



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFJEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

47
2025

20. November 2025

Epidemiologisches Bulletin

**HIV in Deutschland 2024 | Update zum
EHEC-/HUS-Ausbruch**

Inhalt

Schätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2024 sowie der Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2024 mit HIV in Deutschland leben

3

Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland sowie bei Menschen deutscher Herkunft, die sich im Ausland mit HIV infiziert haben, wird für das Jahr 2024 auf 2.300 geschätzt und liegt damit etwa um 200 Neuinfektionen höher als 2023. Etwa die Hälfte des Anstiegs lässt sich zurückführen auf Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben. Anstiege der HIV-Neuinfektionen wurden jedoch auch unter Menschen mit injizierendem Drogengebrauch und durch heterosexuelle Übertragungswege beobachtet. Der Anstieg der HIV-Neuinfektionen zeigt, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, vor allem um die zielgruppenspezifischen Testangebote und den Zugang zu Therapie und Prophylaxe zu verbessern.

Estimated number of new HIV infections in 2024 and total number of people living with HIV in Germany at the end of 2024

For 2024, the number of new HIV infections in Germany, as well as among people of German origin who contracted HIV abroad, is estimated at 2,300, which is about 200 new infections higher than in 2023. Approximately half of this increase can be attributed to infections among men who have sex with men. However, increases in new HIV infections have also been observed among people who inject drugs and through heterosexual transmission. The rise in new HIV infections demonstrates the need for further efforts, particularly to improve targeted testing services and access to treatment and prophylaxis.

(Article in German)

Update zum EHEC-/HUS-Ausbruch mit Schwerpunkten im Norden und Westen Deutschlands, 2025

21

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 46. Woche 2025

23

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Redaktionsassistenz

Nadja Harendt

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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

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

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.



ISSN 2569-5266



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

Schätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2024 sowie der Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2024 mit HIV in Deutschland leben

Zusammenfassung

- ▶ HIV-Diagnosen werden oft erst Jahre nach der Infektion gestellt. Die Routinesurveillance auf Grundlage der Labormeldungen liefert deshalb nur begrenzte Informationen zur aktuellen Ausbreitung von HIV in Deutschland. Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen und die Gesamtzahl der Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, können nur mit Hilfe von Modellrechnungen abgeschätzt werden.
- ▶ Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland sowie bei Menschen deutscher Herkunft, die sich im Ausland mit HIV infiziert haben, wird für das Jahr 2024 auf 2.300 geschätzt und liegt damit etwa um 200 Neuinfektionen höher als 2023.
- ▶ Die Anzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), lag im Jahr 2024 bei etwa 1.300 und damit um etwa 100 höher als 2023. Nach der Schätzung haben sich im Jahr 2024 etwa 400 Menschen durch injizierenden Drogengebrauch (people who inject drugs, PWID) neu mit HIV infiziert (+60 gegenüber 2023). In dieser Gruppe steigen die geschätzten Neuinfektionszahlen seit 2010 langsam aber kontinuierlich an. Etwa 590 Menschen haben sich im Jahr 2024 in Deutschland auf heterosexuellem Weg (Hetero) mit HIV infiziert. Auch in dieser Gruppe sehen wir einen Anstieg (+45 gegenüber 2023).
- ▶ Im Jahr 2024 wurden etwa 32 % der HIV-Erstdiagnosen (etwa 1.100 von 3.500) erst mit einem fortgeschrittenen Immundefekt und davon etwas mehr als die Hälfte (18 %) erst im Vollbild AIDS (etwa 620 von 3.500) gestellt. Im Vergleich zu den Vorjahren blieb der Anteil der Erstdiagnosen mit fortgeschrittener Infektion bzw. im Stadium AIDS etwa konstant.
- ▶ Da HIV in der Regel nicht mehr zum Tod führt, stieg bis Ende 2024 die Anzahl der Menschen, die mit einer HIV-Infektion in Deutschland leben auf 97.700. Von diesen sind etwa 8.200 HIV-Infektionen noch nicht diagnostiziert. Während die Zahl der nicht diagnostizierten HIV-Infektionen bei MSM etwa konstant blieb (4.900 im Jahr 2023 und 4.800 im Jahr 2024), stieg sie in den anderen Gruppen leicht an (PWID: von 1.200 im Jahr 2023 auf 1.400 im Jahr 2024, Hetero: von 1.800 im Jahr 2023 auf 2.000 im Jahr 2024). Insgesamt ist die geschätzte Anzahl der nicht diagnostizierten Infektionen seit dem Jahr 2022 nach einem längeren Rückgang wieder gestiegen. Der Anteil der diagnostizierten HIV-Infektionen liegt wie im letzten Jahr bei etwa 92 %. Nicht berücksichtigt sind in diesen Zahlen die nicht diagnostizierten Infektionen von in Deutschland lebenden Menschen nicht deutscher Herkunft, deren Infektion im Ausland erworben wurde.
- ▶ Der Anteil der Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, liegt seit dem Jahr 2020 sehr hoch und wird auf etwa 98 % im Jahr 2024 geschätzt. Etwa 96 % dieser Therapien verliefen erfolgreich, d. h. es wurde eine Viruslast von weniger als 200 Viruskopien/ml Blut erreicht. HIV ist dann sexuell nicht mehr übertragbar.
- ▶ Die fast ausschließlich von MSM verwendete HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) hat seit der Kassenzulassung Ende 2019 mit zu dem seit 2007 rückläufigen Infektionsgeschehen bei MSM beigetragen. Im Jahr 2024 liegt die geschätzte Zahl der Neuinfektionen jedoch etwa auf dem Niveau von 2019, so dass wir in den Jahren nach 2022 wieder von einem leicht ansteigenden Infektionsgeschehen ausgehen.
- ▶ Der Anstieg der HIV-Neuinfektionen zeigt, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, vor allem um die zielgruppenspezifischen Testangebote und den Zugang zu Therapie und Prophylaxe in der Fläche zu verbessern. Die aktuellen Daten weisen darauf hin, dass der Zugang zu PrEP für alle Menschen mit einem substanziellem HIV-Infek-

tionsrisiko nicht nur erhalten, sondern weiter in der Fläche ausgebaut werden sollte. Es sollte darauf hingearbeitet werden, dass mehr Frauen sich durch PrEP schützen können.

- ▶ Für Menschen mit injizierendem Drogenkonsum sollte der Zugang zu sterilen Konsumutensilien und Opioidagonistentherapie (Substitution) weiter verbessert werden, auch in Haft.
- ▶ Der Zugang zu HIV-Therapie sollte für alle in Deutschland mit HIV lebenden Menschen gewährleistet werden.

1. Einleitung

Eine HIV-Diagnose erfolgt oft erst viele Jahre nach der HIV-Infektion. Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen und die Anzahl der Menschen in Deutschland, die mit einer HIV-Infektion leben, können nicht direkt gemessen, sondern nur mit Hilfe von Modellrechnungen abgeschätzt werden. Daher werden vom Robert Koch-Institut (RKI) regelmäßig Schätzungen zum Verlauf der HIV-Epidemie erstellt. Die Schätzung soll insbesondere die Planung von Präventionsmaßnahmen erleichtern und die Evidenzgrundlage für die Bereitstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und für weitere gesundheitspolitische Entscheidungen verbessern. Zur Beschreibung der HIV/AIDS-Epidemie werden die HIV-Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), das im Jahr 2023 eingestellte AIDS-Fallregister mit AIDS- und HIV-Todesfallberichten an das RKI, die Todesursachenstatistik der statistischen Landesämter sowie Daten zu abgerechneten antiretroviralen Medikamenten gemäß § 300 Sozialgesetzbuch V herangezogen.

Grundlage für die Schätzung der HIV-Neuinfektionen sind die gemeldete Anzahl der HIV-Diagnosen sowie statistische Angaben, wie lange nach der Infektion die Diagnosen jeweils erfolgt sind. Auf dieser Grundlage werden die Anzahl der neu erfolgten HIV-Infektionen und die Anzahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen geschätzt. Die Abschätzung des zeitlichen Verlaufs der HIV-Neuinfektionen, der Todesfälle bei Menschen mit HIV sowie der Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV erfolgt in jedem Jahr neu auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Daten und Informationen. Da unter den in den Jahren

2022 und 2023 neu diagnostizierten HIV-Infektionen auch viele schon deutlich früher erworben wurden und daher die Anzahl der Infektionen aus früheren Jahren jetzt besser bestimmbar ist, ändern sich die Schätzwerte über den gesamten Verlauf. Die Berechnungen liefern also jedes Jahr eine aktualisierte Einschätzung des gesamten bisherigen Verlaufs der HIV-Epidemie. Eine genauere Beschreibung der Rückrechnung findet sich im Epidemiologischen Bulletin 47/2018.¹ Im Rahmen der HIV-Schätzung werden gerundete Zahlen angegeben – die Addition von Teilgruppen führt also in manchen Fällen nur ungefähr zur angegebenen Gesamtzahl.

2. Schätzung der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Zeitverlauf

Die Rückrechnung führt zu einer Schätzung des gesamten Epidemieverlaufs, ausgehend von den frühen 1980er-Jahren bis in die Gegenwart. Die geschätzte Anzahl der HIV-Neuinfektionen hat sich im Zeitverlauf von Spitzenwerten Mitte der 1980er-Jahre zunächst in allen Altersgruppen bis zum Ende der 1990er-Jahre deutlich reduziert. In den Jahren 2000 bis ca. 2007 erfolgte dann wieder ein deutscher Anstieg der HIV-Infektionen auf bis zu 3.500 Neuinfektionen pro Jahr. Nach einem Rückgang entstand ab dem Jahr 2010 ein Plateau bei etwa 2.500 Neuinfektionen pro Jahr, siehe Abbildung 1. Seit 2016 ging die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland weiter zurück. Dieser Rückgang war in den Pandemiejahren 2020 und 2021 nochmals ausgeprägter - vermutlich aufgrund der geringeren Kontaktmöglichkeiten.

Seit dem Jahr 2022 zeigt die Schätzung einen Wiederanstieg der Neuinfektionen auf 2.300 (95 % Konfidenzintervall [KI]: 2.100 – 2.500) im Jahr 2024.

Zeitlicher Verlauf der in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen HIV-Infektionen

Abbildung 2 zeigt die Unterschiede des Epidemieverlaufs in den verschiedenen HIV-Transmissionsgruppen. Von der geschätzten Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2024 (n = 2.300) waren etwa 1.300 (57 %) MSM. Etwa 590 Personen (26 %) haben sich 2024 auf heterosexuellem Weg in Deutschland infiziert, davon 360 Frauen (16 %) und

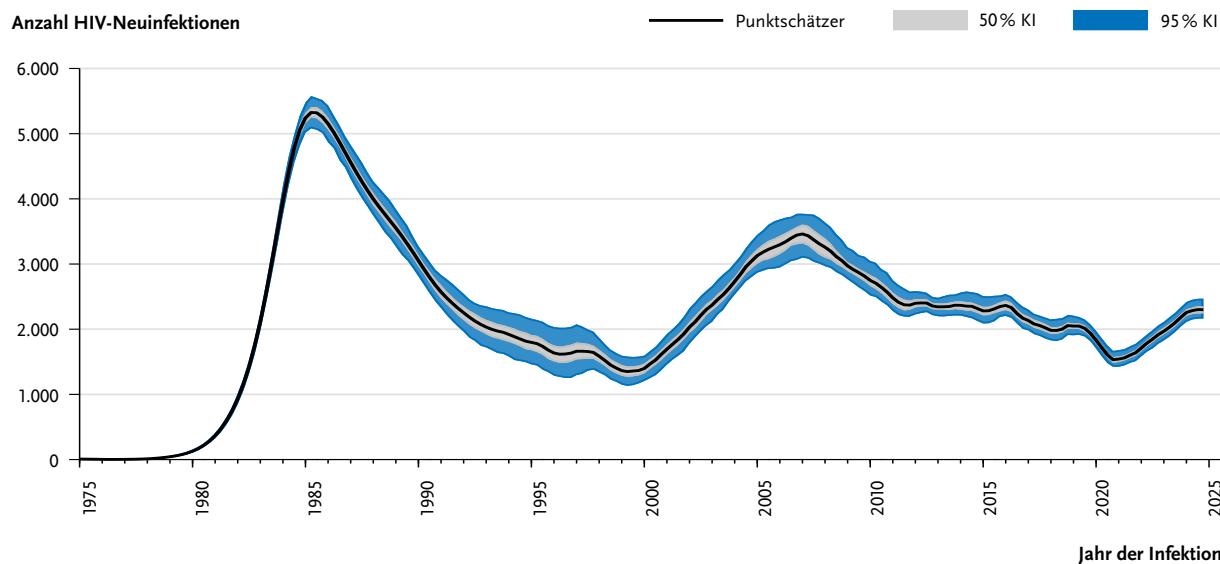


Abb. 1 | Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen (ohne transfusionsassoziierte Infektionen) in Deutschland seit 1975 nach Infektionsjahr.

KI = Konfidenzintervall

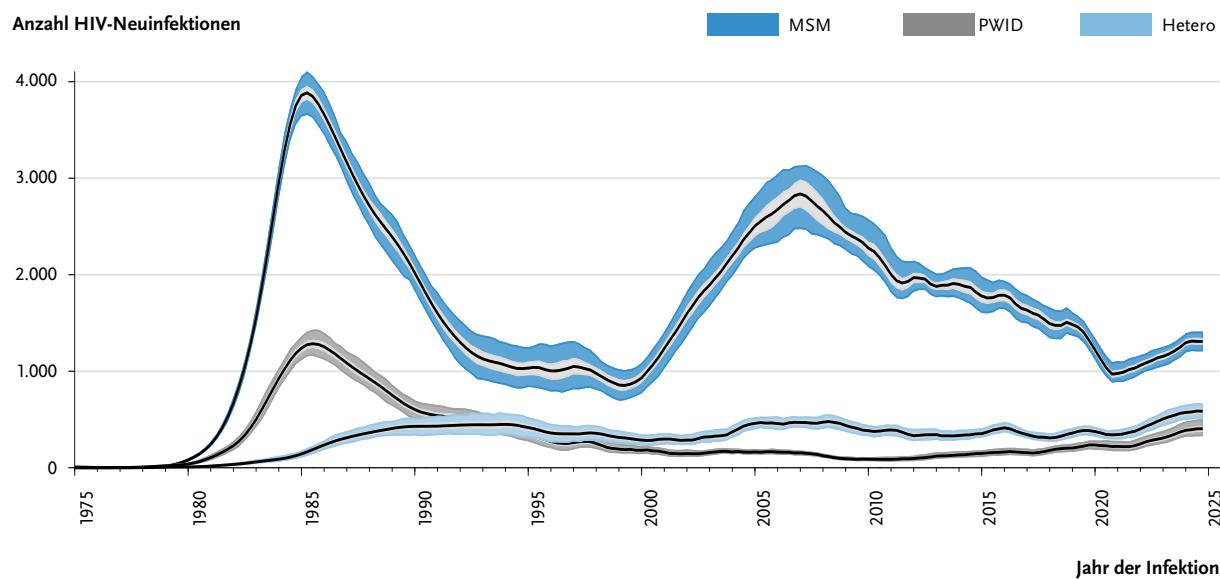


Abb. 2 | Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland seit 1975 nach Infektionsjahr und Transmissionsrisiko.

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; Hetero = heterosexuelle Kontakte; PWID = Menschen, die sich beim injizierenden Drogengebrauch infiziert haben

230 Männer (10 %). Darüber hinaus haben sich 2024 etwa 400 (17 %) PWID infiziert, davon etwa 260 Männer (11 %) und 150 Frauen (6 %).

Die drei Hauptbetroffenengruppen in Deutschland zeigen in den letzten Jahren einen leichten Anstieg: In der Gruppe der MSM steigen die Neuinfektionen

seit dem Jahr 2021 leicht an und liegen 2024 wieder etwa auf dem Niveau des Vorpandemiejahres 2019. Im Vergleich zu 2023 sind es etwa 100 (95 % KI: 40–150) mehr. Bei PWID zeigt die Modellierung einen deutlichen Anstieg der geschätzten Neuinfektionen seit 2010, die für 2024 auf etwa 60 (95 % KI: 25–100) mehr als im Jahr 2023 geschätzt werden.

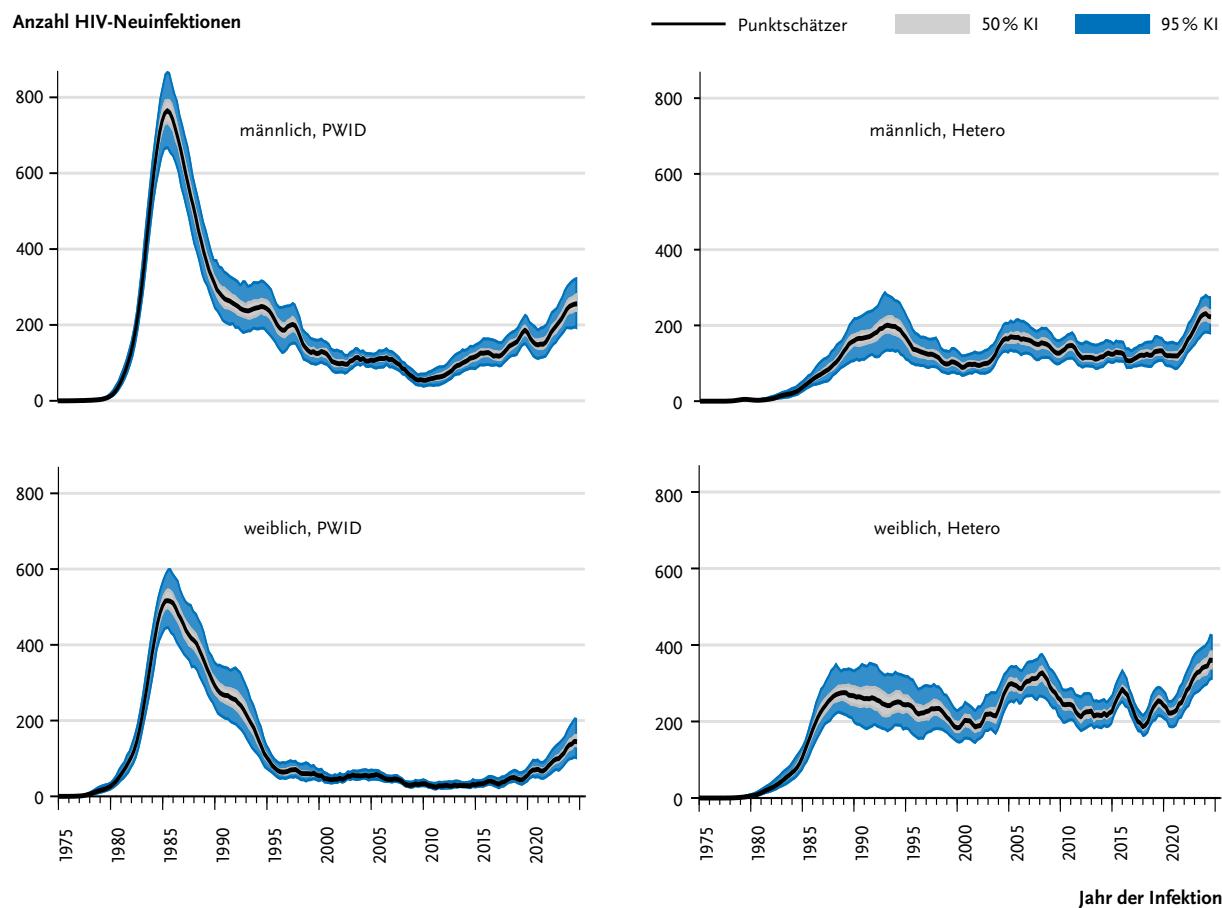


Abb. 3 | Zeitlicher Verlauf der geschätzten Anzahl von HIV-Neuinfektionen in Deutschland für die Transmissionsrisiken injizierender Drogengebrauch (PWID) und heterosexuelle Kontakte (Hetero) nach Geschlecht seit 1975.

KI = Konfidenzintervall

Bei Menschen mit heterosexueller HIV-Transmission steigen die geschätzten Neudiagnosen seit 2021 leicht an und liegen um etwa 45 (95 % KI: 5–85) höher als im Jahr 2023 (s. Abb. 2).

Abbildung 3 zeigt, dass die Anzahl der heterosexuellen HIV-Übertragungen bei Frauen seit 30 Jahren bei etwa 300 pro Jahr lag. Bei Männern mit heterosexuellem Übertragungsweg lag sie ebenfalls relativ konstant bei etwas unter 200 Neuinfektionen pro Jahr. Die Modellierung deutet aktuell auf einen leichten Anstieg sowohl bei Frauen als auch bei Männern hin. Dieser Anstieg sollte aber zurückhaltend interpretiert werden, da sich von der Modellierung geschätzte Anstiege in dieser Gruppe in der Vergangenheit nicht realisiert haben.

Zeitlicher Verlauf der HIV-Erstdiagnosen bei Menschen nicht deutscher Herkunft, die ihre HIV-Infektion im Ausland erworben haben

HIV-Infektionen, die von Menschen nicht deutscher Herkunft im Ausland erworben wurden, werden bei der Schätzung der HIV-Neuinfektionen in Deutschland nicht berücksichtigt. Sie gehen aber ein in die Schätzung der Gesamtzahl von Menschen, die mit HIV in Deutschland leben. Das Schätzmodell kann den Migrationsverlauf nach Deutschland nicht modellieren, insbesondere da keine Angaben über den Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland erhoben werden. Daher kann die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen nicht deutscher Herkunft mit einer noch nicht diagnostizierten, im Ausland erworbenen HIV-Infektion nicht geschätzt und bei der Schätzung der Gesamtzahl der Menschen, die mit HIV in Deutsch-

land leben, auch nicht berücksichtigt werden. Auch Daten zur Emigration von Menschen mit HIV aus Deutschland stehen uns nicht zur Verfügung. Insofern wird für diese Gruppe nur eine geschätzte Anzahl der HIV-Erstdiagnosen und der Anzahl von Menschen mit HIV-Diagnose dargestellt.

Fehlende Angaben bei den HIV-Erstdiagnosen, beispielsweise zum Transmissionsrisiko, wurden mit Hilfe einer verketteten multiplen Imputation ergänzt. Auf Ebene der HIV-Erstdiagnosen können daher – mit einer entsprechenden Unsicherheit – Trends in den einzelnen Gruppen dargestellt werden.

Abbildung 4a zeigt den zeitlichen Verlauf der geschätzten HIV-Erstdiagnosen in Deutschland inklusive der Anzahl der Erstdiagnosen bei Menschen nicht deutscher Herkunft, die ihre Infektion im Ausland erworben haben. Deutlich erkennbar ist die starke Zunahme von Menschen aus Europa im Jahr 2022, die in erster Linie die Aufnahme von Flüchtlingen aus der Ukraine mit meist bereits bekannter HIV-Infektion widerspiegelt (2022: 899

Personen, 2023: 625, 2024: 602, basierend auf den gemeldeten HIV-Diagnosen, Datenstand: 24.9.2025). Aber auch die Zahl der HIV-Erstdiagnosen bei Menschen aus anderen Regionen der Welt stieg nach der COVID-19-Pandemie wieder an. Im Jahr 2024 sind diese Zahlen im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig.

Abbildung 4b zeigt den zeitlichen Verlauf der HIV-Erstdiagnosen von im Ausland erworbenen Infektionen getrennt nach Herkunftsregion bei Menschen nicht deutscher Herkunft. Dabei werden die HIV-Erstdiagnosen einer Region dargestellt im Verhältnis zur Gesamtzahl der Menschen mit einer Staatsangehörigkeit aus dieser Region, die in Deutschland im jeweiligen Jahr registriert waren. Für alle ausländischen Herkunftsregionen stieg die Anzahl der HIV-Erstdiagnosen in den Jahren 2022 und 2023 nach dem vorübergehenden Rückgang in den Pandemiejahren 2020 und 2021 wieder an und überstieg das Niveau des Vorpandemiejahres 2019. Im Jahr 2024 hat sich dieser Anteil stabilisiert und ist teilweise wieder rückläufig.

Anzahl HIV-Erstdiagnosen

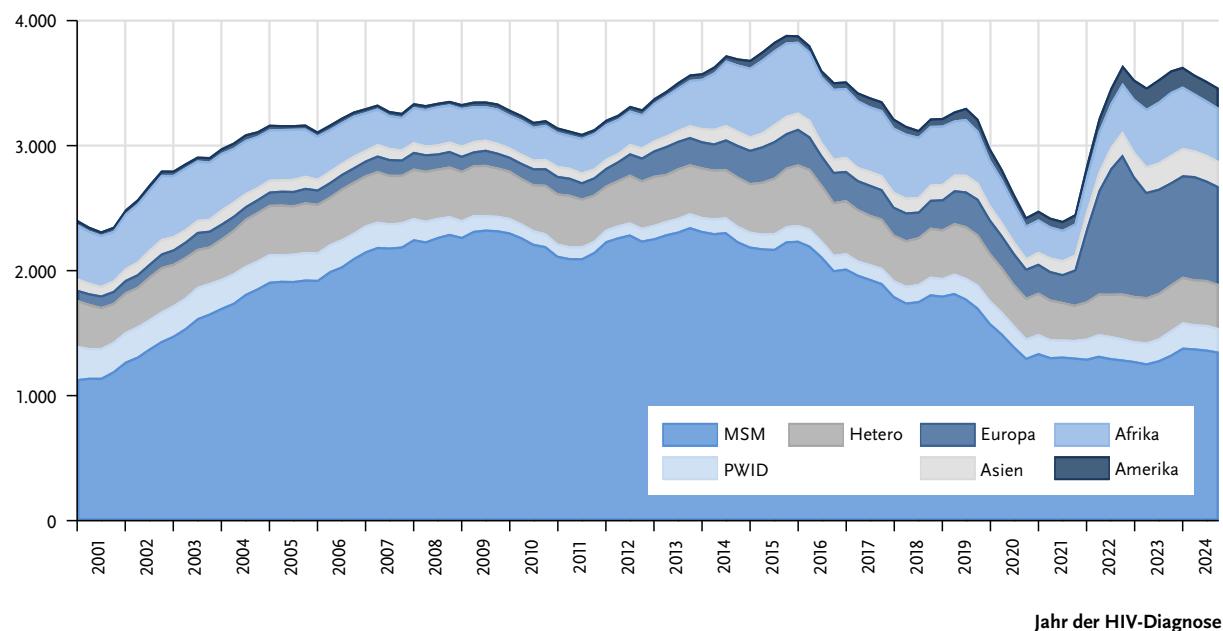


Abb. 4a | Geschätzter Verlauf der Anzahl der HIV-Erstdiagnosen in Deutschland. Die in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen Infektionen sind nach Transmissionsweg eingeteilt, die von Menschen nicht deutscher Herkunft im Ausland erworbenen Infektionen nach Herkunftsregion seit 2001.

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; Hetero = heterosexuelle Kontakte; PWID = Menschen, die sich beim injizierenden Drogengebrauch infiziert haben

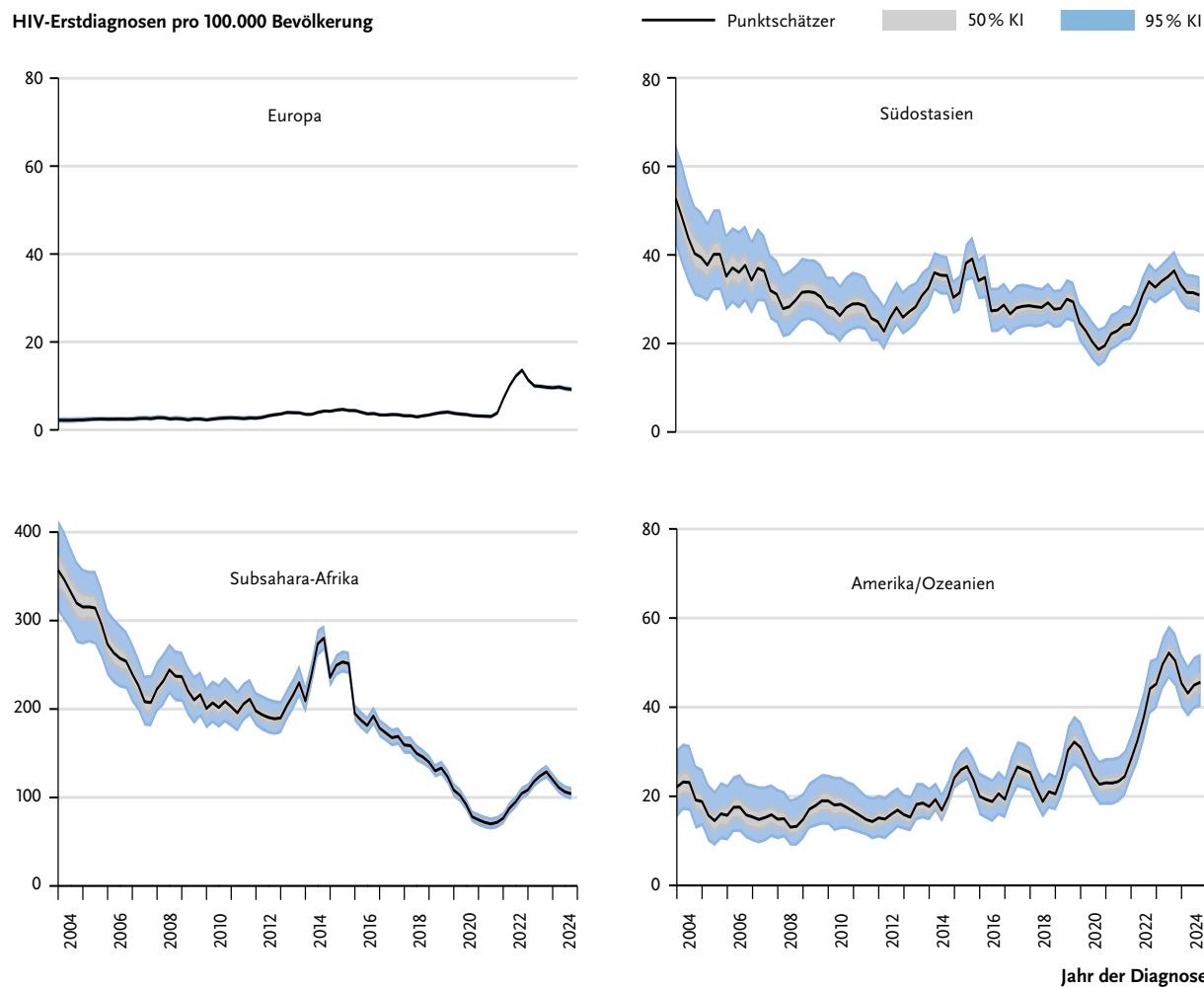


Abb. 4b | Geschätzte Anzahl der HIV-Erstdiagnosen bei Menschen nicht deutscher Herkunft, die sich im Ausland mit HIV infiziert haben, bezogen auf die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen aus der entsprechenden Herkunftsregion nach Ausländerzentralregister, 2004–2023.

KI = Konfidenzintervall

Bei Menschen mit Herkunft aus Europa (außerhalb Deutschlands) wurden etwa 12 HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner gemeldet. Demgegenüber lag diese Zahl bei Menschen mit Herkunft aus Südostasien etwa bei 30 und aus Amerika/Ozeanien bei etwa 50 pro 100.000 Einwohner. Bei Menschen aus Subsahara-Afrika lag dieser Wert im Jahr 2024 bei etwa 100 HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner.

HIV-Infektionen, die erst mit fortgeschrittenem Immundefekt diagnostiziert wurden

Die Mehrzahl der AIDS-Erkrankungen in Deutschland wird bei Menschen diagnostiziert, deren HIV-Infektion bis dahin nicht bekannt war.² Bei einer

HIV-Infektion im Stadium AIDS oder mit weniger als 200 CD4⁺-Zellen/ μ l Blut wird von einem fortgeschrittenen Immundefekt gesprochen. Abbildung 5 zeigt, dass die Anzahl der HIV-Diagnosen mit fortgeschrittenem Immundefekt bei MSM und PWID seit 2022 leicht ansteigen (MSM: von etwa 420 im Jahr 2023 auf 450 im Jahr 2024, PWID: von etwa 55 auf 65). Dagegen sinkt diese Anzahl bei den mit heterosexuellem Kontakt assoziierten Übertragungen (von etwa 140 im Jahr 2023 auf 120 im Jahr 2024). Die Anzahl von HIV-Diagnosen, die im Zusammenhang mit einer AIDS-Erkrankung gestellt werden, verlief in den letzten Jahren in allen Betroffenengruppen relativ konstant.

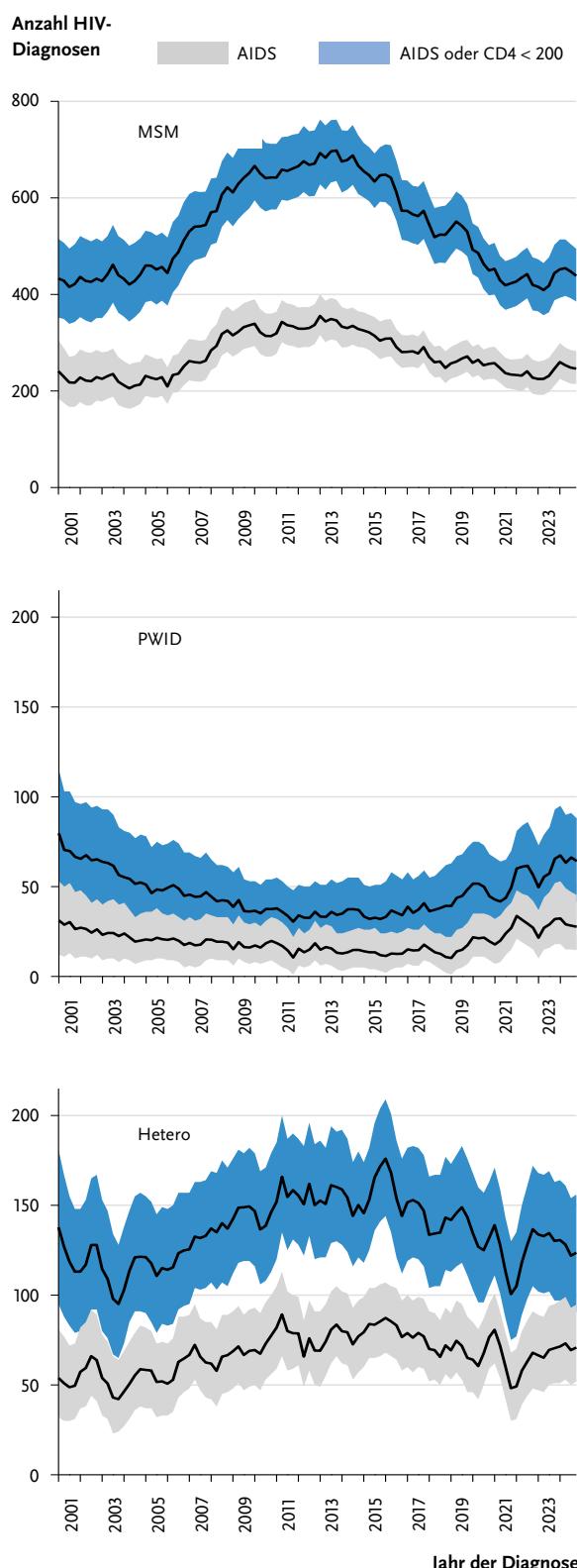


Abb. 5 | Anzahl der HIV-Diagnosen mit AIDS oder einem fortgeschrittenen Immundefekt (AIDS oder weniger als 200 CD4⁺-Zellen/ μ l Blut) bei in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen HIV-Infektionen seit 2001 nach Transmissionsrisiko.

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; PWID = injizierender Drogengebrauch; Hetero = heterosexuelle Kontakte

3. Schätzung der Anzahl der Menschen, die mit HIV in Deutschland leben

Die Modellierung des Verlaufs der HIV-Epidemie in Deutschland führt zu einer Schätzung von etwa 97.700 (95 % KI: 92.000–104.200) Menschen, die Ende 2024 mit einer HIV-Infektion in Deutschland lebten.

Die in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen Infektionen (geschätzt 79.400 Infektionen, 95 % KI: 74.600–84.600) verteilen sich zu etwa 73 % (n=58.000) auf MSM und zu etwa 15 % (n=11.900) auf Menschen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben – darunter 10 % (n=8.100) Frauen und 5 % (n=3.800) Männer. Etwa 9.100 (11 %) dieser Menschen haben ihre HIV-Infektion beim injizierenden Drogengebrauch erworben, davon sind etwa 5.600 Männer (7 %) und 3.600 Frauen (4,5 %). Darüber hinaus gibt es ca. 450 Personen (0,6 %), die sich größtenteils in den frühen 1980er-Jahren über Bluttransfusionen oder Blutprodukte mit HIV infiziert haben. Diese Gruppe wird nicht im Rückrechnungsmodell zur Bestimmung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Jahr berücksichtigt, sondern bei der Bestimmung der Gesamtzahl der mit HIV lebenden Menschen am Ende addiert. Daher ist sie auch nicht in den Abbildungen 1 bis 3 enthalten.

Von den etwa 97.700 Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, sind etwa 18.300 (19 %) Menschen ausländischer Herkunft, die sich auch im Ausland mit HIV infiziert haben. Bei den ca. 8.100 in Afrika erworbenen Infektionen (44 %) dominieren Infektionen durch heterosexuelle Kontakte, bei den 5.600 in anderen Ländern Europas erworbenen Infektionen (31 %) dominieren MSM und PWID (Osteuropa). Die ca. 2.300 in Asien erworbenen Infektionen (13 %) verteilen sich hauptsächlich auf heterosexuell erworbene Infektionen und Infektionen bei MSM und die 1.500 Infektionen aus Amerika und Ozeanien (8 %) betreffen überwiegend MSM. Dazu kommen ca. 900 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (5 %), die durch Mutter-Kind-Übertragung vor, während oder nach ihrer Geburt infiziert wurden.

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, bleiben die Anzahl und die Altersverteilung der unter 40-jährigen mit

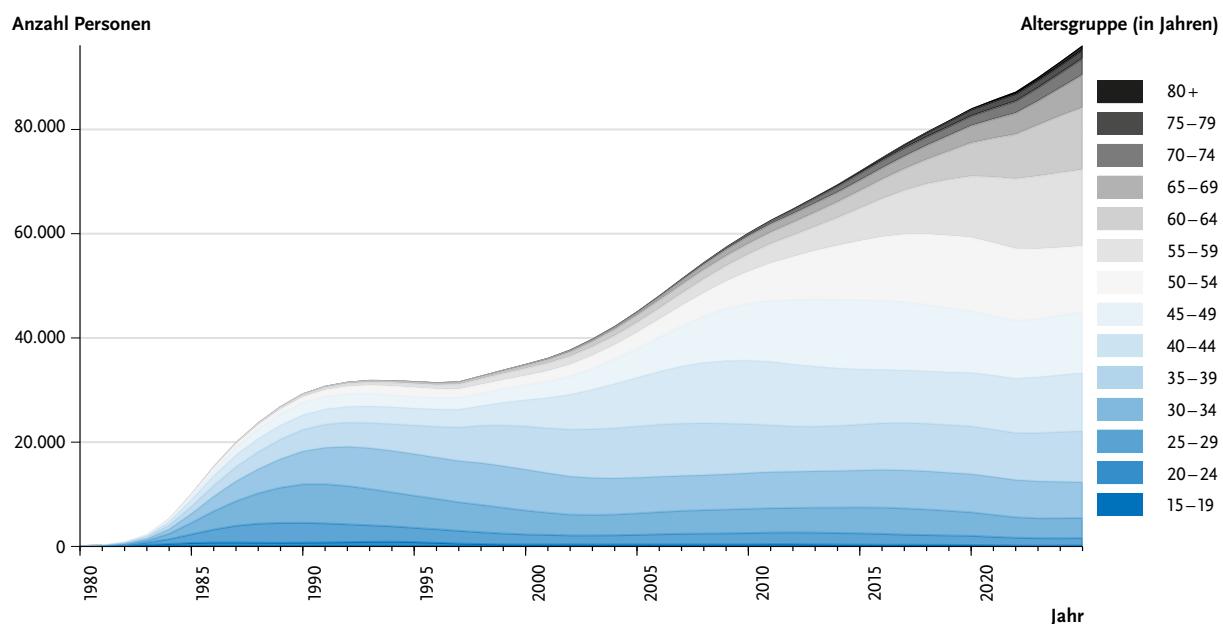


Abb. 6 | Geschätzte Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV nach 5-Jahres-Altersgruppen (ohne transfusionsassoziierte Infektionen und Mutter-Kind-Übertragungen) seit 1980.

HIV lebenden Menschen in den letzten 30 Jahren nahezu unverändert. In den höheren Altersgruppen steigt dagegen seit Mitte der 1990er-Jahre die Anzahl der Menschen mit HIV kontinuierlich an. Bei den über 40-Jährigen hat sich die Gesamtzahl der mit HIV lebenden Menschen seit Anfang der 1990er-Jahre etwa verfünfacht. Dies ist zum einen zurückzuführen auf den Alterungsprozess der Population mit HIV bei deutlich verminderter Sterblichkeit durch Einführung der antiretroviroalen Kombinationstherapie seit Mitte der 1990er-Jahre, zum anderen aber auch auf einen gestiegenen Anteil von Neuinfektionen in höheren Altersgruppen.

Die Anzahl der über 50-jährigen Männer, die mit HIV in Deutschland leben, betrug 2024 etwa 42.900, die der über 50-jährigen Frauen etwa 9.100.

Geschätzte Anzahl der HIV-Infektionen nach Diagnose- und Therapiestatus

Das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS (UNAIDS) hat als Ziel formuliert, dass bis zum Jahr 2025 mindestens 95 % aller Menschen mit HIV diagnostiziert und von diesen wiederum mindestens 95 % antiretroviral therapiert werden sollten. Bei mindestens 95 % der Therapienten sollte kein HIV mehr im Blut nachweisbar sein

(„95-95-95 Ziel“, siehe https://www.unaids.org/en/topics/2025_target_setting). Abbildung 7a zeigt, dass in Deutschland im Jahr 2024 die letzten beiden Zielwerte bereits erfüllt wurden, der erste Wert mit etwa 92 % diagnostizierten Personen aber noch unter der Zielmarke bleibt. Der Anteil der Personen mit diagnostizierter HIV-Infektion, die therapiert werden, lag in Deutschland im Jahr 2024 bei etwa 98 %. Ähnlich wie dieser Anteil ist auch der Anteil der erfolgreichen Therapien seit vielen Jahren sehr hoch; seit 2015 liegt er über 95 %.³

Die geschätzte Gesamtzahl der Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, wächst seit dem Jahr 2000 etwa linear an. In diesem Zeitraum hat sie sich mit einem Anstieg von weniger als 40.000 auf etwa 97.700 mehr als verdoppelt. Im gleichen Zeitraum hat sich auch der Anteil der Menschen mit HIV, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, immer weiter erhöht. Berücksichtigt man auch Menschen mit nicht diagnostizierter HIV-Infektion, so erhielten im Jahr 2006 nur etwa 65 % aller Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, eine HIV-Therapie, im Jahr 2024 sind es bereits 90 % (s. Abb. 7b). Unter den Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion ist der Anteil derer, die eine HIV-Therapie erhalten, von 82 % im Jahr 2006 auf 98 %

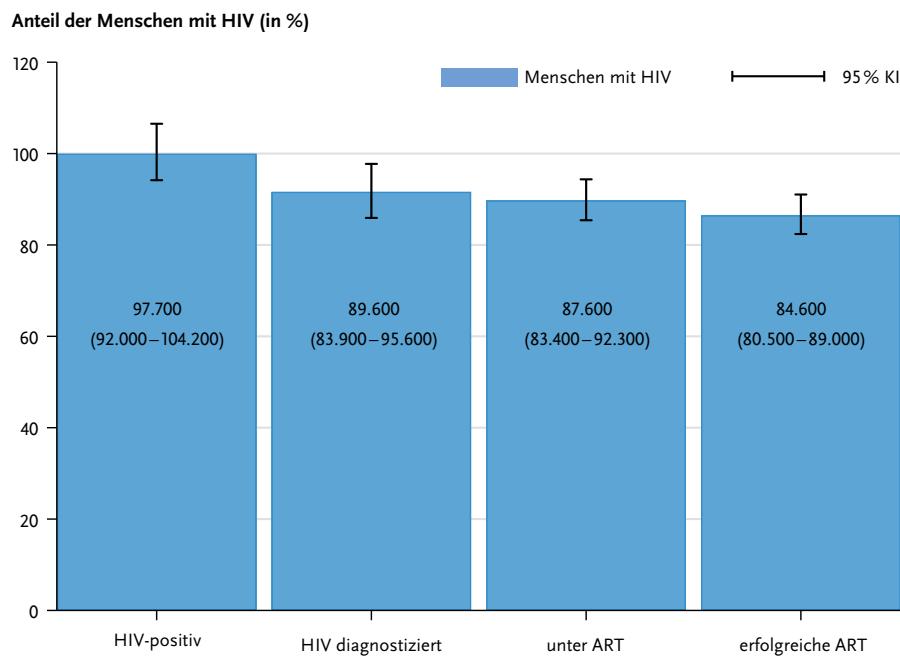


Abb. 7a | Anteile der mit HIV lebenden Menschen in Deutschland, die diagnostiziert, behandelt und erfolgreich therapiert werden (*Continuum of Care*) im Jahr 2024. Angaben ohne Berücksichtigung noch nicht diagnostizierter Auslandsinfektionen. Die antiretrovirale Therapie (ART) gilt als erfolgreich, wenn im Blut weniger als 200 Viruskopien pro ml nachweisbar sind.

KI = Konfidenzintervall

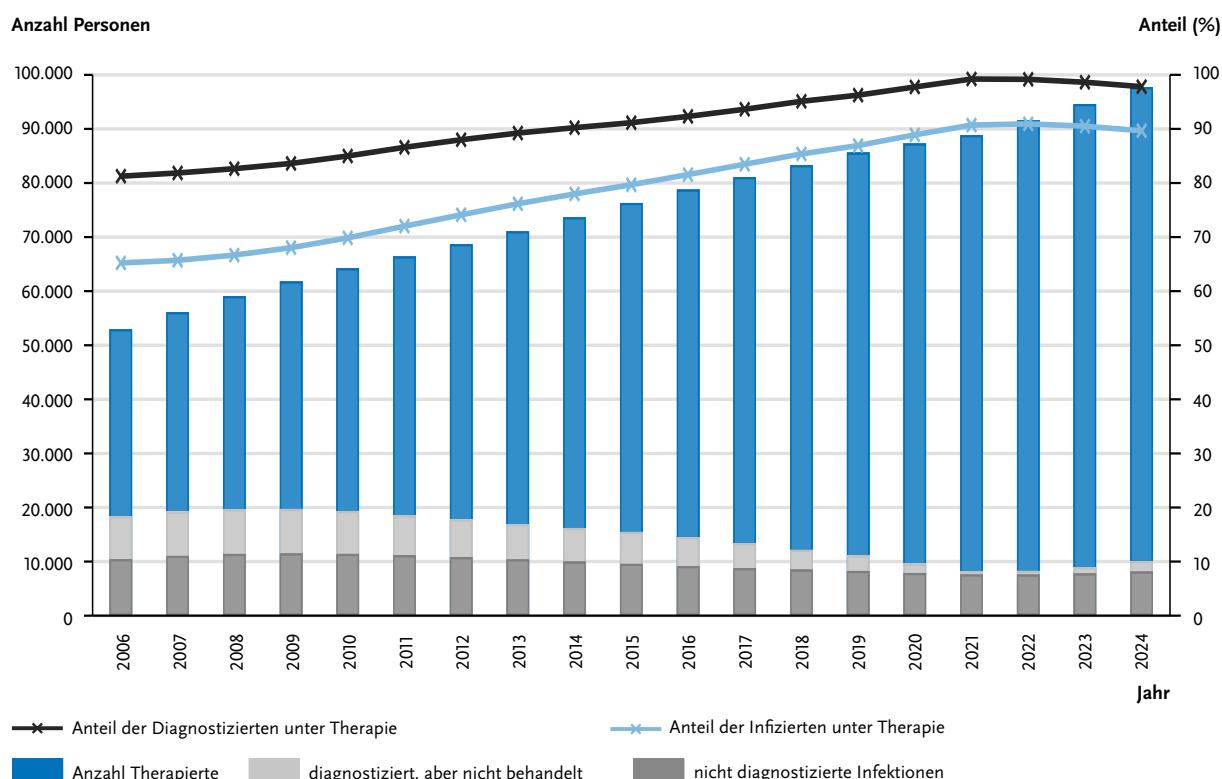


Abb. 7b | Anzahl der Menschen, die in Deutschland mit HIV leben, nach Diagnose- und Therapiestatus seit dem Jahr 2006 und entsprechende Anteile. Angaben ohne Berücksichtigung noch nicht diagnostizierter importierter Infektionen.

im Jahr 2024 gestiegen. Nachdem eine antiretrovirale Therapie für alle Menschen mit HIV unabhängig von der Höhe des CD4⁺-Werts Ende des Jahres 2015 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen wurde, ist in Deutschland die Anzahl der Menschen mit HIV-Diagnose, die noch keine antiretrovirale Therapie erhalten, auf einen sehr niedrigen Wert gesunken. Für das Jahr 2024 schätzen wir diese Anzahl in Deutschland auf etwa 2.000 Menschen.

Geschätzte Anzahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen

Die Anzahl der in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen, noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen kann mit Hilfe der Modellierung geschätzt werden. Grundlage dieser Schätzung sind die bisher bekannten HIV-Diagnosen und die aus Kohortenstudien bekannte Verteilung der Dauer zwischen HIV-Infektion und -Diagnose anhand von klinischen Markern.

Die braune Linie in Abbildung 8 markiert die Anzahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen, die orangefarbene Linie zeigt im Vergleich dazu den Verlauf der im jeweiligen Jahr neu diagnostizierten Infektionen, wie sie innerhalb des Modells erwartet werden. Die blaue Linie markiert die Anzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen im jeweiligen Jahr. Die blau markierte Fläche zeigt die zum Zeitpunkt Ende 2024 geschätzte Gesamtzahl der bis dahin noch nicht diagnostizierten Infektionen nach Jahr der jeweiligen HIV-Infektion. Je länger der Infektionszeitpunkt zurückliegt, desto höher ist der Anteil der bereits diagnostizierten Infektionen. Bei MSM liegt die Anzahl der HIV-Neudiagnosen seit 2010 oberhalb der modellierten Anzahl der HIV-Neuinfektionen, d.h. es wurden mehr Infektionen diagnostiziert als es Neuinfektionen gibt und damit reduzierte sich die Anzahl der nicht diagnostizierten Infektionen. Im Jahr 2024 war die Anzahl der Neuinfektionen vergleichbar mit der Anzahl der Neudiagnosen, so dass sich die Anzahl der nicht diagnostizierten Infektionen nicht verringert hat.

Bei den heterosexuellen HIV-Übertragungen und den mit injizierendem Drogengebrauch assoziierten HIV-Übertragungen liegt die Anzahl der HIV-Neudiagnosen seit 2012 unterhalb der modellierten

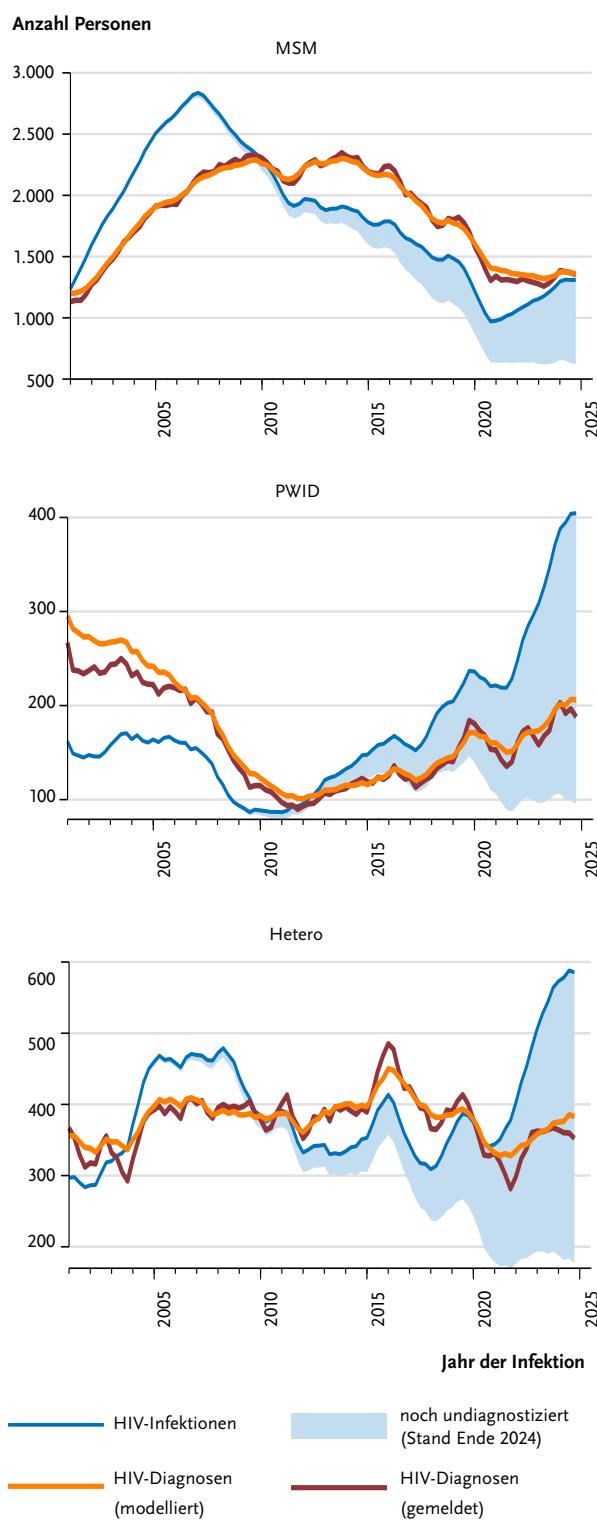


Abb. 8 | Geschätzte Anzahl der in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen HIV-Infektionen seit 2001 und der Ende 2024 noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen (blaue Fläche) nach Infektionsjahr. Zusätzlich wird zum Vergleich der Verlauf der HIV-Diagnosen dargestellt (unter Ausschluss von Diagnosen importierter Infektionen).

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; PWID = injizierender Drogengebrauch; Hetero = heterosexuelle Kontakte

Anzahl der HIV-Neuinfektionen, d.h. die geschätzte Anzahl nicht diagnostizierter Infektionen nimmt zu.

Zusätzlich wird in Abbildung 8 noch in braun die gemeldete Anzahl der neuen HIV-Diagnosen dargestellt, die den Ausgangspunkt der Modellierung bilden. Insbesondere bei MSM zeigt sich ein abrupter Rückgang im Jahr 2020 und dann eine etwa gleichbleibende Anzahl von HIV-Diagnosen bis ins Jahr 2023. Im Jahr 2024 stieg diese Zahl etwas an. Bei den heterosexuellen Übertragungen zeigen sich die stärksten Abweichungen zwischen den gemeldeten und den modellierten HIV-Diagnosen. Daher ist die Modellierung in dieser Gruppe weniger verlässlich als in den anderen Gruppen.

Die Gesamtzahl der Menschen, die mit noch nicht diagnostizierter HIV-Infektion in Deutschland leben, stieg von etwa 8.100 im Jahr 2001 auf etwa 11.500 im Jahr 2009 an und ging bis auf 7.600 im Jahr 2022 zurück. Seitdem ist sie leicht angestiegen und liegt im Jahr 2024 geschätzt bei 8.200 (95 % KI: 7.600–8.700), siehe Verlauf der dunkelgrauen Balken in Abbildung 7b.

Von den geschätzten 58.000 mit HIV in Deutschland lebenden MSM haben etwa 4.800 (8,3 %) eine nicht diagnostizierte Infektion, von geschätzten 9.100 PWID mit HIV sind etwa 1.400 (15 %) nicht diagnostiziert und von geschätzten 11.900 Menschen mit heterosexuell erworberer HIV-Infektion sind etwa 2.000 (17 %) nicht diagnostiziert. Die Prozentwerte in den Gruppen liegen alle über dem Gesamtanteil der Menschen mit HIV ohne Diagnose von insgesamt 8 %, da für die Gesamtberechnung zwar die Diagnosen von im Ausland erworbenen HIV-Infektionen hinzugezogen werden, aber die nicht diagnostizierten Infektionen in dieser Gruppe fehlen, da sie innerhalb unserer Modellierung nicht quantifizierbar sind.

Die Anzahl der mit HIV in Deutschland lebenden Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren betrug im Jahr 2024 etwa 11.000, von denen bei etwa 9.700 die HIV-Infektion bereits diagnostiziert war. Folglich war geschätzt bei 1.300 Frauen im gebärfähigen Alter eine HIV-Infektion noch nicht diagnostiziert.

4. Limitationen der Modellierung

Bei den HIV-Meldungen gemäß IfSG gibt es einen erheblichen Anteil von Meldungen mit unvollständigen Angaben. Dies betrifft besonders die Angaben zum gemessenen CD4⁺-Wert bei der HIV-Diagnose, aber auch Angaben zum klinischen Stadium, dem Transmissionsrisiko, dem wahrscheinlichen Infektionsort und dem Herkunftsland. Weiterhin gibt es Meldungen, bei denen nicht entschieden werden kann, ob es sich um Erst- oder Doppelmeldungen handelt. Meldungen mit fehlenden Angaben werden mit Hilfe der multiplen Imputation in der HIV-Schätzung berücksichtigt; dabei werden verschiedene mögliche Varianten vollständiger Datensätze simuliert, über die dann am Ende gemittelt wird. Damit wird die größere Unsicherheit der Ergebnisse im Rahmen der Annahmen der multiplen Imputation berücksichtigt.

Die Bestimmung der Anzahl der Menschen mit HIV basiert auf den gemeldeten HIV-Diagnosen und dem Wohnort zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose. Wohnortwechsel nach der HIV-Diagnose werden nicht gemeldet, daher wird die Verteilung der Menschen mit diagnostizierten HIV-Infektionen über die Bundesländer unter Annahme einer festen Therapiequote aus der Verteilung der Menschen mit therapiertem HIV-Infektionen bestimmt.

Die Versorgungskaskade kann bisher nur insgesamt und nicht nach Transmissionsgruppe ermittelt werden. Aus der Modellierung können nur die ersten beiden Säulen in Abbildung 7a und damit die Anzahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen bestimmt werden. Die Anzahl der therapierten HIV-Infektionen kann nur insgesamt, nicht aber nach Transmissionsgruppe bestimmt werden, da sie aus der Anzahl der verordneten HIV-Therapien auf Basis der Apothekenabrechnungsdaten berechnet wird.⁴ Der Anteil der erfolgreich therapierten Menschen mit HIV beruht auf Daten einer klinischen Langzeitkohorte von Menschen in fachärztlicher Behandlung, in der nicht alle betroffenen Personengruppen adäquat repräsentiert sind.³ Dies könnte zu einer Überschätzung des Anteils führen.

In den Apothekenabrechnungsdaten kann nicht zwischen therapeutischer und prophylaktischer Verwendung bestimmter HIV-Medikamente (Teno-

fovirdisoproxil/Emtricitabin; TDF/FTC) als Post-expositionsprophylaxe (PEP) oder PrEP unterschieden werden. Es wird eine seit 2018 abnehmende Anzahl von HIV-Therapien mit TDF/FTC angenommen, da diese Substanz in den aktuellen Leitlinien nicht mehr für die primäre HIV-Therapie empfohlen wird und die Verwendung von TDF/FTC für HIV-Therapien schon vor der Einführung der PrEP als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung einen abnehmenden Trend zeigte.

Die Anzahl der noch nicht diagnostizierten, im Ausland erworbenen Infektionen kann nicht abgeschätzt werden, da der Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland bei der Meldung nicht erfasst wird.

Die Anzahl der Menschen mit HIV, die aus Deutschland auswandern, kann nur grob geschätzt werden, da Daten hierzu nicht verfügbar sind.

Für die Gruppe der Personen mit heterosexuellem Übertragungsrisiko, in der ein großer Anteil nicht deutscher Herkunft ist, kann der hohe Anteil von Meldungen mit unvollständigen Angaben zur Verzerrung von Trends bei in Deutschland und im Ausland erworbenen Infektionen führen. So zeigen sich bei den Schätzungen zu den in Deutschland erworbenen Infektionen (s. Abb. 3) Schwankungen, die in zeitlichem Zusammenhang mit Ereignissen stehen, die sich primär auf im Ausland erworbene Infektionen auswirkten.

Die Rückrechnung führt zu einer Schätzung des gesamten Epidemieverlaufs, ausgehend von den frühen 1980er-Jahren bis in die Gegenwart. Ein erheblicher Teil der neu infizierten Personen wird erst mit einer Verzögerung von einigen oder sogar vielen Jahren diagnostiziert, so dass die Schätzung der in den letzten Jahren erfolgten Neuinfektionen auf der systematisch unvollständigen Datenbasis bereits erfolgter Diagnosen beruht. Daher ist die Modellierung der Infektionstrends in der Gegenwart mit einer erhöhten Unsicherheit behaftet und gegenwärtige Trends können über- oder unterschätzt werden.

5. Diskussion

Die Anzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen in Deutschland sowie bei Menschen deutscher Her-

kunft, die sich im Ausland mit HIV infiziert haben, ist im Vergleich zum Jahr 2023 um etwa 200 Neuinfektionen gestiegen. Etwa die Hälfte des Anstiegs lässt sich auf Infektionen bei MSM zurückführen. Anstiege der HIV-Neuinfektionen wurden jedoch auch unter PWID und Menschen mit heterosexuellem Übertragungsweg beobachtet.

Für den Anstieg unter MSM sind mehrere Erklärungen denkbar. Zunächst könnte es sich weiterhin um einen Nachholeffekt aus der Pandemie handeln, da besonders bei MSM die Infektionen während der Pandemie sehr stark rückläufig waren und anschließend wieder anstiegen. Es ist auch denkbar, dass durch weniger Testungen während der COVID-19-Pandemie Personen erst verzögert von ihrer HIV-Infektion erfahren und damit die Wahrscheinlichkeit steigt, dass HIV-Infektionen unbewusst weitergegeben werden. Eine andere Erklärung wäre, dass nicht allen MSM, die ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion haben, eine PrEP angeboten wird. Gerade in einigen Flächenländern gibt es außerhalb der Großstädte nur wenige Praxen, die die Möglichkeit haben, eine PrEP zu verschreiben.⁵ Somit ist der Aufwand, eine PrEP zu erhalten, für MSM, die nicht in Großstädten wohnhaft sind, durch lange Anfahrtswege oder lange Wartezeiten erschwert. Inwiefern der steigende Anteil der PrEP-Nutzenden, die statt durchgängiger PrEP die PrEP *on demand* einnehmen, ebenfalls zur Steigerung der HIV-Neuinfektionen beitragen, ist fraglich.⁶ In den Analysen und Befragungen im Rahmen der PrEP-Evaluation und des PrEP-Surv-Projektes und von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e. V.) bei HIV-Schwerpunktpraxen wurden jeweils nur einzelne Infektionen im Zusammenhang mit PrEP beobachtet.⁷⁻⁹

Die Modellierungsergebnisse für PWID zeigen seit etwa 2013 einen allmählichen Anstieg der HIV-Neuinfektionen, der während der COVID-19-Pandemie nur vorübergehend unterbrochen wurde. Die Gründe dafür sind vermutlich vielfältig. Wahrscheinlich nur eine von mehreren möglichen Ursachen ist ein vermehrter Gebrauch stimulierender sowie neuer psychoaktiver Substanzen, der zum Teil verbunden ist mit hohen Injektionsfrequenzen und zum Teil sexuellen Risiken. Ein weiterer Grund kann die in

mehreren Städten beobachtete zunehmende Wohnungslosigkeit und Verelendung von Menschen, die Drogen gebrauchen, sein, die den Zugang zur Regelversorgung erschweren.¹⁰ Im Rahmen der Pilot-Studie DRUCK 2.0, mittels der 2021/2022 Daten zur Beurteilung der Situation bezüglich HIV und Virushepatitis bei PWID in Berlin und Bayern erhoben wurden, wurde eine Prävalenz von 2,4 % für HIV beobachtet, allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden.^{11,12} Seit 2024 wird in mehreren Sentinelstädten in Deutschland ein Monitoring-System zu chronischen Infektionskrankheiten im Kontext von Drogenkonsum (inkl. HIV) aufgebaut.¹³ Die Daten werden derzeit ausgewertet. Umfragen bei Drogenhilfeeinrichtungen zeigen, dass eine Versorgung von PWID mit sterilen Injektionsutensilien im Sinne einer *Harm-Reduction*-Strategie finanziell nicht überall ausreichend abgesichert ist und das von der WHO geforderte Ziel von 300 Spritzen und Nadeln pro Person und pro Jahr nicht erreicht wird.^{14–16}

Es konnte zudem ein leichter Anstieg von HIV-Neuinfektionen unter Menschen, die sich auf heterosexuellem Weg angesteckt haben, beobachtet werden. Die Ursachen dafür sind wahrscheinlich komplex. Die HIV-Epidemie in dieser Gruppe wird im Wesentlichen über sexuelle Kontakte zu PWID, MSM und im Ausland mit HIV infizierten Personen gespeist; eigenständige heterosexuelle Infektionsketten sind begrenzt und für die Ausbreitung der HIV-Epidemie in Deutschland von geringer Bedeutung. Seit etwa 2010 spielen auch die steigende innereuropäische Mobilität und Migration eine Rolle.¹⁷

Die PrEP, anhand derer zuverlässig HIV-Neuinfektionen vermieden werden können, ist neben der Nutzung von Kondomen von essenzieller Bedeutung für die HIV-Prävention. Bis Ende des Jahres 2024 wurde am RKI eine nationale PrEP-Surveillance durchgeführt, die die Entwicklungen der PrEP-Nutzung, PrEP-Bedarfe und Zugangsbarrieren in verschiedenen Gruppen sowie die Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen untersuchte. Das Projekt PrEP-Surv endete zum 31.12.2024.¹⁸ Die Anzahl der PrEP-Nutzenden in Deutschland ist seit der Einführung der PrEP als Kassenleistung im September 2019 stark angestiegen.¹⁹ Stand Ende September 2024 gab es etwa 40.000 PrEP-Nutzende in

Deutschland.²⁰ Damit hätte sich der Anstieg der PrEP-Nutzenden im Jahr 2024 nicht weiter fortgesetzt, sondern wäre auf dem Niveau von Ende 2023 geblieben. Die Schätzung der Zahl der PrEP-Nutzenden basiert auf der Zahl der Verordnungen des entsprechenden Kombinationspräparats. In der Folge des TDF/FTC-Lieferengpasses Anfang 2024 kam es allerdings vermehrt zu Umstellungen bei HIV-Therapien. Daher teilt sich die TDF/FTC-Verwendung möglicherweise anders als bisher zwischen PrEP und HIV-Therapie auf und insofern ist die Entwicklung der PrEP-Nutzenden im Jahr 2024 momentan schwer einschätzbar. Erschwert wird diese Einschätzung dadurch, dass es auch bei der Art der PrEP-Einnahme (tägliche versus nicht tägliche PrEP-Einnahme) zu Verschiebungen kommt. Der Einfluss dieser Umstellungen ließe sich mit weiteren Datenquellen und Ressourcen bestimmen, die mit dem Ende der PrEP-Surveillance nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die PrEP-Evaluation und PrEP-Surveillance zeigen, dass das Kollektiv der PrEP-Nutzenden zu rund 98 % aus MSM besteht. Bei Personengruppen, wie Menschen aus trans*/nicht-binären Communities, Sexarbeitenden, Migrantinnen und Migranten sowie Drogengebrauchenden spielt PrEP bisher kaum eine Rolle, obwohl ein PrEP-Bedarf benannt wurde.²⁰ Die Anzahl der Frauen, für die eine PrEP-Leistung abgerechnet wurde, ist in Deutschland mit ca. 1.600 sehr gering und hat sich innerhalb der letzten Jahre nicht substanzell erhöht.⁵ Der Anteil der Frauen, die PrEP kontinuierlich nutzen, wird jedoch noch geringer geschätzt.²⁰ Zu dem Anteil der PWID, die eine PrEP nutzen, gibt es bislang keine verlässlichen Zahlen, es ist jedoch davon auszugehen, dass die PrEP in dieser Population eine untergeordnete Rolle spielt. Somit ist das präventive Potenzial der PrEP in Deutschland noch nicht vollständig genutzt.

Nach wie vor ist der Anteil der HIV-Infektionen, die erst im Spätstadium oder gar mit Vollbild AIDS diagnostiziert werden, mit einem Drittel sehr hoch. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es zu weiteren Übertragungen kommt. Während die Zahl der nicht diagnostizierten HIV-Infektionen bei MSM mit 4.800 etwa konstant blieb, stieg sie in den anderen Gruppen um jeweils ca. 200 Personen. Ins-

gesamt ist die geschätzte Anzahl der nicht diagnostizierten Infektionen nach einem längeren Rückgang wieder gestiegen, der Anteil der diagnostizierten HIV-Infektionen liegt weiterhin bei etwa 92 %. Somit wurde das erste von UNAIDS formulierte Ziel, dass 95 % der Menschen mit HIV diagnostiziert sind, in Deutschland auch im Jahr 2024 nicht erreicht. Der kontinuierliche Anstieg von HIV bei PWID führt auch dazu, dass es in dieser Gruppe mehr Menschen gibt, die ihre HIV-Diagnose nicht kennen. Bei Menschen mit heterosexueller Transmission beobachten wir einen vergleichsweise hohen Anteil von Spätdiagnosen und AIDS, siehe Tabellen 2 und 4 in.²¹

Nach den Ergebnissen des Schätzmodells lebten Ende 2024 in Deutschland etwa 2.000 Menschen, mit diagnostizierter HIV-Infektion, die derzeit (noch) keine HIV-Therapie erhalten. Diese Zahl ist allerdings mit einer hohen Unsicherheit verbunden, da sie nur indirekt aus dem Vergleich der Anzahl von Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion und Menschen mit HIV-Therapie ermittelt wurde und uns bisher keine direkten Daten zum zeitlichen Verlauf zwischen HIV-Diagnose und Beginn der HIV-Therapie vorliegen.

Der Anteil der Personen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, ist von etwa 80 % der mit HIV Diagnostizierten im Jahr 2006 auf 98 % im Jahr 2024 angestiegen. Der Anteil erfolgreicher Therapien unter den Therapierten liegt aktuell bei etwa 96 %. In den letzten beiden Bereichen sind jetzt kaum noch weitere Fortschritte zu erzielen. Allerdings bezieht sich der Wert von 96 % erfolgreichen Therapien auf Personen, die sich in fachärztlicher Betreuung befinden. Menschen ohne eine in Deutschland gültige Krankenversicherung, nach Deutschland Geflüchtete und in Deutschland Asyl Begehrende und Drogengebrauchende sind in diesen klinischen Daten nicht angemessen repräsentiert. Seit 2015 empfehlen die Deutsch-Österreichischen HIV-Behandlungsleitlinien, bei jeder HIV-Diagnose eine sofortige Therapie anzubieten, um eine Krankheitsprogression und klinische Komplikationen sowie die Übertragung von HIV auf andere Menschen (*Strategie Schutz durch Therapie*) zu verhindern.

6. Handlungsempfehlungen

Flächendeckender Zugang zur PrEP für alle Populationen mit HIV-Risiko

Angesichts des Anstiegs der HIV-Neuinfektionen und der noch nicht diagnostizierten Infektionen müssen Bemühungen verstärkt werden, um Neuinfektionen zu senken und rechtzeitig zu diagnostizieren. Dazu müssen sowohl das Wissen als auch der flächendeckende Zugang zur PrEP für alle Populationen, die ein substanzielles Risiko für HIV haben, verstärkt werden. Insbesondere sollte der PrEP-Zugang in ländlichen Regionen verbessert werden. Dies soll auch für Menschen gelten, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder über gar keine Krankenversicherung verfügen. Insbesondere sollte darauf hingearbeitet werden, dass mehr Frauen sich durch PrEP schützen können. Nach den Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur HIV-Präexpositionsprophylaxe²² soll die PrEP als prophylaktische Maßnahme Menschen mit substanziellem HIV-Infektionsrisiko angeboten werden. Dies gilt insbesondere für PWID und deren Sexualpartnern und -partnerinnen, wenn keine sterilen Injektionsmaterialien verwendet werden, zum Beispiel im Gefängnis. Der Zugang zu sterilen Konsumutensilien und Opoidsubstitution sollte für PWID in Deutschland weiter verbessert werden, auch in Haft.

Testangebote weiter verbessern

Gleichzeitig müssen Bemühungen verstärkt werden, um alle Menschen mit einem Risiko für HIV mit geeigneten niedrigschwülligen Testangeboten zu erreichen. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Drogengebrauch und für Menschen mit heterosexuellem Übertragungsweg. Eine Ausweitung von HIV-Einsende- und Selbsttests²³ könnte helfen, Testlücken in ländlichen Regionen und kleineren Städten teilweise zu verkleinern. Regelmäßige Kontakte mit dem medizinischen System, wie im Rahmen einer Opoidsubstitution und in Haft, sollten genutzt werden, um Menschen zur Testung zu motivieren und diese vertraulich durchzuführen. Darüber hinaus sind zielgruppenspezifische, niedrigschwellige Testangebote unabdingbar, um andere Gruppen, wie zum Beispiel wohnungslose Menschen, Drogengebrauchende und Menschen mit Migrationsgeschichte kultursensibel und nicht stigmatisierend zu erreichen.

HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung*

Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts (Stand: Ende 2024)

Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2024 mit HIV/AIDS in Deutschland leben				
		insgesamt	mit HIV-Diagnose	ohne HIV-Diagnose
	Gesamtzahl	> 97.700 (92.000–104.200)	89.600 (83.900–95.600)	>8.200 (7.600–8.700)
	Männer	> 77.500 (73.100–82.300)	71.100 (66.900–75.700)	> 6.500 (6.000–6.900)
	Frauen	> 20.200 (18.800–21.700)	18.500 (17.100–20.000)	> 1.700 (1.500–1.900)
Inland ¹⁾ (nach Infektionsweg)	Sex zwischen Männern	58.000 (54.800–61.600)	53.100 (50.100–56.500)	4.800 (4.400–5.200)
	Heterosexuelle Kontakte	11.900 (10.800–12.800)	9.900 (9.000–10.800)	2.000 (1.700–2.200)
	intravenöser Drogengebrauch	9.100 (8.400–10.100)	7.800 (7.100–8.600)	1.400 (1.100–1.700)
	Blutprodukte ³⁾	~ 450	~ 450	keine
Ausland ²⁾ (nach Herkunftsregion)	Europa	> 5.600 (5.300–5.900)	5.600 (5.300–5.900)	nicht bestimmbar
	Asien	> 2.300 (2.100–2.500)	2.300 (2.100–2.500)	nicht bestimmbar
	Afrika	> 8.100 (7.500–8.800)	8.100 (7.500–8.800)	nicht bestimmbar
	Amerika/Ozeanien	> 1.500 (1.300–1.600)	1.500 (1.300–1.600)	nicht bestimmbar
Davon unter antiretroviraler Therapie		87.600 (83.400–92.300)		

Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2024 ⁵⁾		
	Gesamtzahl	
	Männer	1.800 (1.600–2.000)
	Frauen	510 (440–580)
Nach Infektionsweg	Sex zwischen Männern	1.300 (1.200–1.500)
	Heterosexuelle Kontakte	590 (510–670)
	intravenöser Drogengebrauch	400 (320–500)
	Mutter-Kind-Transmission ⁴⁾	< 10

Geschätzte Zahl der HIV-Erstdiagnosen in Deutschland im Jahr 2024 ⁶⁾		
	Gesamtzahl	
	3.200 (3.000–3.400)	
	bei fortgeschrittenem Immundefekt ⁷⁾	1.100 (1.000–1.200)
	mit AIDS	620 (580–660)

Geschätzte Zahl der Todelfälle bei Menschen mit HIV in Deutschland		
	im Jahr 2024	740 (680–800)
	Gesamtzahl seit Beginn der Epidemie	34.500 (33.300–35.500)

- * Die Eckdaten werden in jedem Jahr neu auf der Grundlage aller bis zum Stichtag zur Verfügung stehenden Daten und Informationen zusammengestellt. Sie stellen **keine automatische Fortschreibung** früher publizierter Eckdaten dar. Durch aktualisierte Daten, neu hinzugewonnene Informationen sowie durch Anpassung der Methodik können sich die Ergebnisse der Berechnungen von Jahr zu Jahr verändern und liefern eine aktualisierte Einschätzung des gesamten bisherigen Verlaufs der HIV-Epidemie. Die angegebenen **Zahlenwerte können daher nicht direkt mit früher publizierten Schätzungen verglichen werden**.
Es werden gerundete Zahlen angegeben – die Addition von Teilgruppen führt also unter Umständen nur ungefähr zur angegebenen Gesamtzahl. Die Methodik der Schätzertermittlung wird im Epidemiologischen Bulletin 47/2018 genauer erläutert.

- 1) Unter Inland wird ausgewiesen: in Deutschland oder von Menschen mit Herkunftsland Deutschland im Ausland erworbene HIV-Infektionen.
- 2) Unter Ausland wird ausgewiesen: HIV-Infektionen von Menschen mit Herkunft außerhalb von Deutschland, die im Ausland erworben wurden. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte dann die HIV-Diagnose in Deutschland. Die Abschätzung der Größe dieser Personengruppe und ihre Aufteilung auf die Bundesländer ist mit einer großen Unsicherheit behaftet, da zu wenige Angaben darüber verfügbar sind, wie viele dieser Personen nach ihrer HIV-Diagnose dauerhaft in Deutschland bleiben.
- 3) HIV-Infektionen, die über kontaminierte Blutkonserve oder Gerinnungsfaktorenkonzentrate überwiegend in der Zeit vor 1986 erfolgten.
- 4) HIV-Infektionen, die von Menschen mit Herkunft außerhalb Deutschlands im Ausland erworben wurden und später in Deutschland diagnostiziert wurden („Auslandsinfektionen“), sind hier nicht enthalten.
- 5) Kinder, die vor, während oder nach ihrer Geburt die HIV-Infektion über ihre Mutter erworben haben.
- 6) Diese Schätzung wurde berechnet aus den gemeldeten Erstdiagnosen und einem Teil der unklaren Meldungen (nicht eindeutig als Erst- oder Doppelmeldung erkennbar). Im Unterschied zu der Anzahl der HIV-Neuinfektionen enthält die Anzahl der HIV-Erstdiagnosen auch die in Deutschland diagnostizierten Auslandsinfektionen.
- 7) klinisches AIDS oder CD4⁺-Zellzahl <200 Zellen/ μ l Blut

matisierend zu erreichen. Der Anteil der niedrigschwellingen Einrichtungen der Drogenhilfe mit einem (Schnell-)Testangebot ist derzeit noch unzureichend, obwohl seit März 2020 niedrigschwellige Testangebote durch den Wegfall des Arztvorbehaltes erleichtert wurden.²⁴ Es bedarf einer strukturellen und finanziellen Förderung, um Mitarbeitende entsprechend zu schulen und die Angebote auszuweiten. Zudem sollten Angebote der aufsuchenden Beratungs- und Testangebote implementiert werden. Zur Erhöhung der Testbereitschaft sollte die sachliche Aufklärung über die Therapierbarkeit und Nichtübertragbarkeit von HIV bei erfolgreicher Therapie bei drogengebrauchenden Menschen intensiviert werden.

Weitere Anstrengungen sind auch notwendig, um Personen mit nicht diagnostizierter HIV-Infektion zu erreichen, die bestehende Testangebote nicht wahrnehmen. In England wurde seit 2022 eine sogenannte *Opt-Out*-Testung in Notaufnahmen bestimmter Regionen mit hoher HIV-Prävalenz eingeführt, bei der Personen in Notaufnahmen routinemäßig auf HIV, Hepatitis B und Hepatitis C untersucht werden, wenn sie nicht widersprechen.²⁵ Eine Evaluation zeigte, dass über dieses Testprogramm Menschen mit HIV effektiv diagnostiziert werden konnten. Unter welchen Bedingungen eine Teststrategie in Notaufnahmen auch in Deutschland umsetzbar und akzeptiert wäre, bedarf weiterer Prüfung. Niedergelassenes ärztliches Fachpersonal der entsprechenden Fachrichtungen (u. a. Allge-

meinmedizin, Innere Medizin, Infektiologie, Gynäkologie, Suchtmedizin) sollte Tests auf HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) entsprechend der Leitlinien anbieten, bei Symptomatik, die auf HIV zurückführbar sein könnte, aktiv einen HIV-Test empfehlen, dem aktiv geäußerten Wunsch auf HIV-Testung nach Möglichkeit nachkommen und entsprechend der Leitlinien aktiv über die PrEP nicht nur bei MSM informieren.²⁶ Relevant sind hier die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) 059/006: STI/STD Beratung, Therapie, Diagnostik²⁷ und die „Empfehlung der Landeskommision AIDS (NRW) zur Verbesserung der Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sowie zur Erleichterung des Zugangs zu STI-Untersuchungen bei entsprechenden Anlässen“.

Therapie für alle in Deutschland lebenden Menschen mit HIV zugänglich machen

Zwar ist für die überwiegende Mehrzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV der Zugang zu einer HIV-Behandlung kein wesentliches Problem, für Menschen ohne Papiere und für einzelne Personen aus anderen Ländern der Europäischen Union ohne gültige Krankenversicherung gibt es aber keinen geordneten Zugang zu einer angemessenen HIV-Behandlung. Aus individualmedizinischer und aus Public-Health-Sicht sollten alle in Deutschland lebenden Menschen mit HIV einen Zugang zu HIV-Behandlung erhalten.

Literatur

- 1 an der Heiden, M., et al., Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2017. 2018.
- 2 Pantke, A., et al., AIDS in the era of antiretroviral therapy: Changes in incidence rates and predictors of AIDS among people living with HIV under clinical care in Germany, a cohort study 1999–2018. *HIV medicine*, 2023. 24(7): p. 794–806.
- 3 Schmidt, D., et al., Everything counts – a method to determine viral suppression among people living with HIV using longitudinal data for the HIV care continuum – results of two large, German, multi-center real-life cohort studies over 20 years (1999–2018). *BMC Public Health*, 2021. 21(1): p. 200.
- 4 Schmidt, D., et al., From pills to patients: an evaluation of data sources to determine the number of people living with HIV who are receiving antiretroviral therapy in Germany. *BMC Public Health*, 2015. 15: p. 252.

- 5 Albrecht, M., et al. Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS – Quantitative und qualitative Entwicklungen und Herausforderungen. 2025; https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e82672/e92215/e92216/e92218/attr_objs92242/HIV_Ergebnisbericht_final_ger.pdf.
- 6 Schmidt, D., et al., Unsuspected drug shortage is impacting the German HIV PrEP supply – results of a cross-sectional survey show: majority of PrEP users had to stop or switch to on-demand PrEP and higher unmet PrEP demand among women, diverse individuals, and those in rural or small-town areas. *BMC Infectious Diseases*, 2025. 25(1): p. 1574.
- 7 Bremer, V., et al., PrEP in Deutschland – Befragung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e. V.) in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. *Epid Bull* 2025;37:13-18.
- 8 Schmidt, D., et al., PrEP-Surveillance in Deutschland – Ergebnisse der vierten halbjährlichen Befragung in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. 2024.
- 9 Schmidt, D., et al., Low incidence of HIV infection and decreasing incidence of sexually transmitted infections among PrEP users in 2020 in Germany. *Infection*, 2023. 51(3): p. 665–678.
- 10 Fleißner, S., et al., Aktuelle Situation in offenen Drogenszenen und Einfluss sich verändernder Drogenmärkte. *Suchttherapie*, 2025. 26(03): p. 118–123.
- 11 Robert Koch-Institut. Druck-Studie. 2020; <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/DruckStudie.html>.
- 12 Zimmermann, R., A. Krings, und G. Steffen, DRUCK 2.0 – Pilotierung eines Surveillancesystems zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Abschlussbericht. 2023: Berlin.
- 13 Robert Koch-Institut. Druck-Surv – Surveillance von Drogen und chronischen Infektionskrankheiten. 2024; <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Druck-Surv.html>.
- 14 Hommes, F., et al., International harm reduction indicators are still not reached: results from a repeated cross-sectional study on drug paraphernalia distribution in Germany, 2021. *Harm Reduction Journal*, 2023. 20(1): p. 137.
- 15 Robert Koch-Institut. Erhebung zur Vergabe von Drogenkonsumutensilien in Deutschland. 2022; <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/saferKONSUM/saferKONSUM.html>.
- 16 Zimmermann, R., et al., Konsumutensilienvergabe in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung von Einrichtungen der Drogenhilfe und Suchttherapie zur Ausgabe von Utensilien zum sicheren Drogenkonsum 2018. *Suchttherapie*, 2022.
- 17 Bremer, V., et al., HIV-Jahresbericht 2016. 2017(39).
- 18 Schmidt, D., et al., Dynamics of HIV PrEP use and coverage during and after COVID-19 in Germany. *BMC Public Health*, 2024. 24(1): p. 1691.
- 19 Schmidt, D., Entwicklung der Anzahl der PrEP-Nutzenden in Deutschland. *Epid Bull* 2024;48.
- 20 Schmidt, D., et al., Evaluation der Einführung der HIV-Präexpositionsprophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (EvE-PrEP). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2023. 66(9): p. 1008–1018.
- 21 Pantke, A., et al., The impact of regional socioeconomic deprivation on the timing of HIV diagnosis: a cross-sectional study in Germany. *BMC Infectious Diseases*, 2022. 22(1): p. 258.
- 22 Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. – DAIG e.V., Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Präexpositionsprophylaxe. 2024.
- 23 Schmidt AJ, K.C., Kimmel S, Dorsch H-P, Knoll C, Halbjahresbericht 2/2023. HIV- und STI-Tests im Verband der Deutschen Aidshilfe. 2024, Deutsche Aidshilfe: Berlin.
- 24 Schulte, B., et al., Umsetzung von Testung, Diagnostik und Behandlung der Hepatitis C in Einrichtungen der niedrigschwälligen Drogenhilfe in Deutschland – eine Querschnittsbefragung. *Suchttherapie*, 2022.
- 25 Hill-Tout, R., et al. Blood-borne viruses opt-out testing in emergency departments in areas of high and extremely high HIV prevalence: good practice guidance. 2024; <https://www.england.nhs.uk/long-read/blood-borne-viruses-opt-out-testing-in-emergency-departments/>.
- 26 Deutsche AIDS Hilfe. HIV erkennen: Tipps für Hausärzte. <https://www.aidshilfe.de/hiv-erkennen-tipps-hausaerzte-5>.
- 27 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, Therapie. 2018; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006>.

Autorinnen und Autoren

Dr. Matthias an der Heiden | Dr. Uwe Koppe |
Christian Kollan | Dr. Daniel Schmidt | Dr. Barbara
Gunsenheimer-Bartmeyer | Dr. Viviane Bremer

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-
epidemiologie, FG 34 HIV/AIDS und andere sexuell
oder durch Blut übertragbare Infektionen

Korrespondenz: BremerV@rki.de

Interessenkonflikt

Alle Autorinnen und Autoren geben an, dass kein
Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

an der Heiden M, Koppe U, Kollan C, Schmidt D,
Gunsenheimer-Bartmeyer B, Bremer V: Schätzung
der Anzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2024
sowie der Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2024
mit HIV in Deutschland leben

Epid Bull 2025;47:3-20 | DOI 10.25646/13562

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0
International

Update zum EHEC-/HUS-Ausbruch mit Schwerpunkten im Norden und Westen Deutschlands, 2025

Ende August 2025 ist in Deutschland ein Ausbruch von Erkrankungsfällen mit Infektionen durch enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC) detektiert worden. Die meisten Fälle ereigneten sich im Norden und Westen des Landes.¹⁻³ Kinder unter 10 Jahren sind verstärkt betroffen, z.T. mit Ausprägung eines hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS), einer schweren systemischen Komplikation einer EHEC-Infektion. Der Ausbruchserreger wurde als EHEC des Serotyps O45:H2 (inkl. Shigatoxin-Gen *stx2a*, Intimin-Gen *eaeA* und Enterohämolyse-Gen *ehxA*) identifiziert.⁴ Eine detaillierte Beschreibung der mikrobiologischen Analysen sowie der aktuellen epidemiologischen Untersuchungen und Interpretationen zu Ursachen und Ansteckungsquellen findet sich im *Epidemiologischen Bulletin* 40/2025.²

Aktuelle epidemiologische Lage

Mit Stand 17.11.2025 werden dem Ausbruch 199 bestätigte Erkrankungsfälle zugerechnet, von denen 53/199 HUS-Fälle und 145/199 EHEC-Fälle sind (bei

1/199 Fällen ist dies unbekannt). Zusätzlich zu den bestätigten Fällen werden 9 wahrscheinliche Ausbruchsfälle und 220 mögliche Ausbruchsfälle gezählt, bei denen z.T. noch unklar ist, ob sie Teil des Ausbruchs sind, weil das Laborergebnis der Spezialdiagnostik noch aussteht oder die Proben nicht näher untersucht werden konnten. Insgesamt werden somit 428 EHEC-/HUS-Fälle mit dem Ausbruchsgeschehen in Zusammenhang gebracht. Die Anzahl der als verstorben übermittelten Fälle (n=3) hat sich seit dem letzten Bericht nicht geändert.³

Die bestätigten Fälle sind zwischen dem 11.8.2025 und dem 16.10.2025 (s. Abb.1) erkrankt. Da die Diagnostik, Meldung und der Versand der Isolate einige Zeit in Anspruch nehmen, sind die Daten der letzten Tage jedoch noch unvollständig.

Der Altersmedian der bestätigten Fälle liegt bei 4 Jahren (Altersspanne 0–94 Jahre). Unter den bestätigten Fällen, für die entsprechende Angaben vorliegen, sind 51% weiblich. Alle HUS-Fälle sind Kinder.

Anzahl bestätigter Ausbruchsfälle

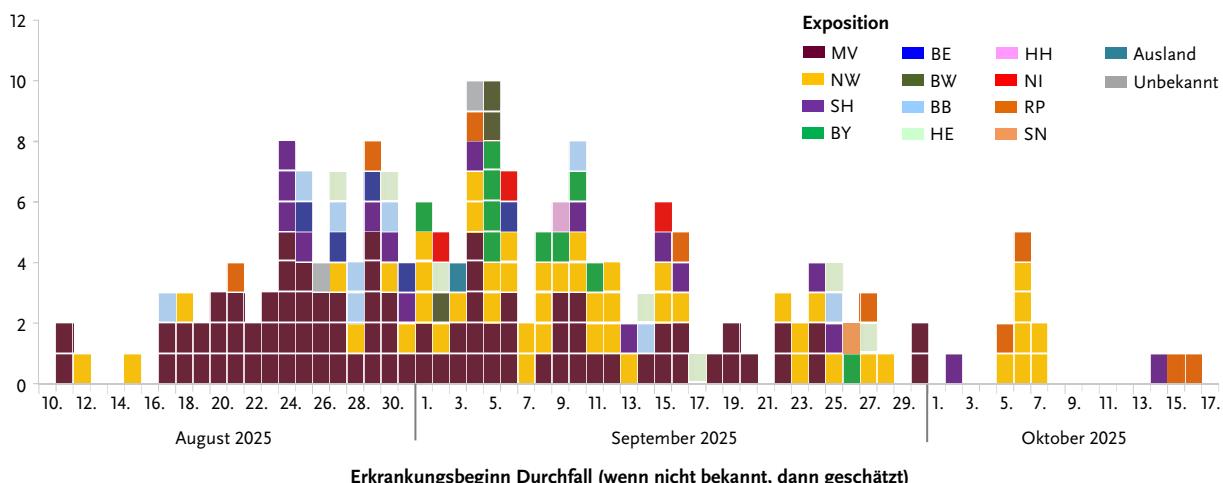


Abb. 1 | Epidemiologische Kurve zum EHEC-/HUS-Ausbruch mit Schwerpunkten im Norden und Westen Deutschlands nach Erkrankungsbeginn (Symptom Durchfall). Anzahl der bestätigten Ausbruchsfälle (n=199) nach Ort der wahrscheinlichen Exposition. „Unbekannt“=unbekannter Expositionsplatz. (Stand: 17.11.2025)

Die am stärksten betroffenen Bundesländer sind weiterhin Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen (s. Abb.1). Insgesamt haben 9/16 Bundesländer 4 oder mehr Ausbruchsfälle mit Exposition in dem jeweiligen Bundesland. Die Ausbruchssolate bilden zu anderen EHEC dieses Serovars ein deutlich abgrenzbares genomisches Cluster. Hervorzuheben ist die im Vergleich zu anderen EHEC-/HUS-Ausbrüchen beobachtete größere genetische Variabilität innerhalb des Clusters.^{1,4}

Ergebnisse, Bewertung und Interpretation

Dieser EHEC-/HUS-Ausbruch mit dem Serovar O45:H2 ist das größte derartige Geschehen seit dem EHEC-/HUS-Ausbruch 2011 (Serovar O104:H4).

Die Dynamik des Ausbruchsgeschehens hat inzwischen sehr stark abgenommen. Die aktuellen epidemiologischen Untersuchungen und Interpretationen zu Ursachen und Ansteckungsquellen wurden im *Epidemiologischen Bulletin 40/2025* beschrieben.² Der Ausbruch ist sehr wahrscheinlich lebensmittelbedingt. Die konkreten Ansteckungsquellen konnten aber bisher trotz umfangreicher Bemühungen leider noch nicht identifiziert werden. Die Untersuchungen zu den Ursachen und Ansteckungsquellen dieses Ausbruchs laufen deshalb weiter.²

Literatur

- 1 RKI: Update zum EHEC-/HUS-Ausbruch mit Schwerpunkt in Mecklenburg-Vorpommern. *Epid Bull* 2025;38:24-28; DOI 10.25646/13459
- 2 RKI: Update zum EHEC-/HUS-Ausbruch mit Schwerpunkt in Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen, 2025. *Epid Bull* 2025;40:20-26; DOI 10.25646/13472
- 3 RKI: Update zum EHEC-/HUS-Ausbruch mit Schwerpunkten im Norden und Westen Deutschlands, 2025. *Epid Bull* 2025;43:19-21; DOI 10.25646/13538
- 4 RKI: Enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) O45:H2 assoziiert mit Ausbruch in Mecklenburg-Vorpommern. *Epid Bull* 2025;37:19-20

Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: Update zum EHEC-/HUS-Ausbruch mit Schwerpunkten im Norden und Westen Deutschlands, 2025

Epid Bull 2025;47:21-22 | DOI 10.25646/13565

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

46. Woche 2025 (Datenstand: 19. November 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.
Baden-Württemberg	34	3.737	3.821	12	1.185	1.375	7	399	318	28	5.335	4.034	11	2.031	1.389
Bayern	91	6.170	5.627	20	1.692	1.674	7	519	316	74	8.231	9.060	44	3.874	2.300
Berlin	18	1.990	1.604	8	347	597	3	254	127	31	2.783	3.525	6	1.535	1.107
Brandenburg	41	1.619	1.406	8	281	399	5	185	111	49	3.074	3.677	13	2.340	1.257
Bremen	2	344	293	1	49	59	1	64	19	13	431	324	0	161	92
Hamburg	5	1.119	1.001	0	181	212	5	161	86	17	1.554	1.856	8	808	636
Hessen	31	3.053	2.987	9	783	882	8	492	326	38	4.491	3.329	8	1.910	1.280
Mecklenburg-Vorpommern	22	1.330	1.131	6	235	266	3	289	113	47	2.028	2.150	5	1.419	575
Niedersachsen	41	3.665	3.926	11	744	998	7	831	665	52	5.813	5.401	17	3.889	1.403
Nordrhein-Westfalen	166	10.559	9.877	44	1.881	2.143	33	1.341	1.035	195	15.114	13.764	48	6.057	3.683
Rheinland-Pfalz	35	2.684	2.623	9	523	609	2	286	234	32	3.973	3.135	18	1.976	889
Saarland	5	785	672	2	116	138	1	84	21	4	941	686	0	780	239
Sachsen	80	3.342	3.210	10	607	713	9	288	261	94	6.171	6.768	20	2.947	2.004
Sachsen-Anhalt	30	1.406	1.230	5	330	433	0	152	154	63	3.467	3.784	15	2.226	735
Schleswig-Holstein	21	1.390	1.314	6	210	246	4	278	170	26	1.966	2.077	15	871	533
Thüringen	23	1.485	1.468	4	544	710	3	191	109	55	3.285	3.448	9	1.954	1.561
Deutschland	645	44.678	42.190	155	9.708	11.454	98	5.814	4.065	818	68.657	67.018	237	34.778	19.683

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.
Baden-Württemberg	3	106	94	43	1.798	2.290	14	937	1.068	6	474	527	76	33.848	24.140
Bayern	1	157	129	59	2.784	3.617	24	1.264	1.432	7	478	547	225	72.985	46.008
Berlin	1	52	58	25	1.159	1.277	9	478	497	10	298	288	42	15.687	5.876
Brandenburg	0	33	30	7	252	381	1	139	141	1	101	116	25	18.315	7.084
Bremen	0	8	10	5	247	307	1	79	151	2	61	52	3	1.203	794
Hamburg	0	37	31	12	1.034	1.294	9	223	301	0	140	186	34	10.105	4.115
Hessen	0	80	81	23	1.040	1.618	7	505	638	6	388	480	43	21.080	11.854
Mecklenburg-Vorpommern	0	20	14	3	119	225	2	79	125	1	47	53	24	13.414	6.607
Niedersachsen	1	92	72	32	1.581	1.727	8	637	713	6	260	257	59	28.765	12.548
Nordrhein-Westfalen	7	226	205	56	3.600	4.438	31	1.675	2.124	5	738	845	102	64.371	29.252
Rheinland-Pfalz	3	80	38	17	850	1.285	3	323	368	8	182	157	53	17.046	10.286
Saarland	0	15	16	5	195	297	3	133	180	1	44	48	6	3.237	1.608
Sachsen	0	39	25	7	327	416	6	203	220	2	135	146	177	43.714	20.652
Sachsen-Anhalt	1	13	32	7	316	334	2	110	146	0	66	84	62	26.260	12.239
Schleswig-Holstein	0	24	24	5	437	628	7	273	356	1	78	111	19	10.723	4.426
Thüringen	1	26	20	3	165	221	3	113	119	0	68	81	52	17.956	8.426
Deutschland	18	1.008	879	309	15.904	20.355	130	7.171	8.579	56	3.558	3.978	1.002	398.709	205.915

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	0	47	63	0	15	34	0	1	1	9	750	4.194	53	2.873	2.687
Bayern	0	43	69	4	59	63	0	0	4	16	1.093	4.593	120	4.954	3.753
Berlin	0	12	94	0	17	18	0	0	1	0	172	819	12	869	988
Brandenburg	0	4	4	0	12	6	0	0	1	2	249	1.273	12	575	541
Bremen	0	1	2	0	2	5	0	0	0	0	19	78	1	131	155
Hamburg	0	3	16	1	6	15	0	0	1	0	138	426	9	586	445
Hessen	0	19	40	0	22	26	0	1	0	8	344	901	19	836	835
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	179	246	6	224	199
Niedersachsen	0	18	47	0	31	28	0	0	0	5	338	1.233	31	1.215	1.126
Nordrhein-Westfalen	0	42	243	2	92	102	0	1	1	20	852	3.606	74	3.407	3.003
Rheinland-Pfalz	3	18	9	0	15	25	0	0	2	5	315	866	12	712	495
Saarland	0	1	9	0	1	4	0	0	0	0	138	315	1	114	96
Sachsen	0	11	21	1	17	9	0	0	0	16	763	1.609	19	1.639	1.672
Sachsen-Anhalt	0	3	1	1	3	3	0	0	0	5	588	928	6	223	208
Schleswig-Holstein	0	0	3	0	10	15	0	0	0	1	135	476	4	454	442
Thüringen	0	1	7	0	3	8	0	0	0	8	522	1.252	20	375	323
Deutschland	3	224	628	9	305	361	0	3	11	96	6.595	22.815	399	19.187	16.968

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

	Acinetobacter ¹			Enterobakteriales			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	1	84	97	25	1.147	1.023	1	92	90	3	89	92	573	9.916	22.098
Bayern	0	88	111	11	1.052	1.206	4	237	209	1	113	118	833	17.378	42.175
Berlin	1	64	99	12	667	636	1	43	43	0	54	66	262	5.158	7.762
Brandenburg	0	13	23	7	195	213	1	95	71	0	30	25	191	3.811	6.266
Bremen	0	3	1	0	24	41	0	16	8	0	0	3	23	480	1.142
Hamburg	0	22	23	6	395	371	0	38	35	1	46	38	114	2.523	4.830
Hessen	1	71	73	19	1.041	1.090	3	83	109	2	92	96	327	6.484	14.792
Mecklenburg-Vorpommern	1	10	11	0	102	171	1	53	24	0	21	16	192	2.590	6.390
Niedersachsen	2	44	68	12	714	727	3	151	164	0	91	105	347	5.989	16.896
Nordrhein-Westfalen	1	172	148	38	2.248	2.034	28	588	544	2	250	281	847	18.350	42.432
Rheinland-Pfalz	0	21	19	10	423	384	1	88	69	0	31	23	269	4.820	9.623
Saarland	0	8	3	0	54	47	0	25	15	1	10	16	64	1.440	2.572
Sachsen	0	12	18	10	291	274	3	307	261	0	61	63	772	7.883	16.645
Sachsen-Anhalt	1	20	10	0	183	180	3	81	79	0	41	46	327	3.840	10.225
Schleswig-Holstein	1	36	22	4	229	239	1	54	41	0	19	25	161	3.374	7.401
Thüringen	0	16	12	4	163	120	2	48	50	0	28	43	194	2.428	5.948
Deutschland	9	684	738	158	8.928	8.756	52	1.999	1.812	10	976	1.056	5.496	96.464	217.197

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

² *Clostridioides difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

³ Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

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

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2025		2024
	46.	1.–46.	1.–46.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	296	303
Bornavirus-Erkrankung	0	3	3
Botulismus	0	7	8
Brucellose	0	37	48
Candida auris, invasive Infektion	0	14	20
Chikungunaviruss-Erkrankung	2	147	45
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	117	115
Denguefieber	2	780	1.608
Diphtherie	0	39	51
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	7	658	647
Giardiasis	43	2.656	2.521
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	25	1.378	1.501
Hantavirus-Erkrankung	4	263	402
Hepatitis D	0	8	108
Hepatitis E	79	4.709	4.282
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	166	59
Kryptosporidiose	45	2.530	2.988
Legionellose	39	2.042	2.036
Lepra	0	2	1
Leptospirose	0	139	293
Listeriose	15	545	607
Malaria	9	808	849
Meningokokken, invasive Infektion	0	273	302
Mpox	5	463	198
Nicht-Cholera-Vibronen-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	17	35
Paratyphus	0	45	50
Pneumokokken, invasive Infektion	161	9.346	7.343
Q-Fieber	0	70	89
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	154	66.113	43.092
Shigellose	103	2.889	1.939
Trichinellose	0	2	3
Tularämie	0	171	177
Typhus abdominalis	2	78	73
West-Nil-Fieber*	0	11	47
Yersiniose	53	3.341	2.749
Zikavirus-Erkrankung	0	14	32

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