

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

40
2024

4. Oktober 2024

Epidemiologisches Bulletin

HIV-Jahresbericht 2023

Inhalt

HIV-Jahresbericht 2023	3
<p>Gemäß § 7 Abs. 3 IfSG ist der direkte oder indirekte Nachweis einer HIV-Infektion nichtnamentlich unmittelbar an das RKI zu melden. Als HIV-Neudiagnosen werden die Meldungen gezählt, bei denen es sich entweder nach Kenntnis der Laboreinrichtung oder der diagnostizierenden Einrichtung um eine Erstdiagnose in Deutschland handelt oder aber ein negativer HIV-Antikörpertest nach dem Jahr 2001 angegeben wurde und bei denen nach einem Abgleich mit allen an das RKI gemeldeten Fällen keine frühere Meldung identifizierbar ist. Für das Jahr 2023 wurden dem RKI bis zum 1.5.2024 insgesamt 3.321 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet. Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, in dem 3.279 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet wurden. Für 2023 ist zu berücksichtigen, dass auch in diesem Meldejahr noch in erheblichem Umfang HIV-Meldungen von aus der Ukraine nach Deutschland geflüchteten Personen erfolgten und anzunehmen ist, dass bei den meisten dieser Fälle die HIV-Diagnose und der Behandlungsbeginn bereits in der Ukraine erfolgten. Folglich handelt es sich hier meistens nicht um tatsächliche Neudiagnosen, sondern um einen erstmaligen Nachweis der HIV-Infektion in Deutschland.</p>	
Marburgvirus-Ausbruch in Ruanda	21
<p>(Dieser Beitrag erschien online vorab am 2. Oktober 2024.)</p>	
Letzte Möglichkeit zur Teilnahme an der in dieser Woche endenden Leserumfrage für das Epidemiologische Bulletin	23
Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 39. Woche 2024	24
Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: Juli 2024	27

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedorf
(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](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



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

HIV-Jahresbericht 2023

Gemäß §7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der direkte oder indirekte Nachweis einer Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) nichtnamentlich unmittelbar an das Robert Koch-Institut (RKI) zu melden.

Fallkriterien der HIV-Meldungen

Alle HIV-Meldungen sind labordiagnostisch gesicherte Nachweise von HIV-Infektionen. Als HIV-Neudiagnosen werden die Meldungen gezählt, bei denen es sich entweder nach Kenntnis der Laboreinrichtung oder der diagnostizierenden Einrichtung um eine Erstdiagnose in Deutschland handelt oder aber ein negativer HIV-Antikörpertest nach dem Jahr 2001 angegeben wurde und bei denen nach einem Abgleich mit allen an das RKI gemeldeten Fällen keine frühere Meldung identifizierbar ist. Des Weiteren muss der Meldebogen der Laboreinrichtung, welche den Bestätigungstest durchgeführt hat, zwingend vorliegen und der ständige Wohnsitz der untersuchten Person darf sich nicht im Ausland befinden. Um eine Mehrfachveröffentlichung derselben Fälle auszuschließen, werden die eingehenden Meldungen anhand eines seit dem Jahr 2018 automatisierten Algorithmus auf Doppelmeldungen geprüft. Bei diesem Verfahren werden die Datensätze automatisch anhand festgelegter Kriterien miteinander verglichen.

Aktuelle HIV-Meldedaten

Die hier berichteten HIV-Meldedaten unterscheiden sich von den in der jährlich vom RKI vorgenommenen Schätzung berichteten Neuinfektions- und Diagnosezahlen. Unterschiede bei den berichteten Diagnosezahlen beruhen darauf, dass Diagnosen, bei denen unklar ist, ob es sich um Erstdiagnosen oder bereits früher berichtete Diagnosen handelt, in den Meldedaten nicht berücksichtigt sind, bei der Schätzung aber zu einem bestimmten Anteil mit einfließen. Außerdem wird in der Schätzung für Meldungen ohne Angabe zu Übertragungsrisiken oder anderen Angaben die wahrscheinliche Vertei-

lung dieser Angaben im Rahmen einer multiplen Imputation simuliert.

Im Meldejahr 2023 ist zu berücksichtigen, dass auch im Jahr 2023 noch in erheblichem Umfang HIV-Meldungen von aus der Ukraine nach Deutschland geflüchteten Personen erfolgten (Stand Kalenderwoche 21/2024: 625). Es ist anzunehmen, dass bei den meisten dieser Geflüchteten die HIV-Diagnose und der Behandlungsbeginn bereits in der Ukraine erfolgten. Folglich handelt es sich bei den meisten dieser Fälle nicht um tatsächliche Neudiagnosen, sondern um einen erstmaligen Nachweis der HIV-Infektion in Deutschland. Das RKI geht davon aus, dass eine vollständige Erfassung von aus der Ukraine nach Deutschland geflüchteten Menschen mit HIV-Diagnose über die Meldungen nicht erfolgen kann. Dies liegt daran, dass bei einem unbekanntem Anteil der mit HIV diagnostizierten Geflüchteten zwar eine Weiterbehandlung bezüglich ihrer HIV-Infektion in Deutschland erfolgt, aber keine erneute vollständige HIV-Basisdiagnostik veranlasst wurde, die einen Meldevorgang auslösen könnte.

Im ersten Auswertungsteil dieses Jahresberichts wurden Meldezahlen verwendet, die die Meldungen mit Bezug zur Ukraine beinhalten. Diese Zahlen ergeben sich aus Meldungen, bei denen die Ukraine als Herkunftsland angegeben wurde. Insbesondere diese Anzahl der Meldungen ist relevant für die Abschätzung der im Jahr 2023 neu in Behandlung gelangten Personen.

Im zweiten Auswertungsteil wurden die Meldungen mit der Angabe des Herkunftslandes Ukraine ausgeschlossen. Die dargestellten Zahlen und Auswertungen sind für die Beurteilung der epidemiologischen Dynamik der HIV-Infektionen in Deutschland unabhängig vom Krieg in der Ukraine von Relevanz.

Eine gesonderte Analyse der Meldungen von aus der Ukraine stammenden Personen in Deutschland nach dem Beginn des Angriffskriegs Russlands gegen die Ukraine im Februar 2022 ist in Vorbereitung.

Abschnitt 1: Entwicklung der Melde- daten unter Versorgungsaspekten – Berücksichtigung der aus der Ukraine stammenden Personen

Allgemeine Entwicklung der HIV-Melddaten 2023

Dem RKI wurden für das Jahr 2022 insgesamt 3.279 gesicherte HIV-Neudiagnosen als direkter und indirekter Erstnachweis gemeldet, bis zum 1.5.2024 für das Jahr 2023 insgesamt 3.321 gesicherte HIV-Neudiagnosen. Dies stellt keine wesentliche Änderung dar (s. [Tab. 1](#)).

Unter den 3.321 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2023 lag die Zahl der Männer bei 2.336 (geringfügige Zunahme um 3 % gegenüber dem Vorjahr), die Zahl der Frauen bei 982 (geringfügiger Rückgang um 2 % gegenüber dem Vorjahr) (s. [Tab. 2](#)). Für drei Meldungen konnte die Angabe zum Geschlecht nicht ermittelt werden.

Für Darstellungen des geschlechterspezifischen Vergleichs, der Altersverteilung und der regionalen Verteilung der HIV-Neudiagnosen innerhalb Deutschlands verweisen wir auf die Kapitel zur HIV-Infektion im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch 2023 sowie auf [Tab. 3A](#) und [Tab. 3B](#).

Herkunft

Von den 3.321 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2023 lagen für 3.032 Meldungen (91 %) Angaben zum Herkunftsland vor. Bei 289 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2023 konnte die Herkunft nicht ermittelt werden.

Die Anzahl der Neudiagnosen mit ausreichenden Angaben zum Herkunftsland bezogen sich 2023 zu 38 % auf Neudiagnosen bei Personen deutscher Herkunft, zu 22 % auf Neudiagnosen bei Personen mit Herkunft aus Osteuropa/Zentralasien, zu 14 % auf Neudiagnosen bei Personen aus Subsahara-Afrika, zu 11 % bei Personen aus West- und Zentraleuropa, zu 5 % bei Personen aus Lateinamerika und zu jeweils 4 % aus Nordafrika und dem Nahen Osten sowie Süd-/Südost- und Ostasien. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen stieg im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr für die meisten Herkunftsregionen mit Ausnahme Osteuropas/Zentralasiens an.

Herkunfts- und Infektionsregionen nach wahrscheinlichem Transmissionsweg

Zwischen den verschiedenen Transmissionswegen gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede bezüglich der Herkunft und hinsichtlich des Anteils der im Ausland erworbenen Infektionen. Innerhalb der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) wurde für die Mehrheit Deutschland als Infektionsland angegeben (58 %; n=606). Im Unterschied dazu war bei Menschen, die Drogen injizieren (People who inject drugs; PWID) der Anteil mit Infektion in Deutschland 29 % (n=79) und bei Menschen mit heterosexuellem Transmissionsrisiko (HET) 12 % (n=125) (s. [Abb. 1](#)).

Im Jahr 2023 lagen zu 2.385 HIV-Neudiagnosen die Angaben zum Transmissionsweg vor, Angaben zum Herkunftsland fehlten bei 6 % (n=289) und Angaben zum Infektionsland bei 17 % (n=926).

Betrachtung der Herkunftsregionen im Zeitverlauf

Die Anzahl der HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe Deutschland hat sich von 2022 bis 2023 kaum verändert (+5). Demgegenüber ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Personen mit nicht deutscher Herkunft von 2022 bis 2023 geringfügig gestiegen (+22). Dabei wurde ein Rückgang bei der Herkunftsregion Osteuropa (-199) von Zuwächsen bei fast allen anderen Regionen kompensiert. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Personen, bei denen das Herkunftsland nicht ermittelt werden konnte, hat sich von 2022 auf 2023 leicht erhöht (+15) (s. [Abb. 2](#)).

Die Betrachtung der Trends für die verschiedenen nicht deutschen Herkunftsregionen zeigt ab 2015 bis 2021 einen Rückgang von HIV-Neudiagnosen bei Menschen aus Subsahara-Afrika, weitgehend gleichbleibende Diagnosezahlen bei Menschen aus Nordamerika, Lateinamerika und Asien sowie leicht rückläufige Diagnosezahlen mit ausgeprägteren Schwankungen bei Menschen aus anderen europäischen Ländern. In den Jahren 2020 und 2021 ging die Anzahl der Neudiagnosen für alle Herkunftsregionen zurück. In den Jahren 2022 und 2023 kam es zu einem signifikanten Anstieg für alle Herkunftsregionen, insbesondere für die Herkunft aus Osteuropa. Dies ist auf die Aufnahme von

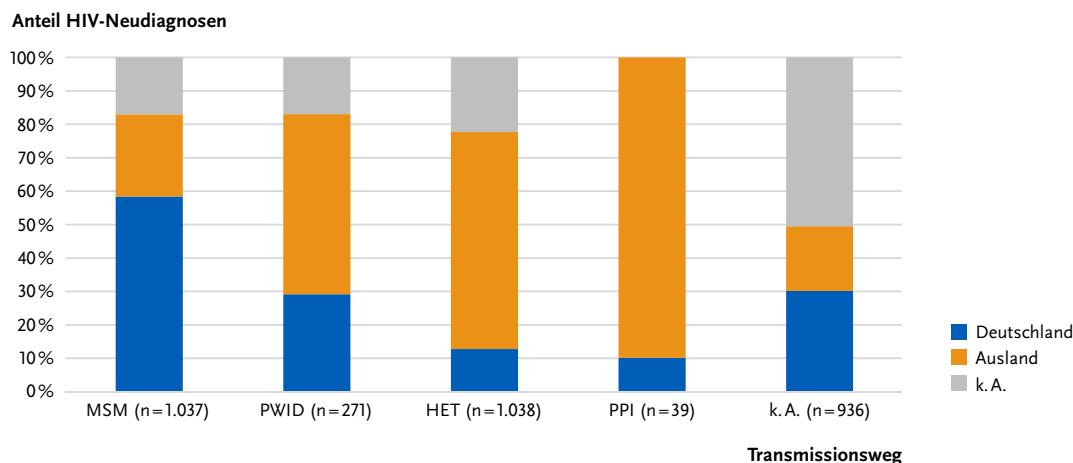


Abb. 1 | HIV-Neudiagnosen nach wahrscheinlichem Transmissionsweg und Infektionsregion, 2023 (inklusive Ukraine)

MSM=Männer, die Sex mit Männern haben; PWID=Menschen, die Drogen injizieren; HET=heterosexuelle Kontakte; PPI=prä- oder perinatale Infektion; k.A.=keine Angaben/Sonstige

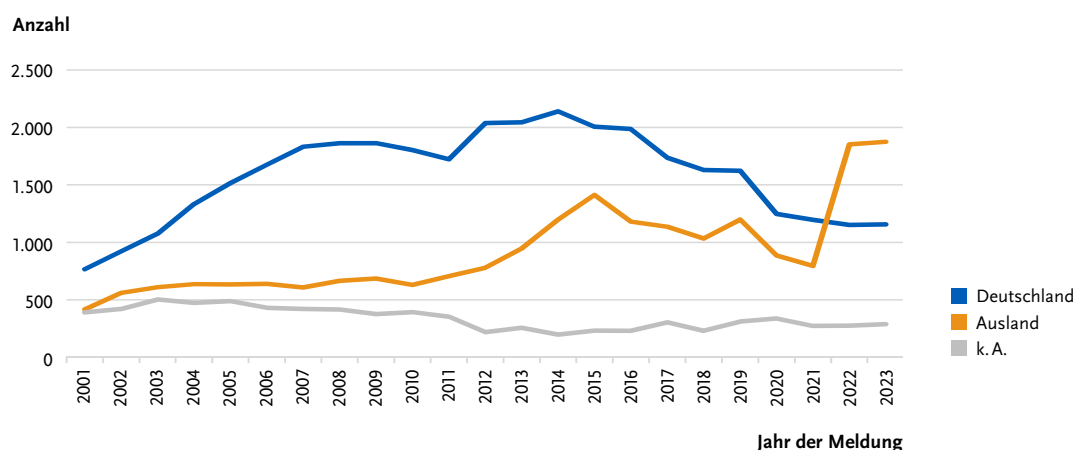


Abb. 2 | Herkunftsangaben bei HIV-Neudiagnosen in den Jahren 2001–2023 (inklusive Herkunft Ukraine 2022/2023)

Geflüchteten aus der Ukraine zurückzuführen (s. [Abb. 3](#)).

Herkunft und Geschlecht

Betrachtet man die Herkunft der in Deutschland mit HIV diagnostizierten Personen getrennt nach Männern und Frauen, überwiegt bei Männern von 2001 bis 2021 eindeutig die Herkunft aus Deutschland. In den Jahren 2022 und 2023 übersteigt erstmals die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei Männern nicht deutscher Herkunft die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei Männern mit deutscher Herkunft (s. [Abb. 4A](#)).

Bei Frauen ist die Anzahl der HIV-Neudiagnosen mit nicht deutscher Herkunft seit 2001 durchgehend größer als die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei Frauen mit deutscher Herkunft (s. [Abb. 4B](#)). Aufgrund des hohen Anteils von Frauen unter den aus der Ukraine geflüchteten Personen ist der Anteil der Frauen mit deutscher Herkunft und neu diagnostizierten HIV-Infektionen in den Jahren 2022 und 2023 deutlich niedriger. In absoluten Zahlen bleibt die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei Frauen mit deutscher Herkunft seit 2007 weitgehend unverändert.

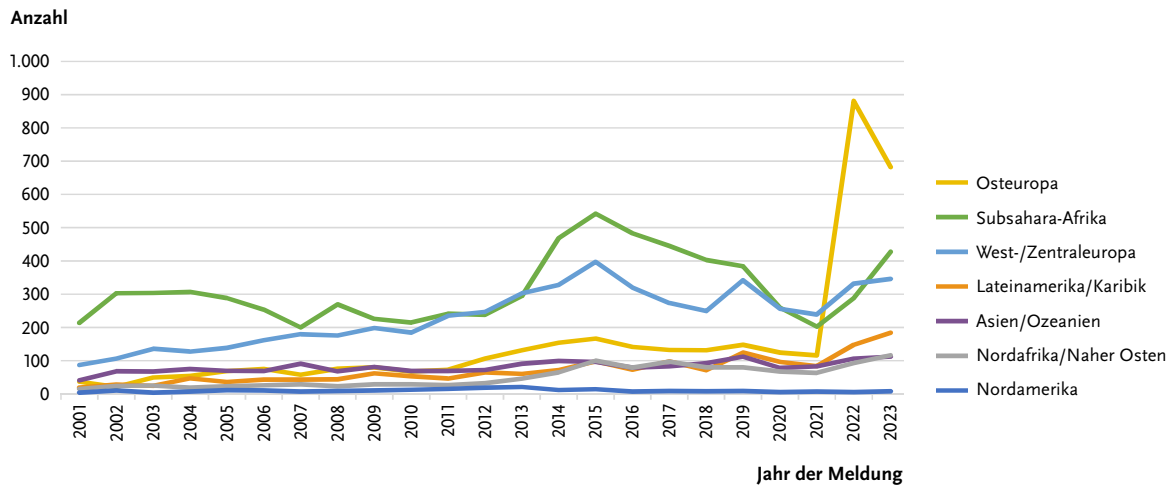


Abb. 3 | HIV-Neudiagnosen mit Angaben zu nicht deutscher Herkunft in den Jahren 2001–2023 (inklusive Herkunft Ukraine 2022–2023)

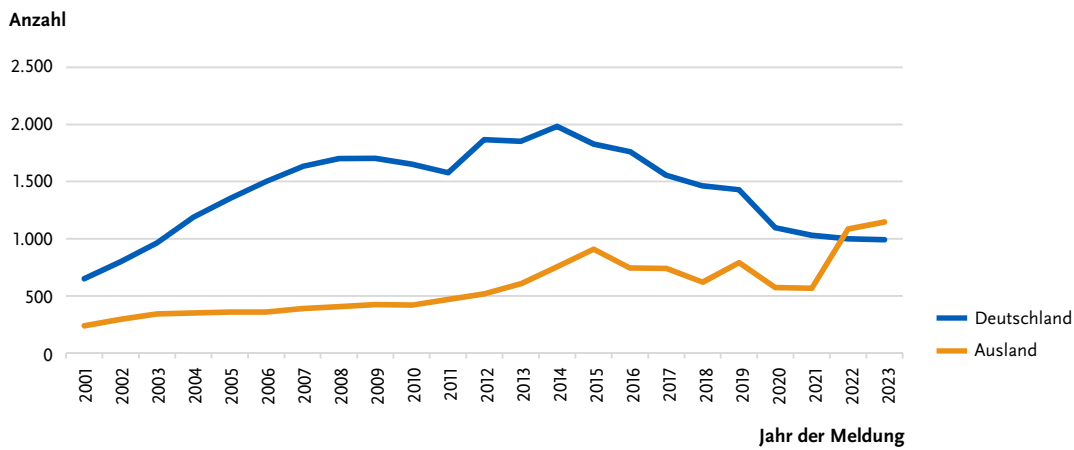


Abb. 4A | Herkunft von Männern mit HIV-Neudiagnose in den Jahren 2001–2023

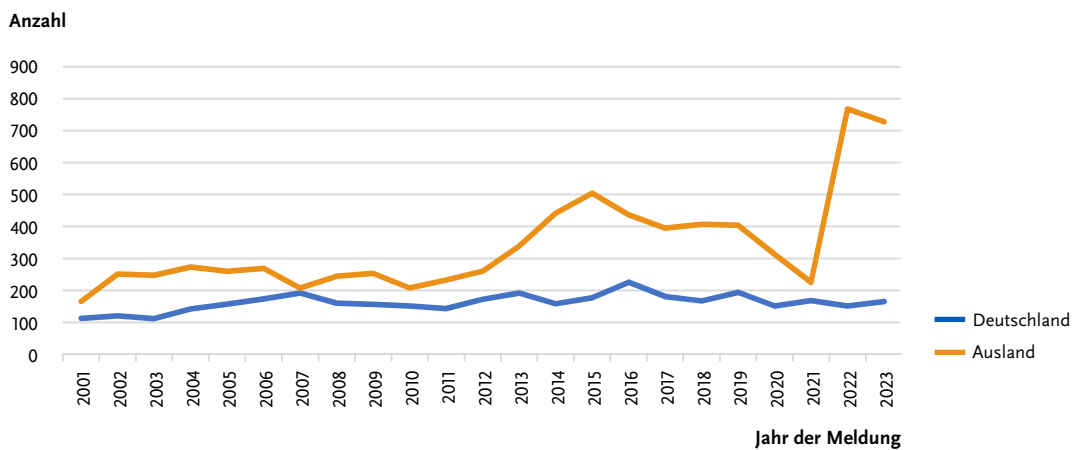


Abb. 4B | Herkunft von Frauen mit HIV-Neudiagnose in den Jahren 2001–2023

Mutter-Kind-Transmissionen

Im Jahr 2023 wurden 23 sicher oder wahrscheinlich von Mutter zu Kind übertragene HIV-Infektionen (prä-/perinatale Infektionen; PPI) bei Kindern bis zum Alter von 14 Jahren diagnostiziert. Zwei dieser diagnostizierten Kinder wurden in Deutschland geboren, die übrigen Kinder im Ausland. Bei mindestens sechs der im Ausland geborenen Kinder war die Infektion bis zur Erstdiagnostik in Deutschland noch nicht bekannt, von denen vier in der Ukraine geboren wurden. Die Diagnosen der beiden in Deutschland geborenen Kinder wurden im Alter von einem und fünf Jahren jeweils nach der HIV-Diagnose eines Elternteils gestellt.

Abschnitt 2: Epidemiologische Dynamik von HIV-Neudiagnosen in Deutschland – Entwicklung der Meldedaten ohne Berücksichtigung der aus der Ukraine stammenden Personen

Entwicklung der HIV-Neudiagnosen nach Transmissionswegen

Dem RKI wurden für das Jahr 2023 insgesamt 3.321 gesicherte HIV-Neudiagnosen als direkter und indirekter Erstnachweis gemeldet (im Vergleich zu 3.279 Erstmeldungen für das Jahr 2022). Ohne die Meldungen von Menschen aus der Ukraine lag die Zahl der Erstmeldungen im Jahr 2022 bei 2.547 und im Jahr 2023 bei 2.799, eine Zunahme um 10 % gegenüber 2022.

Von den 2.547 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2022 entfielen 1.027 auf MSM (s. Tab. 4). Im Jahr 2023 ging die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM auf 1.010 zurück, ein Rückgang um 17 Neudiagnosen (-2 %). Das bedeutet, dass sich die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM kaum verändert hat.

Bei 543 HIV-Neudiagnosen wurde 2022 als Übertragungsweg HET angegeben. Von diesen entfielen 68 % auf Frauen (n=376) und 31 % auf Männer (n=166). Bei einer HIV-Neudiagnose mit Übertragungsweg HET wurde als Geschlecht divers angegeben. Im Jahr 2023 stieg die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei HET um 131 auf 674 (+24 %), davon 479 (71 %) Frauen und 195 (29 %) Männer.

Bei PIWD blieb die Anzahl der HIV-Neudiagnosen mit 166 im Jahr 2022 und 165 im Jahr 2023 quasi unverändert.

Die Anzahl der gemeldeten PPI für Personen im Alter bis 18 Jahre belief sich auf 15 Meldungen im Jahr 2022 und 18 Meldungen im Jahr 2023.

Für 31 % der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2022 (n=796) lagen keine Angaben zum Übertragungsweg vor, dieser Anteil stieg auf 33 % im Jahr 2023 (n=932) (s. Abb. 5).

Eine Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der HIV-Neudiagnosen bei MSM nach Herkunft zeigt einen deutlichen Rückgang der HIV-Neudiagnosen mit Angabe einer in Deutschland erworbenen Infektion seit 2017 bei MSM deutscher Herkunft. Bei MSM nicht deutscher Herkunft bleibt die Zahl der Neudiagnosen von wahrscheinlich in Deutschland erworbenen Infektionen hingegen auf einem vergleichbaren Niveau (s. Abb. 6A und Abb. 6B).

Auch bei MSM deutscher Herkunft, bei denen berichtet wird, dass die HIV-Infektion im Ausland erfolgte, zeigt sich in den vergangenen Jahren kein wesentlicher Rückgang der HIV-Neudiagnosen. Abgesehen von einem kleinen, wahrscheinlich durch die Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-) Pandemie bedingten Rückgang in den Jahren 2020 und 2021, ist kein eindeutiger Trend erkennbar. Zudem steigt in den Jahren 2022 und 2023 deutlich die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM nicht deutscher Herkunft, bei denen berichtet wurde, dass die Infektion im Ausland erfolgte (s. Abb. 6A).

Betrachtet man die Entwicklung von HIV-Neudiagnosen bei Personen mit Übertragungsweg HET nach Infektionsland, so zeigt sich in den Pandemie-jahren 2020 und 2021 ein deutlicher Rückgang der im Ausland erworbenen Infektionen. In den Jahren 2022 und 2023 steigt die Zahl der HIV-Neudiagnosen erneut deutlich an und erreicht 2023 wieder das Vorpandemieniveau von 2019 (s. Abb. 7). Bei den wahrscheinlich in Deutschland erworbenen Infektionen sinkt die Zahl der HIV-Neudiagnosen ebenfalls in den beiden Pandemie-jahren, bleibt danach aber auf dem Niveau von 2021. HIV-Neudiagnosen bei Personen mit Übertragungsweg HET, bei denen

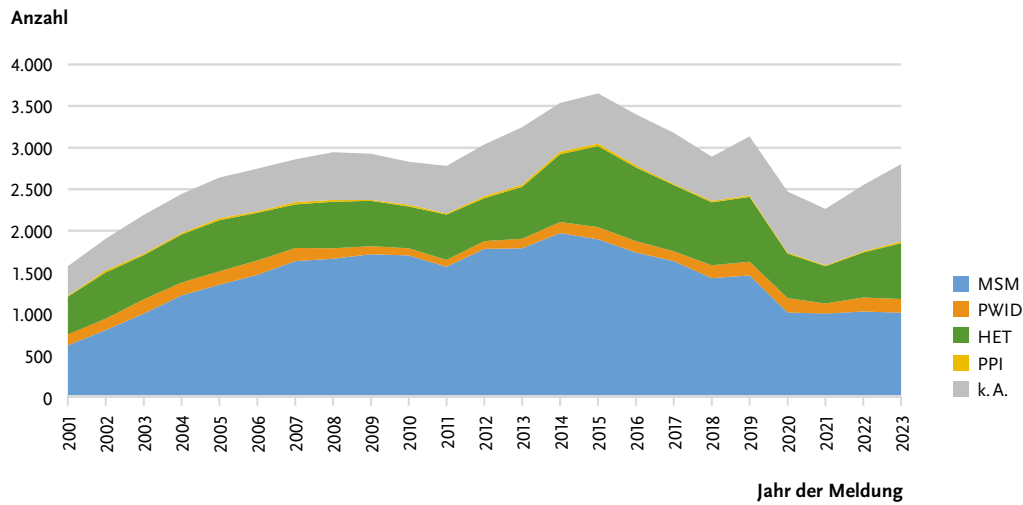


Abb. 5 | HIV-Neudiagnosen nach Jahr der Diagnose und Transmissionsrisiko (2001–2023) (ohne Herkunft Ukraine 2022/2023)

(MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; PWID = Menschen, die Drogen injizieren; HET = heterosexuelle Kontakte; PPI = prä- oder perinatale Infektion; k. A. = keine Angaben/Sonstige)

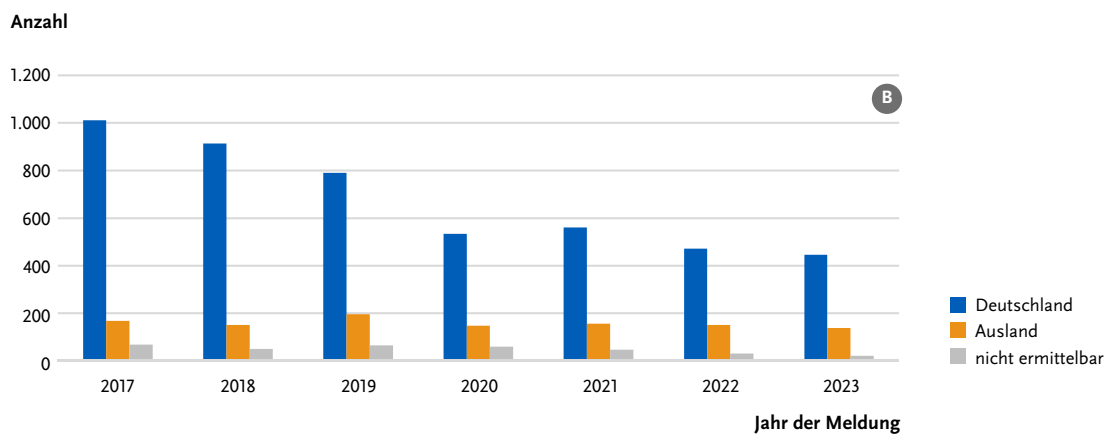
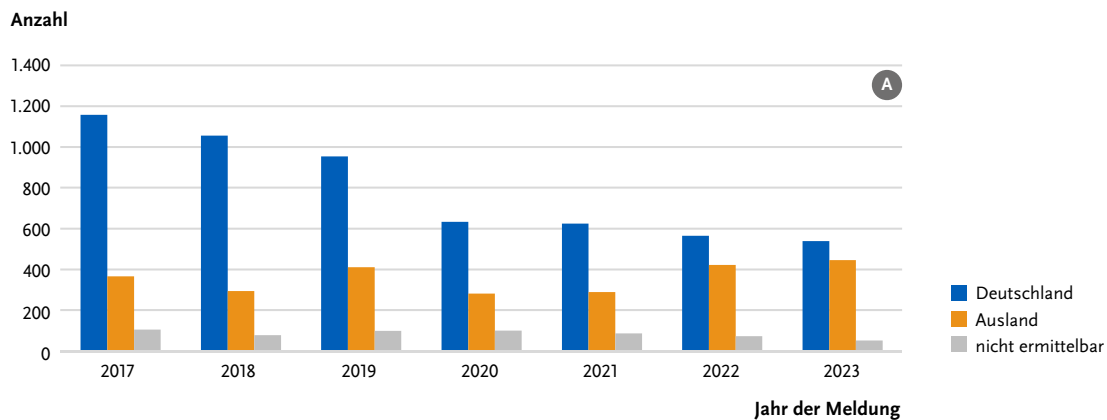


Abb. 6A/B | Entwicklung der Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben in Deutschland nach Herkunft und Infektionsort: A) HIV-Neudiagnosen nach Herkunft; B) HIV-Neudiagnosen beschränkt auf wahrscheinlich in Deutschland erworbene Infektionen nach Herkunft der diagnostizierten Personen

keine Angaben zum Infektionsland berichtet wurden, verhalten sich im Zeitverlauf eher wie im Ausland erworbene Infektionen.

HIV-Neudiagnosen bei PWID bleiben im Jahr 2020 unabhängig vom wahrscheinlichen Infektionsland zunächst gegenüber dem Vorjahr unverändert. Im Jahr 2021 zeigt sich dann sowohl für Neudiagnosen, die wahrscheinlich in Deutschland durch injizierenden Drogengebrauch erworben wurden, als auch für solche, die nicht in Deutschland erworben wurden, ein Rückgang der Neudiagnosen und im Jahr 2022 eine Wiederzunahme. Diese setzt sich bei Menschen, die sich wahrscheinlich im Ausland durch injizierenden Drogenkonsum infiziert haben, im Jahr 2023 weiter fort, während die Zahl der Neudiagnosen bei wahrscheinlich in Deutschland Infi-

zierten wieder etwas zurückgeht (s. Abb. 8). Auch hier ähnelt der Verlauf bei Personen, für die das Infektionsland nicht berichtet wurde, demjenigen, bei denen eine Infektion im Ausland angegeben wurde.

Regionale Entwicklung der HIV-Neudiagnosen

Im Jahr 2023 wurden die meisten HIV-Neudiagnosen aus Bayern gemeldet, gefolgt von Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Berlin und Niedersachsen (s. Tab. 3B). Im Jahr 2023 wurden im Vergleich zum Jahr 2022 in der Mehrheit der Bundesländer (n=11) Zunahmen bei den HIV-Neudiagnosen beobachtet, in fünf Bundesländern ging die Zahl der HIV-Neudiagnosen zurück oder blieb gleich. Die stärksten Anstiege wurden 2023 in Bayern und Sachsen-Anhalt registriert.

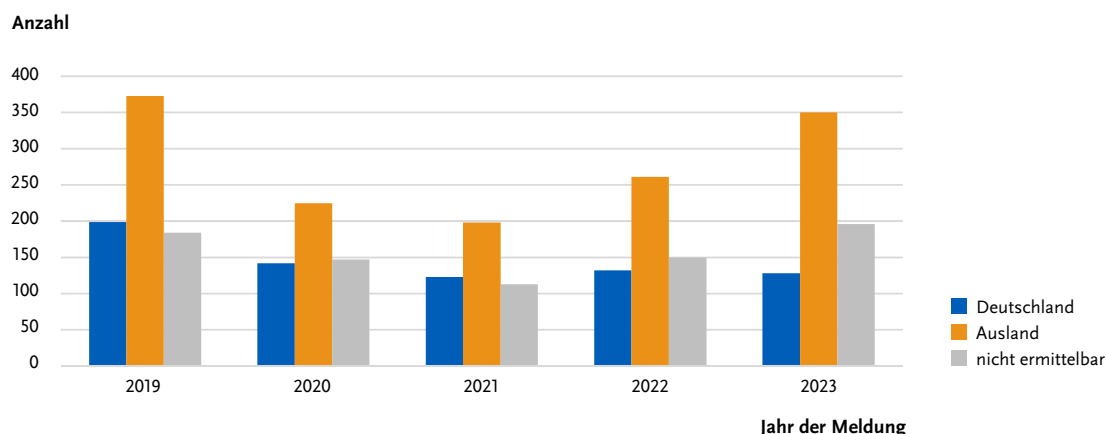


Abb. 7 | HIV-Neudiagnosen bei heterosexuellen Kontakten nach Infektionsland

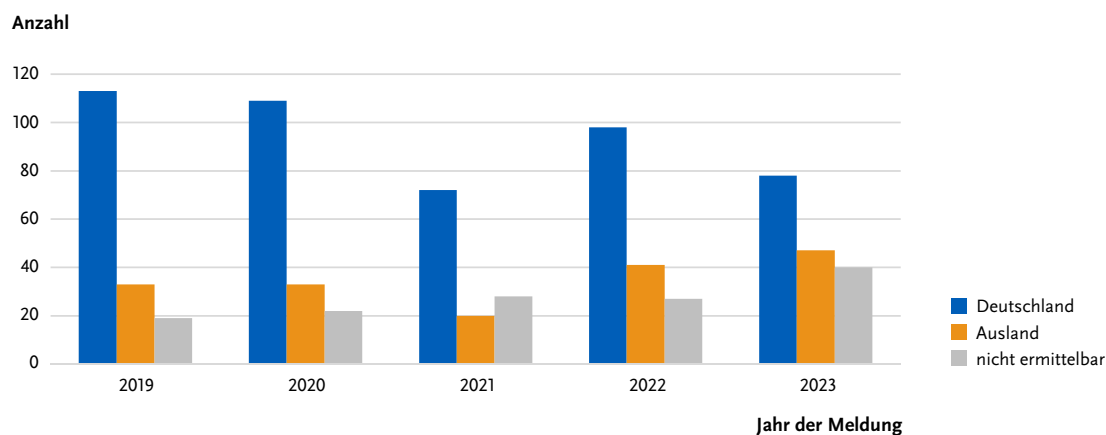


Abb. 8 | HIV-Diagnosen bei Menschen, die Drogen injizieren nach Infektionsland

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM stieg im Jahr 2023 im Vergleich zu 2022 in Bayern, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen an, in den anderen acht Bundesländern sank die Anzahl (insgesamt fast unverändert von 1.027 auf 1.010). (s. [Tab. 3B](#)).

Die HIV-Neudiagnosen bei HET sind im Jahr 2023 im Vergleich zu 2022 um 131 Neudiagnosen gestiegen. Regional gesehen fanden sich die stärksten Anstiege der absoluten Zahlen in Bayern (+77), Sachsen-Anhalt (+20), Brandenburg (+13) und Nordrhein-Westfalen (+15) (s. [Tab. 3B](#)).

Die absolute Zahl der HIV-Neudiagnosen bei PWID ist 2023 im Vergleich zum Vorjahr praktisch gleichgeblieben (166 vs. 165). Die stärksten Anstiege wurden aus Bayern (+9), die stärksten Rückgänge aus Berlin (-14) und Niedersachsen (-8) berichtet. (s. [Tab. 3B](#)).

Herkunfts- und Infektionsregionen nach Geschlecht sowie nach Transmissionswegen

Infektionsland

Bei 1.916 HIV-Neudiagnosen 2023 lagen Angaben zum Infektionsland vor (nach Ausschluss von Meldungen von Personen ukrainischer Herkunft), dies entspricht einem Anteil von 68 % aller HIV-Neudiagnosen im Jahr 2023. Davon wurde 2023 bei 57 % (N=1.096) als Infektionsland Deutschland angegeben.

Entwicklung der Infektionsrisiken bei in Deutschland erworbenen Infektionen

Für 822 (74 %) der im Jahr 2023 gemeldeten 1.105 Infektionen, die wahrscheinlich in Deutschland erworben wurden, lagen Angaben zum Infektionsweg vor (hier sind neun wahrscheinlich in Deutschland erfolgte Infektionen von aus der Ukraine stammenden Personen enthalten). Von diesen wurden 606 (74 %) durch MSM übertragen. Bei 133 (16 %) wurden HET und bei 79 (10 %) intravenöser Drogenkonsum als wahrscheinlichster Infektionsweg angegeben.

Die Anzahl der neudiagnostizierten, von Personen mit Infektionsrisiko MSM in Deutschland erworbenen Infektionen ist 2023 im Vergleich zum Vorjahr weiter zurückgegangen. Die Anzahl der Neudiagnosen bei HET, die sich in Deutschland infiziert haben, hat sich praktisch nicht verändert, die Anzahl der neudiagnostizierten Infektionen bei PWID ist zurückgegangen.

Die Abbildungen 9A–C zeigen die Entwicklung der HIV-Neudiagnosen mit Infektionsland Deutschland in den drei größten Transmissionsgruppen MSM, HET und PWID. [Abbildung 9A](#) zeigt, dass sich die Zahl der HIV-Neudiagnosen von in Deutschland erworbenen Infektionen bei MSM seit 2017 halbiert hat.

[Abbildung 9B](#) zeigt nur moderate Veränderungen bei der Zahl der HIV-Neudiagnosen mit Infektionsland Deutschland bei HET seit 2017. Ein deutlicher Rückgang von 2019 auf 2020 erfolgte vermutlich im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, im Jahr 2022 stiegen die Zahlen wieder an. Von 2022 zu 2023 gab es keine wesentliche Änderung.

[Abbildung 9C](#) zeigt Schwankungen, aber keine klaren Trends bei der Zahl der HIV-Neudiagnosen bei PWID, die wahrscheinlich in Deutschland erworben wurden. Im Jahr 2019 waren mehrere lokale Ausbruchcluster entdeckt worden, die sich zum Teil bis ins Jahr 2020 fortsetzten. Die COVID-19-Pandemie scheint das Infektionsgeschehen in dieser Gruppe nicht stark beeinflusst zu haben. Im Jahr 2023 wurden wieder etwas weniger Neudiagnosen als im Vorjahr gemeldet.

HIV-2-Infektion- und HIV-1/HIV-2-Doppelinfectionen

Im Jahr 2023 wurden sechs Infektionen mit HIV-2 (0,3 %) diagnostiziert sowie zwei Doppelinfectionen mit HIV-1 und HIV-2.

HIV-Neudiagnosen bei trans und genderdiversen Personen (2001–2023)

HIV-Neudiagnosen bei trans und genderdiversen Personen bleiben in Statistiken häufig unsichtbar, weil die geschlechtliche Identität im Rahmen der HIV-Meldung unzureichend erfasst wird. Die Geschlechtsangabe „divers“ auf den Meldebögen für

Anzahl HIV-Neudiagnosen bei MSM

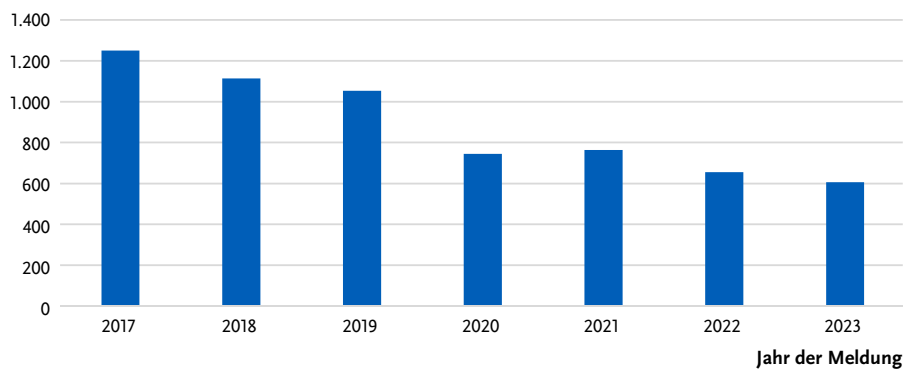


Abb. 9A | HIV-Neudiagnosen mit Infektionsland Deutschland bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), 2017–2023

Anzahl HIV-Neudiagnosen bei HET

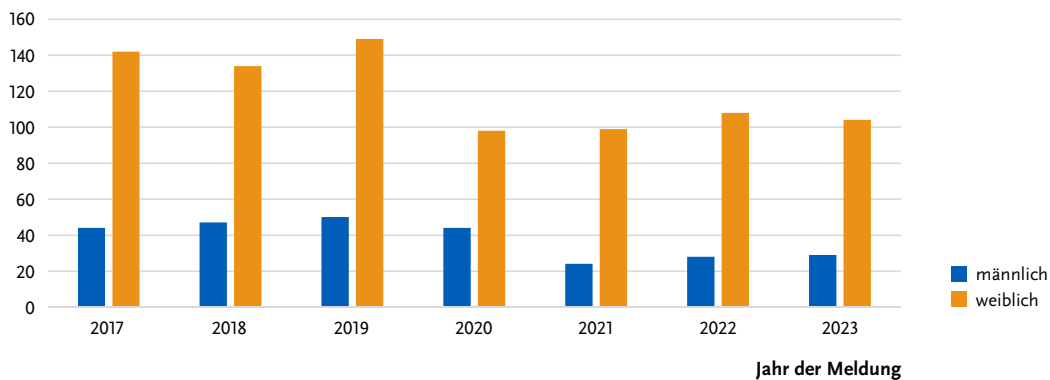


Abb. 9B | HIV-Neudiagnosen mit Infektionsland Deutschland bei Menschen mit heterosexuellem Übertragungsweg (HET), 2017–2023

Anzahl HIV-Neudiagnosen bei PWID

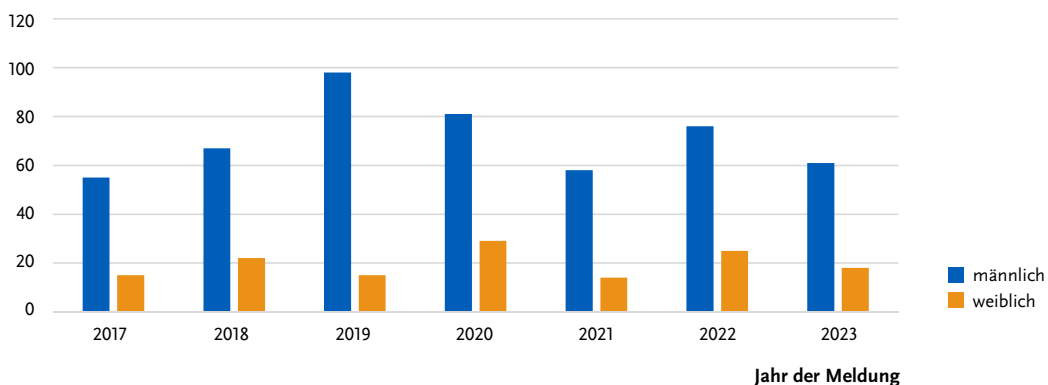


Abb. 9C | HIV-Neudiagnosen mit Infektionsland Deutschland bei Menschen, die Drogen injizieren (PWID), 2017–2023

HIV-Diagnosen ist seit Dezember 2019 möglich. Dieser sagt jedoch vor allem etwas über den Personenstand aus und nicht notwendigerweise über die geschlechtliche Identität. Dazu erfolgt im Rahmen der HIV-Meldung zusätzlich die standardisierte Erfassung weiterer übermittelter Angaben für eine Einordnung in die Gruppe von trans und genderdiversen Personen in Freitext- und Kommentarfeldern. Am RKI werden diese Kommentarangaben nach einem standardisierten Schema kodiert, so dass eine statistische Auswertung dieser Angaben möglich ist. Jedoch ist durch diese ungestützte Erhebung von einer Untererfassung auszugehen, da eine transgeschlechtliche und/oder genderdiverse

Identität nicht immer bekannt ist oder offenbart wird.

Wir geben dieses Jahr erstmals einen Überblick zu diesen Meldungen, die zwischen 2001 und 2023 erfolgten (s. Abb. T1–T4). Aufgrund der geringen Zahl der Meldungen sind jahresweise Auswertungen nicht sinnvoll. Eine Bewertung von Veränderungen über die Zeit ist nicht möglich, weil solche Veränderungen wahrscheinlich aus einer Kombination tatsächlicher epidemiologischer Trends, einer häufiger erfolgenden Offenbarung einer transgeschlechtlichen oder genderdiversen Identität durch Personen, einer geschärften Wahrnehmung durch das

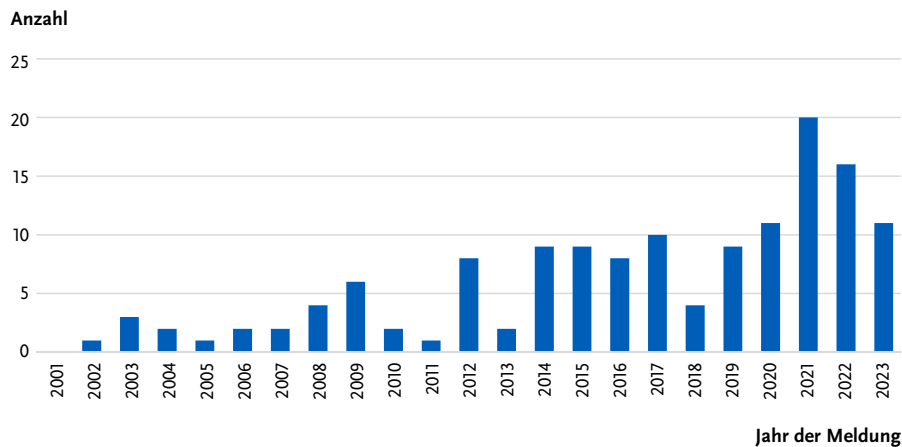


Abb. T1 | Verteilung der Meldungen von HIV-Neudiagnosen bei trans Personen (n=141) nach Meldejahren

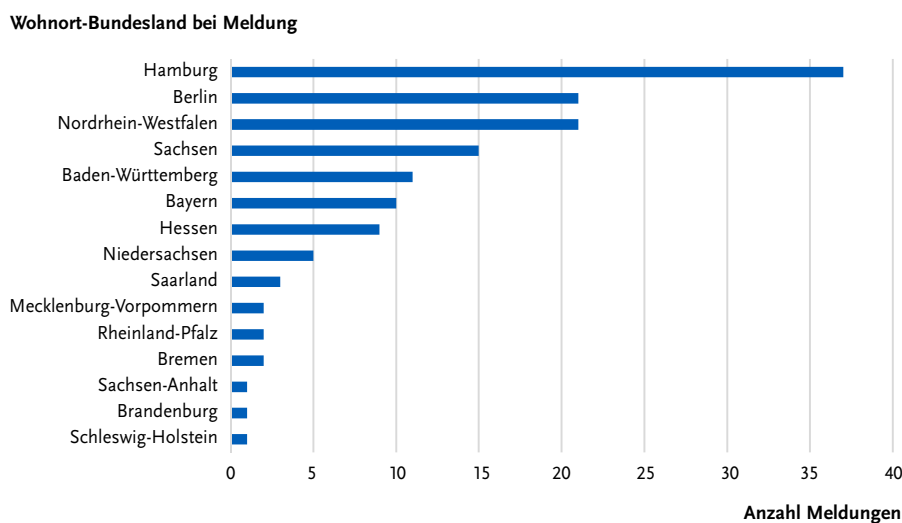


Abb. T2 | Verteilung der Meldungen von HIV-Neudiagnosen bei trans Personen (n=141) nach Bundesländern zum Zeitpunkt der Diagnose

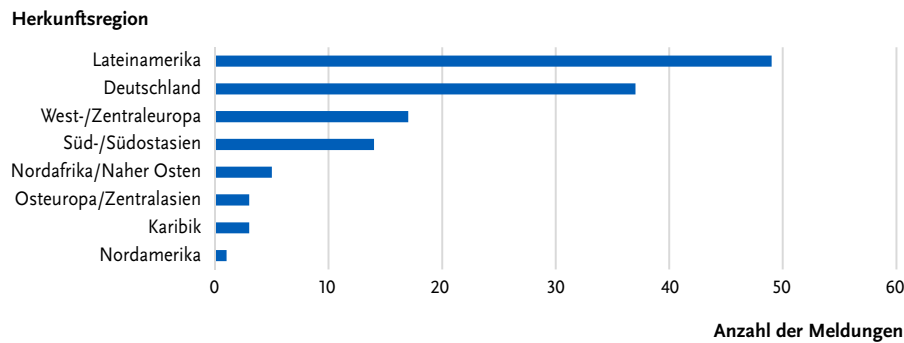


Abb. T3 | Verteilung der Meldungen von HIV-Neudiagnosen bei trans Personen nach Herkunftsregion (n=129)

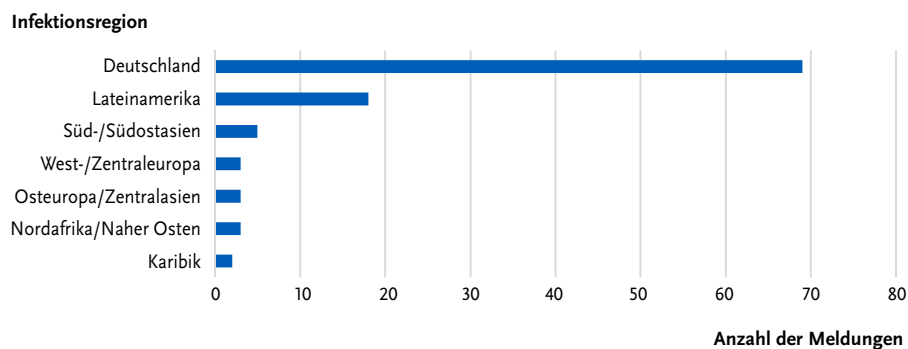


Abb. T4 | Verteilung der Meldungen von HIV-Neudiagnosen bei trans Personen nach vermuteter Infektionsregion (n=103)

meldende Gesundheitspersonal und der vermehrten Angabe in Infektionsmeldungen resultieren.

Von 2001 bis 2023 wurden bei 141 Meldungen angegeben, dass es sich um trans Personen handelte (s. [Tab. T1](#)).

Die Zunahme der Meldungen im Zeitverlauf (s. [Abb. T1](#)) lässt sich vermutlich primär auf die zunehmende Sichtbarkeit von trans Personen sowie eine gesteigerte Sensibilisierung zurückführen.

Infektionsweg	Anzahl
Männer, die Sex mit Männern haben	129
Intravenöser Drogenkonsum	1
Heterosexuell	2
kein Angabe	9

Tab. T1 | Angegebene Infektionswege bei Meldungen von HIV-Neudiagnosen bei trans Personen (n=141)

Diskussion

Bei der Bewertung der HIV-Meldezahlen ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der HIV-Neudiagnosen nicht mit der tatsächlichen HIV-Inzidenz gleichgesetzt werden kann, da zwischen der HIV-Infektion und der HIV-Diagnose ein individuell unterschiedlicher Zeitraum liegen kann und die Zahl der HIV-Neudiagnosen durch unterschiedliche Faktoren (Testangebote, Testverhalten etc.) beeinflusst wird.

HIV-Neudiagnosetrends bei MSM

Das HIV-Infektionsgeschehen in Deutschland wird primär durch die Entwicklung der Gruppe der MSM geprägt. Der größte Teil der Infektionen bei MSM wird in Deutschland erworben und der größte Teil dieser Personen mit HIV ist deutscher Herkunft.

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM in Deutschland ist seit dem Jahr 2014 mit einem

Höchstwert von damals knapp 2.000 HIV-Neudiagnosen nahezu kontinuierlich auf zuletzt 1.037 Neudiagnosen gesunken. Das Ausmaß des Rückgangs unterscheidet sich u. a. nach Bundesland, Stadtgröße und Altersgruppe. Dazu scheinen neben der früheren Diagnose und der früher einsetzenden wirksamen Behandlung von Menschen mit HIV-Diagnose sowohl Verhaltensänderungen im Kontext der COVID-19-Pandemie als auch die zunehmende Verwendung der HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) beigetragen zu haben. Ein Zusammenhang mit der Nutzung einer HIV-PrEP ist wahrscheinlich, lässt sich aber angesichts weiterer Einflussfaktoren nicht genauer quantifizieren.

Die Zahl der PrEP-Nutzenden ist wahrscheinlich zunächst durch das Verfügbarwerden preisgünstiger Generika im Herbst 2017 sowie durch die Einführung der HIV-PrEP als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen im September 2019 angestiegen und hat nach Schätzungen des RKI im Laufe des Jahres 2023 ca. 40.000 Personen erreicht.¹⁻³ In den Bundesländern mit Metropolregionen (Berlin, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Hamburg, Hessen) leben 79 % von allen geschätzten PrEP-Nutzenden, allein in Berlin 32 %.⁴

Einfluss der HIV-PrEP

Im Unterschied zu dem deutlichen Rückgang der HIV-Neudiagnosen mit Angabe einer in Deutschland erworbenen Infektion bei MSM deutscher Herkunft seit 2017 ist die Zahl der Neudiagnosen von vermutlich in Deutschland erworbenen Infektionen bei MSM nicht deutscher Herkunft gleichbleibend. Das könnte darauf hindeuten, dass MSM nicht deutscher Herkunft in Deutschland einen schlechteren Zugang zur HIV-PrEP haben und bisher wenig von dieser neuen Präventionsmethode profitieren.⁵ Auch bei MSM deutscher Herkunft mit HIV-Infektion im Ausland zeigt sich in den vergangenen Jahren kein wesentlicher Rückgang der HIV-Neudiagnosen. Dies könnte auf ein generelles strukturelles Problem des Zugangs zu PrEP bei Migration in ein anderes nationales Gesundheitssystem hindeuten. Weiterführende Informationen dazu wird die in den letzten Monaten durchgeführte [Online-Befragung EMIS-2024](#) liefern. Der steigende Anteil der im Ausland und von MSM nicht deutscher Herkunft in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen

ist wahrscheinlich auch ein wichtiger Grund dafür, dass sich der Rückgang der Neudiagnosen bei MSM verlangsamt und in ein Plateau überzugehen droht. Sowohl bei der HIV-Testung als auch beim Präventionsangebot der HIV-PrEP muss verstärkt darauf geachtet werden, dass Zugangsbarrieren für nach Deutschland kommende MSM aus anderen Ländern erkannt und abgebaut werden.

HIV-Neudiagnosetrends bei HET

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Personen mit heterosexuellem Risiko einer HIV-Infektion ist bundesweit von 2015 bis 2021 um 54 % zurückgegangen, im Jahr 2022 dann aber durch die Meldungen der aus der Ukraine Geflüchteten auf den höchsten bisher berichteten Wert angestiegen. Auf Grund des hohen Anteils von Personen nicht deutscher Herkunft unter den Personen mit HET muss die Entwicklung der Zahl der HIV-Neudiagnosen in dieser Transmissionsgruppe immer auch im Kontext von politischer Lage und Entscheidung und möglicher Migrationsbewegungen gesehen werden. Ein erster Höhepunkt der HIV-Neudiagnosen in dieser Transmissionsgruppe wurde im Jahr 2015 erreicht, als die Zuwanderung und damit auch die Anzahl der HIV-Tests unter Asylsuchenden einen Höhepunkt erreichten.

Der Hauptgrund für den Rückgang von HIV-Neudiagnosen bei Personen mit HET bis zum Jahr 2021 war wahrscheinlich der deutliche Rückgang der Zuwanderung im Vergleich zum Jahr 2015 sowie – in den Jahren 2020 und 2021 – verringerte internationale Mobilität und verminderte Inanspruchnahme von HIV-Testungen.⁶ Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit HET und deutscher Herkunft scheint sich in den letzten Jahren bis auf den Rückgang während der COVID-19-Pandemie nicht wesentlich verändert zu haben. Aufgrund des hohen Anteils der HET-Fälle nicht deutscher Herkunft gilt für HIV-Neuinfektionen bei Menschen mit heterosexueller Übertragung noch stärker als für MSM, dass ein Rückgang der Neuinfektionen nur dann erreicht werden kann, wenn durch HIV-Test- und Präventionsangebote wie z. B. die HIV-PrEP auch und vor allem Menschen mit nicht deutscher Herkunft besser erreicht werden.

HIV-Neudiagnosetrends bei PWID

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei PWID schwankt immer etwas von Jahr zu Jahr, bleibt aber in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ stabilen Niveau. In den letzten Jahren werden immer wieder transiente lokale Anstiege von HIV-Neudiagnosen bei PWID beobachtet. Molekularepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass diese lokalen Anstiege oft auf zusammenhängenden frischen Infektionsclustern beruhen, bei denen sich ein bestimmtes Virus innerhalb weniger Monate rasch über Injektions- und teilweise auch sexuelle Netzwerke in einer suszeptiblen und vulnerablen Personengruppe ausbreitet.⁷ Die Gründe für das plötzliche Auftreten dieser Cluster konnten bislang nicht aufgeklärt werden. Die bisherigen Präventionsbemühungen in dieser Personengruppe scheinen nicht ausreichend, um das Infektionsgeschehen nachhaltig zu reduzieren.⁸ Die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung von PWID mit sterilen Injektionsutensilien und Opioidsubstitution, der Ausbau regelmäßiger niedrigschwelliger Testangebote in Drogenhilfeeinrichtungen durch aufsuchende Arbeit und auch in Haft sowie die antiretrovirale Therapie sind die empfohlenen Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-Neuinfektionen bzw. zur frühen Diagnose und Prävention von Übertragungen in dieser Personengruppe. Diese Maßnahmen haben darüber hinaus einen erheblichen Effekt auf den Rückgang von Hepatitis-B- und -C-Infektionen. Darüber hinaus ist es wichtig, insbesondere Menschen, die erst kürzlich begonnen haben, Drogen zu injizieren, Wissen zu Übertragungswegen und Präventionsmaßnahmen zu vermitteln. PrEP als HIV-Präventionsmaßnahme wird Personen mit injizierendem Drogengebrauch derzeit kaum angeboten und kaum aktiv nachgefragt, obwohl bei fortgesetztem Risikoverhalten eine Indikation besteht.

Sowohl für Personen mit heterosexuellem Risiko einer HIV Infektion als auch für Menschen, die Drogen injizieren, wäre es sinnvoll, im Rahmen eines Modellprogramms zu untersuchen, wie Informationen über die HIV-PrEP diejenigen, die davon profitieren könnten, erreichen können und wie der Zugang zur PrEP erleichtert werden kann.

Der Einfluss der COVID-19-Pandemie und des Kriegs in der Ukraine auf die Entwicklung der HIV-Neudiagnosen in den Jahren seit 2020

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten HIV-Neudiagnosen ging in den Jahren 2020 und 2021 deutlich zurück. Wahrscheinlich hat die COVID-19-Pandemie wesentlich zu diesen Entwicklungen beigetragen. In den Jahren 2022 und 2023 stieg insbesondere die Zahl der im Ausland erworbenen HIV-Neudiagnosen wieder an und erreichte erneut das Vorpandemieniveau. Ein vorübergehender Rückgang der Mobilität sowohl zwischen verschiedenen Ländern als auch innerhalb Deutschlands in den Jahren 2020 und 2021 dürfte vor allem zu dem Rückgang von im Ausland erworbenen Infektionen geführt haben. Ab 2022 hat sich sowohl die Reise-tätigkeit als auch die Zuwanderung nach Deutschland wieder dem Vorpandemieniveau angeglichen.^{9,10} Als zusätzliche Herausforderung hat Deutschland nach dem Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine im Februar 2022 eine große Anzahl Geflüchteter, überwiegend Frauen, aus der Ukraine aufgenommen. Die meisten Infektionen, die bei Menschen ukrainischer Herkunft 2022 und 2023 in Deutschland gemeldet wurden, waren bereits in der Ukraine diagnostiziert und dort auch bereits therapiert worden.

Tabellen

Abkürzungen

MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
PWID	Menschen, die Drogen injizieren (People who inject drugs)
HET	Heterosexuelle Kontakte
HETin	Heterosexuelle Kontakte - Infektionsland Deutschland
HETaus	Heterosexuelle Kontakte - Infektion im Ausland
HETunb	Heterosexuelle Kontakte - Infektionsland unbekannt
Blut	Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)
PPI	Prä- oder perinatale Infektion
k. A.	keine Angaben/Sonstige
m	männlich
w	weiblich
u	unbekannt/diver

Diagnosejahr	HIV-Antikörperteste		
	Erstdiagnosen	Meldestatus unbekannt	Gesamt
<2014	50.351	43.776	94.127
2014	3.536	633	4.169
2015	3.653	619	4.272
2016	3.399	669	4.068
2017	3.178	651	3.829
2018	2.892	741	3.633
2019	3.133	533	3.666
2020	2.472	434	2.906
2021	2.263	474	2.737
2022	3.279	700	3.979
2023	3.321	693	4.014
Gesamt	81.477	49.923	131.400

Tab. 1 | HIV-Bestätigungstests nach Jahr der Diagnose und Meldestatus

Diagnosejahr	Geschlecht						Gesamt
	männlich	%	weiblich	%	k. A./non-binär	%	
<2014	39.942	79,3 %	9.652	19,2 %	757	1,5 %	50.351
2014	2.872	81,2 %	662	18,7 %	2	0,1 %	3.536
2015	2.895	79,2 %	755	20,7 %	3	0,1 %	3.653
2016	2.674	78,7 %	721	21,2 %	4	0,1 %	3.399
2017	2.522	79,4 %	652	20,5 %	4	0,1 %	3.178
2018	2.244	77,6 %	640	22,1 %	8	0,3 %	2.892
2019	2.446	78,1 %	683	21,8 %	4	0,1 %	3.133
2020	1.910	77,3 %	560	22,7 %	2	0,1 %	2.472
2021	1.803	79,7 %	459	20,3 %	1	0,0 %	2.263
2022	2.267	69,1 %	1.006	30,7 %	6	0,2 %	3.279
2023	2.336	70,3 %	982	29,6 %	3	0,1 %	3.321
Gesamt	63.911	78,4 %	16.772	20,6 %	794	1,0 %	81.477

Tab. 2 | HIV-Neudiagnosen nach Jahr der Diagnose und Geschlecht

	1.1.2023 – 31.12.2023									1.1.2014 – 31.12.2023
	Infektionsrisiko									Gesamt
	MSM	IVD	HETin	HETaus	HETunb	PPI	k. A./andere	Gesamt	Inzidenz	
Baden-Württemberg	83	32	17	98	5	7	94	336	3,09	3.623
Stuttgart	8	2	0	2	0	0	11	23	3,69	501
Karlsruhe	7	3	0	7	0	0	3	20	6,50	215
Mannheim	6	2	3	2	0	0	7	20	6,54	275
übriges Land	62	25	14	87	5	7	73	273	2,83	2.632
Bayern	198	40	18	187	9	6	187	645	5,02	5.134
München	78	7	3	56	4	1	34	183	12,62	1.697
Nürnberg	17	4	2	8	0	0	14	45	8,82	369
Augsburg	6	2	0	0	0	0	7	15	5,24	135
übriges Land	97	27	13	123	5	5	132	402	3,79	2.933
Berlin	127	22	14	46	3	3	59	274	7,78	3.267
Brandenburg	13	2	2	38	0	1	17	73	2,94	618
Bremen	19	13	1	15	1	0	12	61	9,08	533
Bremen (Stadt)	14	11	0	14	1	0	11	51	9,15	479
übriges Land	5	2	1	1	0	0	1	10	8,77	54
Hamburg	78	23	9	62	1	2	51	226	12,64	1.863
Hessen	58	18	1	45	4	5	62	193	3,12	2.213
Frankfurt a.M.	17	3	0	10	0	0	17	47	6,41	707
Wiesbaden	3	1	0	2	0	0	4	10	3,62	180
übriges Land	38	14	1	33	4	5	41	136	2,63	1.326
Mecklenburg-Vorpommern	13	4	4	12	2	0	17	52	3,23	477
Niedersachsen	76	26	11	84	6	7	82	292	3,68	2.254
Region Hannover	23	6	0	12	2	0	13	56	4,89	527
Braunschweig	5	0	1	3	0	0	2	11	4,38	109
übriges Land	48	20	10	69	4	7	67	225	3,45	1.618
Nordrhein-Westfalen	199	54	29	127	12	5	188	614	3,44	6.609
Köln	41	7	2	16	0	0	23	89	8,39	1.135
Düsseldorf	18	1	3	2	0	0	11	35	5,72	457
Dortmund	6	5	1	2	0	1	7	22	3,75	305
Essen	14	3	2	6	1	0	12	38	6,52	430
Städteregion Aachen	6	3	0	10	0	0	3	22	3,97	172
Duisburg	8	1	0	2	1	0	3	15	3,05	194
Bochum	6	0	0	2	0	0	5	13	3,56	169
Wuppertal	6	0	0	3	1	0	3	13	3,71	151
Bielefeld	2	2	0	0	1	0	3	8	2,40	149
Bonn	2	4	2	6	1	0	3	18	5,65	173
Münster	6	2	1	2	0	0	3	14	4,52	128
Gelsenkirchen	4	0	0	0	0	0	1	5	1,92	73
Mönchengladbach	3	2	1	2	0	0	7	15	5,77	122
übriges Land	77	24	17	74	7	4	104	307	2,61	2.951
Rheinland-Pfalz	36	7	3	43	0	0	53	142	3,50	1.249
Saarland	2	0	2	4	1	0	11	20	2,01	243
Regionalverband Saarbrücken	2	0	1	2	0	0	5	10	3,05	128
übriges Land	0	0	1	2	1	0	6	10	1,50	115
Sachsen	70	12	3	28	1	0	40	154	3,77	1.307
Leipzig	33	3	1	8	0	0	15	60	10,71	484
Dresden	17	3	1	10	1	0	6	38	6,99	294
übriges Land	20	6	1	10	0	0	19	56	1,88	529
Sachsen-Anhalt	25	4	6	34	3	0	27	99	4,41	656
Schleswig-Holstein	26	9	3	29	0	3	18	88	3,08	678
Thüringen	14	5	2	13	0	0	18	52	2,40	402
Gesamt	1.037	271	125	865	48	39	936	3.321	4,04	31.126

HETin, HETaus, HETunb wurden am 5.2.2025 für Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen korrigiert.

Tab. 3A | HIV-Neudiagnosen der letzten 12 Monate nach Transmissionsrisiko, Bundesländern und Großstädten (inklusive HIV-Diagnosen bei Personen mit Herkunft aus der Ukraine)

	1.1.2023 – 31.12.2023									1.1.2014 – 31.12.2023
	Infektionsrisiko									Gesamt
	MSM	IVD	HETin	HETaus	HETunb	PPI	k. A./andere	Gesamt	Inzidenz	
Baden-Württemberg	83	25	17	48	5	4	93	275	2,53	3.433
Stuttgart	8	2	0	1	0	0	11	22	3,53	490
Karlsruhe	7	3	0	4	0	0	3	17	5,52	206
Mannheim	6	2	3	0	0	0	7	18	5,89	266
übriges Land	62	18	14	43	5	4	72	218	2,26	2.471
Bayern	195	23	18	138	9	3	187	573	4,46	4.865
München	78	3	3	48	4	1	34	171	11,79	1.633
Nürnberg	17	4	2	6	0	0	14	43	8,43	361
Augsburg	6	0	0	0	0	0	7	13	4,54	129
übriges Land	94	16	13	84	5	2	132	346	3,27	2.742
Berlin	121	17	14	27	3	3	58	243	6,90	3.151
Brandenburg	13	2	2	26	0	0	16	59	2,37	580
Bremen	19	12	1	14	1	0	12	59	8,79	516
Bremen (Stadt)	14	11	0	13	1	0	11	50	8,97	463
übriges Land	5	1	1	1	0	0	1	9	7,89	53
Hamburg	77	12	9	35	1	0	51	185	10,35	1.782
Hessen	56	13	1	25	4	1	62	162	2,62	2.135
Frankfurt a.M.	16	3	0	8	0	0	17	44	6,01	693
Wiesbaden	3	1	0	2	0	0	4	10	3,62	175
übriges Land	37	9	1	15	4	1	41	108	2,09	1.267
Mecklenburg-Vorpommern	12	2	4	6	2	0	17	43	2,67	438
Niedersachsen	70	12	11	43	6	4	81	227	2,86	2.098
Region Hannover	23	4	0	9	2	0	13	51	4,46	499
Braunschweig	4	0	1	3	0	0	2	10	3,98	106
übriges Land	43	8	10	31	4	4	66	166	2,54	1.493
Nordrhein-Westfalen	197	34	29	73	12	2	188	535	2,99	6.393
Köln	41	6	2	12	0	0	23	84	7,92	1.114
Düsseldorf	18	1	3	1	0	0	11	34	5,55	453
Dortmund	6	4	1	1	0	0	7	19	3,24	295
Essen	14	2	2	6	1	0	12	37	6,35	424
Städteregion Aachen	6	1	0	2	0	0	3	12	2,17	153
Duisburg	8	1	0	2	1	0	3	15	3,05	192
Bochum	6	0	0	1	0	0	5	12	3,29	164
Wuppertal	6	0	0	2	1	0	3	12	3,43	149
Bielefeld	2	2	0	0	1	0	3	8	2,40	147
Bonn	2	4	2	6	1	0	3	18	5,65	171
Münster	6	2	1	1	0	0	3	13	4,19	125
Gelsenkirchen	4	0	0	0	0	0	1	5	1,92	73
Mönchengladbach	3	2	1	2	0	0	7	15	5,77	118
übriges Land	75	9	17	37	7	2	104	251	2,13	2.815
Rheinland-Pfalz	34	3	3	15	0	0	53	108	2,66	1.152
Saarland	2	0	2	1	1	0	11	17	1,71	234
Regionalverband Saarbrücken	2	0	1	1	0	0	5	9	2,75	123
übriges Land	0	0	1	0	1	0	6	8	1,20	111
Sachsen	68	4	8	32	4	0	40	126	3,08	1.240
Leipzig	33	1	1	5	1	0	15	54	9,63	467
Dresden	16	2	1	1	0	0	6	31	5,70	283
übriges Land	19	1	6	26	3	0	19	41	1,38	490
Sachsen-Anhalt	25	1	3	10	0	0	27	88	3,92	630
Schleswig-Holstein	24	2	2	4	0	1	18	58	2,03	594
Thüringen	14	3	0	0	0	0	18	41	1,89	380
Gesamt	1.010	165	125	501	48	18	932	2.799	3,41	29.621

Tab. 3B | HIV-Neudiagnosen der letzten 12 Monate nach Transmissionsrisiko, Bundesländern und Großstädten (ohne HIV-Diagnosen bei Personen mit Herkunft aus der Ukraine)

Infektionsrisiko	Diagnosejahr											Gesamt
	<2014	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
MSM	23.940	1.966	1.892	1.734	1.625	1.423	1.457	1.005	999	1.027	1.010	38.078
	47,7%	56,1%	52,4%	51,4%	51,6%	49,7%	47,0%	41,4%	44,5%	40,3%	36,1%	47,7%
IVD	3.433	128	140	134	117	151	165	164	120	166	165	4.883
	6,8%	3,6%	3,9%	4,0%	3,7%	5,3%	5,3%	6,8%	5,3%	6,5%	5,9%	6,1%
IVD/m	2.403	98	111	107	98	116	145	126	104	134	138	3.580
IVD/w	961	30	29	27	19	34	20	38	16	32	27	1.233
IVD/u	69	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	70
Blut	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	103
	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Blut/m	65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65
Blut/w	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
HET/Inland	2.191	187	225	228	179	179	196	109	130	114	125	3.863
	4,4%	5,3%	6,2%	6,8%	5,7%	6,3%	6,3%	4,5%	5,8%	4,5%	4,5%	4,8%
HETin/m	786	80	90	62	58	62	64	45	32	35	38	1.352
HETin/w	1.400	107	135	166	121	117	132	64	98	79	87	2.506
HETin/u	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
HET/Ausland	5.586	565	672	576	539	489	488	330	260	378	501	10.384
	11,1%	16,1%	18,6%	17,1%	17,1%	17,1%	15,7%	13,6%	11,6%	14,8%	17,9%	13,0%
HETaus/m	1.971	188	235	200	193	149	144	91	78	120	147	3.516
HETaus/w	3.497	377	436	374	346	338	342	239	181	258	354	6.742
HETaus/u	118	0	1	2	0	2	2	0	1	0	0	126
HET/unbekannt	2.635	47	46	64	57	68	72	75	44	51	48	3.207
	5,2%	1,3%	1,3%	1,9%	1,8%	2,4%	2,3%	3,1%	2,0%	2,0%	1,7%	4,0%
HETunb/m	860	14	12	22	16	21	17	20	14	11	10	1.017
HETunb/w	1.718	33	34	42	41	47	55	55	30	39	38	2.132
HETunb/u	57	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	58
PPI	333	26	29	22	18	20	13	11	11	15	18	516
	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	0,6%	0,7%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%
PPI/m	160	13	12	8	12	9	8	4	8	9	8	251
PPI/w	167	13	17	14	6	11	5	7	3	6	10	259
PPI/u	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
k. A.	11.972	588	605	613	615	532	712	735	680	796	932	18.780
	23,9%	16,8%	16,8%	18,2%	19,5%	18,6%	22,9%	30,3%	30,3%	31,3%	33,3%	23,5%
k. A./m	9.675	496	520	530	501	449	597	596	558	661	768	15.351
k. A./w	1.796	90	83	81	110	78	115	137	122	130	162	2.904
k. A./u	501	2	2	2	4	5	0	2	0	5	2	525
Gesamt	50.193	3.507	3.609	3.371	3.150	2.862	3.103	2.429	2.244	2.547	2.799	79.814
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 4 | HIV-Neudiagnosen nach Diagnosejahr und Transmissionsrisiko (ohne Meldungen von HIV-Diagnosen bei Personen mit Herkunft aus der Ukraine in den Jahren 2022 und 2023)

Literatur

- 1 Marcus U, Schmidt D, Schink SB, Koppe U. Analysis of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) needs and PrEP use in Germany among men who have sex with men. *Z Gesundh Wiss.* 2022 Mar 4:1-17. DOI 10.1007/s10389-022-01699-y.
- 2 Schmidt D, Ates Z, Friebe M, Kollan C, Bremer V, Bartmeyer B, Hanhoff N, Schewe K: Surveillance der Versorgung mit der HIV-Präexpositionsprophylaxe in Deutschland – Ergebnisse der zweiten halbjährlichen Befragung in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. *Epid Bull* 2023;29:3-14. DOI: 10.25646/11624
- 3 Schmidt D. Entwicklung und Anzahl der PrEP-Nutzenden Ende 2023 – Presseinfo des RKI (03/2024)
- 4 Schmidt, D., Duport, Y., Kollan, C. et al. Dynamics of HIV PrEP use and coverage during and after COVID-19 in Germany. *BMC Public Health* 24, 1691 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19198-y>
- 5 Blenkinsop A, Pantazis N, Kostaki EG, Sofocleous L, van Sighem A, Bezemer D, et al. Sources of Human Immunodeficiency Virus Infections Among Men Who Have Sex With Men With a Migration Background: A Viral Phylogenetic Case Study in Amsterdam, The Netherlands. *The Journal of Infectious Diseases.* 2024.
- 6 Marcus U. Immer mehr HIV-Infektionen bei Zugewanderten. *MMW – Fortschritte der Medizin.* 2024;166(2):14-7.
- 7 Hanke K, Fiedler S, Grumann C, et al. A Recent Human Immunodeficiency Virus Outbreak Among People Who Inject Drugs in Munich, Germany, Is Associated With Consumption of Synthetic Cathinones. *Open Forum Infect Dis.* 2020 May 27;7(6):ofaa192. DOI: 10.1093/ofid/ofaa192.
- 8 Hommes F, Krings A, Dörre A, Neumeier E, Schäffer D, Zimmermann R. International harm reduction indicators are still not reached: results from a repeated cross-sectional study on drug paraphernalia distribution in Germany, 2021. *Harm Reduct J.* 2023 Sep 19;20(1):137. DOI: 10.1186/s12954-023-00870-2
- 9 Vermehrte Auslandsreisen 2022: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_279_45.html
- 10 Deutlich mehr erteilte Schengen-Visa in 2022 verglichen mit 2021: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/28347/umfrage/zuwanderung-nach-deutschland/>.

Dieser Bericht enthält Daten und Informationen, die im Fachgebiet HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen (FG 34) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI gesammelt und ausgewertet wurden. Zugrunde gelegt wurden die bis zum 1.5.2024 eingegangenen Meldungen über bestätigt positive Antikörpertests gemäß § 7 Abs. 3 IfSG.

Technische Anmerkungen zum Jahresbericht HIV/AIDS

siehe [Epid Bull 39/2017](#)

Autorinnen und Autoren

Dr. Ulrich Marcus | Christian Kollan |
Dr. Barbara Gunsenheimer-Bartmeyer |
Dr. Viviane Bremer | Dr. Daniel Schmidt |
Dr. Uwe Koppe | Dr. Ruth Zimmermann

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-
epidemiologie, Fachgebiet 34

Ansprechpartner/Kontakt

Bei inhaltlichen Fragen zum Bericht:
BremerV@rki.de
Gunsenheimer-BartmeyerB@rki.de
Telefon: 030 / 18754-3487

Bei Anfragen zu speziellen statistischen Angaben:
KollanC@rki.de
Telefon: 030 / 18754-3423

Vorgeschlagene Zitierweise

Marcus U, Kollan C, Gunsenheimer-Bartmeyer B,
Bremer V, Schmidt D, Koppe U, Zimmermann R:
HIV-Jahresbericht 2023

Epid Bull 2024;40:3-20 | DOI 10.25646/12856.2

Interessenkonflikt

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

Marburgvirus-Ausbruch in Ruanda

Am 27.9.2024 wurde in Ruanda ein Ausbruch von Marburgfieber laboridiagnostisch nachgewiesen. Aktuell sind 37 Fälle, darunter 11 Todesfälle, bekannt (Stand: 4.10.2024). Laborbestätigte Fälle gibt es in 7 der 30 Distrikte des Landes, vor allem in der Hauptstadt Kigali. Ein Großteil der aktuell bekannten Fälle sind im Gesundheitssystem Beschäftigte großer Krankenhäuser. Über 300 Kontaktpersonen sind unter Beobachtung.

Das Marburgvirus ist ein mit dem Ebolavirus eng verwandtes Virus und verursacht damit vergleichbare Krankheitsbilder und Ausbrüche. Der klinische Verdacht auf Marburgfieber oder der Labornachweis ist in Deutschland meldepflichtig gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 6 und 7. Der Name des Virus geht auf den ersten bekannten Ausbruch 1967 u. a. in der deutschen Stadt Marburg zurück, der auf importierte Affen aus Uganda zurückzuführen war. Danach wurden Ausbrüche vor allem in Ostafrika beschrieben, aber auch in Ländern an der Westküste von Zentralafrika, mit Einzelfällen oder kleinen Fallclustern in West- und Südafrika (s. Abb. 1).

Die Inkubationszeit beträgt maximal 21 Tage, meist 5–10 Tage. Frühsymptome von Marburgfieber, bzw. laut internationaler Nomenklatur Marburg Virus Disease (MVD), sind vor allem Fieber, Abgeschlagenheit und Durchfälle. Die Krankheit kann sich bis zum Vollbild eines viral-hämorrhagischen Fiebers, teilweise mit inneren und/oder äußeren Blutungen und Multiorganversagen entwickeln. Die Letalität in bisherigen Ausbrüchen betrug 22–90 %, vor allem abhängig vom Grad der medizinischen Versorgung.

Das Virus ist in der menschlichen Bevölkerung nicht endemisch, sondern springt gelegentlich aus dem Tierreservoir (Flughunde) auf die menschliche Bevölkerung über. In Ausbrüchen stehen Mensch-zu-Mensch-Übertragungen durch Kontakt zu Körperflüssigkeiten (vor allem Blut, Erbrochenes, Fäkalien, Samen/Vaginalflüssigkeit) besonders im Vordergrund. Daher sind Personen, die sich privat oder beruflich pflegend oder ärztlich um Kranke kümmern, besonders gefährdet. Auch die an Marburg-

virus Verstorbenen sind hochinfektiös, so dass es in Ausbruchsregionen häufig zu Übertragungen auf Beerdigungen kommt.

Zugelassene Impfstoffe und Therapeutika gegen Marburgvirus stehen aktuell noch nicht zur Verfügung. Jedoch gibt es mit den entsprechenden Medikamenten für Ebola vergleichbare Kandidatenimpfstoffe und Therapeutika, die bei einem größeren Ausbruch ggf. experimentell zum Einsatz kommen könnten.

Reisende in der Region könnten aktuell gegenüber dem Marburgvirus exponiert sein, wenn sie engen Kontakt zu schwer erkrankten Personen oder Verstorbenen bzw. deren Körperflüssigkeiten haben. Bei normalen Begegnungen mit Menschen im öffentlichen und privaten Raum, vor allem außerhalb medizinischer Einrichtungen, besteht kein Risiko. Auf Händehygiene ist allerdings zu achten. Auch in Flugzeugen wurde eine Übertragung von Marburg- oder Ebolaviren noch nie dokumentiert.

Die wichtigsten Maßnahmen vor Ort sind die schnelle Behandlung der Erkrankten, dies in Isolierung zum Schutz der Mitarbeitenden im Gesundheitssystem, außerdem die aktive Fallsuche zur Nachvollziehung von Infektionsketten und die Kontaktpersonennachverfolgung aller Kontaktpersonen zu Erkrankten (Identifizierung der Exponierten und Beobachtung im Hinblick auf die Entwicklung von Symptomen bis 21 Tage nach der letzten Exposition) durch die Gesundheitsbehörden. Zudem wurden in Ruanda Besuche in Krankenhäusern eingeschränkt und es gelten Sonderregeln bezüglich Beerdigungen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt aktuell das mit dem Ausbruch verbundene Risiko für Ruanda als sehr hoch, für die Nachbarländer als hoch und global als gering ein. Allerdings birgt das Auftreten der Infektion in einer Millionenstadt im Vergleich zu abgelegeneren, ländlicheren Ausbruchsregionen eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, dass Exponierte bzw. Infizierte das Virus in andere Regionen verbringen. Von einer Kontaktperson

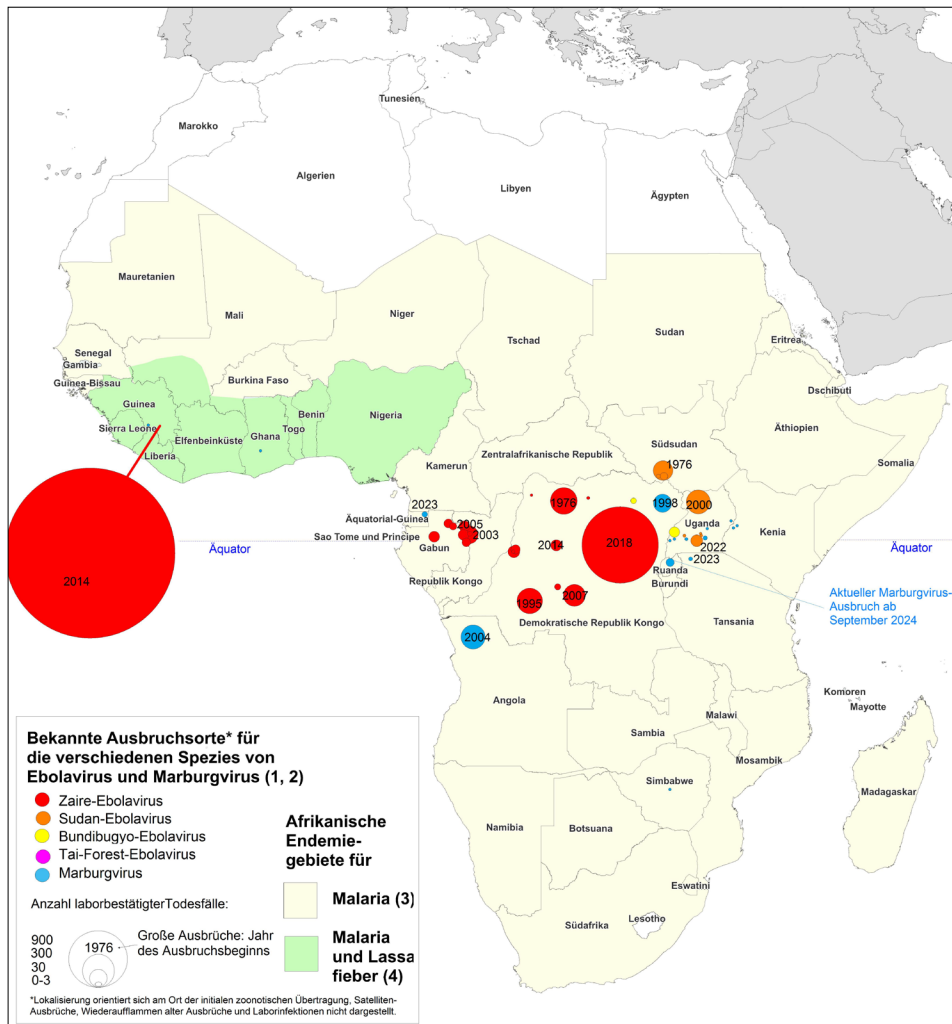


Abb. 1 | Ausbruchsorte für Ebola- und Marburgvirus-Spezies in Afrika seit 1976

(1) WHO-Informationen über aktuelle Ausbrüche

(2) CDC-Listen bisheriger Ebola- und Marburgfieber-Ausbrüche (<https://www.cdc.gov/ebola/outbreaks/index.html> und <https://www.cdc.gov/marburg/outbreaks/index.html>) – Ausbrüche des für den Menschen apathogenen Reston-Ebolavirus werden nicht dargestellt; bei reiseassoziierten oder durch Tiertransport verschleppten Fällen ist der früheste bekannte Ursprungsort der Infektionskette markiert.

(3) Länder mit endemischer Malaria in Afrika gemäß WHO (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/malaria>) – Malariafreie Hochlandregionen und andere malariafreie Landesteile sind nicht eingezeichnet.

(4) Lassa fieber-Endemiegebiete angelehnt an Fichet-Calvet E, Rogers DJ. Risk Maps of Lassa Fever in West Africa. Tesh R, ed. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2009;3(3):e388. doi: 10.1371/journal.pntd.0000388 mit Ergänzungen von Fallbeschreibungen in der Literatur.

ist bereits bekannt, dass sie nach Belgien ausgereist war, bevor der Ausbruch bekannt wurde. Dort wurde die Person durch die Gesundheitsbehörden beobachtet und blieb bis 21 Tagen nach der Exposition gesund. Eine andere Kontaktperson kam am 2.10.2024 in Deutschland an. Die Person hatte zu keinem Zeitpunkt Marburgfieber-typische Symptome, wurde negativ auf das Virus getestet und wird nun bis zum Ablauf der 21 Tage nach der Exposition bezüglich des Auftretens passender Symptome beobachtet. Ein Risiko für Mitreisende bestand nicht.

Wer Reisen in die Region plant, sollte sich beim Auswärtigen Amt informieren. Weitere Informationen zum Thema finden Sie unter www.rki.de/marburgfieber und auf den Seiten der WHO (z. B. <https://www.who.int/emergencies/emergency-events/item/2024-e000416>).

Hinweis: Das Robert Koch-Institut führt keine individuelle medizinische Beratung zu Klinik, Therapie oder Impfungen durch.

Letzte Möglichkeit zur Teilnahme an der in dieser Woche endenden Leserumfrage für das Epidemiologische Bulletin



Liebe Leserinnen und Leser,

die letzte Leserumfrage erfolgte im Jahr 2016, hier wurde die Leserschaft des Epidemiologischen Bulletins zu ihren Lesegewohnheiten und Wünschen bezüglich der Gestaltung des Epidemiologischen Bulletins sowie zu demografischen Merkmalen, wie etwa dem beruflichen Hintergrund befragt. Seit dieser Befragung hat sich nicht nur das Aussehen des Epidemiologischen Bulletins grundlegend verändert, sein Umfang und seine Reichweite haben sich ebenfalls vergrößert – insbesondere durch die COVID-19-Pandemie, aber auch durch Änderungen im Bereich Digitalisierung und Online-Publikationen.

Dies nehmen wir zum Anlass, gegenwärtig eine erneute Befragung durchzuführen. Uns interessiert, in welchem Umfang und über welche Kanäle die Beiträge im Epidemiologischen Bulletin wahrgenommen werden und wie Lesende die Re-

levanz und Qualität der Beiträge einschätzen. Gleichzeitig soll die Befragung uns dabei helfen, die Zielgruppe des Epidemiologischen Bulletins und ihre Lesegewohnheiten besser einzuschätzen, damit wir auch in Zukunft zielgruppengerecht zum Informationsaustausch im infektions-epidemiologischen Netzwerk zwischen Ärztinnen und Ärzten, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren/Konsiliarlaboren, Lehr- und Forschungsstätten sowie weiteren Fachexpertinnen und -experten beitragen können.

Über folgenden [Link](#) bzw. durch Verwendung des QR-Codes (s. oben) können Sie an der Umfrage teilnehmen. Die Befragung dauert weniger als 10 Minuten, wird anonym durchgeführt und Sie können die Teilnahme jederzeit abbrechen oder einzelne Fragen unbeantwortet lassen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

39. Woche 2024 (Datenstand: 1. Oktober 2024)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	60	3.194	2.745	36	1.093	981	10	241	246	56	3.658	2.969	15	1.276	1.149
Bayern	94	4.731	4.204	53	1.351	1.196	11	254	187	119	8.371	5.543	22	2.132	2.977
Berlin	27	1.287	1.447	4	466	307	5	119	84	35	3.257	2.300	4	1.046	865
Brandenburg	32	1.206	1.244	6	331	337	3	91	69	29	3.457	2.136	8	1.210	1.508
Bremen	8	247	223	3	51	33	0	14	14	8	283	243	4	86	127
Hamburg	7	784	770	0	163	189	6	61	51	23	1.603	1.187	1	574	719
Hessen	43	2.475	2.113	25	676	522	9	246	64	24	2.912	1.889	10	1.213	1.273
Mecklenburg-Vorpommern	28	927	892	2	225	217	5	99	50	35	1.852	1.701	4	534	969
Niedersachsen	64	3.241	2.607	15	840	742	16	518	434	71	4.831	3.354	12	1.284	1.994
Nordrhein-Westfalen	165	8.184	6.341	39	1.727	1.546	34	816	868	134	12.332	8.542	32	3.322	3.793
Rheinland-Pfalz	42	2.185	2.046	14	488	449	7	189	85	42	2.801	1.900	5	823	887
Saarland	9	524	601	1	99	75	0	15	14	4	610	520	1	223	368
Sachsen	69	2.688	2.720	17	575	473	5	213	145	79	6.348	4.088	16	1.854	2.558
Sachsen-Anhalt	26	1.033	832	14	368	339	6	132	92	55	3.421	2.145	11	661	1.635
Schleswig-Holstein	26	1.094	1.082	7	195	200	6	132	135	10	1.910	1.018	4	499	559
Thüringen	32	1.220	1.123	15	610	475	4	80	28	30	3.165	2.058	15	1.475	1.918
Deutschland	732	35.020	30.990	251	9.258	8.081	127	3.220	2.566	754	60.811	41.593	164	18.212	23.299

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	2	68	64	34	1.858	2.067	21	893	1.048	12	469	551	22	23.903	7.162
Bayern	5	93	78	57	2.948	3.248	20	1.180	1.383	6	449	503	34	45.605	12.580
Berlin	1	44	42	22	1.053	989	13	401	424	9	239	282	6	5.764	2.661
Brandenburg	0	28	18	10	327	314	1	126	136	2	94	78	4	7.020	2.185
Bremen	0	7	3	6	230	304	1	136	107	0	52	43	1	787	187
Hamburg	0	24	8	32	974	714	9	279	326	2	128	163	4	4.021	1.799
Hessen	2	68	57	21	1.328	1.489	14	537	506	12	405	353	11	11.715	4.216
Mecklenburg-Vorpommern	1	11	10	4	195	211	4	110	90	3	47	41	3	6.532	1.193
Niedersachsen	0	59	59	27	1.500	1.137	7	626	682	1	223	273	5	12.443	3.676
Nordrhein-Westfalen	9	177	203	76	3.560	4.364	38	1.804	2.113	16	686	756	25	28.844	10.899
Rheinland-Pfalz	0	27	31	27	1.099	1.353	8	309	426	3	136	166	7	10.223	3.422
Saarland	2	12	9	1	254	321	6	149	157	0	38	31	3	1.587	498
Sachsen	1	25	28	5	335	436	1	194	227	3	113	114	20	20.690	4.399
Sachsen-Anhalt	3	20	20	3	289	305	6	124	160	3	68	55	9	12.118	1.772
Schleswig-Holstein	0	20	28	4	481	401	11	314	272	1	87	87	2	4.394	1.059
Thüringen	0	17	12	4	171	222	2	103	121	2	71	71	5	8.365	1.605
Deutschland	26	700	670	333	16.602	17.875	162	7.285	8.178	75	3.305	3.567	161	204.011	59.313

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	0	24	2	0	31	30	0	1	1	86	3.673	176	52	2.283	2.270
Bayern	1	64	5	4	60	52	0	4	0	87	3.841	529	42	3.144	3.350
Berlin	0	94	13	0	17	12	0	1	1	22	683	80	8	866	631
Brandenburg	0	4	1	0	5	5	0	1	1	21	1.046	215	16	443	376
Bremen	0	2	0	1	6	4	0	0	0	4	66	5	2	131	71
Hamburg	0	16	2	0	15	8	0	1	0	7	335	60	21	376	387
Hessen	0	34	1	0	22	16	0	0	0	20	733	85	9	707	658
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	3	0	0	0	6	179	90	2	178	122
Niedersachsen	1	44	3	2	24	16	0	0	0	25	967	90	20	966	992
Nordrhein-Westfalen	2	227	6	4	95	48	0	1	0	104	3.019	244	53	2.529	2.353
Rheinland-Pfalz	0	8	0	0	23	14	0	1	0	15	715	103	12	444	362
Saarland	0	9	0	0	3	9	0	0	0	5	232	23	1	88	62
Sachsen	0	21	0	1	9	5	0	0	0	48	1.319	90	22	1.489	1.311
Sachsen-Anhalt	0	2	16	0	3	5	0	0	0	47	704	155	4	172	163
Schleswig-Holstein	0	3	1	0	15	8	0	0	0	8	406	50	7	375	417
Thüringen	0	6	0	0	8	6	0	0	0	38	976	386	7	275	286
Deutschland	4	558	50	12	336	241	0	10	3	543	18.894	2.381	278	14.466	13.811

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		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	4	77	67	24	826	584	0	78	83	1	71	51	1.129	14.413	112.657
Bayern	5	91	77	32	1.011	735	6	172	161	4	95	110	2.260	27.217	165.220
Berlin	1	85	61	9	512	441	1	40	32	0	60	29	279	5.188	39.910
Brandenburg	0	17	18	3	169	194	1	64	66	0	21	29	334	3.553	28.927
Bremen	0	1	4	0	29	23	0	6	6	0	3	7	34	891	9.218
Hamburg	0	18	23	5	303	236	1	28	20	1	34	24	180	3.674	16.891
Hessen	3	63	44	21	900	626	3	86	53	1	82	65	569	10.526	94.866
Mecklenburg-Vorpommern	0	8	8	1	142	72	0	20	55	0	14	17	362	3.613	20.211
Niedersachsen	1	55	37	13	602	449	0	137	116	1	76	105	549	12.320	131.632
Nordrhein-Westfalen	3	109	130	55	1.563	1.402	10	458	363	4	209	252	1.731	32.511	299.459
Rheinland-Pfalz	0	17	16	9	321	215	0	54	59	0	20	18	417	6.903	60.644
Saarland	0	3	1	2	31	39	0	10	6	0	15	6	135	1.783	17.296
Sachsen	0	16	13	2	191	240	5	212	90	1	55	67	704	9.110	37.419
Sachsen-Anhalt	1	10	11	6	155	98	1	70	78	4	42	32	467	5.653	22.928
Schleswig-Holstein	0	19	29	4	189	148	0	38	40	1	23	36	316	5.239	27.911
Thüringen	0	8	4	1	89	65	0	47	23	2	37	29	292	3.514	16.763
Deutschland	18	597	543	187	7.033	5.567	28	1.520	1.251	20	857	877	9.758	146.108	1.101.952

1 Infektion und Kolonisation

(Acinetobacter spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

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	2024		2023
	39.	1.–39.	1.–39.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	243	823
Bornavirus-Erkrankung	0	3	3
Botulismus	0	7	36
Brucellose	0	26	28
<i>Candida auris</i> , invasive Infektion	0	3	—*
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	27	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	61	115
Denguefieber	11	1.376	620
Diphtherie	0	36	103
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	3	536	407
Giardiasis	39	2.079	1.805
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	20	1.285	1.375
Hantavirus-Erkrankung	4	346	267
Hepatitis D	0	81	100
Hepatitis E	59	3.561	3.776
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	44	68
Kryptosporidiose	74	2.164	1.768
Legionellose	66	1.653	1.589
Lepra	0	0	2
Leptospirose	0	167	163
Listeriose	13	518	487
Malaria	28	711	—*
Meningokokken, invasive Infektion	0	259	188
Mpox	4	122	32
Nicht-Cholera-Vibrien-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	32	8
Paratyphus	0	38	26
Pneumokokken, invasive Infektion	99	6.203	3.928
Q-Fieber	0	66	60
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	57	42.644	—*
Shigellose	47	1.442	635
Trichinellose	0	2	1
Tularämie	2	131	64
Typhus abdominalis	4	60	62
West-Nil-Fieber	0	2	2
Yersiniose	34	2.301	1.460
Zikavirus-Erkrankung	0	29	9

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

* Die Meldepflicht für den Nachweis von *Plasmodium spp.* (Malaria-Erreger) wurde im Rahmen einer IfSG-Änderung im Juli 2023 von der nichtnamentlichen Meldung an das RKI gemäß § 7 Abs. 3 IfSG zu einer namentlichen Meldung an das Gesundheitsamt gemäß § 7 Abs. 1 IfSG geändert. Eine Meldepflicht für RSV und *Candida auris* besteht erst seit Juli 2023. Der Vergleich mit den Vorjahreswerten erfolgt ab 2025.

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen

gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

Berichtsmonat: Juli 2024 (Datenstand: 1. Oktober 2024)

	Syphilis			HIV-Infektion			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	Juli	Januar – Juli		Juli	Januar – Juli		Juli	Januar – Juli		Juli	Januar – Juli	
Baden-Württemberg	48	532	453	27	239	185	6	25	22	0	0	5
Bayern	104	885	866	58	339	365	1	27	27	0	2	1
Berlin	91	787	892	24	170	165	1	10	10	0	0	0
Brandenburg	6	62	97	11	49	40	2	4	2	0	0	0
Bremen	4	56	49	7	39	31	1	1	1	0	0	0
Hamburg	31	337	325	13	132	145	0	5	3	0	0	0
Hessen	34	388	413	12	111	96	0	6	11	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	8	65	49	3	33	24	0	0	1	0	0	0
Niedersachsen	17	315	342	16	167	178	1	6	14	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	91	1.084	1.160	45	314	361	0	12	16	1	2	0
Rheinland-Pfalz	17	191	146	15	87	90	0	4	4	0	1	0
Saarland	2	53	30	2	13	11	0	0	0	0	0	0
Sachsen	19	252	277	10	73	84	1	6	2	0	2	0
Sachsen-Anhalt	4	70	84	7	41	50	0	0	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	13	103	104	11	78	43	1	3	3	0	0	0
Thüringen	3	70	70	4	31	24	0	1	1	0	0	1
Deutschland	496	5.279	5.369	265	1.916	1.892	14	110	118	1	7	7

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)