlich aber auch das Fehlen oder die Erschwinglichkeit von Betreuungsalternativen.⁴ Die Pflege von Angehörigen ist jedoch mit vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden.

Grundsätzlich werden, um den vielschichtigen und komplexen Themenbereich Pflege und Pflegebedürftigkeit angemessen abzubilden, Daten verschiede-

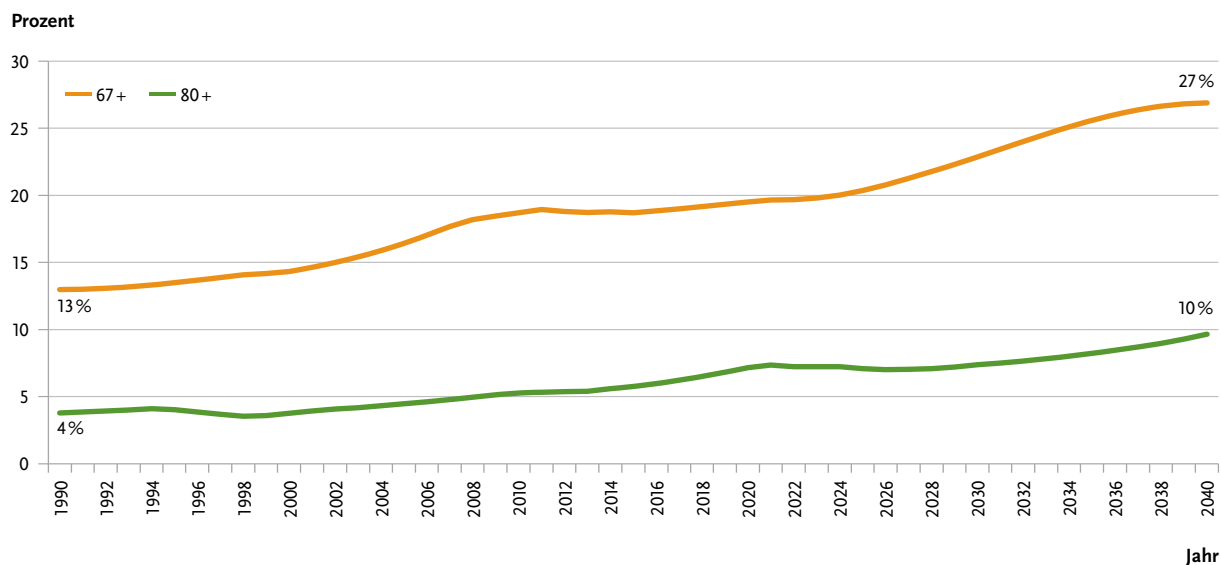


Abb. 1 | Entwicklung des Anteils der Altersgruppen 67+ und 80+ von 1990 bis 2040. Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsforschung und 16. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.

dener Datenhalter benötigt. Erst die Kombination verschiedener Statistiken, Studien und Berichte liefert ein umfassendes Bild von Pflegepraxis, Versorgungsbereichen, Strukturen und Entwicklungen. Daten zur Anzahl und zum Anteil Pflegebedürftiger (Beziehende von Pflegeleistungen) an der Bevölkerung stellt die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts zur Verfügung.^{1,5} Insbesondere Analysen von Krankenkassendaten (z. B. der Pflege-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK⁶) liefern wichtige zusätzliche Erkenntnisse.

Ziel des Beitrags ist es, auf Basis der am RKI verfügbaren Daten darzustellen, welche gesundheitsbedingten Einschränkungen, Risiko- und Schutzfaktoren mit Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung assoziiert sind, die Situation pflegender An- und Zugehöriger in den Fokus zu nehmen und abschließend Ansatzpunkte zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Verbesserung der Situation pflegender An- und Zugehöriger herauszustellen.

2. Methode

2.1 Datengrundlagen

Analysiert wurden Daten aus folgenden bevölkerungsbezogenen Primärdatenerhebungen des RKI:

- ▶ Jahrerhebung 2024 des Panels „Gesundheit in Deutschland“ des RKI (RKI-Panel 2024, je nach Fragebogenmodul zwischen $n=27.468$ und $n=27.635$)⁷
- ▶ Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA): Wellen 2019/2020 – European Health Interview Survey (EHIS) (GEDA 2019/2020-EHIS, $n=23.001$),⁸ 2022 (GEDA 2022, Modul, $n=2.148$ ab 65 Jahren), 2023 (GEDA 2023, Modul, $n=9.941$)
- ▶ International Health Policy Survey 2023, Erhebung für Deutschland (IHP-Survey 2023, $n=1.090$)⁹
- ▶ Studie „Gesundheit 65+“, Personen ab 65 Jahren, Basiserhebung 2021–2023 (Gesundheit 65+, $n=3.694$)¹⁰
- ▶ Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ 2021–2022 (GEDA-Fokus, $n=6.038$)¹¹

2.2 Verwendete Indikatoren und Instrumente

Die Erfassung der Angaben basierte jeweils auf Selbstangaben der Befragten. Eine ausführliche

Darstellung der verwendeten Indikatoren findet sich im [Anhang](#).

Zur Darstellung des **Gesundheitszustands** wurden die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit, lang andauernde (chronische) Gesundheitsprobleme oder Krankheiten sowie Multimorbidität herangezogen. Multimorbidität wurde auf Basis von Selbstangaben zu zehn verschiedenen altersrelevanten chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten erfragt. Als Multimorbidität wurde das Vorliegen von zwei oder mehr Krankheiten und Gesundheitsproblemen definiert.

Körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit wurde über die Indikatoren Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, Mobilitätseinschränkungen (Schwierigkeiten beim Laufen oder Treppensteigen) und kognitive Einschränkungen (Verschlechterung des Gedächtnisses und entsprechende Sorgen darüber),¹² eine schlechte Schlafqualität und Erschöpfung (eine Frage aus dem Short Form-36 (SF-36) Fragebogen¹³) erfasst.

Für Personen ab 65 Jahren wurden zusätzlich Einschränkungen in **instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens** (zum Beispiel große Schwierigkeiten oder nicht in der Lage sein, Hausarbeit oder Einkäufe zu erledigen) verwendet und, als ein weiterer Indikator für Vulnerabilität, Stürze in den letzten 12 Monaten erhoben.

Zu den Faktoren, die die **psychische Gesundheit** charakterisieren, zählten das Vorliegen einer depressiven Symptomatik (Patient Health Questionnaire in der 8- oder 9-Item-Version [PHQ-9]¹⁴) und einer Angstsymptomatik (Fragebogen Generalized Anxiety Disorder 7-item scale [GAD-7]¹⁵). Ein Skalensummenwert von zehn oder höher wurde sowohl im PHQ¹⁶ als auch im GAD-7 entsprechend vorliegender klinischer Validierungen als Hinweis auf das Vorliegen einer depressiven bzw. Angstsymptomatik gewertet, von ≥ 15 als Schwellenwert für eine schwerere depressive oder Angstsymptomatik genutzt.¹⁵

Für **verhaltensbezogene Faktoren und Gesundheitskompetenz** wurden herangezogen: ausreichende körperliche Aktivität, Obst- und Gemüseverzehr,

geringer oder kein Alkoholkonsum, Nicht-Rauchen und ein Körpergewicht im Normalbereich basierend auf Selbstangaben. Die allgemeine **Gesundheitskompetenz** gibt Auskunft über den themenübergreifenden Umgang mit Gesundheitsinformationen. Die Messung erfolgte mit dem Instrument HLS19-Q12.¹⁷ Der HLS19-Q12 wurde im Rahmen der „HLS19 – The International Health Literacy Population Survey 2019–2021“ vom M-POHL-Netzwerk („Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy“) entwickelt und validiert.^{17,18} Das Instrument bildet die subjektive Bewältigung gesundheitsbezogener Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen in unterschiedlichen Lebenskontexten ab und ermöglicht in bevölkerungsbezogenen Studien Bevölkerungsgruppen mit niedriger, eher niedriger (zusammengefasst geringer), eher hoher und hoher Gesundheitskompetenz zu unterscheiden.

Die **lebensweltbezogenen Faktoren** Bildung, Einkommen, Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit, Erhalt sozialer Unterstützung (Oslo-3-Item Social Support Scale¹⁹) und Einsamkeit wurden in die Analysen einbezogen. **Informelle Pflege** lag vor, wenn Befragte angaben, derzeit eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person zu betreuen oder zu pflegen. Eine Belastung durch Pflege bestand, wenn Pflegende angaben, sich dadurch stark oder sehr stark belastet zu fühlen.

Die Ergebnisse werden auf Basis verschiedener RKI-Surveys dargestellt, die entsprechende Datenquelle ist jeweils in Klammern vermerkt.

3. Ergebnisse

3.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen, Risiko- und Schutzfaktoren für Pflegebedürftigkeit

Im Folgenden werden Ergebnisse zu möglichen Risiko- und Schutzfaktoren für Pflegebedürftigkeit vorgestellt. Eine Übersicht über alle vorgestellten Indikatoren samt Verweis zu detaillierten Ergebnissen findet sich in [Tabelle 1](#). Je nach Indikator stammen die Daten aus unterschiedlichen Erhebungsjahren.

3.1.1 Gesundheitszustand

35,9 % der Erwachsenen schätzten ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig bis sehr schlecht ein (Frauen 38,2 %; Männer 33,4 %). 53,7 % der Erwachsenen waren 2024 chronisch erkrankt (Frauen 57,2 %; Männer 50,0 %) (RKI-Panel 2024). Mit steigendem Alter war auch Multimorbidität häufig, 2021/2022 waren 65,2 % der Menschen ab 65 Jahren davon betroffen (Gesundheit 65+).

3.1.2 Körperliche und kognitive Funktionsfähigkeiten

Im Jahr 2024 gaben 7,0 % der Erwachsenen Einschränkungen beim Gehen oder Treppensteigen an (Frauen 8,7 %; Männer 5,3 %). Ältere (65- bis 79-Jährige 9,8 %; 80-Jährige und älter 35,4 %) sowie Personen aus niedrigeren Bildungsgruppen (14,4 %) waren signifikant häufiger beim Gehen oder Treppensteigen eingeschränkt (mittlere Bildungsgruppe 3,7 %; hohe Bildungsgruppe 2,4 %) (RKI-Panel 2024). 15,9 % der Erwachsenen gaben 2023 eine subjektive Gedächtnisverschlechterung an. Diese kognitiven Einschränkungen betrafen Frauen deutlich häufiger als Männer (18,3 % versus 13,2 %). Frauen der niedrigen Bildungsgruppe (23,6 %) geben an, häufiger von subjektiver Gedächtnisverschlechterung betroffen zu sein als Frauen der mittleren (16,9 %) und hohen Bildungsgruppe (15,0 %). Der Anteil von Personen, die eine subjektive Gedächtnisverschlechterung angaben, nahm im Lebensverlauf zu und war in der Altersgruppe ab 80 Jahren am höchsten (21,4 %) (GEDA 2023).

38,4 % der Erwachsenen gaben an, aufgrund eines gesundheitlichen Problems in den letzten sechs Monaten bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens mäßig oder stark eingeschränkt gewesen zu sein. Auf Frauen traf das häufiger zu als auf Männer (40,7 % versus 36,0 %). Auch höhere Altersgruppen berichteten häufiger Einschränkungen als jüngere (49,5 % der 65- bis 79-Jährigen; 66,7 % der 80-Jährigen und Älteren). Personen der niedrigen Bildungsgruppe gaben wesentlich häufiger ein gesundheitliches Problem an (50,0 %) als Personen der hohen Bildungsgruppe (27,0 %) (RKI-Panel 2024).

16,2 % der Menschen ab 65 Jahren waren 2019/2020 bei der Ausübung von instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt. Auf Frauen traf dies häufiger zu als auf Männer (20,1 % versus 11,3 %).

Tab. 1 | Prävalenzen ausgewählter Risiko- und Schutzfaktoren mit potenziellem Bezug zu Pflegebedürftigkeit

Potenzielle Risikofaktoren	Prävalenz	Datengrundlage	Detaillierte Ergebnisse*
Gesundheitszustand			
Eingeschränkter Gesundheitszustand	35,9% (♀ 38,2%; ♂ 33,4%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/selbsteingeschaetzte-allgemeine-gesundheit
Chronische Erkrankungen	53,7% (♀ 57,2%; ♂ 50,0%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/chronisches-kranksein
Multimorbidität (ab 65 Jahren)	65,2% (♀ 68,2%; ♂ 61,5%)	Gesundheit 65+	Gärtner et al. ³⁹
Körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit			
Einschränkungen beim Gehen, Treppensteigen	7,0% (♀ 8,7%; ♂ 5,3%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/koerperliche-einschraenkungen
Kognitive Einschränkungen	15,9% (♀ 18,3%; ♂ 13,2%)	GEDA 2023	www.gbe.rki.de/kognitive-einschraenkungen
Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten	38,4% (♀ 40,7%; ♂ 36,0%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/gali
Ab 65 Jahren			
Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten	16,2% (♀ 20,1%; ♂ 11,3%)	GEDA-EHIS 2019/20	www.gbe.rki.de/iadl
Stürze	23,8% (♀ 26,8%; ♂ 19,7%)	GEDA 2022	www.gbe.rki.de/stuerze
Psychische Einschränkungen			
Depressive Symptomatik	21,9% (♀ 24,4%; ♂ 19,0%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/depressive-symptomatik
Angstsymptomatik	14,3% (♀ 16,5%; ♂ 11,9%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/angstsymptome
Lebens- und Arbeitsbedingungen			
Armutsrisiko (geringes Einkommen)	16,2% (♀ 17,2%; ♂ 15,3%)	Mikrozensus 2024	www.gbe.rki.de/armutsrisikoquote
Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit	25,3% (♀ 23,6%; ♂ 26,9%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/gesundheitsgefaehrung-durch-erwerbsarbeit
Einsamkeit (ab 65 Jahren)	19,2% (♀ 22,3%; ♂ 15,2%)	Gesundheit 65+	Gärtner et al. ³⁹
Potenzielle Schutzfaktoren			
Verhaltensbezogene Faktoren und Gesundheitskompetenz			
Erreichen der WHO-Empfehlungen für Ausdaueraktivität (mind. 150 Minuten pro Woche)	48,0% (♀ 44,8%; ♂ 51,2%)	GEDA-EHIS 2019/20	www.gbe.rki.de/bewegungsverhalten
Alkoholkonsum (pro Tag bei Frauen ≤ 10 g und bei Männern ≤ 20 g reiner Alkohol)	86,5% (♀ 88,9%; ♂ 83,9%)	GEDA-EHIS 2019/20	Richter et al. ²¹
Kein aktuelles Rauchen	71,1% (♀ 76,0%; ♂ 66,1%)	GEDA-EHIS 2019/20	Richter et al. ²¹
Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich (BMI zwischen 18,5 und ≤ 25 kg/m²)	44,2% (♀ 50,0%; ♂ 38,3%)	GEDA-EHIS 2019/20	Richter et al. ²¹
Tägl. Verzehr Obst/Gemüse	34,8% (♀ 45,1%; ♂ 24,1%)	GEDA-EHIS 2019/20	www.gbe.rki.de/obst-und-gemuesekonsum
Hohe Gesundheitskompetenz	18,8% (♀ 18,7%; ♂ 19,0%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/allgemeine-gesundheitskompetenz
Lebens- und Arbeitsbedingungen			
Hochschulbildung	21,8% (♀ 20,0%; ♂ 23,7%)	Mikrozensus 2022	www.gbe.rki.de/hochschulbildung
Starke soziale Unterstützung	37,3% (♀ 40,8%; ♂ 33,8%)	GEDA 2023	www.gbe.rki.de/soziale-unterstuetzung

* Die aufgeführten Prävalenzen entstammen größtenteils dem Webportal der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, zu finden unter www.gbe.rki.de. Auf den jeweiligen Seiten zu den aufgeführten Indikatoren finden sich nach Alter, Geschlecht und Bildung aufgeschlüsselte Prävalenzen mit Konfidenzintervallen und detaillierte Informationen zur Stichprobengröße und Methodik.

Hochaltrige ab 80 Jahren waren häufiger eingeschränkt (30,1 %) als 65- bis 79-Jährige (10,1 %). Personen der niedrigen (19,0 %) und der mittleren Bildungsgruppe (14,8 %) berichteten häufiger Einschränkungen als Personen der hohen Bildungsgruppe (8,6 %) (GEDA 2019/2020-EHIS). 23,8 % der Personen ab 65 Jahren gaben 2022 an, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal gestürzt zu sein, 9,9 % stürzten mehrmals (GEDA 2022).

3.1.3 Psychische Gesundheit

2024 wiesen 21,9 % der Erwachsenen (Frauen 24,4 %; Männer 19,0 %) eine depressive Symptomatik (PHQ-9 ≥ 10) und 7,1 % (Frauen 8,1 %; Männer 5,9 %) eine mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik (PHQ-9 ≥ 15) auf. Für die Altersgruppe 65 bis 79 Jahre betrug der Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik 12,2 % (Frauen 12,9 %; Männer 11,5 %), für die Altersgruppe der 80-Jährigen und älter lag er bei 20,1 % (Frauen 22,2 %; Männer 16,8 %) (RKI-Panel 2024).²⁰

Insgesamt 14,3 % (Frauen 16,5 %; Männer 11,9 %) wiesen eine Angstsymptomatik (GAD-7 ≥ 10) und 4,1 % (Frauen 5,2 %; Männer 2,8 %) eine schwerere Angstsymptomatik (GAD-7 ≥ 15) auf. Für die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen betrug der Anteil von Personen mit Angstsymptomatik 6,7 % (Frauen 7,7 %; Männer 5,7 %), für Personen ab 80 Jahren 9,5 % (Frauen 10,5 %; Männer 8,0 %). Die Häufigkeit von depressiver Symptomatik war bei Personen mit niedriger (24,9 %) und mittlerer Bildung (22,6 %) höher als bei Personen mit hoher Bildung (15,4 %), ebenso von einer Angstsymptomatik (niedrig 15,1 %; mittel 15,0 %; hoch 11,4 %) (RKI-Panel 2024).²⁰

Insgesamt 8,4 % (Frauen 9,8 %, Männer 6,9 %) zeigten eine depressive und/oder Angstsymptomatik in einer schweren Ausprägung.²⁰

3.1.4 Verhaltensbezogene Faktoren und Gesundheitskompetenz

Als gesundheitsförderlicher Lebensstil wird ein Lebensstil verstanden, der durch die Umsetzung verschiedener gesundheitsfördernder Verhaltensweisen gekennzeichnet ist. Dazu zählen insbesondere regelmäßige körperliche Aktivität entsprechend den Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), regelmäßiger Obst- und Gemüse-

konsum, ein risikoarmer bzw. kein Alkoholkonsum, Nichtrauchen sowie die Aufrechterhaltung eines Körpergewichts im Normalbereich.²¹ Je mehr dieser Verhaltensweisen umgesetzt werden, desto geringer ist das Risiko beispielsweise an Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen zu erkranken oder frühzeitig zu sterben. Eine Risikoreduktion von bis zu 66 % wäre bei einer Kombination dieser gesundheitsfördernden Verhaltensweisen im Vergleich zu keiner oder nur einer dieser Verhaltensweisen potenziell möglich.^{22,23}

Bereits in jüngeren Jahren werden wichtige Grundlagen für die Gesundheit im Alter gelegt. In Deutschland setzen die meisten Erwachsenen jedoch nur zwei oder drei dieser gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen um (56,2 % der Frauen und 62,5 % der Männer). Jeder fünfte Mann im Alter zwischen 45 bis 64 Jahren erfüllt nur eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise.²¹ Personen der niedrigen Bildungsgruppe setzen seltener einen gesundheitsförderlichen Lebensstil um als Personen der hohen Bildungsgruppe. Bei über 65-Jährigen erreichen lediglich 7,7 % der Frauen und 5,2 % der Männer alle untersuchten Aspekte des gesunden Lebensstils.²¹ In dieser Altersgruppe ist der Anteil der Personen, der nicht raucht, höher als in jüngeren Jahren, ebenso wie der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse. Jedoch wird die Empfehlung für die körperliche Aktivität seltener erreicht, ebenso wie das Einhalten des Normalgewichtes (GEDA-EHIS 2019/2020).

Gesundheitskompetenz kann dabei unterstützen, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag zu entwickeln.²⁴ Doch nur für 18,7 % der Frauen und 19,0 % der Männer in Deutschland ergab sich 2024 eine hohe allgemeine Gesundheitskompetenz. Es fand sich kein eindeutiger Altersgradient. Eine geringe Gesundheitskompetenz war in der niedrigen Bildungsgruppe häufiger zu beobachten²⁵ (RKI-Panel 2024).

3.1.5 Lebens- und Arbeitsbedingungen

Prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen wie Armut, schlechte Bildungs- und Erwerbschancen sind eng mit physischen, psychischen und psychosozialen Belastungen verbunden. Diese Aspekte stellen Risikofaktoren für eine Vielzahl von Gesundheits-

problemen und schwerwiegende Erkrankungen dar, die wiederum die Wahrscheinlichkeit für Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf erhöhen.^{26,27} In sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sind diese Risikofaktoren besonders verbreitet: Personen aus niedrigen Einkommensgruppen sind etwa 1,5- bis 4-mal so häufig von chronischen Krankheiten betroffen wie Personen mit hohem Einkommen²⁸ (GEDA 2019/2020-EHIS). Dabei lässt sich diese soziale Ungleichheit über ein breites Spektrum von verschiedenen Erkrankungen und Krankheitsgruppen feststellen, die mit erhöhten Risiken für Funktionseinschränkungen und daraus folgenden Pflegebedarfen einhergehen.^{28–32}

Mit Blick auf die Arbeitswelt zeigt sich, dass 25,3 % der Erwerbstätigen in Deutschland eine starke oder sehr starke Gesundheitsgefährdung durch ihre Arbeit wahrnehmen; besonders hoch liegt dieser Anteil bei erwerbstätigen Männern mit niedriger formaler Bildung³³ (RKI-Panel 2024). Sowohl umgebungsbezogene, körperliche als auch psychische und psychosoziale Arbeitsbelastungen sind dafür von Bedeutung.³⁴ Die Folgen hoher Arbeitsbelastungen in niedrigen beruflichen Positionen spiegeln sich bereits während des aktiven Erwerbslebens im Auftreten von gesundheitlichen Problemen und Funktionseinschränkungen wider: Während die Prävalenz gesundheitsbedingter Einschränkungen bei 45- bis 64-jährigen Frauen, die eine berufliche Tätigkeit mit niedrigem Anforderungsniveau (Hilfs-/Anlernetätigkeiten) ausüben, bei 41,2 % liegt, beträgt sie bei Gleichaltrigen mit hoch komplexen Spezialtätigkeiten 19,9 %. Bei Männern ist dieser Unterschied mit 42,7 % gegenüber 15,1 % noch stärker ausgeprägt (GEDA 2019/2020-EHIS).

Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass insbesondere eingewanderte Menschen überproportional häufig in niedrigen beruflichen Positionen und unter den damit verbundenen Arbeitsbelastungen arbeiten,^{35,36} z. B. aufgrund von Problemen bei der Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen und Diskriminierung im Arbeitsmarkt und Bildungssystem. Ansatzpunkte für strukturelle Prävention von Risiken für Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit bestehen somit bereits in frühen Phasen des Erwerbslebens, z. B. durch die

Förderung gesunder, gerechter und inklusiver Arbeitswelten.

Mit Blick auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen ist das Eingebundensein in soziale Netzwerke ein wichtiger Schutzfaktor für Gesundheit, insbesondere im höheren Alter. Dabei stehen sowohl **objektive** Faktoren wie die Größe des Netzwerks, die erhaltene soziale Unterstützung oder soziale Isolation als auch die **subjektive** Wahrnehmung von sozialer Unterstützung, sozialer Exklusion oder Einsamkeit mit psychischer, physischer und funktionaler Gesundheit sowie Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang.³⁷ Im Jahr 2023 verfügten 38,3 % der 65- bis 79-Jährigen über eine starke soziale Unterstützung (Frauen 40,5 %; Männer 35,7 %), während dies bei Personen ab 80 Jahren nur auf 29,1 % zutraf (Frauen 30,4 %; Männer 26,6 %) (GEDA 2023).³⁸ Von Einsamkeit berichteten 2021/2022 19,2 % der Menschen ab 65 Jahren; Frauen gaben dabei häufiger als Männer an, einsam zu sein (22,3 % versus 15,2 %) und im Alter ab 80 Jahren fühlten sich sogar 29,0 % der Frauen und 17,5 % der Männer einsam³⁹ (Gesundheit 65+).

Das Risiko für Einsamkeit steigt zudem, wenn Angehörige pflegebedürftig werden oder versterben.⁴⁰ Insbesondere unter älteren Erwachsenen, die selbst in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, sind soziale Isolation und Einsamkeit weit verbreitet.⁴¹

3.2 Pflege durch An- und Zugehörige und deren Situation: aktuelle Erkenntnisse des RKI-Panels 2024

3.2.1 Wer leistet (informelle) Pflege?

Insgesamt 10,4 % der Befragten des RKI-Panels 2024 gaben an, derzeit eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person zu pflegen. Frauen erbrachten häufiger Pflege für An- und Zugehörige als Männer (12,7 % versus 7,9 %). Personen, die Pflege leisteten, waren im Durchschnitt mit 54,5 Jahren etwas älter als Nicht-Pflegende (50,1 Jahre). Die meisten pflegenden An- und Zugehörigen fanden sich in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen. In der niedrigen (10,8 %) und mittleren Bildungsgruppe (11,1 %) wurde häufiger Pflege geleistet als in der hohen Bildungsgruppe (8,1 %) (RKI-Panel 2024). Zudem wird informelle Pflege besonders häufig in migrantischen Haushalten geleistet⁴² (GEDA Fokus).

3.2.2 Wie belastet fühlen sich Menschen, die Pflege erbringen?

Die Pflege von An- oder Zugehörigen war für Personen, die Pflege leisten, mit vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden. 2024 gaben insgesamt 34,2 % der pflegenden An- und Zugehörigen an, sich durch die Pflege stark oder sehr stark belastet zu fühlen, wobei sich Frauen und Männer nicht hinsichtlich des Belastungserlebens unterschieden: (Frauen: 33,7 %, Männer 34,9 %). Unter den 45- bis 64-Jährigen erschien das Belastungserleben mit 38,3 % am höchsten (RKI-Panel 2024). 2012 berichteten Personen, die Angehörige in einem Umfang von mindestens zwei Stunden täglich pflegten, deutlich häufiger, dass sie mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten beeinträchtigt waren („starke seelische Belastung“) als nicht-pflegende Personen.⁴

In eine ähnliche Richtung weisen Ergebnisse aus 2023, hier gab knapp ein Drittel der befragten pflegenden Personen an, die Pflege oder Unterstützung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds als sehr bzw. extrem belastend zu erleben, ein weiteres

Drittel empfand die Pflege als „ein bisschen belastend“, wobei der Frauenanteil in beiden Kategorien erhöht war.⁹

Analysen sowohl auf Basis von GEDA 2012 als auch GEDA 2019/2020-EHIS legen nahe, dass die Pflege von Angehörigen mit geringerer wahrgenommener sozialer Unterstützung, einhergeht.^{4,43}

3.2.3 Wie geht es Menschen, die informelle Pflege leisten, gesundheitlich?

Menschen, die informelle Pflege leisteten, gaben 2024 in verschiedenen Bereichen häufiger gesundheitliche Einschränkungen an als Menschen, die keine Pflege leisteten. Wie [Abbildung 2](#) zeigt, beschrieben sie ihren Gesundheitszustand öfter als eingeschränkt, hatten mehr chronische Erkrankungen und fühlten sich dadurch auch häufiger eingeschränkt, hatten eine schlechtere Schlafqualität, waren häufiger erschöpft und wiesen häufiger eine depressive Symptomatik auf. Einzig hinsichtlich des Übergewichts unterschieden sich die beiden Gruppen nicht (RKI-Panel 2024). Ähnliche Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage Pflegenden zeigten auch die Analysen mit GEDA 2019/2020-EHIS.⁴³

Angaben in %

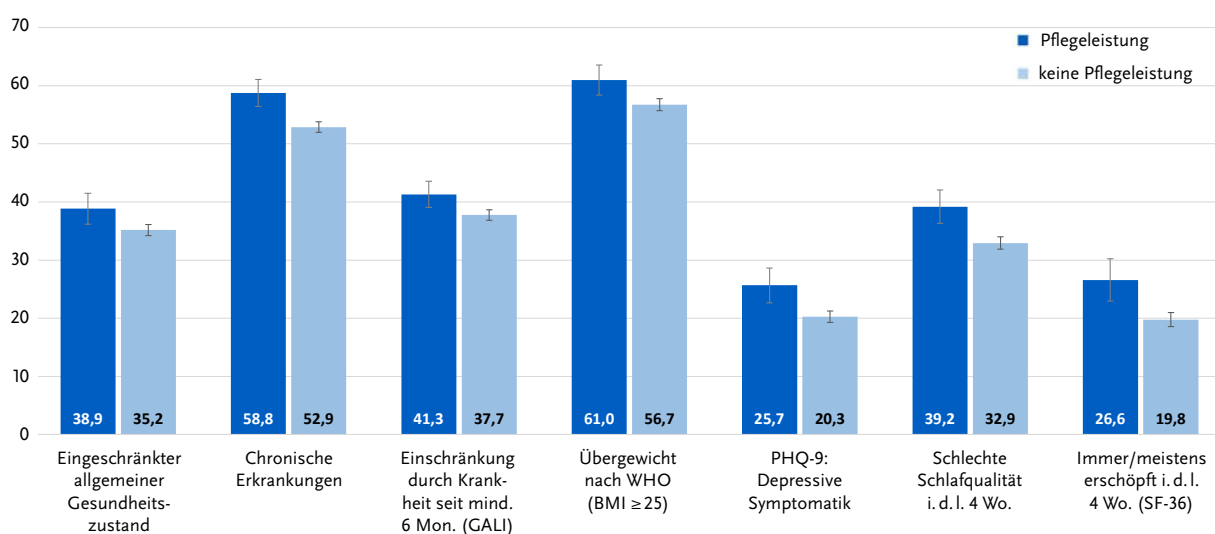


Abb. 2 | Gesundheitliche Lage von pflegenden An- und Zugehörigen in Deutschland. (Alters- und geschlechtsadjustierte, gewichtete Anteile in % mit 95 % Konfidenzintervallen). Datenquelle: RKI Panel 2024.

GALI: Global Activity Limitation Indicator, PHQ-9: Patient Health Questionnaire in der 9-Item-Version, WHO: Weltgesundheitsorganisation, BMI: Body Mass Index, SF-36: Short Form-36 Fragebogen

4. Diskussion – Ansatzpunkte zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger

Die Risiken für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in Deutschland sind hoch, insbesondere wenn mehrere Faktoren vorhanden sind und zusammenwirken. Inwieweit eine Häufung verschiedener Risikofaktoren zu Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit führt, lässt sich anhand der aktuell vorhandenen Querschnittsdaten des RKI nicht beantworten. Dazu sind Daten aus mehreren Erhebungswellen über einen größeren Zeitraum erforderlich, wie sie mit dem RKI-Panel künftig vorliegen werden.

Die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit stellt in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung dar. Nach aktuellem Stand leidet mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung an chronischen Erkrankungen, rund ein Drittel beschreibt den eigenen Gesundheitszustand als eingeschränkt und ein Fünftel weist eine depressive Symptomatik auf. Ab 65 Jahren ist mehr als die Hälfte der Menschen von Multimorbidität und Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens betroffen, fast ein Viertel hat im vorangegangenen Jahr einen Sturz erlebt und knapp ein Fünftel berichtete über subjektive Gedächtnisverschlechterungen. Da Demenzen die häufigsten pflegebegründenden Erstdiagnosen darstellen, ist der Erhalt kognitiver Fähigkeiten gerade mit Blick auf Pflegebedürftigkeit von sehr hoher Relevanz. Zudem bewegt sich ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung zu wenig, mehr als die Hälfte ist übergewichtig und isst mehrheitlich zu wenig Obst und Gemüse. Dies erhöht das Risiko für die Entstehung chronischer Erkrankungen und gesundheitlicher Einschränkungen und beeinflusst damit letztendlich auch das Risiko für Pflegebedürftigkeit. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit insbesondere dann wirksam sind, wenn sie frühzeitig einsetzen und mehrere Risikofaktoren gleichzeitig adressieren. So konnte die finnische FINGER-Studie zeigen, dass eine Intervention aus körperlicher Aktivität, Ernährungsberatung, kognitivem Training und Management vaskulärer Risikofaktoren die kognitive Leistungsfähigkeit älterer Menschen verbessert und funktionelle Einschränkungen hinauszögern kann.⁴⁴

In den USA verringerte ein strukturiertes Bewegungsprogramm im Rahmen der LIFE-Studie das Risiko schwerwiegender Mobilitätseinschränkungen.⁴⁵

Für alle untersuchten Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit gilt, dass Frauen sowie sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger Risikofaktoren aufweisen und gesundheitlich belastet sind, was sich bereits in früheren Lebensphasen wie dem Erwerbsalter zeigt und als Risiko über den Lebensverlauf akkumuliert. Die Ergebnisse aus den RKI-Studien liefern wichtige Hinweise, wo lang- und mittelfristig wirkende Maßnahmen ansetzen könnten, um Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung zu verringern.

Bei der Bewältigung der gegenwärtig und künftig anfallenden Pflegeleistungen nehmen die pflegenden An- und Zugehörigen eine zentrale Rolle ein. Bei funktionalen Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit bieten insbesondere nahe An- und Zugehörige wie (Ehe-)Partnerinnen und -Partner, Kinder und Eltern Unterstützung.⁴⁶ Insbesondere ältere Männer werden häufig durch die (Ehe-)Partnerin unterstützt und gepflegt.⁴⁶ Die angegebene Belastung bei 45- bis 64-jährigen Pflegenden kann möglicherweise als Ausdruck der in dieser Phase der *Rush Hour* des Lebens besonders bedeutsamen Herausforderung der Vereinbarkeit von Pflege mit der eigenen Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, der Fürsorge und Betreuung von Kindern sowie der Bewältigung bürokratischer Erfordernisse interpretiert werden.^{4,47}

Es ist wenig wahrscheinlich, dass der zu erwartende Engpass in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen durch pflegende An- und Zugehörige allein kompensiert werden wird. Angesichts der mit der Pflege verbundenen Gesundheitsrisiken und finanziellen Belastungen für pflegende An- und Zugehörige ist auch zu bedenken, dass pflegende Personen aufgrund der multiplen Belastungen später selbst ein höheres Risiko aufweisen, pflegebedürftig zu werden. Bisherige Entlastungsangebote, wie etwa Pflegeurlaub oder Selbsthilfegruppen, können dazu beitragen, die Risiken zu verringern. Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung spielen auch für die Gesundheit pflegender An- und Zugehöriger eine wichtige Rolle. Pflegende An- und Zugehörige,

die über ausreichend soziale Unterstützung verfügen, geben weniger Stress und eine bessere psychische und physische Gesundheit an als weniger gut unterstützte Pflegende.⁴⁸ Die Förderung einer anhaltenden sozialen Einbindung (z. B. über regelmäßige Kontakte, Austausch und gegenseitige Unterstützung in der Nachbarschaft³⁷) stellt somit eine wichtige Strategie dar, um die Gesundheit von informell pflegenden Personen sowie auch von Personen mit funktionalen Einschränkungen zu schützen.^{49–51} Zudem kommt der Beziehungsqualität zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person eine große Bedeutung zu.⁴⁸

Insgesamt gibt es deutliches Verbesserungspotenzial für die Sicherstellung der Pflegeleistungen: Hier könnten die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende, wie z. B. bessere Personalschlüssel und gerechtere Entlohnung,^{52–54} Unterstützung durch Betreuungspersonen aus dem Ausland, neue Wohn- und Versorgungsformen, finanzielle Aspekte und zugängliche Entlastungsangebote vor Ort hilfreich sein.^{55,56}

Um der Herausforderung der Zunahme der Anzahl von Personen mit Pflegebedarf als Folge des demografischen Wandels entgegenzuwirken, zeigen die Erkenntnisse aus internationalen Studien^{57,58} die Notwendigkeit der Umsetzung umfassender Strategien. Diese verbinden übergeordnete politische Strategien mit Maßnahmen auf Gemeinde- und Individualebene und zielen darauf, durch Veränderungen der Lebensbedingungen die Entscheidung zur gesünderen Lebensführung zu erleichtern. Um beispielsweise körperliche Aktivität zu fördern, bieten verhaltenspräventive Maßnahmen in den Lebenswelten und flankierende Maßnahmen wie die Schaffung eines bewegungsfreundlichen Wohnumfelds und Nachbarschaftszentren, das meiste Potenzial, bevölkerungsweite positive Effekte zu erreichen. Neben Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sollte die Gesundheitskompetenz gestärkt werden, da sie als ein Faktor gilt, der gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen kann. Hierbei empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation, den Schwerpunkt nicht primär auf individuelle Maßnahmen zu legen, sondern auf normative Vorgaben, institutionelle Rahmenbedingungen und politische Regelungen, die

die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig prägen.⁵⁹

Um gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezüglich Pflegebedürftigkeit von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu fördern, sollte mit Verhältnisprävention zur Verbesserung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen angesetzt werden (z. B. im Betrieb oder in der Kommune). So kann gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen, die das Risiko für Pflegebedürftigkeit erhöhen, bereits in früheren Lebensphasen wie dem Erwerbsalter vorgebeugt werden.

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit können an verschiedenen Zeitpunkten der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ansetzen.⁶⁰ Sie sollten als langfristige bevölkerungsweite Strategie mit einem *Health-in-all-Policies*-Ansatz zusammenwirken, da die Handlungsfelder für Prävention nicht allein im Gesundheitssektor, sondern in vielen Politikbereichen verortet sind:

- ▶ Gesundheitsförderung und Primärprävention für die Allgemeinbevölkerung, insbesondere auch für ältere Personen, zur Vermeidung des Neuauftretens chronischer Erkrankungen: Maßnahmen (z. B. Förderung von Bewegung und des Nichtrauchens) sollten verhältnisorientiert und lebensweltbezogen (z. B. Förderung von Chancengerechtigkeit bei Teilhabe an gesunden Arbeitswelten und Wohnbedingungen) umgesetzt und auf besondere Lebenssituationen von älteren Menschen (einschließlich des Abbaus von Barrieren) hin ausgerichtet werden.
- ▶ Risikoerkennung bei drohender Pflegebedürftigkeit, z. B. bei der Zunahme von körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen und funktionalen Einbußen: Ein evidenzbasiertes Screening kann in medizinischen Einrichtungen erfolgen, zum Beispiel in der Hausarztpraxis oder bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, damit adäquate Maßnahmen z. B. durch Beratung zur Erhaltung von Muskelkraft oder eine Wohnraumanpassung eingeleitet werden können. Aktuelle internationale Empfehlungen und die Evidenz aus Interventionsstudien unterstreichen, dass Prävention von Pflegebedürftigkeit besonders wirksam ist, wenn bevölkerungsbezo-

gene Maßnahmen mit einer frühzeitigen Risikoerkennung und einer personenzentrierten Versorgung kombiniert werden. So empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation mit dem Programm *Integrated Care for Older People* ein systematisches Screening auf funktionelle Einbußen in der Primärversorgung mit anschließenden individuell abgestimmten Interventionen zur Erhaltung der Selbstständigkeit.⁶¹ Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit mit Netzwerk-Metaanalyse von 129 randomisierten Studien zeigt zudem, dass insbesondere gemeindebasierte komplexe Interventionen mit individualisierter Versorgungsplanung, regelmäßiger Nachverfolgung und Medikationsoptimierung die Selbstständigkeit älterer Menschen länger erhalten können.⁶²

- Interventionen im Pflegesetting: Maßnahmen wie z. B. geriatrische Rehabilitation, um weitere Selbstständigkeitsverluste bei pflegebedürftigen Menschen hinauszuzögern.

Es gibt bereits verschiedene Empfehlungen zu politischen Maßnahmen, z. B. hinsichtlich Sturzprävention, Tabakprävention, Bewegungsförderung sowie Förderung gesunder Ernährung, die in Deutschland möglichst zielgruppengerecht und soziallyagenbezogen in die Lebenswelten eingebettet werden sollten. Ziel aller Maßnahmen sollte ein längerer Erhalt von Selbstständigkeit sein, wodurch Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden kann. Dadurch könnten mehr gesunde und selbstbestimmte Lebensjahre gewonnen sowie die Teilhabe und Lebensqualität älterer Menschen erhalten werden. Gleichzeitig könnten pflegende An- und Zugehörige sowie die Gesundheits- und Pflegesysteme entlastet und die gesellschaftlichen Folgen des demografischen Wandels abgemildert werden. Insgesamt sprechen diese Erkenntnisse dafür, Prävention von Pflegebedürftigkeit langfristig, sektorenübergreifend und lebensphasenübergreifend auszurichten sowie Maßnahmen auf individueller und struktureller Ebene miteinander zu verknüpfen.

Literatur

- 1 Statistisches Bundesamt: Pflegebedürftige, u.a. nach Region, Alter und Geschlecht. 2025; www.gbe-bund.de (Abrufdatum: 28.07.2026)
- 2 GKV-Spitzenverband: Gesundheitsverläufe im Alter – Wege in die Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. 2023, Köln: CW Haarfeld GmbH. 1
- 3 Hasseler, M., et al.: Social inequalities in health care and long-term care for the very old: a scoping review. *Journal of Public Health* 2026(34): 1649–1664
- 4 Wetzstein, M., A. Rommel, C. Lange: Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt*, 2015. 6(3)
- 5 Statistisches Bundesamt: Mehr Pflegebedürftige. 2026; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>. (Abrufdatum: 28.07.2026)
- 6 WidO, Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. 2024, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg
- 7 Lemcke, J., et al.: Panel „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts – Hintergrund und Methode der Jahrerhebung 2024. *Journal of Health Monitoring*, 2025(4): 16
- 8 Allen, J., et al.: Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. 2021(3): 72–87

- 9 Ellert, U., *et al.*: IHP-Survey Deutschland 2023. Erfahrungen der Erwachsenen in Deutschland mit dem Gesundheitssystem: Ergebnisse des International Health Policy Surveys 2023. 2025, Robert Koch-Institut: Berlin
- 10 Fuchs, J., *et al.*: Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung. *Journal of Health Monitoring*, 2023(3): 66–90
- 11 Koschollek, C., *et al.*: German Health Update Fokus (GEDA Fokus) among Residents with Croatian, Italian, Polish, Syrian, or Turkish Citizenship in Germany: Protocol for a Multilingual Mixed-Mode Interview Survey. *JMIR Res Protoc*, 2023. 12: e43503
- 12 Jessen, F., *et al.*: Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. *Psychol Med*, 2007. 37(12): 1753–62
- 13 Ware JEJ, K.M., Bjorner JB *et al*, User's manual for the SF-36v2 health survey, 2. Aufl. 2007, Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated
- 14 Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 2001. 16(9): 606–13
- 15 Spitzer, R.L., *et al.*: A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 2006. 166(10): 1092–7
- 16 Wu, Y., *et al.*: Equivalency of the diagnostic accuracy of the PHQ-8 and PHQ-9: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychol Med*, 2020. 50(8): 1368–1380
- 17 Pelikan, J.M., *et al.*: Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. 19(21): 14129
- 18 Bielefeld University for HLS19, HLS19-Q12-DE_German – The German instrument for measuring health literacy in the general population. 2020, M-POHL: Bielefeld
- 19 Dalgard, O.S., *et al.*: Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006. 41(6): 444–51
- 20 Walther, L., *et al.*: Depressive und Angstsymptomatik bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse aus dem Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024. *Journal of Health Monitoring*, 2025. 10(4): e13554
- 21 Richter, A., *et al.*: Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 2021(3): 28–48
- 22 Barbaresko, J., J. Rienks, U. Nöthlings: Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 2018. 55(4): 555–564
- 23 Loefer, M., H. Walach: The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 2012. 55(3): 163–170
- 24 Jordan, S., *et al.*: Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten – Einblicke in ein sich ausdifferenzierendes Forschungs- und Handlungsfeld für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2025. 68(3): 255–263
- 25 Jordan, S., S. Löbl: Die allgemeine Gesundheitskompetenz Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024. *Journal of Health Monitoring*, 2026. 11(4): 1–5
- 26 Lampert, T., J. Hoebel: Socioeconomic differences in health and need for care among the elderly. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2019. 62(3): 238–246
- 27 Lampert, T., *et al.*: Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. 2017, Robert Koch-Institut. S. 124
- 28 Hoebel, J., *et al.*: Gesundheitliche Ungleichheit, in *Sozialbericht 2024: Ein Datenreport für Deutschland*, Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, and Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Editors. 2024, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb): Bonn. 314–319
- 29 Lampert, T.: Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken *APuZ*, 2018. 24/2018: 12–18
- 30 Hoebel, J., *et al.*: Socioeconomic Inequalities in Total and Site-Specific Cancer Incidence in Germany: A Population-Based Registry Study. *Front Oncol*, 2018. 8: 402
- 31 Tetzlaff, F., *et al.*: Widening socioeconomic inequalities in cancer incidence and related

- potential to reduce cancer between 2008 and 2019 in Germany. *Sci Rep*, 2025. 15(1): 32232
- 32 Santi, I., *et al.*: Occupation and educational inequalities in laryngeal cancer: the use of a job index. *BMC Public Health*, 2013. 13: 1080
- 33 Beese, F., *et al.*: Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit in Deutschland in den Jahren 2014/2015 und 2024. *Journal of Health Monitoring*, 2026: 7
- 34 Kroll, L.E., S. Müters, N. Dragano: Arbeitsbelastungen und Gesundheit, in GBE kompakt 2011, Robert Koch-Institut
- 35 Khalil S, L.A., Mayer SJ Systemrelevant und prekär beschäftigt: Wie Migrant*innen unser Gemeinwesen aufrechterhalten. *DeZIM Research Notes*, 2020. 3/20
- 36 OECD and European Commission: Indicators of Immigrant Integration 2023: Settling In, OECD Publishing, Editor. 2023: Paris
- 37 Bundesministerium für Familie, S.: Frauen und Jugend (Hrsg.), Neunter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabe. Bericht der Sachverständigenkommission an das BMFSFJ. 2024
- 38 Robert Koch-Institut: Soziale Unterstützung (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2024
- 39 Gaertner, B., *et al.*: Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. *Journal of Health Monitoring*, 2023(3): 7–31
- 40 Luhmann, M., S. Buecker, M. Rüsberg: Loneliness across time and space. *Nat Rev Psychol*, 2023. 2(1): 9–23
- 41 Victor, C.R.: Loneliness in Care Homes: A Neglected Area of Research? *Aging Health*, 2012. 8(6): 637–646
- 42 Koschollek, C., *et al.*: Limitations in activities of daily living among older people with selected citizenships in Germany: results of the interview survey GEDA Fokus. *European Journal of Public Health*, 2025. 35(Supplement_6): ckaf180.221
- 43 Fuchs, J., *et al.*: Informal caregivers in Germany – who are they and which risks and resources do they have? *Frontiers in Public Health*, 2023. 11: 1058517
- 44 Ngandu, T., *et al.*: A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FIN-GER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 2015. 385(9984): 2255–63
- 45 Pahor, M., *et al.*: Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *Jama*, 2014. 311(23): 2387–96
- 46 Unger, R., K. Giersiepen, M. Windzio: Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld, in *Social Demography Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demografie*, K. Hank and M. Kreyenfeld, Editors. 2016, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. 193–215
- 47 Deutscher Bundestag: Siebter Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik, in Drucksache 16/1360. 2006, Deutscher Bundestag: Berlin
- 48 Kunzler, A., N. Skoluda, U. Nater: Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten – eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2018. 68(01): 10–21
- 49 Sohn, M., M.S. Kim: Cognitive vulnerability and social support among aging women caregivers. *J Women Aging*, 2026: 1–13
- 50 Ho, I.S., *et al.*: Examining the social networks of older adults receiving informal or formal care: a systematic review. *BMC Geriatr*, 2023. 23(1): 531
- 51 Yu, T., *et al.*: Social support interventions for life satisfaction of older adults in long-term care: A systematic review and meta-analysis. *Aging and Health Research*, 2026. 6(1): 100275
- 52 Hans Böckler Stiftung (Hrsg.). Arbeitsbedingungen in der Pflege. 2024; <https://www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm> (Abrufdatum: 28.07.2026)
- 53 IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, W.G., contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH, Ruhr-Universität Bochum (Hrsg.); Endbericht zur Studie

„Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege“ Los 1: Analyse, Befragungen und Maßnahmenempfehlungen zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2022

54 Nowossadeck, E.: Pflegekräfte in Zeiten des demografischen Wandels. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2013. 56(8): 1037–1039

55 Büscher, A., *et al.*: Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK Pflegestudie. 2023, Sozialverband VdK Deutschland e.V.: Osnabrück

56 Schwinger, A., K. Zok: Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WIdO-monitor, 2024. 21(1): 1–12

57 World Health Organization (WHO): Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Second edition ed. 2024, Geneva: WHO

58 AOK-Bundesverband und Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Public Health Index: Präventionspolitik im internationalen Vergleich 2025, AOK-Bundesverband und Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Berlin

59 World Health Organization (WHO): Health literacy development for the prevention and control of non-communicable diseases. Volume 1. Overview., WHO, Editor. 2022 Geneva

60 Nolting, H.-D., J. Marschall: Prävention von Pflegebedürftigkeit. Dokumentation von Fachgesprächen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich. 2025, IGES Institut: Berlin

61 World Health Organization: Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2024

62 Crocker, T.F., *et al.*: Community based complex interventions to sustain independence in older people: systematic review and network meta-analysis. Bmj, 2024. 384: e077764

Autoren

Dr. Judith Fuchs | Dr. Jens Hoebel |
Dr. Susanne Jordan | Dr. Carmen Koschollek |
Prof. Dr. Julika Loss | PD Dr. Hannelore Neuhauser |
Dr. Enno Nowossadeck | Petra Rattay | Dr. Anja Schienkiewitz | Dr. Robert Schlack | Dr. Anne Starker |
Martin Thißen

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenz: fuchsj@rki.de

Interessenkonflikt

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Fuchs J, Hoebel J, Jordan S, Koschollek C, Loss J, Neuhauser H, Nowossadeck E, Rattay P, Schienkiewitz A, Schlack R, Starker A, Thißen M: Pflege in Deutschland: Faktoren, die mit Pflegebedürftigkeit assoziiert sind und Betrachtung der Situation informell Pflegender

Epid Bull 2026;31:4-17 | DOI 10.25646/14310

Open access



Creative Commons Namensnennung.
4.0 International

Fachtagung TUBERKULOSE AKTUELL 2026 am RKI: Evaluation bestätigt hohes Interesse des ÖGD

Anlässlich des Welttuberkulosetages richtete das Robert Koch-Institut (RKI) am 24. März 2026 gemeinsam mit dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) und dem Forschungszentrum Borstel, Leibniz Lungenzentrum (FZB) die Fachtagung „TUBERKULOSE AKTUELL – Neues zur Surveillance, Management und Kontrolle“ aus. Wie in den Vorjahren wurde die Veranstaltung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell unterstützt.

Im Rahmen der aus dem Hörsaal des RKI online übertragenen Veranstaltung wurden aktuelle Themen zu Tuberkulose-(TB-)Epidemiologie, -Forschung, -Prävention, -Diagnostik und -Behandlung präsentiert. Ein Themenschwerpunkt lag in diesem Jahr auf der am Tag der Veranstaltung veröffentlichten S3-Leitlinie „Tuberkuloseprävention bei neu zugewanderten Menschen“, die durch die Empfehlung zu differenzierten Screeningmaßnahmen eine wichtige Grundlage für die zukünftige Versorgung der betroffenen Menschen und somit TB-Prävention in der Praxis schafft. Zur neuen Leitlinie aber auch zu bereits etablierten Screeningansätzen bei

zugewanderten Fachkräften und bei unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden wurden Daten und Ergebnisse präsentiert. Trotz des insgesamt leicht rückläufigen Trends der TB zeigen die präsentierten Daten für 2025, dass in Deutschland und Europa insbesondere vulnerable Gruppen, darunter neu zugewanderte Menschen, weiterhin ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen. Die TB-Elimination in Deutschland bleibt daher ein ambitioniertes Ziel und erfordert ein koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Akteurinnen und Akteure, insbesondere der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD).

In einem Vortrag zu Umgebungsuntersuchungen in verschiedenen Settings wurden die Erfahrungen aus dem ÖGD direkt an die Zuhörenden weitergegeben. Ebenfalls wurden Ergebnisse vom Einsatz der integrierten genomischen TB-Surveillance (IGS-TB) zur Erkennung von Ausbrüchen und zur Aufklärung komplexer Übertragungsgeschehen berichtet.

Daneben stellten Vertreterinnen und Vertreter der veranstaltenden Organisationen Neues und Be-

Anzahl Antwortende

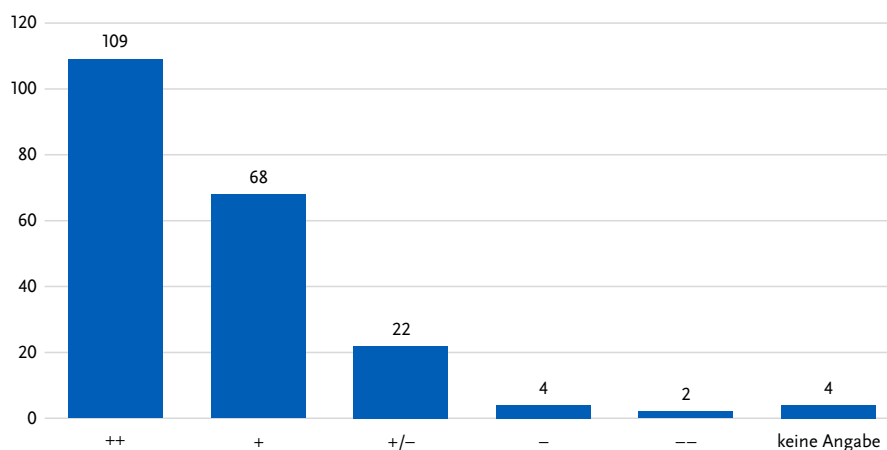


Abb. 1 | Wahrnehmung des eigenen Kompetenzzuwachses bei Teilnehmenden der Tagung TUBERKULOSE AKTUELL 2026. Angaben x-Achse: entsprechend 5-stufiger Likert-Skala: ++ „trifft zu“, + „trifft eher zu“, +/- „neutral“, - „trifft eher nicht zu“, -- „trifft nicht zu“



Abb. 2 | Themenvorschläge von Teilnehmenden für künftige Tagungen TUBERKULOSE AKTUELL

währtes aus den Bereichen Diagnostik, Therapie, Behandlung und Surveillance vor. Eine besondere Herausforderung für die TB-Surveillance bleiben eine zeitnahe Übermittlung von Behandlungsergebnissen sowie die Vollständigkeit der Meldedaten.

An der interaktiven Online-Veranstaltung nahmen durchgehend mehr als 700 Interessierte teil, die Fragen stellen und sich aktiv an den Diskussionen beteiligen konnten. Dabei wurde erneut der Bedarf an praxisnahen Handlungsempfehlungen sowie an einem kontinuierlichen fachlichen Austausch und einer Vernetzung deutlich.

Die im Anschluss an die Tagung durchgeführte Online-Evaluation, an der sich 209 Tagungsteilnehmende beteiligten, belegte, dass eine deutliche Mehrheit ihre Kompetenzen erweitern konnte (s. Abb. 1) und die Qualität sowie den Umfang der Beiträge positiv beurteilte. Die insgesamt hohe Zufriedenheit der Befragten ließ sich auch auf die wahrgenommene Kompetenz der Referierenden sowie auf den Bezug der Fachvorträge zur Praxis des ÖGD zurückführen.

Die Rückmeldungen der Evaluation zeigen, dass die Tagung TB Aktuell nicht nur als Forum des fachlichen Austausches, sondern auch als ein wirksames Instrument der Wissens- und Kompetenzentwicklung innerhalb des ÖGD wahrgenommen wird. Die positive Resonanz spricht somit erneut für den wissenschaftlichen Mehrwert dieser Veranstaltung so-

wohl für den ÖGD als auch für die Ärzteschaft und die Forschungsgemeinschaft.

Nicht zuletzt die übermittelten Themenwünsche der Befragten für kommende Veranstaltungen (s. Abb. 2) zeigen das fortbestehende Interesse und den Bedarf an der Veranstaltung.

Weiterführende Links:

- [Epidemiologisches Bulletin 12/2026](#)

Autoren

Team Tuberkulose, FG36

Korrespondenz: Tuberkulose@rki.de

Danksagung

Wir danken allen Teilnehmenden der Befragung für ihre Zeit und konstruktiven Vorschläge und freuen uns auf den weiteren fachlichen Austausch auf der Tagung TB aktuell 2027, die am 5. April 2027 stattfinden wird.

Wir möchten dem DZK, FZB und allen, die zu der Planung, Vorbereitung und Durchführung der Tagung beigetragen haben, danken. Das Team Tuberkulose dankt insbesondere Dr. Barbara Hauer für die exzellente inhaltliche und organisatorische Planung der Tagung sowie die fachliche Zusammenstellung und Betreuung der Beiträge für die begleitende Publikation im Epidemiologischen Bulletin.

Ausschreibung von Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboren

Zum weiteren Ausbau infektionsepidemiologischer Netzwerke und zur Fortentwicklung effektiver Präventions- und Bekämpfungsstrategien bei Infektionskrankheiten sind für das Robert Koch-Institut (RKI) zusätzliche ausgewiesene Fachexpertise und labor-diagnostische Erfahrung erforderlich, die durch Nationale Referenzzentren (NRZ) und Konsiliarlabore (KL) erbracht werden. Nachfolgend werden die speziellen Aufgaben bzw. Anforderungen der ausgeschriebenen NRZ und KL aufgeführt. Im Anschluss wird der allgemeine Aufgabenkatalog vorgestellt.

KL für *Coxiella burnetii*

Es wird die Leitung des KL für *Coxiella burnetii* ausgeschrieben.

Als KL kommt ein Labor infrage, das alle oder eine relevante Auswahl der nachfolgend aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben erfüllt.

Spezielle Aufgaben:

- ▶ Serologische Abklärung akuter und chronischer Q-Fieber-Infektionen durch qualitativen bzw. quantitativen Nachweis von IgG, IgM und IgA gegen Phase I- und Phase II-Antigene (ELISA bzw. IIFT);
- ▶ Verlaufskontrollen mittels serologischer Methoden;
- ▶ Nukleinsäurenachweis durch real-time PCR aus Serum und Gewebe (Zielgene: *IS1111*, *com1*);
- ▶ Erregerkultivierung aus klinischem Material bei speziellen Fragestellungen;
- ▶ Mitwirkung und Beratung bei Q-Fieber-Ausbruchsuntersuchungen;
- ▶ Fachliche Beratung zu Diagnostik und Therapie von *Coxiella burnetii*-Infektionen sowie zur Prophylaxe;
- ▶ Beratung zu Anforderungen an das Untersuchungsmaterial und Versandbedingungen;
- ▶ Vertretung Deutschlands als Operational Contact Point (OCP) microbiology für jeweilige Erreger in der Operationsstruktur des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von

Krankheiten (ECDC) und Liaisoninstitution in Deutschland für die jeweiligen EU Referenzlaboratorien (EURLs).

KL für Dermatophyten

Es wird die Leitung des KL für Dermatophyten ausgeschrieben.

Als KL kommt ein Labor infrage, das alle oder eine relevante Auswahl der nachfolgend aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben erfüllt.

Spezielle Aufgaben:

- ▶ Molekularbiologischer Nachweis (Sequenzierung und andere PCR-Verfahren) von Dermatophyten auf Speziesebene aus Direkt- und Kulturmateriale;
- ▶ Entwicklung und Etablierung molekularer Nachweisteste (PCR-ELISA, Realtime-PCR, Microarray-Technik) für die Routinediagnostik von Dermatophyten auf Speziesebene;
- ▶ Beratung zu Fragen der Therapie;
- ▶ Beratung zu Anforderungen an das Untersuchungsmaterial (Kultur) und Versandbedingungen;
- ▶ Beratung und Mitarbeit bei Studien und Ringversuchen (z. B. molekulare Vortypisierung der Erreger);
- ▶ epidemiologische Bewertung der Situation spezieller Erreger;
- ▶ Vertretung Deutschlands als Operational Contact Point (OCP) microbiology für jeweilige Erreger in der Operationsstruktur des ECDC und Liaisoninstitution in Deutschland für die jeweiligen EU Referenzlaboratorien (EURLs).

Allgemeiner Aufgabenkatalog für KL

1. Einhaltung der Vorgaben aus dem Zuwendungsbescheid; Muster abrufbar unter: [Muster Zuwendungsbescheid NRZ und KL \[PDF, 179 KB, Datei ist nicht barrierefrei\]](#)
2. Sollte zum Zeitpunkt der Bewerbung schon eine Annahme von Drittmitteln Privater (insbesondere

Sponsoring) im Sinne von Ziff. 3.1.2.13 des Zuwendungsbescheids während der Berufungsperiode geplant bzw. absehbar sein, so ist dies dem RKI bereits mit der Bewerbung schriftlich mitzuteilen. Sollte eine solche Annahme nach erfolgter Bewerbung, aber vor einer etwaigen Berufung geplant bzw. absehbar sein, so ist dies dem RKI ebenfalls umgehend schriftlich mitzuteilen.

3. Überregionales Angebot spezifischer Laborleistungen, insbesondere in Ausbruchssituationen und umgehende Mitteilung der Ergebnisse aus Ausbruchsuntersuchungen in anonymisierter Form an das RKI
4. Arbeiten im Rahmen der Qualitätssicherung: Teilnahme an Studien und Ringversuchen, z. B. in Zusammenarbeit mit INSTAND e. V. (Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien e. V.), Weltgesundheitsorganisation (WHO), Europäischer Union und Fachgesellschaften, sowie Teilnahme an Weiterbildungen
5. Entwicklung bzw. Verbesserung diagnostischer Verfahren
6. Unterstützung des RKI bei der Bewertung der epidemiologischen Situation
7. Beratungstätigkeit, insbesondere des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie von Laboratorien, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Kliniken und Forschungsinstituten
8. Beratung des RKI und Mitwirkung bei der Erarbeitung wissenschaftlicher Materialien (z. B. Falldefinitionen, RKI-Ratgeber).

NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren

Es wird die Leitung des NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren ausgeschrieben.

Als NRZ kommt ein Labor infrage, das alle oder eine relevante Auswahl der nachfolgend aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben erfüllt.

Spezielle Aufgaben:

- ▶ Enterovirusdiagnostik bei Patientinnen und Patienten mit aseptischer Meningitis/Enzephalitis und akuten schlaffen Paresen im Rahmen des WHO-Programms zur Eradikation der Poliomyelitis (Nationale Enterovirusüberwachung) mit virologischen (Virusanreicherung und Typisierung) und

molekularen Methoden (PCR in verschiedenen Genomregionen mit anschließender Sequenzierung);

- ▶ Molekularbiologische Feincharakterisierung ausgewählter Picornavirus-Serotypen zur Aufklärung von Ausbrüchen (Beispiel: Hand-Fuß-Mund-Krankheit) oder für phylogenetische Analysen;
- ▶ Kontrolle der Populationsimmunität und Feststellung der individuellen Immunität gegen Poliomyelitis bei gegebener Indikation mittels Neutralisationstest;
- ▶ Standardisierung und Verbesserung der molekularen Enterovirusdiagnostik (Beispiel: spezifische PCR-Systeme zum Nachweis der verschiedenen Enterovirusgruppen sowie ausgewählter Serotypen);
- ▶ Führung einer Stammsammlung und Abgabe von Referenzmaterial (Virusstämme, Referenzserum für Neutralisationstest);
- ▶ Durchführung von Ringversuchen zum Enterovirusnachweis mittels virologischer (Virusanreicherung und Typisierung) und molekularer Verfahren (PCR) in Zusammenarbeit mit INSTAND e. V., Inter-Laborvergleiche zur Qualitätssicherung (Neutralisationstest);
- ▶ Beratung des RKI, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der obersten Landesbehörden zur Poliomyelitis und zum Komplex der Enteroviren;
- ▶ Untersuchung von Abwasserproben auf Polioviren im Rahmen der Abwasserüberwachung;
- ▶ Vertretung Deutschlands als Operational Contact Point (OCP) microbiology für jeweilige Erreger in der Operationsstruktur des ECDC und Liaisoninstitution in Deutschland für die jeweiligen EU Referenzlaboratorien (EURLs).

NRZ für Retroviren

Es wird die Leitung des NRZ für Retroviren ausgeschrieben.

Als NRZ kommt ein Labor infrage, das alle oder eine relevante Auswahl der nachfolgend aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben erfüllt.

Spezielle Aufgaben:

- ▶ Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätssicherung;

- ▶ Beratung von Ärztinnen und Ärzten sowie Gremien des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu Fragen der Diagnostik, Infektionsprävention, Pathogenese und Therapie der HIV- und HTLV-Infektion;
- ▶ Interpretation unklarer klinisch-diagnostischer Befunde;
- ▶ Koordination von Ringversuchen zur HIV- und HTLV-Spezialdiagnostik;
- ▶ Stammsammlung: Abgabe von Referenzstämmen für diagnostische und wissenschaftliche Zwecke;
- ▶ Evaluation und Mitentwicklung diagnostischer Testsysteme für HIV;
- ▶ Serologische Diagnostik/Bestätigungsdiagnostik für HIV-1, HIV-2, HTLV-1/2;
- ▶ quantitative Bestimmung der HIV-RNA und proviralen Viruslast (HIV-1/2);
- ▶ genotypische und (falls erforderlich) phänotypische Resistenztestung (HIV-1/-2);
- ▶ Beratung bei Therapieumstellung:
 - ▶ HIV-1-Korezeptor-Tropismus-Bestimmung;
 - ▶ Aufklärung von HIV-Infektionsketten;
 - ▶ Abklärung möglicher vertikaler Virustransmission (Mutter-Kind);
 - ▶ Isolierung von HIV und HTLV;
 - ▶ Abklärung einer möglichen Krankheitsassoziation mit Retroviren;
 - ▶ Produktsicherheit;
- ▶ Risikoabwägungen der Übertragung von Retroviren in der Xenotransplantation mittels SG-PERT Assay;
- ▶ Vertretung Deutschlands als Operational Contact Point (OCP) microbiology für jeweilige Erreger in der Operationsstruktur des ECDC und Liaisoninstitution in Deutschland für die jeweiligen EU Referenzlaboratorien (EURLs).

Allgemeiner Aufgabenkatalog für NRZ

1. Einhaltung der Vorgaben aus dem Zuwendungsbescheid; Muster abrufbar unter: [Muster Zuwendungsbescheid NRZ und KL \[PDF, 179 KB, Datei ist nicht barrierefrei\]](#)
2. Sollte zum Zeitpunkt der Bewerbung schon eine Annahme von Drittmitteln Privater (insbesondere Sponsoring) im Sinne von Ziff. 3.1.2.13 des Zuwendungsbescheids während der Berufungsperiode geplant bzw. absehbar sein, so ist dies dem RKI bereits mit der Bewerbung schriftlich mitzuteilen. Sollte eine solche Annahme nach erfolgter Bewerbung, aber vor einer etwaigen Berufung geplant bzw. absehbar sein, ist dies dem RKI ebenfalls umgehend schriftlich mitzuteilen.
3. Entwicklung bzw. Verbesserung diagnostischer Verfahren; Mitwirkung bei der Koordination der Standardisierung und Verbreitung allgemein gültiger Testverfahren; Initiierung von Untersuchungen zur Qualitätssicherung
4. Über die Routine hinausreichende (Spezial-)Diagnostik und Feintypisierung von Erregern einschließlich molekularbiologischer Untersuchungen zur Aufklärung epidemiologischer Zusammenhänge
5. Führen einer Stammsammlung und Abgabe von Referenzstämmen bzw. von diagnostikspezifischen Referenzpräparaten, mit Ausnahme von kommerziell erhältlichen Isolaten, wie z. B. von American Type Culture Collection (ATCC-) und Deutsche Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen (DSMZ-) Stämmen
6. Hinterlegung von genomischen Sequenzdaten in geeigneten Repositorien
7. Aufbau und koordinierende Pflege eines Netzwerks diagnostischer Einrichtungen
8. Zusammenarbeit mit Referenzlaboratorien anderer Länder sowie den Kollaborationszentren der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einschließlich der Teilnahme an internationalen Ringversuchen
9. Unterstützung des RKI bei der Auswertung und Interpretation der Daten mit dem Ziel, die epidemiologische Situation möglichst repräsentativ für Deutschland zu beschreiben; Mitarbeit bei Surveillance-Projekten
10. Überwachung der eingehenden Daten mit dem Ziel der zeitnahen Erkennung von Clustern und Information des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und des RKI sowie Unterstützung bei ergänzenden Analysen im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen; umgehende Mitteilung der Ergebnisse aus Ausbruchsuntersuchungen in anonymisierter Form an das RKI
11. Beobachtung, Analyse und Bewertung der Resistenz- und Virulenzentwicklung
12. Beratungstätigkeit für den ÖGD, Laboratorien, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und Forschungsinstitute; Durchführung von Weiterbildungen und Öffentlichkeitsarbeit

13. Regelmäßige Berichterstattung sowie Beratung des RKI zu den entsprechenden Sachfragen; Mitwirkung bei der Erarbeitung von Empfehlungen des RKI für Diagnostik, Therapie und Prävention sowie allgemein in der angewandten Infektions-epidemiologie

Weiteres Vorgehen

Die ausgeschriebenen NRZ und KL sollen voraussichtlich ab dem 1.1.2027 ihre Tätigkeiten aufnehmen. Die NRZ und KL werden in der Regel für einen Zeitraum von drei Jahren berufen, die aktuelle Berufenungsperiode hat allerdings am 1.1.2026 begonnen. Die ausgeschriebenen NRZ und KL sollen insofern bis zum 31.12.2028 berufen werden. Danach wird im Rahmen einer Evaluation über die weitere Berufung entschieden. Das Vorgehen bei Neubesetzungen von NRZ und KL ist im Internet unter https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Neubesetzungen_inhalt.html veröffentlicht.

Die finanzielle Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt durch Bewilligung von Zuwendungen auf der Grundlage des Bundeshaushaltsrechtes und im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

Derzeit ist eine Förderung des NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren von 80.000 €/Jahr, des NRZ

für Retroviren von 90.000 €/Jahr, sowie des KL für *Coxiella burnetii* und des KL für Dermatophyten von jeweils 10.200 €/Jahr vorgesehen.

Die Förderung setzt jeweils eine Eigenbeteiligung des Labors voraus.

Interessierte, leistungsfähige Institutionen werden gebeten, bis zum

15.9.2026

(Datum des E-Mail-Eingangs im RKI) ein Konzept für das NRZ oder KL einzureichen. Das Konzept sollte in seiner Gliederung entsprechend den aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben aufgebaut sein und einen vorläufigen Finanzplan enthalten, aus dem sich ergibt, wie die zur Verfügung stehenden Mittel verwendet und welche Eigenanteile eingesetzt werden sollen.

Den Bewerbungsunterlagen sollten der Lebenslauf der sich auf die Leitung des NRZ oder KL bewerbenden Person sowie eine Liste mit den für die Arbeit des NRZ oder KL relevanten Publikationen beigelegt sein. Die Bewerbungen müssen in deutscher Sprache per E-Mail gesendet werden an: NRZ-KL-Koordination@rki.de

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an Dr. Janna Seifried (Tel. 030 18754-4385, NRZ-KL-Koordination@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

30. Woche 2026 (Datenstand: 29. Juli 2026) – abrufbar auch als interaktives [Dashboard](#)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	71	2.506	2.189	21	506	539	16	299	213	13	3.293	4.720	13	1.207	1.723
Bayern	183	4.035	3.460	33	843	896	21	347	305	57	5.699	7.169	38	2.226	3.341
Berlin	43	1.348	1.176	13	210	199	3	146	142	11	3.339	2.330	7	1.302	1.454
Brandenburg	55	1.081	929	6	154	158	4	99	101	19	3.327	2.647	6	1.745	2.167
Bremen	8	247	206	0	21	20	0	27	32	2	464	371	1	276	143
Hamburg	11	684	665	1	74	100	5	89	94	5	1.727	1.309	2	538	727
Hessen	71	1.935	1.743	18	352	411	12	290	287	13	3.033	3.866	7	1.375	1.692
Mecklenburg-Vorpommern	56	984	697	4	114	111	5	107	117	13	1.885	1.720	6	845	1.279
Niedersachsen	84	2.500	2.145	10	406	385	15	488	430	27	4.078	5.099	15	1.674	3.628
Nordrhein-Westfalen	279	7.388	6.156	41	945	916	32	666	661	66	8.328	13.062	43	3.244	5.355
Rheinland-Pfalz	74	1.583	1.578	19	281	302	5	187	131	15	2.094	3.468	5	779	1.783
Saarland	6	424	458	1	47	69	1	62	52	2	505	852	0	111	745
Sachsen	136	2.179	1.783	10	275	327	8	182	160	45	4.408	5.327	24	2.870	2.468
Sachsen-Anhalt	53	977	801	11	204	207	7	104	85	43	2.494	2.888	15	857	1.998
Schleswig-Holstein	33	1.073	826	5	112	123	4	167	140	12	2.313	1.654	4	734	715
Thüringen	60	1.133	816	16	388	335	12	134	103	30	2.396	2.720	20	1.152	1.716
Deutschland	1.223	30.077	25.628	209	4.932	5.098	150	3.394	3.053	373	49.383	59.202	206	20.935	30.934

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	1	62	72	36	1.117	1.272	19	532	675	4	259	327	6	21.327	33.244
Bayern	2	63	103	42	1.474	2.036	28	730	881	7	321	340	4	31.267	71.796
Berlin	3	22	32	23	491	861	9	279	299	5	181	182	2	7.905	15.396
Brandenburg	1	15	25	2	123	180	1	67	98	0	70	50	3	11.228	18.131
Bremen	0	4	7	5	122	190	2	42	59	1	40	42	0	993	1.189
Hamburg	0	8	21	10	343	756	2	128	154	1	87	133	0	4.559	9.895
Hessen	1	38	48	13	534	782	14	327	340	8	242	261	2	10.873	20.783
Mecklenburg-Vorpommern	0	17	10	4	91	91	1	42	59	0	35	33	2	11.736	13.273
Niedersachsen	1	57	69	22	811	1.102	8	359	437	6	189	171	11	14.810	28.463
Nordrhein-Westfalen	2	113	113	42	1.821	2.632	28	881	1.147	8	478	539	9	34.151	63.974
Rheinland-Pfalz	0	14	28	10	450	640	5	201	219	0	108	140	5	9.166	16.807
Saarland	0	8	8	3	92	150	4	79	94	0	18	29	1	1.888	3.207
Sachsen	1	20	30	8	199	232	1	140	132	0	58	94	6	21.770	43.114
Sachsen-Anhalt	0	10	8	4	144	230	1	67	79	2	51	51	7	11.310	26.003
Schleswig-Holstein	0	17	16	5	184	330	7	140	185	3	52	52	2	6.705	10.630
Thüringen	0	14	16	1	91	117	0	48	76	1	58	46	4	10.809	17.776
Deutschland	12	482	606	230	8.087	11.601	130	4.062	4.934	46	2.247	2.490	64	210.497	393.681

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	0	8	18	1	14	11	0	0	0	34	880	515	41	1.955	2.191
Bayern	0	6	38	2	15	45	0	1	0	166	2.659	834	47	3.138	3.987
Berlin	0	2	12	1	8	10	0	0	0	4	146	139	8	617	729
Brandenburg	0	1	4	0	2	7	0	0	0	8	186	235	5	326	464
Bremen	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	7	19	0	75	78
Hamburg	0	2	3	0	4	4	0	0	0	3	160	97	1	297	493
Hessen	0	12	19	1	13	18	1	1	1	24	337	289	5	580	570
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	13	190	116	5	115	163
Niedersachsen	0	13	15	1	13	22	0	0	0	7	216	276	15	943	845
Nordrhein-Westfalen	0	14	42	1	32	63	0	0	1	43	871	662	36	2.719	2.520
Rheinland-Pfalz	0	3	10	0	6	11	0	0	0	8	473	239	3	414	533
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	48	109	3	119	84
Sachsen	0	0	11	0	6	13	0	0	0	25	806	434	9	1.115	1.334
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	2	1	0	0	0	15	389	461	4	110	123
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	7	5	0	0	0	4	87	96	8	420	370
Thüringen	0	0	1	0	3	2	0	0	0	11	407	399	4	368	255
Deutschland	0	61	179	7	127	215	1	2	2	367	7.862	4.920	194	13.311	14.739

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		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	2	61	54	27	719	700	1	57	58	1	63	63	6	2.906	3.434
Bayern	3	66	59	27	574	725	6	133	160	5	73	81	12	4.937	5.914
Berlin	2	42	44	11	320	445	1	20	30	0	44	37	3	1.402	2.167
Brandenburg	1	9	4	6	156	114	3	59	59	0	14	19	1	1.713	1.521
Bremen	0	0	3	1	28	19	0	7	10	0	5	10	0	126	188
Hamburg	2	15	15	12	237	275	1	21	22	0	26	33	3	497	1.096
Hessen	2	33	31	13	657	708	1	71	65	0	54	63	2	1.788	2.671
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	4	76	69	3	30	34	0	12	16	4	1.119	1.200
Niedersachsen	1	34	22	16	487	454	4	77	103	2	70	76	4	1.991	2.523
Nordrhein-Westfalen	3	108	106	40	1.172	1.481	8	266	400	9	199	181	8	4.849	7.655
Rheinland-Pfalz	0	20	13	5	187	281	0	43	67	0	23	25	6	1.529	1.825
Saarland	0	5	6	1	27	40	1	6	16	0	15	6	0	497	558
Sachsen	0	18	6	8	190	192	3	153	200	2	38	36	4	2.642	2.973
Sachsen-Anhalt	0	21	5	1	133	113	2	66	47	2	27	30	0	1.271	1.547
Schleswig-Holstein	1	25	13	6	141	151	0	39	32	0	13	14	6	1.232	1.491
Thüringen	1	5	8	7	98	103	0	29	29	5	27	22	1	1.232	958
Deutschland	18	462	394	185	5.202	5.870	34	1.077	1.332	26	703	712	60	29.731	37.721

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	2026		2025
	30.	1.–30.	1.–30.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	149	211
Bornavirus-Erkrankung	0	7	2
Botulismus	0	3	4
Brucellose	0	25	33
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	11	8
Chikungunyavirus-Erkrankung	1	188	101
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	74	96
Denguefieber	7	406	601
Diphtherie	0	22	33
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	27	372	416
Giardiasis	39	1.366	1.661
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	22	836	1.051
Hantavirus-Erkrankung	6	153	186
Hepatitis D	0	43	49
Hepatitis E	101	3.366	3.214
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	48	44
Kryptosporidiose	76	1.074	1.110
Legionellose	48	1.018	1.095
Lepra	0	1	1
Leptospirose	1	100	100
Listeriose	17	354	352
Malaria	23	535	476
Meningokokken, invasive Infektion	0	151	222
Mpox	8	295	361
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	4	37	36
Ornithose	0	11	15
Paratyphus	0	15	12
Pneumokokken, invasive Infektion	67	6.387	7.533
Q-Fieber	0	43	58
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	22	66.818	65.211
Shigellose	45	1.686	1.335
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	7	102	81
Typhus abdominalis	1	31	45
West-Nil-Fieber*	0	3	1
Yersiniose	66	2.586	2.288
Zikavirus-Erkrankung	0	8	8

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

Die „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ wird durch ein interaktives Dashboard ergänzt.
Für die Darstellung von Inzidenz, Fallzahlen und des zeitlichen Verlaufs werden Fallzahlen ab 2021 berücksichtigt.