

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

26
2026

25. Juni 2026

Epidemiologisches Bulletin

HIV-Jahresbericht 2025

Inhalt

HIV-Jahresbericht 2025

3

Gemäß § 7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der direkte oder indirekte Nachweis einer Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) nichtnamentlich direkt an das Robert Koch-Institut (RKI) zu melden. Für das Jahr 2025 wurden dem RKI bis zum 1.4.2026 insgesamt 3.152 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet. Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, in dem 3.280 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet wurden. Für 2025 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 den erstmaligen Nachweis der HIV-Infektion in Deutschland.

Annual HIV Report 2025

According to § 7 (3) of the Infection Protection Act (IfSG), direct or indirect detection of an infection with the human immunodeficiency virus (HIV) must be reported to the Robert Koch Institute (RKI). For 2025, a total of 3.152 confirmed new HIV diagnoses were reported to the RKI by April 1, 2026. This represents no substantial change compared to the previous year, in which 3.280 new HIV diagnoses were reported. However, a significant number of these HIV diagnoses in Germany in 2025 are still reported for individuals who have fled from the Ukraine and it can be assumed that in most of these cases, their HIV diagnosis and treatment initiation already occurred in the Ukraine. Consequently, these cases most likely represent first detections of an HIV infection in Germany rather than actual new diagnoses.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 25. Woche 2026

19

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
(Ltd. Redakteurin)
Sabine Trömer
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt
Sabine Schleusener
(Stellv. Redaktionsassistentin)

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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

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

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



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

HIV-Jahresbericht 2025

Zusammenfassung

Gemäß §7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der direkte oder indirekte Nachweis einer Humanen Immundefizienz-Virus-(HIV-)Infektion nichtnamentlich unmittelbar direkt an das Robert Koch-Institut (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 2025 wurden dem RKI bis zum 1.4.2026 insgesamt 3.152 gesicherte HIV-Neudiagnosen als direkter und indirekter Erstnachweis gemeldet. Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, in dem 3.280 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet wurden. Für 2025 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-Infektion und der Behandlungsbeginn bereits in der Ukraine diagnostiziert bzw. dokumentiert wurden. Folglich handelt es sich hier meistens nicht um tatsächliche Neudiagnosen, sondern um den erstmaligen Nachweis der HIV-Infektion in Deutschland.

Methoden

Gemäß §7 Abs. 3 IfSG ist der direkte oder indirekte Nachweis einer HIV-Infektion nichtnamentlich unmittelbar an das RKI zu melden. Die Meldung erfolgt über die Labore, in denen die Erregerdiagnostik durchgeführt wurde, und wird ergänzt durch Angaben der einsendenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen.

Fallkriterien der HIV-Meldungen

Allen HIV-Meldungen liegen labordiagnostisch gesicherte Nachweise von HIV-Infektionen zugrunde.

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 durch die HIV-Dokumentation am RKI sowie seit 2018 anhand eines automatisierten Algorithmus auf Doppelmeldungen geprüft. Bei diesem Verfahren werden die Datensätze automatisch anhand festgelegter Kriterien miteinander verglichen. In die Meldestatistik gehen nur eindeutige Erstdiagnosen ein.

Unterschied zu Daten aus der HIV-Schätzung

Die hier berichteten HIV-Melddaten unterscheiden sich von der jährlich vom RKI vorgenommenen Schätzung der Neuinfektionen, da zwischen Infektion und Diagnose einer HIV-Infektion mehrere Monate bis Jahre liegen können. Die hier berichteten Melddaten bilden nur die gemeldeten Neudiagnosen von HIV-Infektionen bis 2025 ab, während in der Schätzung auch der Infektionszeitpunkt modelliert wird. In die Schätzung fließen darüber hinaus weitere Daten ein, die in den Melddaten nicht berücksichtigt sind oder durch multiple Imputation erzeugt werden. Die Methodik der HIV-Schätzung ist im [Epidemiologischen Bulletin 47/2018](#) beschrieben.¹

HIV-Meldungen zu Menschen ukrainischer Herkunft

Im Meldejahr 2025 ist zu berücksichtigen, dass auch im Jahr 2025 noch in erheblichem Umfang HIV-Meldungen von aus der Ukraine nach Deutsch-

land geflüchteten Personen erfolgten (Stand Kalenderwoche 13/2026: 474). 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. Eine gesonderte Analyse der Fälle ukrainischer Herkunft von 2022 unter Berücksichtigung der Rezenz der HIV-Infektion wurde bereits veröffentlicht.² Eine weitere Analyse der Meldungen mit Ukrainebezug nach dem Beginn des Angriffskriegs Russlands gegen die Ukraine wurde im Februar 2026 publiziert.³

Aktuelle HIV-Meldedaten unter Berücksichtigung von Versorgungsaspekten

Die Gesamtmenge neuer Erstdiagnosen gibt einen Einblick in die Zahl der Personen, die in dem Jahr potenziell zur HIV-Versorgung hinzugekommen sind. In den folgenden Abschnitten werden die Charakteristika der Personen mit HIV-Neudiagnose beschrieben.

Allgemeine Entwicklung 2025

Dem RKI wurden für das Jahr 2025 insgesamt 3.152 gesicherte HIV-Neudiagnosen als direkter und indirekter Erstnachweis gemeldet (Datenstand: 1.4.2026). Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, für das zum aktuellen Datenstand 3.280 Menschen mit HIV-Neudiagnosen gezählt wurden (s. Tab. 1).

Alter und Geschlecht

Unter den 3.152 Menschen mit HIV-Neudiagnose im Jahr 2025 lag die absolute Zahl der Männer bei 2.312 (73 %), was einem Rückgang um 3 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (2024: 2.394 Neudiagnosen). Die Zahl der Frauen lag bei 840 (27 %), was einem Rückgang um 5 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (2024: 885 Neudiagnosen) (s. Tab. 2). Seit Dezember 2019 ist die Übermittlung der Geschlechterangabe „divers“ möglich. Diese beschreibt den Personenstand und gibt nicht notwendigerweise

über die geschlechtliche Identität Auskunft. Es wurde 2025 keine Meldung mit einem Geschlechtereintrag „divers“ dokumentiert. Bei 30 Fällen wurde eine transgeschlechtliche Identität im Rahmen der Meldung in Freitext- und Kommentarfeldern angegeben. Jedoch ist durch diese ungestützte Erhebung von einer Untererfassung auszugehen, da eine transgeschlechtliche und/oder genderdiverse Identität nicht immer bekannt ist oder offenbart wird. Eine Auswertung der Neudiagnosen bei trans und genderdiversen Personen aus den Jahren 2001–2023 findet sich im [Epidemiologischen Bulletin 40/2024](#).⁴ Weitere Informationen zur sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen finden sich im Forschungsbericht und weiteren Auswertungen der Studie „Sexuelle Gesundheit in trans und nicht-binären Communitys“ (TASG).^{5–8}

Das Alter bei Neudiagnose war für 3.137 Menschen mit HIV-Erstdiagnose (99,5 %) vorhanden und lag im Median bei 39 Jahren (Interquartilbereich 30–48 Jahre). Insgesamt 30 Erstdiagnosen (1 %) wurden bei Personen <18 Jahre gemeldet und 124 Erstdiagnosen (4 %) bei Personen im Alter von 65 Jahren und höher. Das mediane Alter bei Diagnose war bei Männern (38 Jahre, Interquartilbereich 30–48 Jahre) und Frauen (39 Jahre, Interquartilbereich 32–47 Jahre) vergleichbar. Die meisten Erstdiagnosen wurden bei Männern in den Altersgruppen 25–34 Jahre (30 %) und 35–44 Jahre (28 %) gemeldet. Bei Frauen waren es die Altersgruppen 35–44 Jahre (36 %) und 25–34 Jahre (23 %).

Weitere Analysen zu Alter, Geschlecht und regionaler Verteilung sind im [Infektionsepidemiologischen Jahrbuch](#) dargestellt.

HIV-2 und HIV-1/HIV-2-Doppelinfektion

Im Jahr 2025 wurden bei 4 Personen eine Infektion mit HIV-2 (0,1 %) sowie bei 3 Personen eine Doppelinfektion mit HIV-1 und HIV-2 (0,1 %) neu diagnostiziert.

Wahrscheinliche Transmissionswege

Von den 3.152 Menschen mit HIV-Neudiagnose im Jahr 2025 waren 1.080 (34 %) Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), 950 (30 %) Menschen mit heterosexueller Übertragung (HET), und 188 (6 %) Menschen mit injizierendem Drogenkonsum

Anzahl HIV-Neudiagnosen

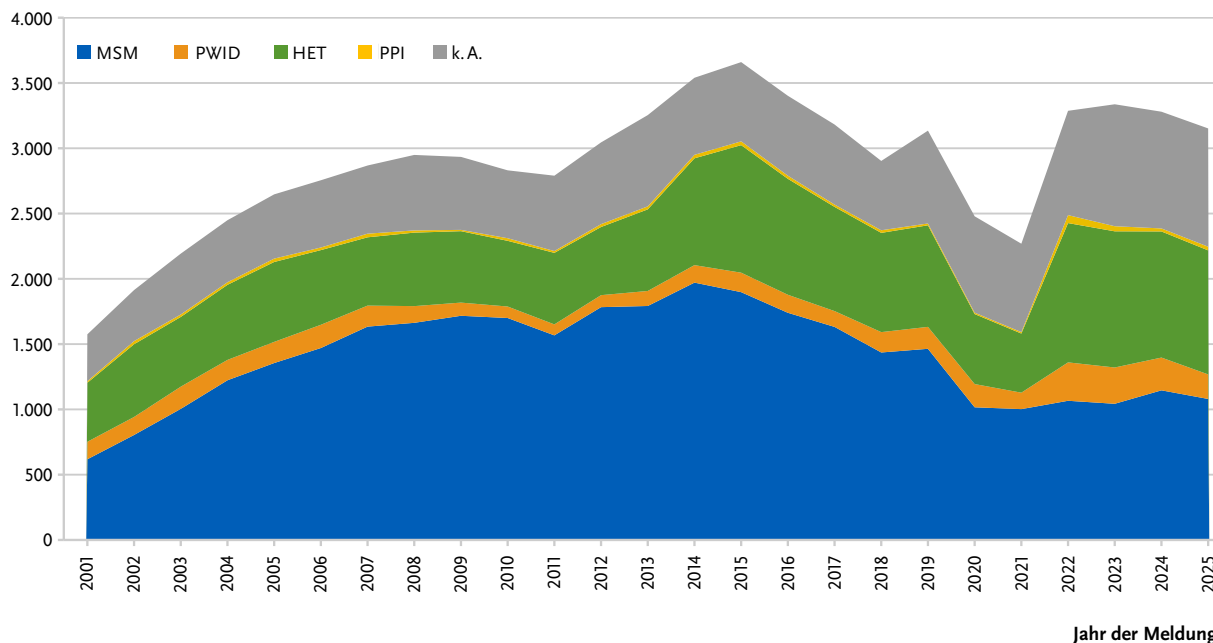


Abb. 1 | HIV-Neudiagnosen nach Jahr der Diagnose und Transmissionsrisiko (2001–2025)

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

(*people who inject drugs* – PWID). Bei 28 (1%) Personen ging die Neudiagnose auf eine Übertragung von Mutter zu Kind zurück (prä-/perinatale Infektionen – PPI). Bei 906 (29%) Personen war der wahrscheinliche Übertragungsweg nicht ermittelbar (s. Abb. 1 und Tab. 4).

Die Neudiagnosen bei MSM sind im Vergleich zum Vorjahr um 66 (–6%) Fälle gesunken. Von den 1.080 MSM mit HIV-Neudiagnose im Jahr 2025 kamen 506 (47%) aus Deutschland, 517 (48%) aus dem Ausland und zu 57 (5%) wurden zur Herkunft keine Angaben gemacht.

Von den 950 Menschen mit HIV-Neudiagnose mit HET waren 132 (14%) mit Herkunft aus Deutschland, 796 (84%) aus dem Ausland und 22 (2%) ohne Herkunftsangabe. Von den HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit HET entfielen 642 (68%) auf Frauen und 308 (32%) auf Männer. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei HET um 16 (–2%). In dieser Gruppe stiegen die Neudiagnosen bei Männern um 4 (+1%), bei Frauen sanken die Neudiagnosen um 19 (–3%).

Bei den Übertragungen im Rahmen von PWID ging die absolute Anzahl der HIV-Neudiagnosen von 251 im Jahr 2024 zurück auf 188 (–25%) im Jahr 2025. Die Zahl der Fälle mit deutscher Herkunft sank von 80 im Jahr 2024 auf 60 (–25%), ebenso reduzierten sich die Fälle mit ausländischer Herkunft von 161 auf 114 (–29%). Die Zahl der Fälle ohne Herkunftsangabe stieg von 10 im Jahr 2024 auf 14 im Jahr 2025 (+40%).

Mutter-Kind-Transmission

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 28 PPI gemeldet, davon 13 bei Kindern bis zum Alter von einschließlich 14 Jahren, die im Folgenden weiter charakterisiert werden. Zwei dieser diagnostizierten Kinder wurden in Deutschland geboren. Diese wurden jeweils im ersten Lebensjahr mit HIV diagnostiziert. Bei acht im Ausland geborenen Kindern ist unklar, ob die Infektion vor der Erstdiagnostik in Deutschland bereits bekannt war, da diese Informationen im Rahmen der Meldung nicht erhoben werden. Alle acht der im Ausland geborenen Kinder stammen aus der Ukraine. Bei drei der Kinder konnte das Infektionsland (Geburtsland) nicht ermittelt

werden. Die Kinder mit Geburtsland im Ausland oder ohne Angabe waren bei der Erstdiagnose in Deutschland zwischen Null und 14 Jahre alt.

Herkunft

Von den 3.152 Menschen mit HIV-Neudiagnose im Jahr 2025 lagen für 2.905 Menschen (92 %) Angaben zu Herkunftsland/-region vor. Bei 247 Menschen wurden keine Angaben dazu gemacht und deren Herkunft konnte nicht ermittelt werden. Das Herkunftsland bzw. die Herkunftsregion bezeichnet das Land/die Region, in dem sich die betroffene Person die überwiegende Zeit ihres Lebens aufgehalten hat.

Wo Angaben zu Herkunftsland/-region bei Menschen mit HIV-Neudiagnose vorlagen, waren 39 % deutscher Herkunft, 20 % mit Herkunft aus Osteuropa/Zentralasien, 12 % aus West- und Zentraleuropa, 12 % aus Subsahara-Afrika, 7 % aus der Karibik und Lateinamerika, 5 % aus Nordafrika und dem Nahen Osten, 4 % aus Asien/Ozeanien und <1 % aus Nordamerika. Die Zahl der Menschen mit HIV-Neudiagnose stieg im Jahr 2025 gegenüber dem Vorjahr 2024 für die Herkunft aus West-/Zentraleuropa, Asien/Ozeanien, Nordafrika/Naher Osten und Karibik/Lateinamerika an, für die Regionen Deutschland, Osteuropa/Zentralasien, Subsahara-Afrika und Nordamerika sank sie.

Die Anzahl der Menschen mit HIV-Neudiagnose mit Herkunftsangabe Deutschland ist von 2024 bis 2025 um 117 Fälle gesunken (-9 %). Weiter ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Personen mit nicht-deutscher Herkunft von 2024 bis 2025 um 14 Fälle gesunken (-1 %). Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Personen, bei denen das Herkunftsland nicht ermittelt werden konnte, hat sich von 2024 auf 2025 leicht erhöht (+1 %) (s. [Abb. 2](#)).

Die Betrachtung der Trends für die verschiedenen nicht-deutschen Herkunftsregionen zeigt ab 2015 bis 2021 einen Rückgang von Menschen mit HIV-Neudiagnose aus Subsahara-Afrika, die ab 2022 wieder anstiegen (s. [Abb. 3](#)). In den Jahren 2020 und 2021 ging die Anzahl der Neudiagnosen für alle Herkunftsregionen zurück. Die Diagnosezahlen bei Menschen aus Nordamerika, Karibik/Lateinamerika und Asien/Ozeanien blieben weitgehend gleich in den letzten drei Jahren. Die Diagnosezahlen für Menschen aus West- und Zentraleuropa blieben in den letzten Jahren ebenfalls auf vergleichbarem Niveau. Im Jahr 2022 kam es zu einem Anstieg der Fallzahlen, insbesondere für Menschen mit Herkunft aus Osteuropa. Seit 2023 sind die gemeldeten Fälle aus Osteuropa leicht rückläufig, aber verbleiben weiter auf hohem Niveau. Dies ist auf die Aufnahme von geflüchteten Menschen aus der Ukraine zurückzuführen.

Anzahl Neudiagnosen

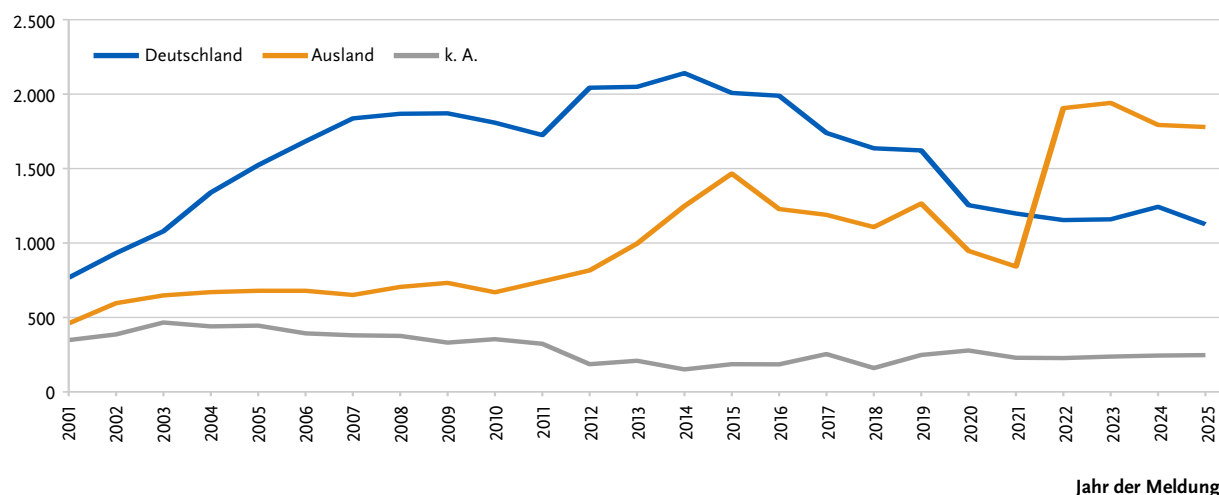


Abb. 2 | Herkunftsangaben bei HIV-Neudiagnosen in den Jahren 2001–2025

k. A. = keine Angabe

Anzahl HIV-Neudiagnosen

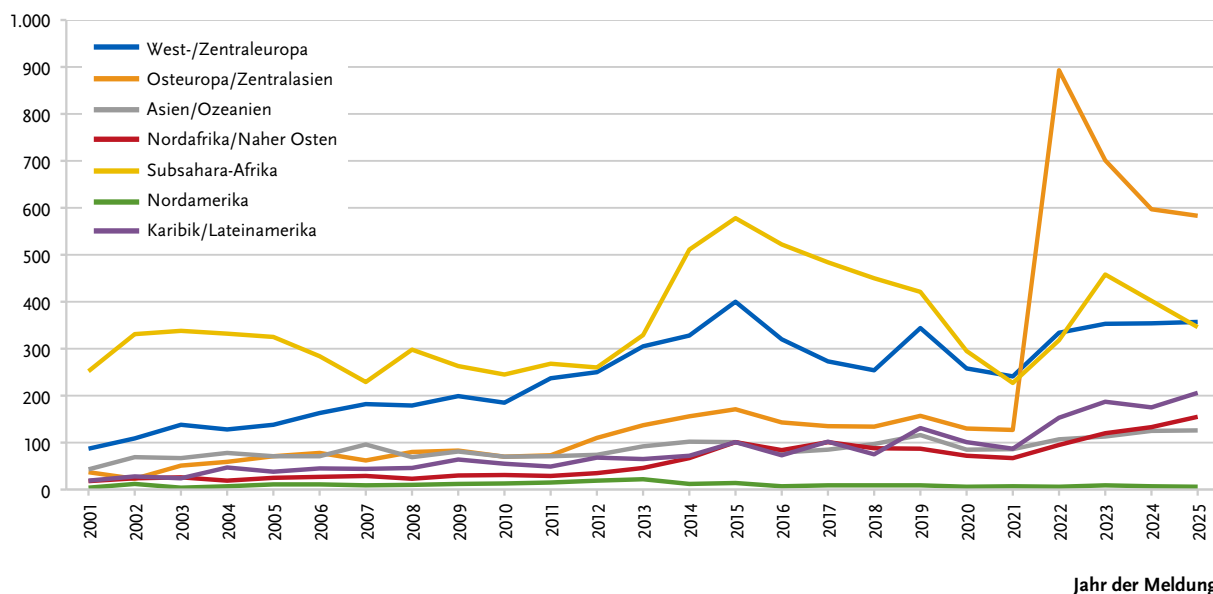


Abb. 3 | HIV-Neudiagnosen mit Angaben zu nicht deutscher Herkunft in den Jahren 2001–2025

Infektionsregionen

Von den 3.152 Menschen mit HIV-Neudiagnose im Jahr 2025 lagen für 2.276 Menschen (72 %) Angaben zu Infektionsland oder -region vor. Bei 876 Menschen wurden keine Angaben zum Infektionsland/-region gemacht.

Die Anzahl der Menschen mit HIV-Neudiagnose mit ausreichenden Angaben zum Infektionsland/-region verteilte sich 2025 wie folgt: 49 % auf in Deutschland erworbene Neudiagnosen, 20 % in Osteuropa/Zentralasien, 11 % in Subsahara-Afrika, 8 % in West- und Zentraleuropa, 5 % in der Karibik/Lateinamerika, 5 % in Asien/Ozeanien, 2 % in Nordafrika und dem Nahen Osten und 0,2 % in Nordamerika. Die Zahl der in Deutschland erworbenen Infektionen sank im Jahr 2025 gegenüber dem Vorjahr 2024 um 119 von 1.228 auf 1.109 (−10 %). Die Zahl der im Ausland erworbenen Infektionen stieg um 7 von 1.160 auf 1.167 (+1 %) und blieb somit auf vergleichbarem Niveau. Die Zahl der Neudiagnosen ohne Angaben von Infektionsland/-region sank um 16 von 892 auf 876 (−2 %).

Wahrscheinliche Transmissionswege nach Herkunft

Menschen mit HIV-Neudiagnose weisen teilweise beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Trans-

missionswege und Infektionsregionen auf. Im Jahr 2025 lagen bei 2.905 Menschen mit HIV-Neudiagnose Angaben zu Herkunftsland/-region vor. Bei diesen fehlten bei 754 (26 %) die Angaben zum Transmissionsweg und bei 715 (25 %) die Angaben zu Infektionsland/-region.

Bei Menschen mit HIV-Neudiagnose mit Herkunft aus Deutschland, West-/Zentraleuropa, Asien/Ozeanien, Nordafrika/Naher Osten sowie dem gesamten amerikanischen Kontinent entfiel der größte Anteil der Transmissionen auf MSM, wenn Angaben zum Transmissionsweg vorhanden sind (s. Abb. 4). Bei Menschen mit Herkunft Osteuropa/Zentralasien sowie Subsahara-Afrika war für den größten Anteil der Transmissionen HET angegeben. Jedoch ist anzumerken, dass für Personen aus Subsahara-Afrika aufgrund der epidemiologischen Lage in der Region eine heterosexuelle Übertragung angenommen wird, wenn keine weiteren Angaben vorliegen. Übertragung durch injizierenden Drogenkonsum wurde am häufigsten bei Menschen mit HIV-Neudiagnose aus Osteuropa/Zentralasien, gefolgt von Deutschland und West-/Zentraleuropa berichtet. PPI wurden insgesamt selten gemeldet.

Über den zeitlichen Verlauf wurden bis 2021 die meisten Neudiagnosen bei MSM deutscher Herkunft

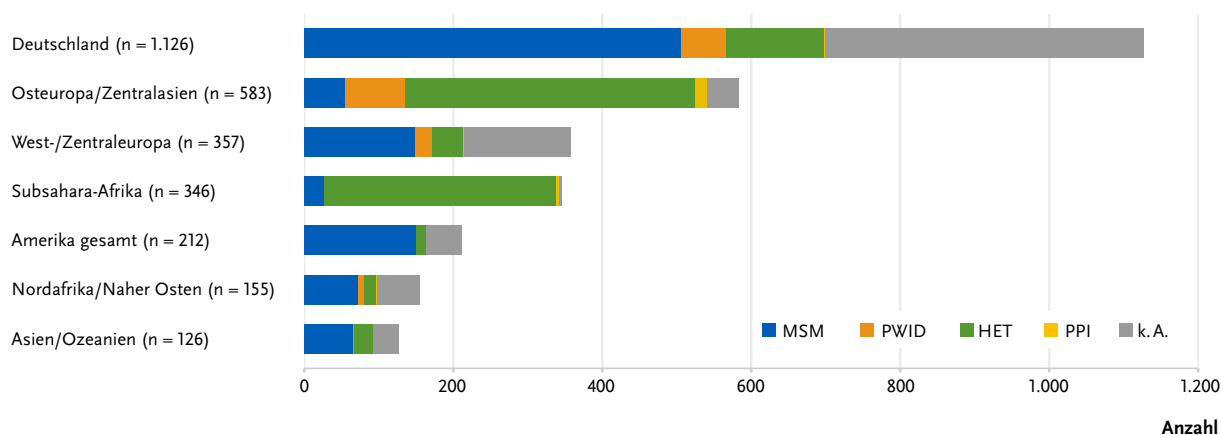


Abb. 4 | HIV-Neudiagnosen nach Herkunftsregion und wahrscheinlichem Transmissionsweg, 2025

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

gemeldet, gefolgt von Fällen mit HET und MSM mit jeweils nicht-deutscher Herkunft (s. Abb. 5a–5c). Seit 2022 wurden in allen Transmissionsgruppen häufiger Neudiagnosen bei Menschen nicht-deutscher Herkunft gemeldet, was auch mit der erhöhten Zahl geflüchteter Menschen aus der Ukraine zusammenhängt. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Fälle bei Personen mit HET deutscher Herkunft (2024: 130, 2025: 132, +2 %) und MSM nicht-deutscher Herkunft (2024: 488, 2025: 517, +6 %) an. Bei MSM deutscher Herkunft (2024: 600, 2025: 506, –16 %), PWID deutscher Herkunft (2024: 80, 2025: 60, –25 %), PWID nicht-deutscher Herkunft (2024: 161, 2025: 114, –29 %) und Personen mit HET nicht-deutscher Herkunft (2024: 811, 2025: 796, –2 %) wurde ein Rückgang der gemeldeten Neudiagnosen beobachtet.

Wahrscheinliche Infektionsregionen nach Herkunft

Über 65 % der HIV-Neudiagnosen bei Menschen deutscher Herkunft wurden auch in Deutschland erworben, wohingegen bei ca. 9 % die Übertragung im Ausland vermutet wurde. Bei Menschen mit Herkunft aus anderen Ländern wurde, soweit bekannt, am häufigsten die Transmission im Ausland angegeben (59 %). Jedoch ist auch anzumerken, dass 28 % der in Deutschland erworbenen HIV-Neudiagnosen auf Menschen nicht-deutscher Herkunft entfallen.

Regionale Entwicklung der HIV-Neudiagnosen

Im Jahr 2025 wurden die meisten Menschen mit HIV-Neudiagnose aus Bayern, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin gemeldet (s. Tab. 3). Im Jahr 2025 wurden im Vergleich zum Jahr 2024 in 10 Bundesländern eine Abnahme beobachtet und in 6 Bundesländern stieg die Zahl der Menschen mit HIV-Neudiagnose an. Die stärksten Anstiege wurden 2025 in Niedersachsen (+26) und Sachsen (+20) registriert.

Die HIV-Neudiagnosen bei MSM sind im Jahr 2025 im Vergleich zu 2024 um 66 Neudiagnosen gesunken. Regional gesehen fanden sich die stärksten Anstiege der absoluten Zahlen in Hessen (+19), Sachsen (+9) und Baden-Württemberg (+3) (s. Tab. 3 und Tab. 4).

Perspektiven für die Gestaltung der Primärprävention im deutschen Kontext vor dem Hintergrund der HIV-Neudiagnosen

Im folgenden Abschnitt werden die gemeldeten Menschen mit HIV-Neudiagnose beschrieben, die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind. Dies schließt alle Menschen ein, bei denen die Transmission in Deutschland erfolgt ist, sowie Menschen deutscher Herkunft mit Transmission im Ausland. Durch diese Analyse können Populationen beschrieben werden, bei denen vermehrt HIV-Diagnosen berichtet wur-

Anzahl Neudiagnosen

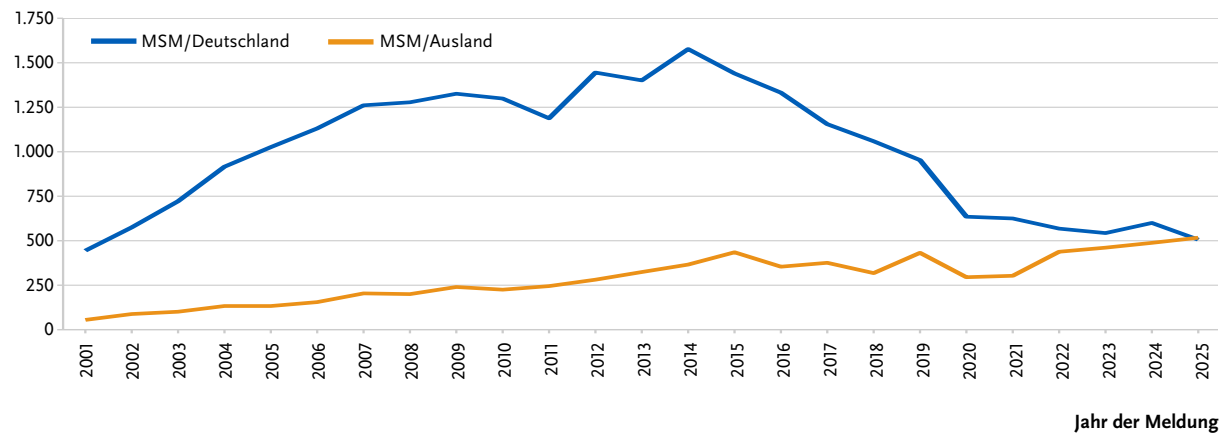


Abb. 5a | HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), nach Herkunft, 2001–2025

Anzahl Neudiagnosen

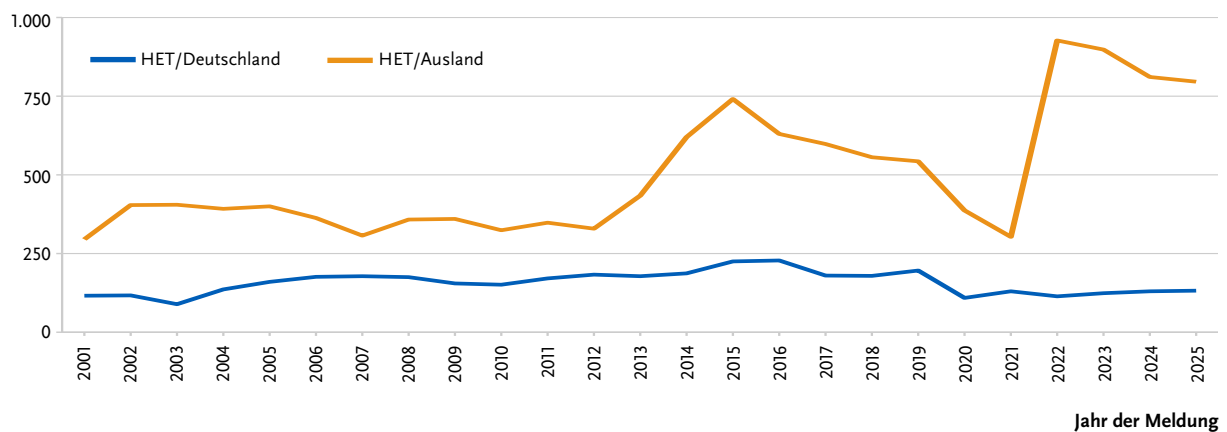


Abb. 5b | HIV-Neudiagnosen bei heterosexuellen Kontakten (HET) nach Herkunft, 2001–2025

Anzahl Neudiagnosen

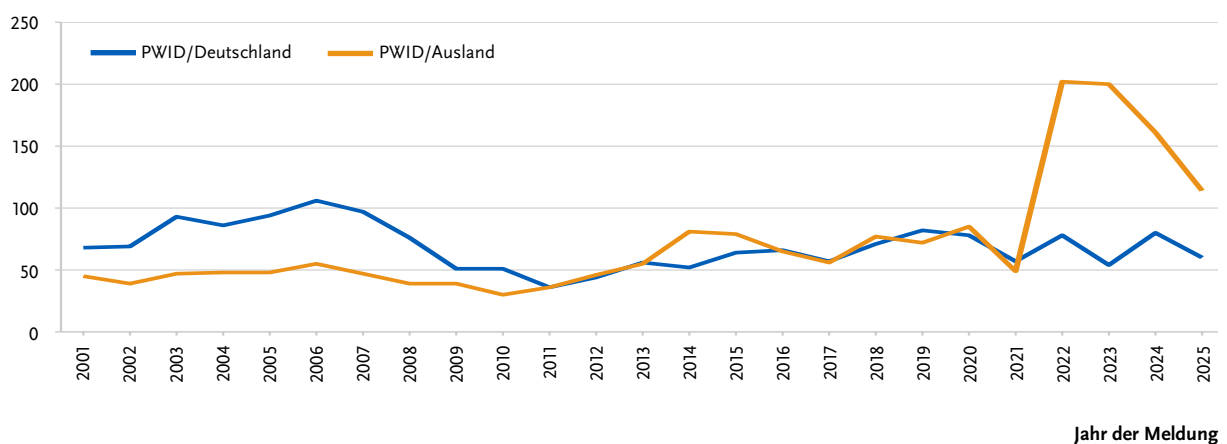


Abb. 5c | HIV-Neudiagnosen bei Menschen, die Drogen injizieren (PWID), nach Herkunft, 2001–2025

den und die von einem verbesserten Zugang zu Informationen und Maßnahmen der Primärprävention, z. B. Wissensvermittlung, Kondome, HIV-Prä-expositionsprophylaxe (PrEP) sowie sichere Konsummaterialien in Deutschland profitieren könnten. Als Einschränkung ist zu beachten, dass in den Melde-daten die Dauer der Infektion zum Zeitpunkt der Diagnose nicht bekannt ist und von der Zahl der gemeldeten Menschen mit Neudiagnose nicht ohne Weiteres Rückschlüsse auf das Infektionsgeschehen gezogen werden können. Daher sind weitere Untersuchungen notwendig, z. B. die HIV-Schätzung, die Inzidenz-Surveillance von HIV-(InzSurv-HIV-)Studie und die integrierte genomische HIV-Surveillance (IGS-HIV), die die bestehenden Daten ergänzen.⁹⁻¹¹ Über diese Analysen hinaus sind auch HIV-Infektionen, die im Ausland von Personen nicht-deutscher Herkunft erworben wurden, relevant für den deutschen Kontext hinsichtlich der Gewährleistung eines barrierearmen Zugangs zur HIV-Testung und medizinischer Versorgung. Die geschätzten Zahlen zu Menschen mit HIV, die eine Diagnose und eine antiretrovirale Therapie erhalten haben, sind Teil der HIV-Schätzung.¹¹

Von den 3.152 Menschen mit HIV-Neudiagnose 2025 wurden 1.500 (48 %) identifiziert, aus denen Informationen für die Gestaltung der Primärprävention zur Verhinderung zukünftiger Transmissionen in Deutschland abgeleitet werden können. Hierzu gehören 1.125 (75 %) Personen deutscher Herkunft und 375 (25 %) Personen nicht-deutscher oder unbekannter Herkunft, deren Infektion in Deutschland erfolgte.

Der Großteil dieser HIV-Neudiagnosen betraf MSM, gefolgt von Menschen mit unbekanntem Transmissionsweg, Menschen mit HET und PWID (s. Abb. 6).

Bei MSM sind die HIV-Neudiagnosen mit Relevanz für die Primärprävention zwischen 2014 bis 2023 rückläufig gewesen und verzeichneten nach einem leichten Anstieg 2024 im aktuellen Berichtsjahr 2025 einen leichten Rückgang (2024: 795, 2025: 723, -9 %). Bei Menschen mit HET lagen diese seit 2020 bei ca. 200 HIV-Neudiagnosen pro Jahr mit einer leicht ansteigenden Tendenz (2024: 190, 2025: 209, +10 %). Bei PWID lassen sich in den letz-

Anzahl Neudiagnosen

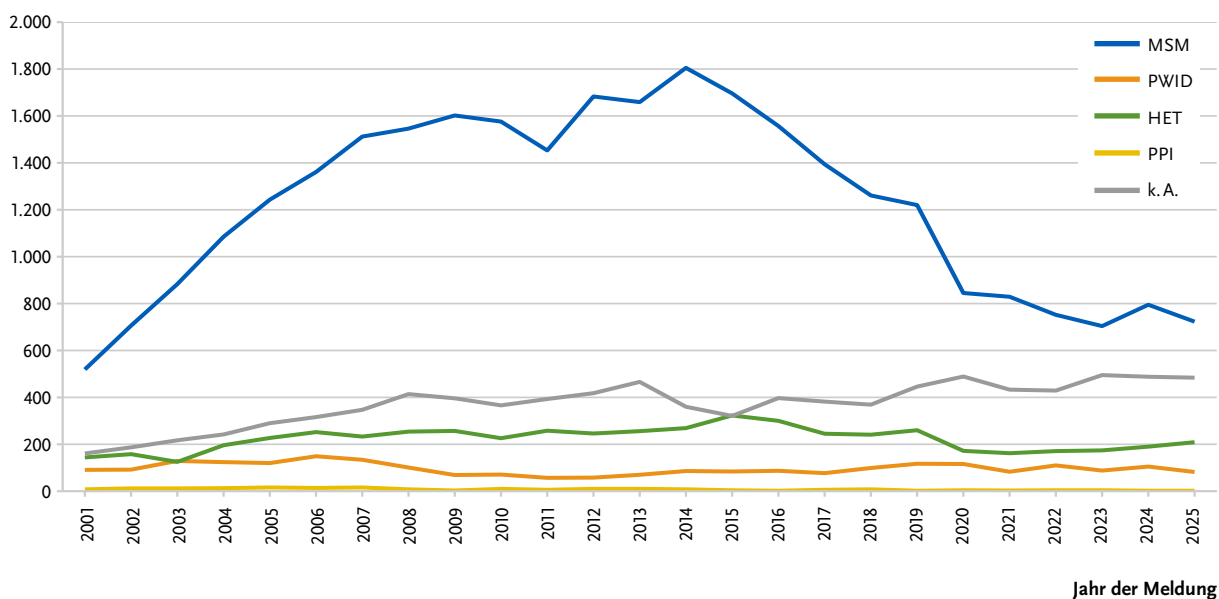


Abb. 6 | HIV-Neudiagnosen, die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001–2025

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

ten Jahren leicht abnehmende Fallzahlen beobachten, die jedoch Schwankungen unterliegen (2024: 105, 2025: 82, -22 %). Bei PPI sind die Zahlen konstant im niedrigen Bereich (2024: 2, 2025: 2, 0 %). In den Abbildungen 7a –7c sind die HIV-Neudiagnosen mit Relevanz für die Primärprävention nach Transmissionsgruppen und Herkunft dargestellt.

Diskussion

Bei der Bewertung der Meldezahlen ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Menschen mit HIV-Neudiagnose 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-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben

Das HIV-Infektionsgeschehen in Deutschland wird stark durch die Entwicklung bei der Gruppe der MSM geprägt. Der größte Teil der Infektionen bei MSM wird in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworben und mehr als die Hälfte der Neudiagnosen unter MSM betrifft Menschen 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 auf 1.080 Neudiagnosen 2025 abgefallen. Zum Rückgang können neben einer frühzeitigen Diagnosestellung und der effektiven Behandlung von Menschen mit HIV-Diagnose auch pandemiebedingte Verhaltensanpassungen und die Nutzung der HIV-PrEP geführt haben. Ein Zusammenhang mit der Nutzung einer HIV-PrEP ist wahrscheinlich, lässt sich aber angesichts weiterer Einflussfaktoren nicht anhand dieser Daten allein quantifizieren. Die Zahl der Neudiagnosen kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst sein, z. B. Häufigkeit der Testung unter MSM, Migrationsgeschehen oder tatsächliches Transmissionsgeschehen.

Einfluss der HIV-PrEP

Die Zahl der PrEP-Nutzenden ist wahrscheinlich zunächst durch die Verfügbarkeit preisgünstiger

Generika im Herbst 2017 sowie durch die Einführung der HIV-PrEP als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen im September 2019 angestiegen und lag nach Schätzungen des RKI mit Stand Ende September 2024 bei ca. 40.000 Personen.^{12,13} Ein Bericht der IGES schätzte die Anzahl Personen mit PrEP-Leistungen im Jahr 2023 in einer vergleichbaren Größenordnung von ca. 50.000.¹⁴ In den Bundesländern mit Metropolregionen (Berlin, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Hamburg, Hessen) leben 79 % aller geschätzten PrEP-Nutzenden, davon allein in Berlin 32 %.^{14,15} Bei MSM deutscher Herkunft ist seit 2014 ein deutlicher Rückgang der HIV-Neudiagnosen mit Relevanz für die Primärprävention zu beobachten. Im Gegensatz dazu bleibt die Zahl der Neudiagnosen mit Relevanz für die Primärprävention bei MSM nicht-deutscher Herkunft gleichbleibend, wenn auch auf niedrigerem Niveau. Das könnte darauf hindeuten, dass MSM nicht-deutscher Herkunft in Deutschland einen schlechteren Zugang zu Präventionsbotschaften und Maßnahmen, wie z. B. der HIV-PrEP, haben.¹⁶ Sowohl bei Präventionsangeboten als auch der HIV-Testung muss verstärkt darauf geachtet werden, dass Zugangsbarrieren für aus anderen Ländern nach Deutschland kommende MSM erkannt und abgebaut werden. Weiterführende Informationen dazu kann die Auswertung der Online-Befragung European MSM Internet Survey-(EMIS-)2024 liefern.¹⁷

HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit heterosexueller HIV-Transmission

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit HET ist bundesweit von 2015 bis 2021 um 54 % zurückgegangen, in den Jahren 2022 und 2023 durch die Meldungen der aus der Ukraine Geflüchteten auf jeweils über 1.000 Erstdiagnosen in Deutschland angestiegen. In den Jahren 2024 und 2025 sank die Zahl der Neudiagnosen in dieser Gruppe wieder knapp unter 1.000. Aufgrund des hohen Anteils von Menschen nicht-deutscher Herkunft unter den Menschen mit HET muss die Entwicklung der Zahl der HIV-Neudiagnosen in dieser Transmissionsgruppe immer auch im Kontext von politischer Lage und möglicher Migrationsbewegungen gesehen werden. Ein erster Höhepunkt der HIV-Neudiagnosen in dieser Transmissionsgruppe lag im Jahr 2015, als die Zuwanderung und damit auch die Anzahl der HIV-Tests unter Asylsuchenden einen Höhepunkt

Anzahl Neudiagnosen

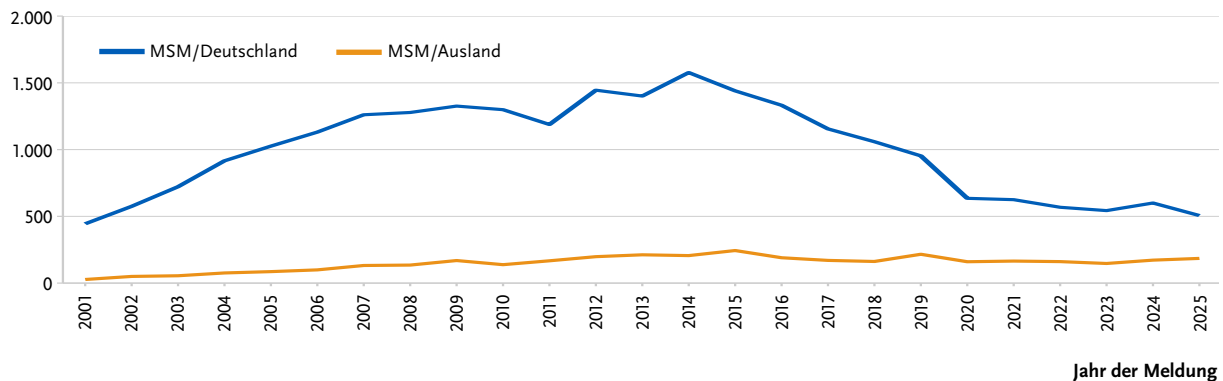


Abb. 7a | HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), die aus der Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001–2025

Anzahl Neudiagnosen

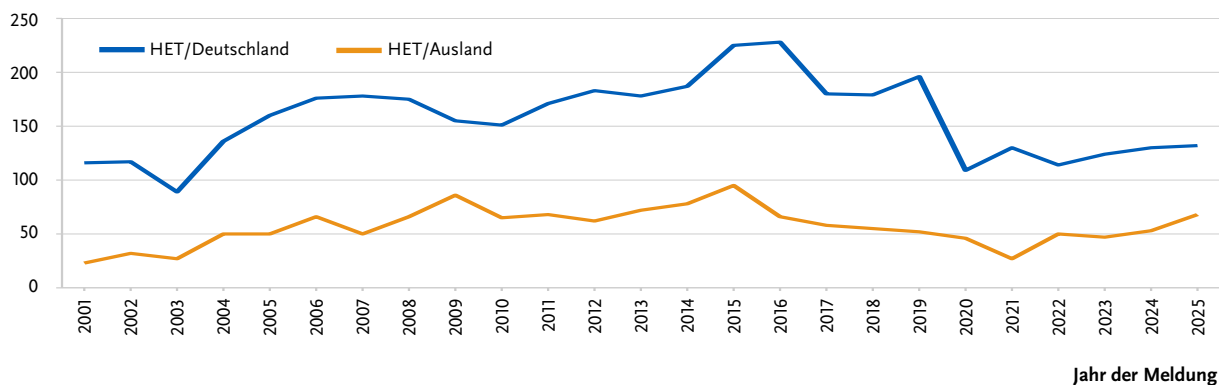


Abb. 7b | HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit heterosexueller Übertragung (HET), die aus der Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001–2025

Anzahl Neudiagnosen

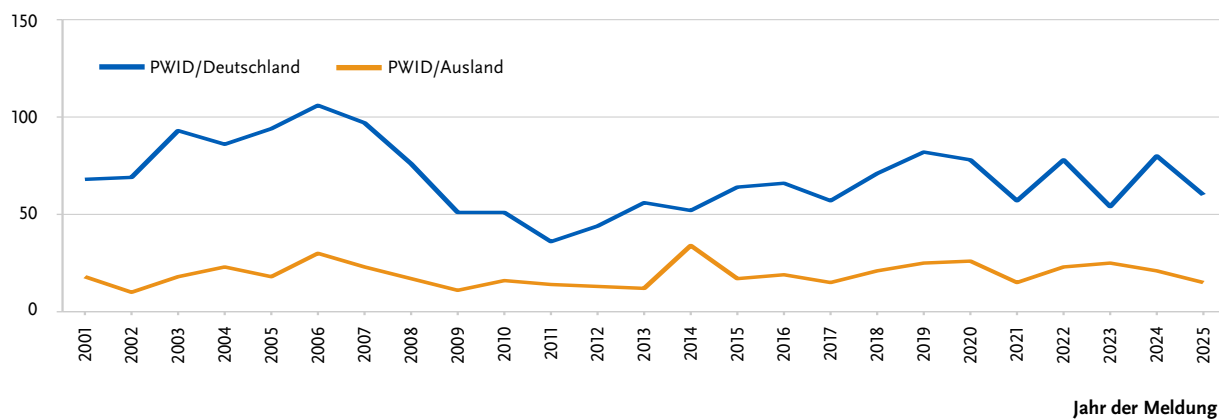


Abb. 7c | HIV-Neudiagnosen bei Menschen, die Drogen injizieren (PWID), die aus der Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001–2025

erreichte. Der Hauptgrund für den Rückgang von HIV-Neudiagnosen bei Menschen 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 durch die Coronavirus-2019-(COVID-19-)Pandemie.¹⁸ 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 HET noch stärker als für MSM, dass ein Rückgang der Neuinfektionen nur dann erreicht werden kann, wenn HIV-Test- und Präventionsangebote auch und vor allem Menschen mit nicht-deutscher Herkunft besser erreichen. Mögliche Maßnahmen schließen die Bereitstellung zielgruppenspezifischer Angebote für Test und Prävention, Verfügbarkeit von Sprachmittlern und Zugang zur Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung mit ein.

HIV-Neudiagnosen im Rahmen von injizierendem Drogenkonsum

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei PWID schwankt immer etwas von Jahr zu Jahr, blieb aber in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ stabilen Niveau. Zudem werden immer wieder transiente lokale Anstiege von HIV-Neudiagnosen bei PWID beobachtet. Molekularepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass diese lokalen Anstiege oft auf zusammenhängenden Infektionsclustern beruhen, bei denen sich ein bestimmtes Virus über Injektions- und teilweise auch sexuelle Netzwerke in einer suszeptiblen und vulnerablen Personengruppe ausbreitet.¹⁹ Die bisherigen Präventionsbemühungen in dieser Personengruppe scheinen nicht ausreichend, um das Infektionsgeschehen nachhaltig zu reduzieren.²⁰ Die empfohlenen Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-Neuinfektionen bzw. zur frühen Diagnosestellung und Prävention von Übertragungen bei PWID sind die Sicherstellung der ausreichenden Versorgung mit sterilen Injektionsutensilien und Opioidsubstitution, der Ausbau regelmäßiger niedrigschwelliger Testangebote in Drogenhilfeeinrichtungen, durch aufsuchende mobile Ange-

bote und auch in Haft sowie PrEP und der zeitnahe Beginn einer antiretroviralen Therapie.^{21,22} Diese Maßnahmen haben darüber hinaus einen Effekt auf den Rückgang von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen. Insbesondere Menschen, die erst kürzlich begonnen haben, Drogen zu injizieren, sollte Wissen zu Übertragungswegen und Präventionsmaßnahmen vermittelt werden. So wird Personen mit injizierendem Drogengebrauch beispielsweise die PrEP als HIV-Präventionsmaßnahme derzeit kaum angeboten und selten aktiv nachgefragt, obwohl bei fortgesetztem Risikoverhalten eine Indikation besteht. Die Projekte PrEP-Evaluation und PrEP-Surveillance des RKI haben bereits konkrete Vorschläge zum Abbau von Zugangsbarrieren zur PrEP und deren Ausweitung auf Menschen mit Bedarf erarbeitet und veröffentlicht.^{23,24} Sowohl für Personen mit heterosexuellem Risiko einer HIV-Infektion als auch für PWID wäre es sinnvoll, zielgruppenspezifische Informationsangebote einzurichten. Damit sollen Informationen zur HIV-PrEP denjenigen, die davon profitieren könnten, zur Verfügung gestellt und der Zugang zur PrEP erleichtert werden.

Auswirkungen des Kriegs in der Ukraine auf die Entwicklung der HIV-Neudiagnosen

Deutschland hat nach dem Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine im Februar 2022 eine große Anzahl geflüchteter Menschen aus der Ukraine aufgenommen. Die meisten Infektionen, die bei Menschen ukrainischer Herkunft gemeldet wurden, waren bereits in der Ukraine diagnostiziert und therapiert worden.^{2,3} Ein einfacher Zugang zu medizinischer Versorgung bleibt essenziell, um die Therapien fortzusetzen und medizinische Langzeitfolgen und weitere Übertragungen zu verhindern.

Tabellen

Verwendete Abkürzungen (Infektionsrisiko):

HIV	Humanes Immundefizienz-Virus	HETin	Menschen mit heterosexueller HIV-Übertragung und Herkunft aus Deutschland
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben	HETaus	Menschen mit heterosexueller HIV-Übertragung und Herkunft aus anderen Ländern
PrEP	HIV-Präexpositionsprophylaxe	HETunb	Menschen mit heterosexueller HIV-Übertragung und unbekannter Herkunft
PWID	Menschen, die Drogen injizieren (<i>people who inject drugs</i>)		
Blut	Menschen, die Bluttransfusionen und Blutprodukte erhalten (außer Hämophile)		
HET	Menschen mit heterosexueller Übertragung		
PPI	Prä- oder perinatale Infektion		
k. A.	keine Angaben/Sonstige		
m	männlich		
w	weiblich		
u	Geschlecht unbekannt		

Tab. 1 | HIV-Bestätigungstests ab 1993 nach Jahr der Diagnose und Meldestatus

Diagnosejahr	HIV-Antikörpertests		
	Erstdiagnose	Meldestatus unbekannt	Gesamt
<2016	57.884	45.052	102.936
2016	3.402	666	4.068
2017	3.182	649	3.831
2018	2.903	734	3.637
2019	3.135	532	3.667
2020	2.479	429	2.908
2021	2.269	469	2.738
2022	3.287	692	3.979
2023	3.337	679	4.016
2024	3.280	725	4.005
2025	3.152	727	3.879
Gesamt	88.310	51.354	139.664

Tab. 2 | HIV-Neudiagnosen ab 1993 nach Jahr der Diagnose und Geschlecht

Diagnosejahr	Geschlecht						Gesamt
	männlich	%	weiblich	%	divers/k. A.	%	
<2016	45.791	79,4 %	11.086	19,2 %	762	1,3 %	57.639
2016	2.676	78,7 %	722	21,2 %	4	0,1 %	3.402
2017	2.523	79,3 %	655	20,6 %	4	0,1 %	3.182
2018	2.254	77,6 %	641	22,1 %	8	0,3 %	2.903
2019	2.449	78,1 %	683	21,8 %	3	0,1 %	3.135
2020	1.917	77,3 %	560	22,6 %	2	0,1 %	2.479
2021	1.808	79,7 %	460	20,3 %	1	0,0 %	2.269
2022	2.272	69,1 %	1.009	30,7 %	6	0,2 %	3.287
2023	2.350	70,4 %	984	29,5 %	3	0,1 %	3.337
2024	2.394	73,0 %	885	27,0 %	1	0,0 %	3.280
2025	2.312	73,4 %	840	26,6 %	0	0,0 %	3.152
Gesamt	68.746	78,1 %	18.525	21,0 %	794	0,9 %	88.065

Tab. 3 | HIV-Neudiagnosen der letzten 12 Monate nach Transmissionsrisiko, Bundesländern und Großstädten 2025

	1.1.2025 – 31.12.2025									1.1.2016 – 31.12.2025
	Infektionsrisiko									Gesamt
	MSM	PWID	HETin	HETaus	HETunb	PPI	k. A./ andere	Gesamt	Inzidenz	
Baden-Württemberg	133	25	17	108	5	2	118	408	3,63	3.678
Karlsruhe	7	1	1	1	0	1	3	14	4,53	185
Mannheim	5	3	0	1	0	0	6	15	4,72	237
Stuttgart	7	1	1	7	0	0	19	35	5,71	463
übriges Land	114	20	15	99	5	1	90	344	3,44	2.793
Bayern	191	26	15	161	0	4	180	577	4,36	5.075
Augsburg	1	1	1	4	0	0	5	12	3,99	128
München	71	7	3	52	0	0	41	174	11,56	1.606
Nürnberg	17	2	0	5	0	0	26	50	9,44	369
übriges Land	102	16	11	100	0	4	108	341	3,12	2.972
Berlin	114	21	1	36	3	3	61	239	6,49	2.978
Brandenburg	17	0	1	25	1	0	16	60	2,35	635
Bremen	19	8	4	14	1	0	9	55	7,80	559
Bremen (Stadt)	14	8	2	11	1	0	7	43	7,33	501
übriges Land	5	0	2	3	0	0	2	12	10,12	58
Hamburg	91	7	8	48	2	2	56	214	11,49	1.899
Hessen	72	20	13	36	2	0	71	214	3,41	2.047
Frankfurt a. M.	28	4	3	6	0	0	21	62	8,20	607
Wiesbaden	6	0	1	2	1	0	7	17	5,89	142
übriges Land	38	16	9	28	1	0	43	135	2,58	1.298
Mecklenburg-Vorpommern	15	1	5	19	2	0	13	55	3,50	480
Niedersachsen	81	23	11	95	2	2	87	301	3,76	2.407
Braunschweig	4	0	0	2	0	0	5	11	4,35	112
Region Hannover	22	3	3	20	1	0	14	63	5,52	530
übriges Land	55	20	8	73	1	2	68	227	3,43	1.765
Nordrhein-Westfalen	188	28	32	120	1	7	163	539	2,99	6.136
Bielefeld	1	2	2	1	0	0	1	7	2,11	138
Bochum	8	0	0	0	0	0	1	9	2,51	154
Bonn	7	1	0	6	0	0	11	25	7,73	188
Dortmund	8	3	3	5	1	2	10	32	5,30	283
Duisburg	9	2	1	1	0	0	9	22	4,38	204
Düsseldorf	11	2	1	8	0	0	4	26	4,20	384
Essen	18	1	0	6	0	1	7	33	5,74	384
Gelsenkirchen	3	0	0	0	0	0	1	4	1,49	63
Köln	32	4	6	8	0	2	18	70	6,83	1.002
Mönchengladbach	6	0	0	4	0	0	5	15	5,61	124
Münster	6	1	0	4	0	0	1	12	3,89	118
Städteregion Aachen	6	1	1	10	0	0	6	24	4,12	178
Wuppertal	3	0	2	2	0	0	4	11	3,07	130
übriges Land	70	11	16	65	0	2	85	249	2,09	2.786
Rheinland-Pfalz	29	6	6	22	1	0	31	95	2,30	1.226
Saarland	4	0	0	13	1	3	8	29	2,87	236
Regionalverband Saarbrücken	4	0	0	4	1	1	3	13	3,90	119
übriges Land	0	0	0	9	0	2	5	16	2,36	117
Sachsen	64	13	6	25	0	3	35	146	3,61	1.231
Dresden	24	1	1	2	0	1	5	34	6,02	258
Leipzig	21	1	2	11	0	0	8	43	7,03	451
übriges Land	19	11	3	12	0	2	22	69	2,41	522
Sachsen-Anhalt	19	3	4	18	0	1	13	58	2,72	633
Schleswig-Holstein	27	7	2	38	1	1	21	97	3,28	772
Kiel	5	0	0	4	0	0	3	12	4,75	116
übriges Land	22	7	2	34	1	1	18	85	3,14	656
Thüringen	16	0	7	18	0	0	24	65	3,09	434
Gesamt	1.080	188	132	796	22	28	906	3.152	3,77	30.426

Literatur

- 1 M. an der Heiden, U. Marcus, C. Kollan, D. Schmidt, L. Voß, B. Günsenheimer-Bartmeyer, V. Bremer. Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2017. *Epid Bull* 2018;47:509–522. doi:10.17886
- 2 U. Koppe, K. Hanke, K. Meixenberger, V. Bremer, B. Günsenheimer-Bartmeyer. Einfluss des Kriegs in der Ukraine auf gemeldete HIV-Neudiagnosen in Deutschland. *Epid Bull* 2023;47:9–11. doi:10.25646/11805
- 3 K. Röbl, M. Friebe, C. Kollan, U. Marcus, B. Günsenheimer-Bartmeyer. The potential of routine surveillance data for identifying the needs of people living with HIV among migrants: Description of German HIV notifications in the context of the Ukrainian refugee reception, 2022–2023. *BMC Public Health*. 2026;26(1). doi:10.1186/s12889-026-26787-6
- 4 U. Marcus, C. Kollan, B. Günsenheimer-Bartmeyer, V. Bremer, D. Schmidt, U. Koppe, R. Zimmermann. HIV-Jahresbericht 2023. *Epid Bull* 2024;40:3–20. doi:10.25646/12856.2
- 5 U. Koppe, J. A. Hamm, C. Spurgat, A. Hahne, R. K. Saalfeld, M. R. Garcia, V. Bremer, K. Poge, Tasg study group. HIV Testing and PrEP Use Among Trans and/or Non-binary Participants in the TASG Study, a Participatory Study in Germany. *AIDS Behav*. 2025;29(5):1608–18. doi:10.1007/s10461-025-04631-z
- 6 M. Martin-Sanchez, K. Poge, A. Hahne, J. Hamm, V. Bremer, U. Koppe, T. ASG-study group. Discrimination based on gender identity and decision-making regarding HIV/STI-protected sex, a cross-sectional study among trans and non-binary people in Germany. *BMC Public Health*. 2024;24(1):3013. doi:10.1186/s12889-024-20464-2
- 7 Robert Koch-Institut und Deutsche Aidshilfe. Forschungsbericht zum Projekt „Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys“. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11029/TASG_Forschungsbericht_barrierefrei.pdf?sequence=1&isAllowed=y doi:10.25646/11221
- 8 Kathleen Pöge, Michael Brandl, Manuel Ricardo Garcia, Alexander Hahne, Jonas Hamm, Silvia Rentzsch, Christoph Schuler, Chris Spurgat, Uwe Koppe, Né Fink, Heinz-Jürgen Voss, Tasg study group. Sexuelle Ablehnungskompetenz als Schlüsselfaktor für die sexuelle Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen in Deutschland – Quantitative Ergebnisse einer partizipativen Querschnittsbefragung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2026;69(4):454–64. doi:10.1007/s00103-026-04216-8
- 9 K. Hanke, V. Rykalina, U. Koppe, B. Günsenheimer-Bartmeyer, D. Heuer, K. Meixenberger. Developing a next level integrated genomic surveillance: Advances in the molecular epidemiology of HIV in Germany. *Int J Med Microbiol*. 2024;314:151606. doi:10.1016/j.ijmm.2024.151606
- 10 U. Koppe, K. Hanke, U. Fiebig, D. Schmidt, K. Meixenberger, A. Pantke, B. Günsenheimer-Bartmeyer, C. Kollan, A. Kühne, U. Marcus, N. Bannert, V. Bremer. HIV-Studien und HIV-Projekte am Robert Koch-Institut. *Epid Bull* 2019;49:527–39.
- 11 M. an der Heiden, U. Marcus, C. Kollan, D. Schmidt, U. Koppe, B. Günsenheimer-Bartmeyer, V. Bremer. Schätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen in den Jahren 2022 und 2023 sowie der Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2023 mit HIV in Deutschland leben. *Epid Bull* 2024;28:3–20.
- 12 U. Marcus, D. Schmidt, S. B. Schink, U. Koppe. Analysis of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) needs and PrEP use in Germany among men who have sex with men. *Z Gesundh Wiss*. 2022;1–17. doi:10.1007/s10389-022-01699-y
- 13 D. Schmidt. Entwicklung der Anzahl der PrEP-Nutzenden in Deutschland. *Epid Bull* 2024;48:20.
- 14 M. Albrecht, M. Sander, S. Loos, C. Graf, J. Lipovsek, M. Schulz, R. Hering, T. Czihal. Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS, Quantitative und qualitative Entwicklungen und Herausforderungen [Report]. IGES Institut; 2025. www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e5722/e15932/e15933/e15935/attr_objs15937/HIV_Ergebnisbericht_final___ger.pdf
- 15 D. Schmidt, Y. Duport, C. Kollan, U. Marcus, S. Iannuzzi, M. von Kleist. Dynamics of HIV PrEP use and coverage during and after COVID-19 in Germany. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1691. doi:10.1186/s12889-024-19198-y
- 16 A. Blenkinsop, N. Pantazis, E. G. Kostaki, L. Sofocleous, A. van Sighem, D. Bezemer, T. van de Laar, M. van der Valk, P. Reiss, G. de Bree, O. Ratmann. Sources of Human Immunodeficiency Virus Infections Among Men Who Have Sex With Men With a Migration Background: A Viral Phylo-

- genetic Case Study in Amsterdam, The Netherlands. *J Infect Dis.* 2024;230(4):e881–94. doi:10.1093/infdis/jiae267
- 17 Liana Aphami, Tamás Bereczky, Jules L. Casalini, Nikolay Lunchenkov, Kai J. Jonas, Ulrich Marcus, Axel J. Schmidt. European Men-Who-Have-Sex-With-Men and Trans People Internet Survey (EMIS-2024): Design and Methods. *Sexuality Research and Social Policy.* 2026. doi:10.1007/s13178-026-01288-8
- 18 U. Marcus. More and more HIV infections among immigrants. *MMW Fortschr Med.* 2024; 166(Suppl 2):14–7. doi:10.1007/s15006-024-3920-5
- 19 K. Hanke, S. Fiedler, C. Grumann, O. Ratmann, A. Hauser, P. Klink, K. Meixenberger, B. Altmann, R. Zimmermann, U. Marcus, V. Bremer, V. Auwarter, N. Bannert. 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;7(6):ofaa192. doi:10.1093/ofid/ofaa192
- 20 F. Hommes, A. Krings, A. Dorre, E. Neumeier, D. Schaffer, R. Zimmermann. 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;20(1):137. doi:10.1186/s12954-023-00870-2
- 21 R. Zimmermann, A. Krings, G. Steffen. DRUCK 2.0-Pilot – DRUCK 2.0 – Pilotierung eines Surveillance-systems zu durch Blut und sexuell übertragene Infektionen bei Drogengebrauchenden. 2023. doi:10.25646/11930
- 22 DRUCK-Surv, Surveillance von Drogen und chronischen Infektionskrankheiten. RKI. www.rki.de/druck-surv
- 23 HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP): Potentiale entfalten - Versorgung sichern, verbessern und ausweiten. Stellungnahme & Forderungspapier des Community-Beirats im Projekt PrEP-Surv des Robert Koch-Instituts. https://www.aidshilfe.de/de/system/files?file=documents/stellungnahme_communityboard_final.pdf
- 24 D. Schmidt, C. Kollan, K. Schewe, N. Hanhoff, R. Rutenberg, M. Friebe, T. Schikowski, S. B. Schink, U. Marcus, U. Koppe, K. Jansen, H. Streeck, P. Ottensmeyer, M. An der Heiden, N. Bannert, R. M'Bayo, M. Ceres, L. Weber, H. Sweers, A. J. Schmidt, H. Tietz, E. Danan, J. Bendig, S. Kloep, A. Neumann, F. Valbert, J. Wasem, B. Bartmeyer,

V. Bremer, Nepos Studiengruppe. Evaluating the introduction of HIV pre-exposure prophylaxis as a benefit of statutory health insurance (EvE-PrEP): Highly effective protection against HIV without an increase in sexually transmitted infections. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.* 2023;66(9):1008–18. doi:10.1007/s00103-023-03733-0

Technische Anmerkungen zum Jahresbericht HIV/AIDS

siehe [Epid Bull 39/2017](#)

Autoren

Linda Adamíková | Martin Friebe | Katja Schön | Christian Kollan | Dr. Alexandra Hofmann | Dr. Daniel Schmidt | Dr. Ruth Zimmermann | Dr. Matthias an der Heiden | Dr. Viviane Bremer | Dr. Barbara Günsenheimer-Bartmeyer | Dr. Uwe Koppe

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

Ansprechpartner/Kontakt

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

Bei Anfragen zu speziellen statistischen Angaben:
KoppeU@rki.de
Telefon: 030 / 18754-2262

Interessenkonflikt

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Adamíková L, Friebe M, Schön K, Kollan C, Hofmann A, Schmidt D, Zimmermann R, an der Heiden M, Bremer V, Günsenheimer-Bartmeyer B, Koppe U: HIV-Jahresbericht 2025

Epid Bull 2026;26:3-18 | DOI 10.25646/14271

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](#)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

25. Woche 2026 (Datenstand: 24. Juni 2026) – abrufbar auch als interaktives [Dashboard](#)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.
Baden-Württemberg	81	1.692	1.499	9	349	375	11	212	165	20	3.099	4.506	19	997	1.518
Bayern	141	2.752	2.355	35	625	626	9	249	211	58	5.398	6.781	72	1.919	3.005
Berlin	30	1.037	857	3	146	169	3	113	110	11	3.240	2.205	16	1.206	1.325
Brandenburg	34	777	652	1	119	127	3	72	70	18	3.230	2.536	48	1.632	2.071
Bremen	12	197	167	0	18	15	0	24	25	6	454	350	3	275	119
Hamburg	14	521	504	0	53	85	0	64	59	13	1.677	1.231	8	500	656
Hessen	57	1.363	1.192	17	271	328	9	222	226	23	2.867	3.676	15	1.238	1.545
Mecklenburg-Vorpommern	44	685	493	3	90	87	4	88	85	7	1.811	1.622	17	802	1.140
Niedersachsen	83	1.838	1.603	8	304	308	11	363	305	34	3.866	4.809	26	1.535	3.465
Nordrhein-Westfalen	199	5.456	4.528	33	678	713	20	483	488	74	7.829	12.495	80	2.807	4.919
Rheinland-Pfalz	54	1.124	1.090	7	192	227	8	144	106	25	1.984	3.264	18	660	1.589
Saarland	15	304	306	4	38	56	2	57	42	2	476	815	8	89	709
Sachsen	67	1.572	1.245	8	222	262	3	142	124	67	4.167	5.055	71	2.631	2.129
Sachsen-Anhalt	33	711	588	7	159	171	2	77	67	26	2.340	2.739	15	745	1.879
Schleswig-Holstein	23	769	595	2	90	95	3	127	102	15	2.248	1.574	10	656	651
Thüringen	48	824	588	19	330	294	4	103	85	16	2.248	2.579	46	1.006	1.586
Deutschland	935	21.622	18.262	156	3.684	3.938	92	2.540	2.270	415	46.934	56.237	472	18.698	28.306

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.
Baden-Württemberg	1	48	57	42	920	1.069	8	438	565	7	212	269	6	21.288	33.186
Bayern	4	49	89	54	1.220	1.747	28	608	758	8	270	285	8	31.231	71.707
Berlin	1	16	24	20	427	748	14	240	245	3	150	141	2	7.895	15.368
Brandenburg	0	12	18	3	99	145	1	55	80	1	56	41	3	11.213	18.113
Bremen	0	4	5	10	100	162	2	33	52	1	35	31	1	998	1.188
Hamburg	0	7	14	17	280	675	4	113	132	1	76	109	1	4.554	9.834
Hessen	1	31	40	16	443	688	17	269	293	7	194	220	0	10.852	20.751
Mecklenburg-Vorpommern	0	15	8	1	67	77	0	32	47	0	31	31	2	11.726	13.266
Niedersachsen	3	48	66	24	700	937	12	306	369	2	155	137	0	14.787	28.431
Nordrhein-Westfalen	1	93	98	61	1.540	2.242	30	724	977	16	388	448	15	34.114	63.898
Rheinland-Pfalz	2	11	24	20	390	551	7	170	171	2	90	114	3	9.154	16.787
Saarland	0	7	8	4	82	129	1	60	80	0	16	25	0	1.885	3.203
Sachsen	0	14	24	8	174	208	7	128	113	0	47	83	7	21.748	43.070
Sachsen-Anhalt	1	9	7	4	119	199	1	59	71	3	46	43	1	11.295	25.985
Schleswig-Holstein	0	13	13	8	158	281	7	113	156	3	42	49	2	6.694	10.611
Thüringen	1	13	15	1	74	101	0	43	68	3	45	36	2	10.796	17.756
Deutschland	15	390	510	293	6.793	9.959	139	3.391	4.177	57	1.853	2.062	53	210.230	393.154

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.
Baden-Württemberg	0	8	17	1	11	8	0	0	0	21	688	449	47	1.681	1.918
Bayern	1	5	37	0	8	38	0	0	0	58	2.019	745	79	2.761	3.546
Berlin	0	3	10	2	6	10	0	0	0	3	105	122	19	542	668
Brandenburg	0	1	4	0	1	5	0	0	0	7	141	203	13	290	426
Bremen	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	5	17	3	65	57
Hamburg	0	1	3	1	4	4	0	0	0	2	115	86	11	262	383
Hessen	0	12	19	0	11	16	0	0	1	16	221	260	22	517	502
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	125	95	9	88	122
Niedersachsen	0	13	15	1	11	18	0	0	0	6	149	258	38	818	738
Nordrhein-Westfalen	0	13	39	1	27	49	0	0	1	39	613	602	73	2.359	2.138
Rheinland-Pfalz	1	3	8	0	6	6	0	0	0	13	377	213	16	371	472
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	40	102	3	108	72
Sachsen	0	0	9	0	5	12	0	0	0	51	540	347	39	957	1.207
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	2	1	0	0	0	12	326	424	3	86	103
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	6	5	0	0	0	1	52	86	5	392	308
Thüringen	0	0	1	0	2	2	0	0	0	5	336	348	8	333	218
Deutschland	2	59	168	6	102	177	0	0	2	244	5.852	4.357	388	11.630	12.878

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

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.
Baden-Württemberg	2	53	45	19	584	578	3	46	49	0	52	57	17	2.877	3.119
Bayern	2	45	42	23	470	576	3	110	131	3	52	63	14	4.873	5.350
Berlin	1	35	37	12	252	377	2	15	21	0	38	31	1	1.361	1.967
Brandenburg	1	8	3	6	119	91	4	49	47	1	11	16	1	1.707	1.388
Bremen	0	0	3	0	22	16	0	7	9	0	0	0	0	127	168
Hamburg	0	12	15	10	187	235	0	18	16	0	23	29	2	485	951
Hessen	0	26	26	16	530	583	5	59	53	2	44	48	5	1.770	2.456
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	1	55	57	2	22	25	1	10	14	0	1.106	1.133
Niedersachsen	1	25	18	9	372	371	2	65	85	0	58	63	3	1.972	2.255
Nordrhein-Westfalen	3	93	77	50	949	1.228	5	230	321	4	166	154	8	4.791	6.935
Rheinland-Pfalz	2	15	11	8	149	235	3	37	52	0	17	19	2	1.509	1.660
Saarland	0	5	6	0	21	38	0	5	13	0	14	4	2	493	510
Sachsen	0	14	4	6	144	160	5	135	167	0	30	31	4	2.615	2.780
Sachsen-Anhalt	0	15	3	7	104	95	2	57	39	0	19	26	2	1.266	1.412
Schleswig-Holstein	1	18	11	10	116	129	0	33	29	0	12	12	2	1.210	1.303
Thüringen	0	3	7	2	75	81	1	27	25	1	19	19	3	1.223	905
Deutschland	13	367	313	179	4.149	4.850	37	915	1.082	12	565	586	66	29.385	34.292

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 Verlaufsform3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

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

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2026		2025
	25.	1.–25.	1.–25.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	130	177
Bornavirus-Erkrankung	0	6	2
Botulismus	0	1	4
Brucellose	0	17	30
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	8	6
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	173	72
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	59	81
Denguefieber	9	359	518
Diphtherie	0	19	26
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	22	147	165
Giardiasis	36	1.127	1.379
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	16	750	952
Hantavirus-Erkrankung	10	110	136
Hepatitis D	0	6	39
Hepatitis E	86	2.700	2.686
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	31	29
Kryptosporidiose	38	697	784
Legionellose	32	738	879
Lepra	0	1	0
Leptospirose	6	78	90
Listeriose	12	283	268
Malaria	23	375	375
Meningokokken, invasive Infektion	0	133	200
Mpox	8	260	305
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	7	21
Ornithose	0	11	15
Paratyphus	0	11	11
Pneumokokken, invasive Infektion	125	5.911	7.053
Q-Fieber	0	43	42
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	47	66.651	64.988
Shigellose	55	1.407	1.087
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	3	62	57
Typhus abdominalis	0	25	39
West-Nil-Fieber*	0	2	1
Yersiniose	51	2.122	1.858
Zikavirus-Erkrankung	1	5	6

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

* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

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