

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

29
2026

16. Juli 2026

Epidemiologisches Bulletin

**Epidemiologie von Hepatitis-B-
und Hepatitis-D-Virusinfektionen
in Deutschland im Jahr 2025**

Inhalt

Epidemiologie von Hepatitis-B- und Hepatitis-D-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2025: Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

4

Infektionen mit Hepatitis-B-Viren (HBV) gehören weltweit zu den häufigsten chronischen Virusinfektionen. Das Hepatitis-D-Virus (HDV) tritt nur bei gleichzeitig bestehender HBV-Infektion auf. Nach einem seit 2015 anhaltenden deutlichen Anstieg der gemeldeten Hepatitis-B- und Hepatitis-D-Fälle in Deutschland zeigte sich im Jahr 2024 erstmals wieder ein Rückgang der Fallzahlen. Dieser Trend setzte sich im Jahr 2025 fort: Die Zahl der übermittelten Hepatitis-B-Fälle sank gegenüber dem Vorjahr um 22,5 % ($n = -5.082$), die Zahl der HDV-Fälle um 43 % ($n = -53$). Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind jedoch weiterhin überproportional betroffen. Hierzu gehören insbesondere Menschen mit Migrationsgeschichte aus Ländern mit hoher Hepatitis-B-Prävalenz sowie Menschen, die Drogen injizieren. Bereits 2016 formulierte die WHO das Ziel, Virushepatitis bis 2030 als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu eliminieren. Um die Fortschritte auf dem Weg zur Hepatitis-Elimination bewerten zu können, sind belastbare Daten entlang der gesamten Versorgungskaskade erforderlich. Die Schließung bestehender Datenlücken durch den Ausbau von Surveillance, Studien und Sekundärdatenanalysen bleibt daher eine wichtige Aufgabe.

Epidemiology of hepatitis B and hepatitis D virus infections in Germany in 2025: An analysis of reporting data in accordance with the Infection Protection Act

Hepatitis B virus (HBV) infection is one of the most common chronic viral infections worldwide. Hepatitis D virus (HDV) infection occurs only in the presence of concomitant HBV infection. Following a marked increase in the number of notified hepatitis B and hepatitis D cases in Germany from 2015 onwards, case numbers declined for the first time in 2024. This trend continued in 2025: the number of notified hepatitis B cases decreased by 22.5 % compared with the previous year ($n = -5,082$), while the number of hepatitis D cases fell by 43 % ($n = -53$). However, certain population groups continue to be disproportionately affected, particularly people with a migration background from countries with a high prevalence of hepatitis B and people who inject drugs. In 2016, the World Health Organization (WHO) set the goal of eliminating viral hepatitis as a public health threat by 2030. In order to assess progress towards the elimination of hepatitis, robust data are required across the entire care continuum. Closing existing data gaps through strengthened surveillance, epidemiological studies and secondary data analyses therefore remains an important priority.

(Article in German)

Flughafenmalaria bei Beschäftigten am internationalen Flughafen Frankfurt/Main

26

Airport malaria among staff at Frankfurt/Main International Airport

Publikationshinweis: Krisenmanagement im Gesundheitswesen – Leitfaden zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Simulationsübungen

27

Publication notice: Crisis management in the healthcare sector –
A guide to the preparation, conduct and debriefing of simulation exercises

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 28. Woche 2026

28

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.

Epidemiologie von Hepatitis-B- und Hepatitis-D-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2025: Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

1. Einleitung

Infektionen mit Hepatitis-B-Viren (HBV) gehören weltweit zu den häufigsten chronischen Virusinfektionen. Das Hepatitis-D-Virus (HDV) tritt nur bei gleichzeitig bestehender HBV-Infektion auf. Eine HDV-Koinfektion oder -Superinfektion ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe verbunden und führt häufig zur Chronifizierung. Chronische HBV- und HBV/HDV-Infektionen zählen weltweit zu den bedeutendsten Ursachen von Leberzirrhose und hepatozellulärem Karzinom (Leberzellkarzinom). Letzteres gehört zu den häufigsten krebsbedingten Todesursachen weltweit. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lebten im Jahr 2024 weltweit rund 240 Millionen Menschen mit einer chronischen HBV-Infektion. Im selben Jahr kam es zu schätzungsweise 0,9 Millionen Neuinfektionen und rund 1,1 Millionen Todesfällen infolge HBV-assoziiierter Lebererkrankungen und hepatozellulärer Karzinome.¹

Am 28. Juli 2026 findet der diesjährige Welt-Hepatitis-Tag unter dem Motto „Lass uns Klartext reden“ statt. Der Aktionstag wird weltweit von der World Hepatitis Alliance (WHA) koordiniert und in Deutschland von der Deutschen Leberhilfe e. V. ausgerichtet. Das Motto orientiert sich am internationalen Thema „Let's break it down“ und ruft dazu auf, sich über virale Hepatitiden zu informieren und aktiv zu werden. Hintergrund ist, dass Vorurteile und Fehlinformationen zu Hepatitisviren weiterhin verbreitet sind. Der Welt-Hepatitis-Tag soll daher das Bewusstsein für Prävention, Testung und Behandlung stärken und zum Abbau von Stigmatisierung beitragen (www.welthepatitstag.info/).

Die WHO hat in ihrer Strategie „Global Health Sector Strategies on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections 2022–2030“ die Bekämpfung viraler Hepatitiden als zentrales Handlungsfeld definiert.² Ziel ist die Eliminierung der Virushepatitis als Be-

drohung für die öffentliche Gesundheit bis zum Jahr 2030.² Deutschland unterstützt dieses Ziel und verfolgt mit der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verabschiedeten „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bis 2030“ die nachhaltige Reduktion dieser Infektionskrankheiten.³

Deutschland zählt zu den Ländern mit niedriger HBV- und HDV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung.^{4,5} Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind jedoch weiterhin überproportional betroffen. Hierzu gehören insbesondere Menschen mit Migrationsgeschichte aus Ländern mit hoher Hepatitis-B-Prävalenz sowie Menschen, die Drogen injizieren.^{5–8}

In diesem Artikel wird die epidemiologische Situation von HBV und HDV in Deutschland im Jahr 2025 auf Grundlage der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Vergleich zu den Vorjahren dargestellt. Ergänzend wird eine orientierende Literaturübersicht zur epidemiologischen Situation von Hepatitis B und D in Deutschland gegeben. Dabei werden aktuelle Studien und Projekte, die Datenlage in vulnerablen Bevölkerungsgruppen sowie nationale und internationale Aktivitäten zur Hepatitis-Elimination zusammenfassend dargestellt.

2. Hintergrund

2.1 Hintergrund zur Hepatitis-B- und Hepatitis-D-Infektion

Hepatitis B

Hepatitis B ist eine durch das Hepatitis-B-Virus (HBV) verursachte Leberentzündung. HBV ist ein DNA-Virus aus der Familie der *Hepadnaviridae*. Das Virus wird vor allem durch sexuellen Kontakt sowie über Blut und andere Körperflüssigkeiten (z. B.

Sperma und Vaginalsekret) übertragen. Bei Erwachsenen verläuft die Infektion häufig asymptomatisch oder mit unspezifischen Beschwerden. Mehr als 90 % der akuten Infektionen heilen bei Erwachsenen spontan aus und führen zu einer lebenslangen Immunität, während 5–10 % chronisch werden. Das Risiko einer Chronifizierung ist bei Infektionen im frühen Kindesalter sowie bei immunkompromittierten Personen deutlich erhöht. Im frühen Kindesalter verläuft die Infektion in etwa 90 %, bei immunkompromittierten Personen in 30–90 % der Fälle chronisch. Chronische HBV-Infektionen führen bei 20–30 % der Betroffenen zu einer Leberzirrhose oder einem hepatozellulären Karzinom.^{9,10}

Seit 1982 stehen wirksame und gut verträgliche Impfstoffe gegen Hepatitis B zur Verfügung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Hepatitis-B-Impfung für alle Säuglinge. Versäumte Impfungen sollen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachgeholt werden. Darüber hinaus wird die Impfung für Personen mit erhöhtem Infektions- oder Expositionsrisiko empfohlen. Dazu zählen unter anderem immunkompromitierte Personen, Menschen mit injizierendem Drogenkonsum, Personen in Haft, Personen mit Sexualverhalten mit erhöhtem Infektionsrisiko sowie expositionsgefährdetes Personal im Gesundheitswesen.¹¹ Weitere Informationen zur Prävention von HBV- und HDV-Infektionen enthält der RKI-Ratgeber Hepatitis B und D.⁹ Für weiterführende Informationen zu Diagnostik und Therapie wird auf die aktuelle S3-Leitlinie zur HBV-Infektion verwiesen.¹⁰

Hepatitis D

Das Hepatitis-D-Virus (HDV) ist ein RNA-Virus, das HBV zur Replikation benötigt und daher nur als Koinfektion mit HBV auftreten kann. Die Übertragung des HDV erfolgt wie beim HBV sexuell oder durch kontaminiertes Blut oder kontaminierte Blutprodukte. Eine Koinfektion mit HDV kann in 70–90 % der Fälle zu schweren chronischen Verläufen führen. Es wurde geschätzt, dass HDV für 18 % der Leberzirrhosen und 20 % der hepatozellulären Karzinome, die mit Hepatitis B assoziiert sind, verantwortlich ist.^{12,13} Die Infektion kann sowohl gleichzeitig mit einer Hepatitis B erfolgen (Simultaninfektion) als auch als Infektion einer bereits bestehenden chronischen Hepatitis B auftreten (Superinfektion).

Das klinische Krankheitsbild und der Krankheitsverlauf sind abhängig von der Art der Infektion (Simultan- oder Superinfektion). Im Falle einer Superinfektion sind fulminante Verläufe häufig und die Progression zur Zirrhose wird beschleunigt.

Europäische und internationale Leitlinien empfehlen, alle Personen mit einer aktiven HBV-Infektion (HBsAg-positiv) auf HDV zu testen (Reflex-Testung).^{14,15} Auch die deutsche S3-Leitlinie zur Hepatitis B schreibt die anti-HDV-Testung bei allen HBsAg-positiven Personen vor.¹⁰ Eine spezifische Impfung gegen HDV existiert nicht; die HBV-Impfung schützt jedoch indirekt auch vor HDV. Jahrzehntlang stand keine wirksame antivirale Therapie gegen HDV zur Verfügung.^{12,16,17} Mit dem Eintrittsinhibitor Bulevirtid steht seit Juli 2020 erstmals eine zielgerichtete antivirale Therapie der chronischen Hepatitis D zur Verfügung. Nach zunächst bedingter Marktzulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) wurde Bulevirtid im Juli 2023 vollständig zugelassen für die Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit chronischer HDV-Infektion und kompensierter Lebererkrankung.¹⁸ Weitere Substanzen (u. a. Lonafernib, pegylierte Interferon-Lambda-Präparate) werden in klinischen Studien geprüft.^{18–20}

2.2 Epidemiologische Situation weltweit

Hepatitis B

Hepatitis B zählt weltweit weiterhin zu den bedeutendsten Infektionskrankheiten. Nach Schätzungen der WHO lebten im Jahr 2024 weltweit etwa 240 Millionen Menschen mit einer chronischen HBV-Infektion.¹ Trotz verfügbarer wirksamer Impfstoffe kam es im selben Jahr zu schätzungsweise 0,9 Millionen Neuinfektionen und rund 1,1 Millionen Todesfällen infolge HBV-assoziiierter Lebererkrankungen und hepatozellulärer Karzinome.¹

Die globale Krankheitslast ist ungleich verteilt. Die höchste Zahl chronisch infizierter Personen findet sich in der WHO-Region Westpazifik (97 Millionen) und der WHO-Region Afrika (65 Millionen), gefolgt von Südostasien (61 Millionen), dem östlichen Mittelmeerraum (15 Millionen), Europa (11 Millionen) und der Region Amerika (5 Millionen).²¹ Gleichzeitig be-

stehen erhebliche Unterschiede bei der Umsetzung von Präventions- und Versorgungsmaßnahmen. So entfallen auf die afrikanische Region etwa 63 % aller weltweiten HBV-Neuinfektionen, während die Impfquote für die Hepatitis-B-Impfung unmittelbar nach Geburt dort weiterhin niedrig ist (17 % in 2024).¹

Trotz Fortschritten bei der Prävention bestehen weltweit weiterhin erhebliche Versorgungslücken. Nach WHO-Schätzungen waren Ende 2024 etwa 27 % der Menschen mit chronischer Hepatitis B diagnostiziert; nur 5 % erhielten eine antivirale Therapie.¹ Die Verbesserung von Testung, Diagnostik und Behandlung stellt daher eine zentrale Voraussetzung für die Erreichung der globalen Eliminationsziele dar.

Auch in der WHO-Region Europa besteht weiterhin eine relevante Krankheitslast. Nach Schätzungen leben in den Ländern der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums (EU/EWR) rund 3,2 Millionen Menschen mit einer chronischen HBV-Infektion.^{8,22} Die Surveillance-Daten des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zeigen zudem deutliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. Für das Jahr 2023 übermittelten 24 Länder Daten zu chronischen HBV-Infektionen. Die Inzidenz lag insgesamt bei 5,1 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (im Folgenden „Einw.“), mit einer Spannweite von 0,0 Fällen pro 100.000 in Luxemburg und Polen bis zu 23,2 Fällen pro 100.000 in Island.²³ Diese Entwicklungen spiegeln neben epidemiologischen Veränderungen auch Unterschiede in Teststrategien, Meldeverfahren und dem Zugang zu Diagnostik wider.

Hepatitis D

Belastbare Daten zur globalen Prävalenz der HDV-Infektion sind aufgrund unvollständiger Surveillance und uneinheitlicher Testpraxis weiterhin begrenzt. In einem im Jahr 2020 durchgeführten systematischen Review wurde berechnet, dass 4,5 % (95 %-Konfidenzintervall [95 % KI] 3,6–5,7 %) der HBsAg-positiven Personen eine HDV-Infektion aufweisen.¹³ Insgesamt sind circa 12 Millionen Personen weltweit mit HDV infiziert.¹² Aktuellere, modellgestützte Schätzungen der Polaris Observatory (2024) gehen mit etwa 2 % HDV-Prävalenz unter

HBsAg-Positiven von einer geringeren Krankheitslast aus; die Spannweite der Schätzungen unterstreicht den Bedarf an besseren Surveillance- und Testdaten.²⁴

Zu den Hochprävalenzgebieten gehören unter anderem die Mongolei, die Republik Moldau, weitere Länder Osteuropas und Zentralasiens, sowie West- und Zentralafrika. Ähnlich wie bei der HBV-Infektion ist die HDV-Prävalenz in bestimmten Bevölkerungsgruppen erhöht, darunter Menschen, die Drogen injizieren, Personen mit Hämodialyse, Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Personen mit HIV- oder HCV-Koinfektion. Weltweit hat die Zahl der HDV-Infektionen durch erfolgreiche Hepatitis-B-Impfprogramme in den letzten Jahrzehnten abgenommen.²⁵

2.3 Epidemiologische Situation in Deutschland

Deutschland zählt zu den Ländern mit niedriger Prävalenz von HBV und HDV in der Allgemeinbevölkerung. Die bislang verfügbaren bevölkerungsrepräsentativen Daten für Erwachsene stammen aus DEGS1 (2008–2011, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland). Die Prävalenz einer aktiven HBV-Infektion, definiert durch einen HBsAg-Nachweis, lag bei 0,3 %. Serologische Marker einer aktuellen oder durchgemachten HBV-Infektion (anti-HBc und/oder HBsAg) fanden sich bei 5,1 % der Erwachsenen.⁴ Die epidemiologische Datenlage zu Hepatitis B und D wurde durch das Robert Koch-Institut (RKI) in einem breit angelegten Scoping-Review, das Publikationen der Jahre 2005–2017 einschloss, systematisch untersucht. Die HBsAg-Gesamtprävalenz lag in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0,3 und 1,6 %.⁶ Aktuelle bevölkerungsbasierte Daten aus der MuSPAD-Studie (2020–2021, Multilokale und Serielle Prävalenzstudie zu Antikörpern gegen (respiratorische) Infektionserkrankungen Deutschland) bestätigen die weiterhin niedrige HBV-Prävalenz in Deutschland: In der Analyse von 10.000 Serumproben erwachsener Studienteilnehmender wurde eine aktive HBV-Infektion (HBV-DNA und/oder HBsAg) in 0,21 % der Proben nachgewiesen; unter den HBsAg-positiven Personen wurde keine HDV-Infektion festgestellt.²⁶

Die Einführung der allgemeinen Hepatitis-B-Impfempfehlung für Säuglinge im Jahr 1995 und die spätere Einführung der Sechsfachimpfung haben wesentlich zur niedrigen HBV-Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland beigetragen. Aktuelle Auswertungen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey-(KiGGS-)Welle-2 (2014–2017) zeigen eine sehr niedrige HBV-Seroprävalenz bei 3- bis 17-Jährigen: Unter 3.007 Teilnehmenden mit vollständiger Serologie wurde keine aktive HBV-Infektion nachgewiesen; anti-HBc als Marker einer durchgemachten Infektion fand sich bei lediglich 0,3 % der Teilnehmenden.²⁷ Eine weitere Auswertung der KiGGS-Welle-2-Daten zeigte eine insgesamt hohe Hepatitis-B-Impfquote. Allerdings waren die Impfquoten bei 14- bis 17-Jährigen niedriger als bei jüngeren Kindern. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die älteren Teilnehmenden überwiegend noch in den 1990er-Jahren geboren wurden und die allgemeine Hepatitis-B-Impfempfehlung erst 1995 eingeführt worden war.²⁸

Für HDV gibt es keine bevölkerungsrepräsentativen Daten. Eine Auswertung von Krankenhausdaten von 2016 bis 2021 schätzt die HDV-Prävalenz unter HBV-positiven Personen auf 4,5–6,4 %. In einer bundesweiten Studie von 2012 an 74 hepatologischen Schwerpunktzentren lag die Prävalenz bei 1,4 %, ²⁹ in einer Studie von 2021 an einer Universitätsklinik bei 5,3 %. ³⁰ Neuere Daten deuten auf eine erhebliche Unterdiagnostik von HDV hin. Eine retrospektive Analyse an 13.905 HBsAg-positiven Fällen eines großen deutschen Laborverbunds (2012–2021) ergab, dass nur 22 % der HBsAg-positiven Fälle überhaupt auf anti-HDV getestet wurden; von diesen waren 5,1 % anti-HDV-positiv. Eine prospektive Begleituntersuchung zum Check-Up-35+-Programm (2022–2023) fand, dass 2,6 % der HBsAg-positive Proben auch anti-HDV-positiv waren.³¹

Die Krankheitslast der HBV- und HDV-Infektionen ist in Deutschland ungleich verteilt. Deutlich höhere Prävalenzen wurden in vulnerablen Bevölkerungsgruppen beobachtet, insbesondere bei Menschen mit Migrationshintergrund aus Hochprävalenzregionen, Menschen mit HIV-Infektion sowie Menschen, die Drogen injizieren.^{6,7} Bei Menschen mit HIV/HBV-Koinfektion besteht ein substanzielles

HDV-Risiko: In einer deutschen multizentrischen Kohorte (2023) mit HIV/HBsAg-positiven Personen wiesen 7,3 % derjenigen mit verfügbarem Testergebnis anti-HDV-Antikörper auf.³²

2.4 Meldung gemäß IfSG und Änderungen der Falldefinitionen

In Deutschland bestehen seit 2001 für Hepatitis B und D namentliche Meldepflichten gemäß dem IfSG. Ärztinnen und Ärzte melden gemäß § 6 IfSG den Verdacht, die Erkrankung sowie den Tod in Bezug auf eine akute Virushepatitis. Darüber hinaus besteht gemäß § 7 IfSG eine namentliche Labormeldepflicht für Nachweise von HBV und HDV.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten am 25. Juli 2017 wurde die Labormeldepflicht für HBV und HDV erweitert. Seither sind entsprechende Erregernachweise unabhängig vom klinischen Bild und Infektionsstadium, also auch bei asymptomatischen oder chronischen Infektionen, meldepflichtig.³³ Voraussetzung ist, dass die (direkten und indirekten) Nachweise auf das Vorhandensein des Erregers gerichtet sind und auf eine aktive akute oder chronische Infektion hinweisen.

Die Falldefinitionen des RKI regeln die Übermittlung der gemeldeten Fälle vom Gesundheitsamt über die Landesstellen an das RKI. Seit der Anpassung der Hepatitis-B-Falldefinition zum 1. Januar 2015 erfüllen nur die Fälle mit direktem Erregernachweis die Kriterien für die labordiagnostische Bestätigung und werden an das RKI übermittelt.³⁴ Seitdem können auch Fälle ohne erfülltes oder mit nicht ermittelbarem klinischem Bild (Falldefinitionskategorien D und E) die Referenzdefinition erfüllen.³⁵ Ab dem Meldejahr 2019 wurden zudem als chronisch übermittelte Hepatitis-B-Fälle laut Referenzdefinition veröffentlicht.³⁶

Mit der Aktualisierung der Falldefinition im Jahr 2025 wurde für Hepatitis B und Hepatitis D präzisiert, dass nur Erstdiagnosen einer HBV-Infektion in Deutschland die Referenzdefinition erfüllen. Bereits bekannte Infektionen sollen bestehenden Fällen zugeordnet werden; neu angelegte Dokumentationsfälle gehen nicht in die veröffentlichten Fallzahlen ein.³⁷ Seit 2025 unterstützt eine neue

Funktion in SurvNet die Umsetzung der aktualisierten Hepatitis-B-Falldefinition. Bereits bekannte Infektionen können als solche gekennzeichnet und bestehenden Fällen zugeordnet werden. Ist eine Infektion zwar bekannt, aber kein zuordenbarer Vorfall vorhanden, kann sie zu Dokumentationszwecken neu erfasst werden, erfüllt jedoch nicht die Referenzdefinition und wird daher nicht erneut in den veröffentlichten Fallzahlen berücksichtigt.

3. Methoden

3.1 Epidemiologische Situation von Hepatitis B und D in Deutschland auf Basis der Meldedaten gemäß IfSG

In den folgenden Analysen wurden die übermittelten HBV- und HDV-Fälle nach den zur Verfügung stehenden Variablen analysiert. Dabei handelt es sich um Alter, Geschlecht, Bundesland des Wohnortes, Infektionsland sowie Geburtsland und Nationalität, wahrscheinlicher Übertragungsweg, klinische Merkmale, Stadium der Infektion sowie labordiagnostische Parameter. Für die zeitlichen Verläufe sind Fälle aus den Jahren 2001–2025 dargestellt. Für Querschnittsauswertungen wurden die Daten aus 2025 herangezogen. Datenstand ist der 1. März 2026.

3.2 Literaturübersicht

Für die Darstellung der internationalen und nationalen Strategien, Ziele und Aktivitäten zur Hepatitis-Elimination, der epidemiologischen Situation auf Basis von Projekten und Studien, sowie der Datenlage in vulnerablen Bevölkerungsgruppen wurden relevante wissenschaftliche Publikationen, Berichte und Leitliniendokumente berücksichtigt. Hierzu wurden insbesondere Arbeiten aus Deutschland zu Hepatitis B und D identifiziert. Ergänzend wurden aktuelle Berichte und Dokumente nationaler und internationaler Organisationen (u. a. RKI, ECDC und WHO) herangezogen. Die Literaturübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

4. Ergebnisse

4.1 Epidemiologische Situation von Hepatitis B und D in Deutschland auf Basis der Meldedaten gemäß IfSG

4.1.1 Hepatitis B

Für das Jahr 2025 wurden insgesamt 17.547 Hepatitis-B-Fälle an das RKI gemäß Falldefinition und nach Referenzdefinition übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 21 gemeldeten Infektionen pro 100.000 Einw. Von den übermittelten Fällen waren 782 als akut (4 %), 7.627 als chronisch (43 %) und 9.138 als Stadium unbekannt (52 %) übermittelt.

Akute Infektionen wurden am häufigsten als klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen übermittelt (Falldefinitions-kategorie C; 59 %, n = 459). Chronische Infektionen wurden überwiegend als labordiagnostisch nachgewiesene Infektionen bei nicht erfülltem klinischen Bild erfasst (Falldefinitions-kategorie D; 89 %, n = 6.760), während Fälle mit unbekanntem Infektionsstadium überwiegend als labordiagnostisch nachgewiesene Infektionen bei unbekanntem klinischen Bild übermittelt wurden (Falldefinitions-kategorie E; 79 %, n = 7.185). Ein Überblick über die übermittelten Hepatitis-B-Fälle nach Falldefinitions-kategorie und Infektionsstadium ist in [Tabelle 1](#) dargestellt.

Zeitlicher Verlauf

Insgesamt wurde zwischen den Jahren 2001 und 2009 ein Rückgang der übermittelten HBV-Infektionen beobachtet. Zwischen 2009 und 2014 blieben die Fallzahlen mit geringen jährlichen Schwankungen weitgehend stabil.

Mit Erweiterung der Referenzdefinition 2015 nahmen die übermittelten Fallzahlen deutlich zu. Eine Differenzierung der Hepatitis-B-Fälle nach Infektionsstadium zeigt, dass seit 2008 die Anzahl übermittelter akuter Infektionen relativ konstant blieb und der Anstieg auf 3.936 übermittelte HBV-Infektionen im Jahr 2015 zum größten Teil auf Infektionen mit unbekanntem Infektionsstadium zurückzuführen war (n = 3.226), was am ehesten mit der Änderung der Falldefinition zusammenhing, nach der alle labordiagnostisch bestätigten Fälle unab-

Tab. 1 | Übermittelte Hepatitis-B-Fälle nach Kategorie der Falldefinition und Infektionsstatus, Deutschland, 2025

Kategorie	Insgesamt	Akute Infektion		Chronische Infektion		Stadium unbekannt	
	Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
klinisch-labordiagnostisch (C)	1.688	459	59 %	862	11,3 %	369	4 %
labordiagnostisch bei nicht erfülltem klinischen Bild (D)	8.669	323	41 %	6.760	88,6 %	1.586	17 %
labordiagnostisch bei unbekanntem klinischen Bild (E)	7.190	0	0 %	5	0,1 %	7.185	79 %
Referenzdefinition (C+D+E)	17.547	782	100 %	7.627	100 %	9.138	100 %

hängig vom klinischen Bild die Referenzdefinition erfüllten. Eine weitere Zunahme erfolgte nach der IfSG-Änderung 2017. Seit dem Jahr 2019 erfüllen auch chronische Infektionen die Referenzdefinition, was zu einem weiteren starken Anstieg der berichteten Fallzahlen im Jahr 2019 führte. Während die Anzahl an übermittelten Infektionen für alle 3 Infektionsstadien im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 um 23 % ($n=2.080$) sank, nahm die Zahl der übermittelten Infektionen seit 2022 im Vergleich zu den Vorjahren stark zu. Im Jahr 2023 wurde mit einem Zuwachs von 36 % gegenüber 2022 erneut ein starker Anstieg der übermittelten Hepatitis-B-Fälle verzeichnet. Mögliche Erklärungen für diesen Anstieg werden in der Diskussion dargestellt.

Im Jahr 2024 gingen die Fallzahlen erstmals seit 2020 im Vergleich zum Vorjahr leicht zurück (–5 %; $n=1.264$). Der Rückgang der Fallzahlen setzte sich im Jahr 2025 deutlich fort: Gegenüber 2024 wurde ein starker Rückgang der Fälle um –22,5 % verzeichnet ($n=5.082$). Der Anteil akuter Infektionen an allen übermittelten Fällen lag in den Jahren 2019–2024 konstant bei 5–6 % und sank im Jahr 2025 auf 4 %. Der Anteil chronischer Infektionen ging im Jahr 2025 leicht zurück im Vergleich zum Vorjahr (45 % vs. 43 %), während Infektionen mit unbekanntem Stadium 2025 im Vergleich zum Vorjahr leicht zunahm (50 % vs. 52 %). Eine Darstellung der an das RKI übermittelten Hepatitis-B-Fälle nach Meldejahr (2001 bis 2025) und Infektionsstadium ist [Abbildung 1](#) zu entnehmen.

Anzahl der Infektionen

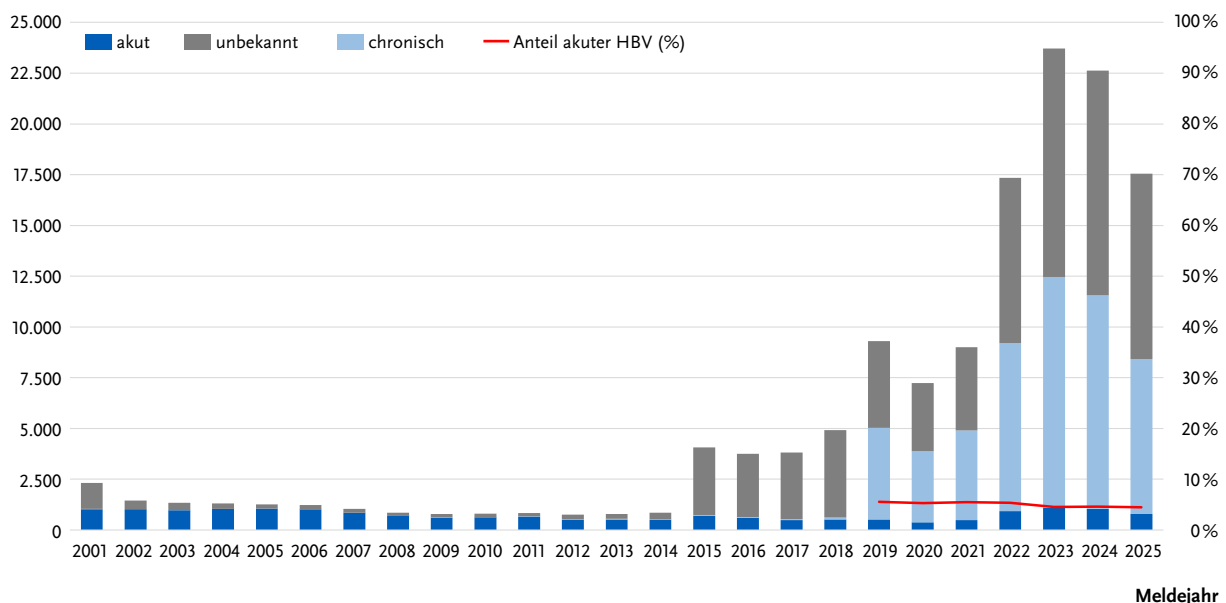


Abb. 1 | Übermittelte Hepatitis-B-Virus-Infektionen nach Meldejahr und Infektionsstadium, Deutschland, 2001 bis 2025 (gemäß IfSG)

Geografische Verteilung

Die Inzidenzen in den Bundesländern betrugen 2025 zwischen 9 Infektionen (akut, chronisch und unbekannt) pro 100.000 Einw. und 58 Infektionen pro 100.000 Einw., bei einer bundesweiten Inzidenz von 21 pro 100.000 Einw. Für 2025 waren die Bundesländer Sachsen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg die Bundesländer mit den niedrigsten Inzidenzen in Deutschland ($<11/100.000$ Einw.) (s. Abb. 2). Die Bundesländer mit den höchsten Inzidenzen waren Hamburg (58/100.000 Einw.), Bremen (39/100.000 Einw.), Berlin (33/100.000 Einw.) und Bayern (24/100.000 Einw.).

Infektionsland

Bei 3.987 (23 %) der insgesamt 17.547 Infektionen wurde das wahrscheinliche Infektionsland angegeben (Mehrfachnennungen möglich). Auf Deutschland entfielen 55 % der Nennungen ($n=2.172$), gefolgt von der Türkei (5 %, $n=196$), Ukraine (4 %, $n=150$), Rumänien (3 %, $n=129$), Vietnam (3 %, $n=129$) und Afghanistan (2 %, $n=97$).

Seit der IfSG-Novellierung 2017 werden Angaben zu Geburtsland und Staatsangehörigkeit übermittelt. Für 9.476 (54 %) der Fälle wurden die Angaben zum Geburtsland und für 15.139 (86 %) zur Staatsangehörigkeit übermittelt. Bei den Fällen, für die Informationen zu Geburtsland und Staatsangehörigkeit vorlagen, wurde Deutschland bei 19 % ($n=1.823$) der Infektionen als Geburtsland und die deutsche Staatsangehörigkeit in 20 % ($n=3.007$) angegeben. Als Geburtsland wurden häufig auch die Türkei (10 %, $n=990$), Rumänien (6 %, $n=575$), Ukraine (5 %, $n=497$) und die Russische Föderation (4 %, $n=408$) angegeben.

Betrachtet nach WHO-Regionen werden unter den Fällen mit Angaben zum Geburtsland am häufigsten Länder der WHO-Region Europa als Geburtsland angegeben (68 %, $n=6.440$), gefolgt von der WHO-Region Afrika (12 %, $n=1.098$) und der WHO-Region Östliches Mittelmeer (11 %, $n=1.034$). Eine Darstellung der an das RKI übermittelten Hepatitis-B-Fälle nach Geburtsland ist Abbildung 3 zu entnehmen.

Bundesland

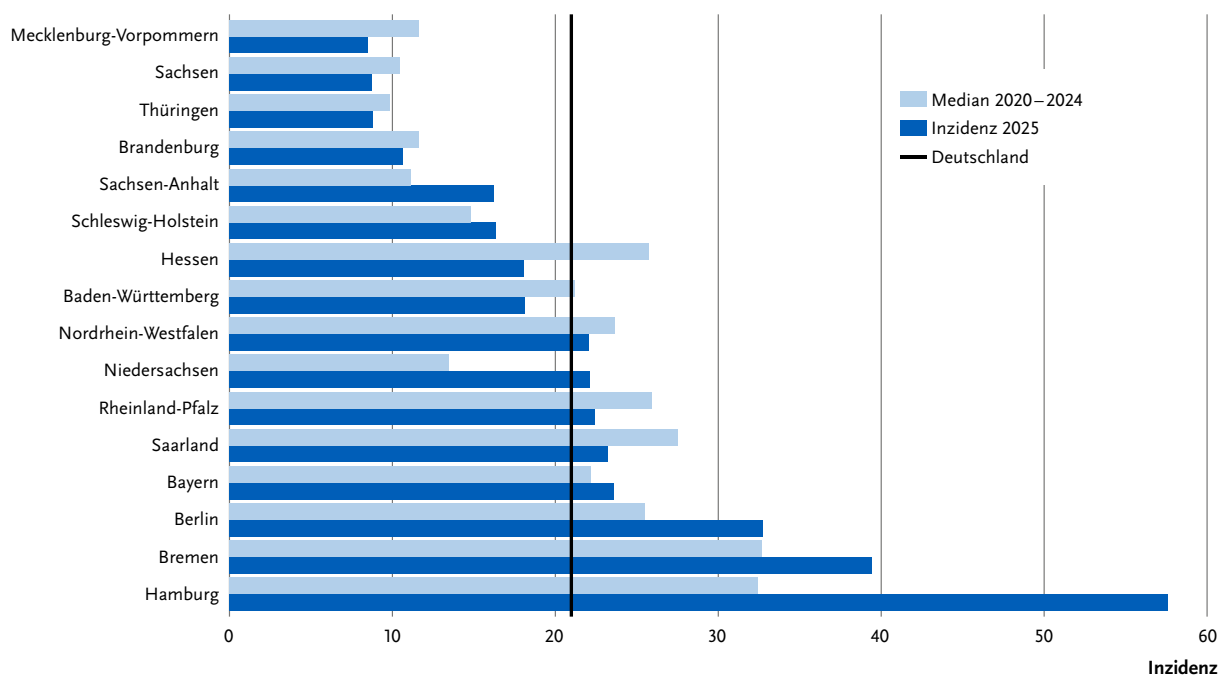


Abb. 2 | Übermittelte Hepatitis-B-Virus-Infektionen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesland, Deutschland, 2025 ($n=17.547$) im Vergleich mit dem Median der Vorjahre 2020 bis 2024 sowie Angabe des bundesweiten Durchschnitts 2025.

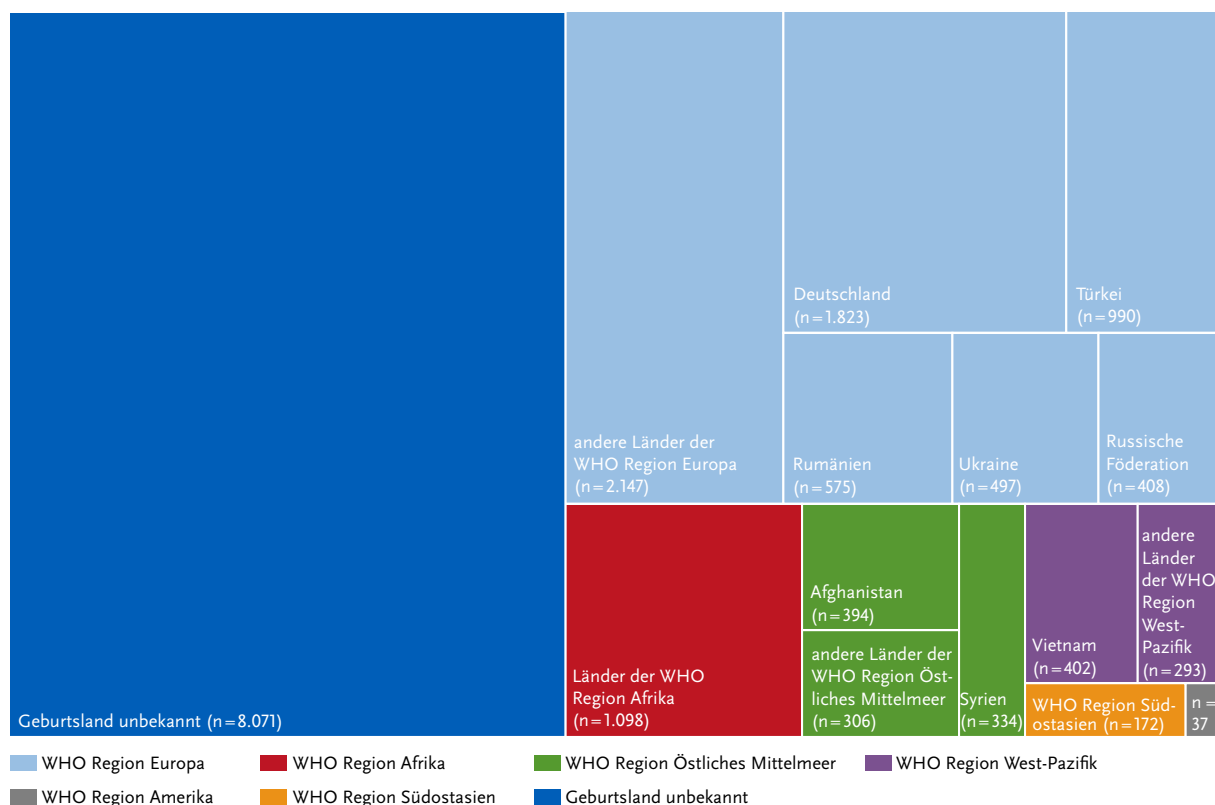


Abb. 3 | An das RKI übermittelte Hepatitis-B-Fälle nach Geburtsland, Deutschland, 2025 (n=17.547). Die Größe der Flächen entspricht dem Anteil an allen übermittelten Fällen. Fälle ohne Angabe zum Geburtsland sind als „unbekannt“ dargestellt.

Demografische Verteilung

Die Inzidenz für Hepatitis B lag bei Jungen und Männern mit 25 Infektionen pro 100.000 Einw. höher als bei Mädchen und Frauen (17/100.000 Einw.). Bei beiden Geschlechtern war die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen am stärksten betroffen. Hier lag die Inzidenz aller übermittelten Infektionen (akut, chronisch und unbekannt) für Frauen bei 32 pro 100.000 Einw. und für Männer bei 50 pro 100.000 Einw. Die Inzidenz im Kindesalter (<15 Jahre) war mit 0,4 pro 100.000 Einw. insgesamt niedrig. In der Altersgruppe der Fälle unter 15 Jahren entfielen 10 von 45 Infektionen auf Kinder im ersten Lebensjahr (1,5/100.000 Einw.). Bei 8 der 10 Fälle wurde als wahrscheinliche Exposition eine perinatale Übertragung übermittelt. Bei 7 der 10 Fälle im Alter von unter einem Jahr wurde Deutschland als Geburtsland angegeben; in 3 Fällen wurde kein Geburtsland genannt. Fehleingaben beim Alter sind insbesondere bei den Fällen ohne Angabe einer perinatalen Übertragung möglich. Eine Darstellung der an das RKI übermittelten Hepatitis-B-Fälle nach

Altersgruppe und Geschlecht ist [Abbildung 4](#) zu entnehmen.

Wie bereits im Vorjahr wiesen Männer im Alter von 40–49 Jahren die höchsten Inzidenzen akuter Infektionen auf (2,2/100.000 Einw.). Auch bei chronischen Infektionen sowie Infektionen mit unbekanntem Stadium wurden in dieser Altersgruppe die höchsten Inzidenzen beobachtet (chronisch: 21,2/100.000 Einw.; unbekanntes Stadium: 27,0/100.000 Einw.). Bei Frauen lagen die höchsten Inzidenzen für akute, chronische und Infektionen mit unbekanntem Stadium ebenfalls in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen (akut: 1,2/100.000 Einw.; chronisch: 14,8/100.000 Einw.; unbekanntes Stadium: 15,7/100.000 Einw.).

Infektionsrisiken

Nur bei 568 (3,3 %) der 17.547 übermittelten Hepatitis-B-Fälle wurden Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Mehrfachnennungen wurden bei der Auswertung auf den wahrschein-

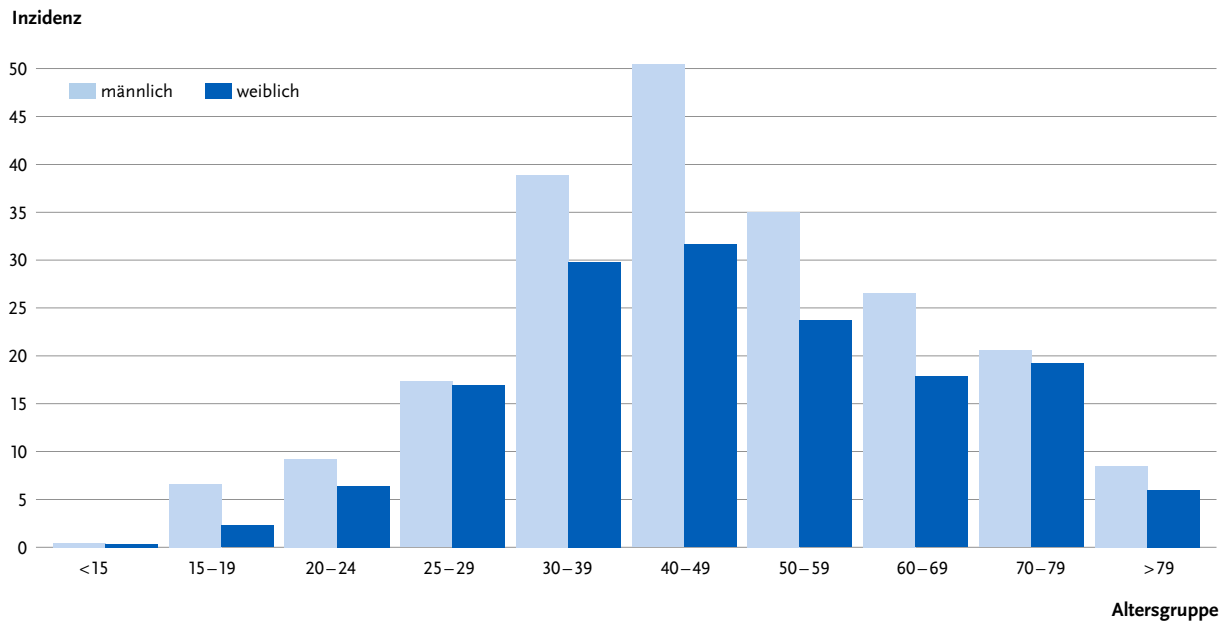


Abb. 4 | An das RKI übermittelte Hepatitis-B-Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht, Deutschland, 2025 (n=17.547)

lichsten Übertragungsweg reduziert. Der am häufigsten übermittelte wahrscheinliche Übertragungsweg im Jahr 2025 war die Wohngemeinschaft mit einer HBV-positiven Person (n=227 Fälle, 40 %). Als zweithäufigster wahrscheinlicher Übertragungsweg wurde intravenöser Drogenkonsum bei 176 Infektionen (31 %) angegeben, darunter 4 Infektionen während eines Haftaufenthaltes. Als dritthäufigster wahrscheinlicher Übertragungsweg wurde sexuelle Transmission bei 116 Infektionen (20 %) genannt, darunter 76 Infektionen durch heterosexuellen Kontakt mit einer HBV-infizierten Person und 40 Infektionen durch gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte. Des Weiteren wurde bei 36 Infektionen (6 %) der Erhalt von Blutprodukten, bei 4 Infektionen (1 %) Dialyse und bei 9 Infektionen (2 %) perinatale Übertragung als wahrscheinlicher Übertragungsweg genannt.

Impfstatus

Bei 6.702 (38 %) der 17.547 übermittelten Hepatitis-B-Fälle lagen Angaben zum Impfstatus vor. Von diesen Infektionen wurden 6.097 (91 %) als ungeimpft übermittelt. Bei 605 Infektionen (9 %) mit Angaben zum Impfstatus wurde eine HBV-Infektion trotz Impfung angegeben. Von diesen 605 fehlten bei 301 Infektionen ausreichende Angaben zur Bewertung des anzunehmenden Impfschutzes.

Für 304 (50 %) der 605 geimpften Fälle lagen ausreichende Angaben zur Anzahl der Impfstoffdosen, zum Datum der letzten Impfung sowie zum verabreichten Impfstoff für eine Bewertung vor. Bei insgesamt 216 Personen wird angenommen, dass sie zum Zeitpunkt der Infektion unvollständig geimpft waren. Bei diesen Infektionen waren lediglich 1 oder 2 Impfstoffdosen angegeben. Insgesamt 88 Fälle (1 % aller gemeldeten 17.547 Fälle) hatten einen als ausreichend anzunehmenden Impfschutz mit mindestens 3 Impfungen erhalten. Die vorliegenden Informationen könnten bei diesen Fällen für einen Impfdurchbruch sprechen, wobei beachtet werden muss, dass die übermittelten Angaben für eine solche Einschätzung nur unzureichend sind: So werden in der Regel keine Angaben zu einem Ausschluss einer bereits bestehenden HBV-Infektion vor Impfung, keine Angaben zur Kontrolle des Impferfolges nach 4–8 Wochen und keine Angaben zum Abstand zwischen den einzelnen Impfungen übermittelt. Des Weiteren werden nur Angaben zum zuletzt verwendeten Impfstoff übermittelt. Vorherige Impfungen mit einem abweichenden Impfstoff werden nicht erhoben.

Datenqualität

Seit Änderung des IfSG im Juli 2017 sind alle labor-diagnostischen HBV-Nachweise meldepflichtig, wo-

durch seitdem alle aktiven (akuten oder chronischen) Infektionen erfasst werden. Zusätzlich werden Angaben zum Infektionsstadium erhoben. Seit 2019 erfüllen auch chronische HBV-Infektionen die Referenzdefinition. Dadurch konnten chronische Infektionen, die zuvor zwar erfasst, aber nicht in die veröffentlichten Fallzahlen einbezogen wurden, bei einer erneuten Testung oder Meldung erstmals in die Referenzdefinition eingehen.

Nicht erkannte chronische Infektionen könnten sich auch weiterhin in dem hohen Anteil der übermittelten Fälle mit unbekanntem Infektionsstadium verbergen. Doppelmeldungen bereits bekannter Hepatitis-B-Fälle können nicht komplett ausgeschlossen werden und könnten ebenfalls einen Einfluss auf die Anzahl neu übermittelter Infektionen haben. Insbesondere kann eine Löschung des Personenbezugs bei wiederholter Testung dazu führen, dass Fälle mehrfach angelegt und übermittelt werden. Personenbezogene Daten sind dann zu löschen, wenn diese zur Erfüllung der Aufgaben nicht mehr benötigt werden. Für chronische Hepatitis B mit teilweise lebenslangen Infektionen sollten diese Angaben daher ausreichend lang aufbewahrt werden.

Die Verbesserung der Datenqualität spielt hinsichtlich des Infektionsstadiums eine wichtige Rolle. Aufgrund der Erweiterung der Referenzdefinition 2015, der IfSG-Novellierung 2017 und dem Einschluss chronischer Infektionen in die Referenzdefinition 2019 sind die übermittelten Fallzahlen nur bedingt mit den Fallzahlen der Vorjahre vergleichbar. Trendauswertungen aller übermittelten Infektionen ohne Berücksichtigung des Infektionsstadiums sind nicht möglich.

Zusätzlich zu den Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland werden seit der IfSG-Novellierung im Juli 2017 bei Hepatitis B Angaben zum Geburtsland und der Staatsangehörigkeit erfasst. Damit ist es zunehmend möglich, aus den Meldedaten bessere Hinweise auf die Krankheitslast bei verschiedenen Migrationspopulationen zu erhalten. Der Anteil von Fällen mit Informationen zum Geburtsland und zur Staatsangehörigkeit hatte sich 2024 im Vergleich zum Vorjahr 2023 verschlechtert, von 59 % auf 56 % beim Geburtsland und von 59 % auf 50 % bei der Staatsangehörigkeit. Im Jahr 2025 sank die Voll-

ständigkeit der Daten zum Geburtsland weiter leicht auf 54 %, während sich die Datenvollständigkeit zur Staatsangehörigkeit deutlich auf 86 % verbesserte. Die Datenvollständigkeit zum wahrscheinlichen Übertragungsweg ist mit 3,3 % ebenfalls sehr niedrig, ähnlich wie im Vorjahr.

4.1.2 Hepatitis D

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 69 HDV-Fälle an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition entsprachen. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 0,08 Infektionen pro 100.000 Einw. Die 69 übermittelten Infektionen wurden aus 15 von 16 Bundesländern gemeldet, mit einer Spannweite von 1 bis 17 Infektionen pro Bundesland. Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland lagen für 21 der 69 Fälle (30 %) vor (Mehrfachnennungen möglich). Am häufigsten wurde Deutschland (n=10) genannt, gefolgt von der Republik Moldau, Rumänien und der Ukraine (jeweils n=2), sowie fünf weitere Länder mit jeweils einer Nennung.

Von den 69 übermittelten HDV-Fällen betrafen 42 (61 %) Männer und 26 (38 %) Frauen; bei 1 Fall fehlte die Angabe zum Geschlecht. Insgesamt 86 % der Fälle (n=59) entfielen auf die Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen, in der mit 0,5 Infektionen pro 100.000 Einw. auch die höchste altersspezifische Inzidenz beobachtet wurde. Dieses Verteilungsmuster ist seit mehreren Jahren stabil und spiegelt sowohl die Übertragungswege als auch die typischerweise verzögerte Diagnose chronischer Infektionen im mittleren Erwachsenenalter wider.

Zeitlicher Verlauf

Nach der Falldefinitionsänderung im Jahr 2015 und der Erweiterung der Meldepflicht im Jahr 2017 stiegen die jährlichen Fallzahlen von unter 40 auf 69 Fälle im Jahr 2019. Während der ersten Jahre der COVID-19-Pandemie (2020–2021) wurden weniger als 60 HDV-Infektionen pro Jahr übermittelt. In den Jahren 2022–2024 stieg die Zahl der gemeldeten Infektionen deutlich auf 119–136 Fälle pro Jahr an. Im Jahr 2025 wurden 69 Infektionen und damit 53 Fälle (–43 %) weniger als im Vorjahr übermittelt; das Niveau entspricht damit dem des Jahres 2019 (s. Abb. 5).

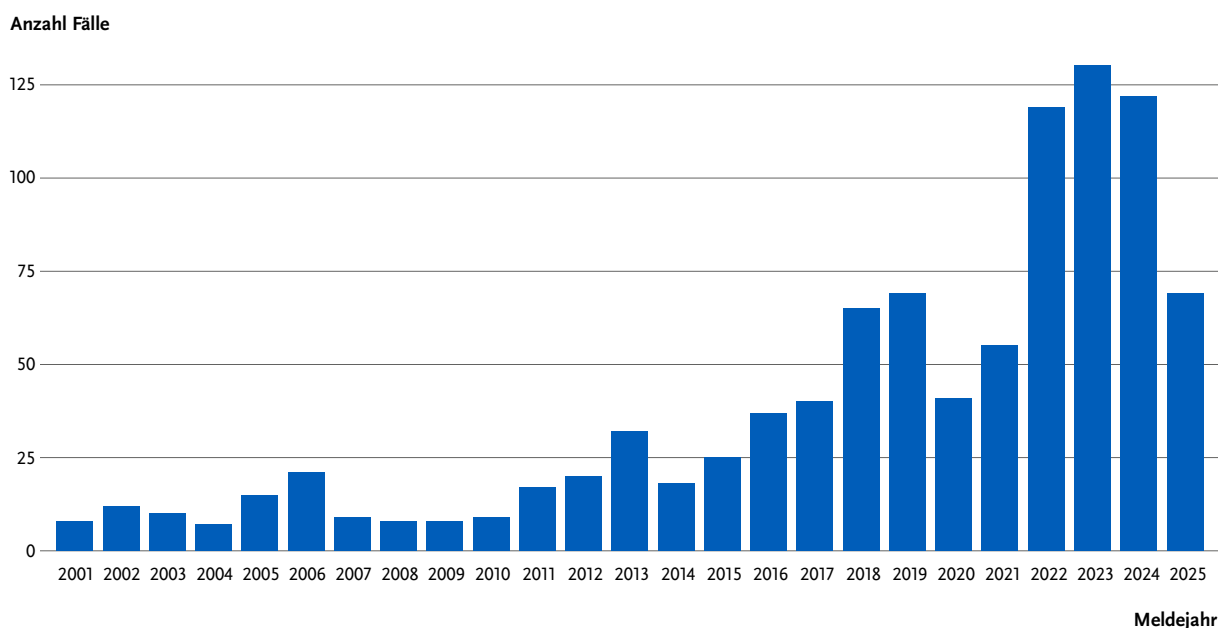


Abb. 5 | An das RKI übermittelte Hepatitis-D-Fälle nach Meldejahr, Deutschland, 2001 – 2025

Datenqualität

Wie für andere meldepflichtige Hepatitiden gilt auch für HDV, dass die Meldedaten die tatsächliche Krankheitslast wahrscheinlich unterschätzen. Anti-HDV-Testung bei HBsAg-positiven Personen wird in Deutschland nicht systematisch erhoben. Die in der internationalen Literatur empfohlene Reflex-Testung wird in der Versorgung nicht flächendeckend umgesetzt.³¹ Die im Vorjahresvergleich starken relativen Veränderungen sind bei den niedrigen absoluten Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren. Eine Differenzierung zwischen akuten und chronischen Infektionen ist anhand der Meldedaten nicht möglich; Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg sind nur für einen geringen Anteil der Fälle verfügbar und werden in diesem Bericht daher nicht gesondert ausgewertet.

4.2 Literaturüberblick

4.2.1 Internationale und nationale Aktivitäten

Hepatitis-Eliminierungsstrategie der WHO

Die WHO hat bereits 2016 mit der ersten Global Health Sector Strategy zur Eliminierung viraler Hepatitiden das Ziel formuliert, Virushepatitis bis 2030 als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu eliminieren.³⁸ Die aktuelle Strategie „Global Health

Sector Strategies on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections 2022–2030“ baut darauf auf und wurde 2022 verabschiedet. Ziel der Strategie ist die Eliminierung der Virushepatitis als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit bis zum Jahr 2030.² Für Hepatitis B sollen die Zahl der Neuinfektionen gegenüber 2015 um 90 % und die hepatitisbedingte Mortalität um 65 % reduziert werden. Zur Erreichung dieser Ziele setzt die WHO auf einen umfassenden Zugang zu Präventions-, Test- und Behandlungsangeboten entlang der Versorgungskaskade. Da eine Prävention von HDV-Infektionen nur durch die Verhinderung der zugrunde liegenden HBV-Infektion möglich ist, gelten die HBV-Eliminierungsziele der WHO implizit auch für Hepatitis D.

Zu den zentralen Zielwerten gehören eine vollständige Hepatitis-B-Impfung bei 95 % der Kinder, ein HBsAg-Screening bei 90 % der Schwangeren sowie eine Postexpositionsprophylaxe bei 95 % der von HBV-positiven Müttern geborenen Kinder. Darüber hinaus sollen 90 % der Menschen mit chronischer HBV-Infektion diagnostiziert und 80 % der behandlungsbedürftigen Personen einer Therapie zugeführt werden. Zur Überwachung der Fortschritte wurden von der WHO Kern- und Zusatzindikatoren definiert, die regelmäßig erhoben und berichtet

werden sollen.² Ergänzend hat die WHO einen Validierungsprozess entwickelt, mit dem anhand der Indikatoren überprüft werden kann, ob Länder die Eliminationsziele für virale Hepatitiden erreicht haben.³⁹

Initiative der WHO zur Triple-Elimination der Mutter-Kind-Übertragung

Als Ergänzung zur Global Health Sector Strategy verfolgt die WHO seit 2017 das Ziel der Triple-Elimination der Mutter-Kind-Übertragung von HIV, Syphilis und Hepatitis B.⁴⁰ Die Initiative ergänzt die globalen Eliminationsstrategien und zielt darauf ab, die vertikale Transmission dieser Infektionen durch eine flächendeckende Umsetzung evidenzbasierter Screening-, Präventions- und Behandlungsmaßnahmen während der Schwangerschaft sowie rund um die Geburt zu verhindern.

Im Bereich der Hepatitis B stehen insbesondere das HBsAg-Screening Schwangerer, die Versorgung HBV-positiver Schwangerer sowie die rechtzeitige Postexpositionsprophylaxe und vollständige Immunisierung exponierter Neugeborener im Fokus. Die Fortschritte der Mitgliedstaaten werden anhand standardisierter Indikatoren zur Überwachung und Validierung der Elimination der Mutter-Kind-Übertragung bewertet.⁴¹

Aktivitäten des European Centre for Disease Prevention and Control

Das ECDC koordiniert die epidemiologische Überwachung von Hepatitis B in den EU-/EWR-Mitgliedstaaten. Die Daten werden von den teilnehmenden Ländern über das European Surveillance System (TESSy) an das ECDC übermittelt und jährlich in epidemiologischen Berichten ausgewertet. Darüber hinaus stellt das ECDC aktuelle Meldedaten über den Surveillance Atlas of Infectious Diseases öffentlich zur Verfügung.

Neben der Surveillance unterstützt das ECDC die Mitgliedstaaten bei der Überwachung der Fortschritte auf dem Weg zur Eliminierung von Hepatitis B. Hierzu veröffentlicht das ECDC regelmäßig Berichte zu Präventionsmaßnahmen, Testung, Diagnostik und Versorgung sowie zur Erreichung der WHO-Eliminationsziele. Für die Überwachung der Eliminationsziele werden vom ECDC zahlreiche Indika-

toren entlang der Versorgungskaskade erhoben, darunter Schätzungen zur Prävalenz, zum Anteil diagnostizierter und behandelter Personen, zu Testaktivitäten sowie zu Impfquoten. Deutschland kann derzeit nur einen Teil dieser Indikatoren regelhaft berichten. Insbesondere für Prävalenz, Diagnose- und Behandlungskaskaden sowie für einige vulnerable Bevölkerungsgruppen fehlen belastbare nationale Daten. Der Ausbau von Surveillance-Systemen, Studien in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und die Etablierung eines langfristigen Monitorings auf Basis von Sekundärdatenanalysen ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Bewertung der Fortschritte Deutschlands auf dem Weg zur Hepatitis-Elimination.

Der Bericht für 2023 umfasst Daten aus 30 EU-/EWR-Staaten. Die Mitgliedstaaten übermittelten insgesamt 37.766 Hepatitis-B-Fälle, darunter akute, chronische und nicht näher klassifizierte Infektionen.²³ Aktuelle Analysen des ECDC zeigen, dass die Zahl der neu diagnostizierten HBV-Infektionen in der EU/im EWR langfristig rückläufig ist. Trotz dieser Fortschritte bestehen weiterhin erhebliche Lücken bei Diagnostik, Versorgung und Behandlung, wodurch die Erreichung der WHO-Eliminationsziele erschwert wird.^{23,42} HDV-Infektionen werden im Routine-Monitoring des ECDC bislang nicht eigenständig abgebildet, doch der Bericht für 2023 benennt einen wachsenden Bedarf an HDV-Surveillance, insbesondere im Kontext von Migration aus Hochprävalenzländern (z. B. Republik Moldau, Ukraine).

Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C

Das BMG und das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) haben gemeinsam im April 2016 eine „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bis 2030“ vorgelegt. Das Ziel der Strategie ist die nachhaltige Eindämmung dieser übertragbaren Infektionen.³

4.2.2 Epidemiologische Situation in Deutschland auf der Basis von Projekten und Studien

Allgemeinbevölkerung

Aktuelle bundesweit repräsentative Daten zur Epidemiologie der Hepatitis B in Deutschland sind begrenzt. Die bislang letzten bundesweit repräsentativen Erhebungen stammen aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1; 2008–2011) sowie dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS-Welle-2; 2014–2017).

Analysen der **DEGS1**-Daten zeigten, dass HBV-Infektionen mit höherem Alter, einem Migrationshintergrund der ersten Generation sowie dem Leben in größeren Gemeinden assoziiert waren. Eine impfinduzierte Immunität wurde dagegen häufiger bei jüngeren Personen sowie bei Personen mit höherem Bildungs- und Einkommensniveau nachgewiesen.⁴³

Neuere bevölkerungsbasierte Daten liefert die MuSPAD-Studie (2020–2021). In einer retrospektiven Analyse von 10.000 Serumproben erwachsener Studienteilnehmender wurde eine aktive HBV-Infektion (HBV-DNA und/oder HBsAg) in 0,21 % der Proben nachgewiesen. Eine HDV-Infektion wurde unter den HBsAg-positiven Personen nicht festgestellt. Die Ergebnisse bestätigen die niedrige HBV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung, sind jedoch vor dem Hintergrund der Studienpopulation zu interpretieren, dass Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem HBV-Risiko, insbesondere Menschen mit Migration aus Hochprävalenzregionen, möglicherweise unterrepräsentiert waren.²⁶

Im **Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)** wurden Daten zur Hepatitis-B-Prävalenz und zur Impfquote erhoben. In der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) lag die HBsAg-Prävalenz bei 3- bis 17-Jährigen bei 0,2 %, während 66 % der Kinder ab einem Alter von 2 Jahren vollständig gegen Hepatitis B geimpft waren.^{44,45}

Die Ergebnisse von KiGGS-Welle-2 (2014–2017) bestätigen die sehr niedrige Verbreitung von Hepatitis B bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Unter mehr als 3.000 Teilnehmenden wurde keine aktive HBV-Infektion (HBsAg) nachgewiesen;

Marker einer durchgemachten Infektion (anti-HBc) fanden sich lediglich bei 0,3 % der Kinder und Jugendlichen.²⁷ Gleichzeitig lag die Impfquote für eine vollständige Hepatitis-B-Grundimmunisierung bei 84 %, wobei die niedrigsten Impfquoten bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren beobachtet wurden (78 %).²⁸ Die hohe Impfquote und die sehr niedrige Prävalenz sprechen für eine erfolgreiche Kontrolle der Hepatitis B in dieser Altersgruppe und werden maßgeblich auf die seit 1995 empfohlene Hepatitis-B-Impfung im Säuglingsalter zurückgeführt.^{27,28} Eine ergänzende serologische Auswertung der KiGGS-Welle-2 ergab, dass 63,7 % der gegen Hepatitis B geimpften Kinder und Jugendlichen anti-HBs-Konzentrationen von mindestens 10 IU/L aufwiesen, was als Hinweis auf eine erfolgreiche Impfantwort gewertet wird.⁴⁶

Daten des **RKI-Impfquotenmonitorings** auf Grundlage von Sekundärdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zeigen für Kinder des Geburtsjahrgangs 2022 eine Impfquote von 74 % für die vollständige Hepatitis-B-Standardimpfung bis zum Alter von 24 Monaten.⁴⁷

Auch die Daten der **Schuleingangsuntersuchungen** weisen auf hohe Hepatitis-B-Impfquoten vor Schuleintritt hin. Für den Einschulungsjahrgang 2023 lag die bundesweite Impfquote für eine vollständige Hepatitis-B-Grundimmunisierung bei Kindern im Alter von 4 bis 7 Jahren – je nach Berechnungsszenario – zwischen 87 % und 92 %.⁴⁷ Bei der Interpretation ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Auswertungen auf Kindern mit vorgelegtem Impfpass basieren und daher nicht unmittelbar mit den Ergebnissen des RKI-Impfquotenmonitorings auf Basis von KV-Abrechnungsdaten vergleichbar sind. Regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen weiterhin.⁴⁷

Sekundärdatenauswertung von Hepatitis-B-, Hepatitis-C- und Hepatitis-D-Diagnosen anhand von Routinedaten gesetzlich versicherter Personen

Im Rahmen des Projekts **Hep-Routinedaten** wird untersucht, inwieweit Routinedaten gesetzlich versicherter Personen für ein regelmäßiges Monitoring von Hepatitis B, C und D in Deutschland genutzt werden können. Ziel ist es, die Diagnoseprävalenz und -inzidenz dieser Infektionen sowie

den Anteil der auf Hepatitis getesteten Personen in der gesetzlich versicherten Bevölkerung zu bestimmen.

Diese Kennzahlen gehören zu den von der WHO empfohlenen Monitoringindikatoren zur Überwachung der Fortschritte auf dem Weg zur Eliminierung viraler Hepatitiden als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit.² Da Deutschland derzeit nur einen Teil dieser Indikatoren regelhaft berichten kann, gewinnen Routinedaten als ergänzende Datenquelle zunehmend an Bedeutung.

Neuere Schätzungen auf Basis von Routinedaten gesetzlich versicherter Personen zeigen, dass sich mithilfe von Sekundärdaten wichtige Monitoringindikatoren für Hepatitis B und D ableiten lassen. In einer Analyse von Krankenkassendaten für die Jahre 2016–2021 lag die Prävalenz diagnostizierter HBV-Infektionen bei etwa 0,14–0,15 %, während jährlich rund 2 % der Bevölkerung auf mindestens einen HBV-Marker getestet wurden. Darüber hinaus wurde die Prävalenz einer HDV-Infektion unter HBV-infizierten Personen auf 4,5–6,4 % geschätzt.⁴⁸ Die Ergebnisse verdeutlichen das Potenzial von Routinedaten zur Ergänzung der bestehenden Surveillance und zur Generierung von Monitoringindikatoren für die Hepatitis-Elimination.

Sekundärdatenauswertung von Hepatitis-B-Testungen in der Schwangerschaft

Bereits veröffentlichte Auswertungen auf Basis kassenärztlicher Routinedaten des Instituts für angewandte Gesundheitsforschung Berlin (InGef) für die Jahre 2011–2020 zeigen eine hohe Inanspruchnahme des Hepatitis-B-Screenings in der Schwangerschaft. Bei mehr als 95 % der Schwangeren fanden sich Hinweise auf die Durchführung des empfohlenen HBsAg-Screenings, was auf eine weitgehende Umsetzung der Mutterschaftsrichtlinien in Deutschland hindeutet.⁴⁹

Darauf aufbauend wird derzeit anhand von InGef-Routinedaten aus den Jahren 2016–2021 untersucht, wie hoch der Anteil Schwangerer ist, die auf HBV gescreent werden. Die Studie soll die Inanspruchnahme des Hepatitis-B-Screenings sowie die Versorgungssituation Schwangerer in Deutschland für einen aktuelleren Zeitraum beschreiben und lie-

fert wichtige Erkenntnisse zur Umsetzung von Maßnahmen zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung von Hepatitis B.⁴⁰

Intensivierte Surveillance zu HBV-Infektionen bei Kindern

Am RKI wird derzeit eine intensivierte Surveillance von HBV-Infektionen bei Kindern aufgebaut. Hierzu werden Meldedaten zu Hepatitis-B-Fällen bei Kindern bis einschließlich 10 Jahren, die seit 2022 gemeldet wurden und die künftig gemeldet werden, systematisch ausgewertet und durch das Sammeln zusätzlicher Daten ergänzt. Ein besonderer Fokus liegt auf der Identifikation möglicher Mutter-Kind-Übertragungen. Ziel des Projekts ist es, potenzielle Lücken in der Prävention perinataler HBV-Übertragungen zu identifizieren und Erkenntnisse zur Wirksamkeit bestehender Präventionsmaßnahmen zu gewinnen. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, Strategien zur Verhinderung von HBV-Infektionen im Kindesalter weiter zu optimieren und die Fortschritte auf dem Weg zur Elimination der Hepatitis B in Deutschland zu bewerten.

4.2.3 Bevölkerungsgruppen mit besonderer Vulnerabilität für HBV und HDV

Die Krankheitslast von Hepatitis B und D ist in Deutschland ungleich verteilt. Besonders betroffen sind Menschen mit Migrationshintergrund aus Regionen mit hoher HBV-Endemizität, Menschen mit injizierendem Drogenkonsum, MSM, Menschen in Wohnungslosigkeit sowie Personen in Haft. Gleichzeitig bestehen für einige dieser Bevölkerungsgruppen weiterhin Datenlücken. Insbesondere für Menschen in Haft, Menschen in Wohnungslosigkeit, MSM sowie Menschen mit Migrationshintergrund aus Hochprävalenzregionen liegen nur begrenzt aktuelle und repräsentative Daten zur Prävalenz von HBV-Infektionen vor.⁵ Für Hepatitis D beschränken sich die verfügbaren Daten in Deutschland weitgehend auf Menschen mit chronischer HBV-Infektion. Bevölkerungsbezogene oder populationspezifische Prävalenzschätzungen fehlen bislang weitgehend.⁵ Die nachfolgenden Abschnitte geben einen Überblick über die verfügbare Evidenz zu Hepatitis B und D in ausgewählten besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen in Deutschland.

Menschen mit injizierendem Drogengebrauch

Menschen mit injizierendem Drogenkonsum sind überdurchschnittlich von blutübertragenen HBV-Infektionen betroffen. In der **DRUCK-Studie** (2011–2014) lag die Prävalenz einer aktiven HBV-Infektion bei 1,1 %, während Marker einer durchgemachten HBV-Infektion bei 25 % der Teilnehmenden nachgewiesen wurden. Einen Impfschutz wiesen 32 % auf. Der eigene Infektionsstatus war 71 % und der Impfstatus 45 % der Teilnehmenden bekannt.⁵⁰

Die **DRUCK-2.0-Pilotstudie** (2020–2022) diente der Evaluation geeigneter Methoden für eine wiederkehrende Datenerhebung in dieser Zielgruppe. In dieser Studie in Berlin und Bayern lag die Prävalenz einer aktiven HBV-Infektion bei 1,2 %, während Marker einer durchgemachten Infektion bei 17 % der Teilnehmenden nachgewiesen wurden.⁵¹

Seit April 2024 wird mit **DRUCK-Surv** eine bundesweite Datenerhebung zu HIV, Hepatitis B und C im Kontext von injizierendem Drogenkonsum durchgeführt. Vorläufige Ergebnisse zeigten eine weiterhin hohe HBV-Prävalenz unter Teilnehmenden, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert haben. Die Prävalenz einer aktiven HBV-Infektion (HBsAg+) lag bei 2,4 % und die einer durchgemachten bzw. ausgeheilten HBV-Infektion (HBsAg–, Anti-HBs+, Anti-HBc+) bei 27 %. Das Projekt läuft bis Dezember 2026. Derzeit erfolgt die Datenauswertung, es werden regionale Berichte sowie ein nationaler Gesamtbericht vorbereitet.

Zur Prävention von Hepatitis B kommt der Impfung eine zentrale Bedeutung zu. Darüber hinaus können Safer-Sex-Maßnahmen, insbesondere die Verwendung von Kondomen, sowie die Nutzung steriler Konsumutensilien dazu beitragen, das Risiko einer HBV-Übertragung zu reduzieren. Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) erfasste in Kooperation mit dem RKI und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) erstmals deutschlandweit die Vergabe von **Konsumutensilien** über Spritzenautomaten oder in Einrichtungen der **Suchthilfe (saferKONSUM)**. Die Ergebnisse der 2. Erhebungswelle 2022 zeigen eine unzureichende Verteilung Konsumutensilien-vergebender Einrichtungen, wobei in lediglich 20 % der Landkreise und 51 % der Stadtkreise mindestens 1 Einrichtung die

Vergabe bestätigte. Im Vergleich zu 2018 reduzierte sich die Vergabe von Spritzen im Median um 18 % und für Nadeln um 12 %.⁵³

Im Jahr 2024 wurde ergänzend zu den saferKONSUM-Erhebungen in Einrichtungen der Drogenhilfe eine bundesweite Erhebung zur Abgabe von Spritzen und Nadeln über **Apotheken** durchgeführt. Ziel war es, zu ermitteln, wie viele Spritzen und Nadeln, die möglicherweise für den Drogenkonsum verwendet werden, zusätzlich zur Vergabe über Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe über Apotheken abgegeben wurden. Von den 1.050 teilnehmenden Apotheken gaben 88 % an, sterile Nadeln und Spritzen abzugeben, nahezu ausschließlich durch Verkauf (98 %).⁵⁴ Hochgerechnet gaben Apotheken im Jahr 2024 im Mittel 91 Spritzen und 121 Nadeln pro versorgter Person und Jahr ab. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der vorangegangenen saferKONSUM-Erhebungen in Einrichtungen der Drogenhilfe wurde das WHO-Ziel von jährlich 300 Spritzen und 300 Nadeln pro Person, die Drogen injiziert, in Deutschland weiterhin nicht erreicht.⁵⁴

Menschen in Haft

Für Menschen in Haft liegen in Deutschland bislang nur begrenzte aktuelle Daten zur Prävalenz von HBV- und HDV-Infektionen vor. Mit der Pilotstudie **DRUCK-Haft** wurden im Jahr 2025 in einer Haftanstalt in Deutschland Daten zu Prävalenz, Risikoverhalten sowie Zugang zu Prävention und Versorgung unter Menschen die jemals Drogen konsumiert haben erhoben.⁵⁵ Insgesamt wurden 159 Personen inkludiert, dabei wurde bei 3,7 % der Teilnehmenden eine aktive HBV-Infektion nachgewiesen. Marker einer durchgemachten oder bestehenden HBV-Infektion fanden sich bei 18,4 %, während lediglich 19 % serologische Hinweise auf einen Impfschutz aufwiesen.⁵⁵

Menschen in Wohnungslosigkeit

Menschen in Wohnungslosigkeit sind aufgrund prekärer Lebensbedingungen und einer erhöhten Häufigkeit von Risikofaktoren besonders vulnerabel für sexuell und durch Blut übertragbare Infektionen. Im Rahmen der **POINT-Pilotstudie** wurden im Jahr 2021 216 wohnungslose Personen in Berlin untersucht. Dabei wurde bei 1,9 % der Teilnehmenden eine aktive HBV-Infektion nachgewiesen. Marker ei-

ner durchgemachten oder bestehenden HBV-Infektion fanden sich bei 28,2 %, während lediglich 18,1 % serologische Hinweise auf einen Impfschutz aufwiesen.⁵⁶

Auch eine bundesweite **Multicenter-Studie** mit 643 Menschen in Wohnungslosigkeit aus 4 deutschen Großstädten im Jahr 2021 zeigte eine erhöhte Krankheitslast: Bei 1,4 % der Teilnehmenden wurde eine aktive HBV-Infektion nachgewiesen, 17 % wiesen Marker einer durchgemachten oder bestehenden HBV-Infektion auf.⁵⁷

Die Ergebnisse beider Studien unterstreichen die erhöhte Betroffenheit dieser Bevölkerungsgruppe und den Bedarf an niedrigschwelligen Präventions-, Test- und Versorgungsangeboten.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

MSM zählen aufgrund sexueller Übertragungswege zu den Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko für eine HBV-Infektion. Analysen der deutschen **HIV-1-Serokonverterstudie** zeigen bei MSM mit HIV jedoch einen deutlichen Rückgang der HBV-Krankheitslast in den vergangenen 2 Jahrzehnten. Die Prävalenz aktiver bzw. chronischer HBV-Infektionen sank von 4,1 % in den Jahren 1996–1999 auf 1,3 % im Jahr 2019. Gleichzeitig ging die HBV-Inzidenz von 6,9 Neuinfektionen pro 100 Personenjahre im Zeitraum 2004–2007 auf 0,45 pro 100 Personenjahre im Jahr 2015 zurück. Parallel dazu stieg der Anteil der Personen mit serologischem Hinweis auf eine Hepatitis-B-Impfung von 25 % auf 69 % an.⁵⁸

Obwohl die Hepatitis-B-Impfung in Deutschland für MSM als STIKO-Indikationsimpfung empfohlen und erstattet wird, bestehen weiterhin Impflücken.¹¹ Im **European MSM Internet Survey 2017** (EMIS-2017) gaben 65 % der über 20.000 Teilnehmenden aus Deutschland an, jemals gegen Hepatitis B geimpft worden zu sein.⁵⁹

Neuere Daten aus der **BRAHMS-Kohorte** zeigten bei 79,7 % der teilnehmenden MSM und trans Personen serologische Hinweise auf eine HBV-Immunität. Eine aktive HBV-Infektion wurde bei 1,0 % und Marker einer durchgemachten HBV-Infektion bei 17,7 % der Teilnehmenden nachgewiesen.⁶⁰

Menschen mit Migration aus Hochprävalenzregionen

Für Menschen mit Migration aus Regionen mit hoher HBV-Endemizität liegen in Deutschland bislang nur begrenzt repräsentative Daten zur Prävalenz von Hepatitis B und insbesondere Hepatitis D vor. Die verfügbaren Erkenntnisse stammen überwiegend aus kleineren, nicht-repräsentativen Studien sowie Modellierungen.^{5–7} Diese weisen jedoch übereinstimmend auf eine deutlich höhere HBV-Prävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe hin als in der Allgemeinbevölkerung.^{5–7} Menschen mit Migration aus Hochprävalenzregionen zählen damit in Deutschland zu den am stärksten von Hepatitis B betroffenen Bevölkerungsgruppen.

Auch aktuelle Analysen der Meldedaten unterstreichen die Bedeutung von Migration für die Epidemiologie der Hepatitis B in Deutschland. Ein erheblicher Anteil der gemeldeten HBV-Infektionen betrifft Personen, die in Ländern mit mittlerer oder hoher HBV-Prävalenz geboren wurden. Die beobachteten Unterschiede spiegeln dabei weitgehend die epidemiologische Situation in den Herkunftsregionen wider.⁶¹

Eine Modellierungsstudie schätzte, dass im Jahr 2013 etwa 42 % der Menschen mit chronischer Hepatitis B in Deutschland im Ausland geboren waren.⁷ Angesichts ihres deutlich geringeren Anteils an der Gesamtbevölkerung unterstreicht dieses Ergebnis die besondere Bedeutung von Menschen mit Migration aus Hochprävalenzregionen für die Hepatitis-B-Epidemiologie in Deutschland.^{7,8}

Zur Verbesserung der Datenlage in Deutschland wurde im Jahr 2023 die **HepMig-Vorstudie** durchgeführt, um geeignete Methoden zur Erfassung der Prävalenz und Versorgungssituation von Hepatitis B und C bei Menschen mit Migration aus Hochprävalenzländern zu entwickeln. Insgesamt konnten 175 Teilnehmende rekrutiert werden. Die Ergebnisse zeigten eine erhöhte Prävalenz aktiver HBV-Infektionen (HBsAg: 3,8 %) sowie eine niedrige selbstberichtete Hepatitis-B-Impfquote von 25 %. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer kultursensiblen Ansprache sowie den Bedarf an verbesserten Zugängen zu Testung, Impfung und Versorgung, um die WHO-Eliminationsziele zu erreichen.^{62,63}

5. Zusammenfassende Einschätzung

Eliminationsziele

Die internationale und nationale Bedeutung von viralen Hepatitiden ist weiterhin hoch. Die WHO verfolgt mit der „Global Health Sector Strategy on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections 2022–2030“ das Ziel, Virushepatitiden bis 2030 als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu eliminieren.² Deutschland hat sich diesen Zielen angeschlossen und verfolgt sie im Rahmen der nationalen Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderen STI.³ Für die Bewertung der Fortschritte auf dem Weg zur Hepatitis-Elimination sind belastbare Daten entlang der gesamten Versorgungskaskade erforderlich. Derzeit kann Deutschland jedoch nur einen Teil der von der WHO und dem ECDC empfohlenen Monitoringindikatoren berichten. Die Schließung bestehender Datenlücken durch den Ausbau von Surveillance, Studien und Sekundärdatenanalysen bleibt daher eine wichtige Aufgabe der kommenden Jahre.

Epidemiologische Entwicklung in Deutschland

Nach einem seit 2015 anhaltenden deutlichen Anstieg der gemeldeten Hepatitis-B- und Hepatitis-D-Fälle in Deutschland zeigte sich im Jahr 2024 erstmals wieder ein Rückgang der Fallzahlen. Dieser Trend setzte sich im Jahr 2025 fort: Die Zahl der übermittelten Hepatitis-B-Fälle sank gegenüber dem Vorjahr um 22,5 % ($n = -5.082$), die Zahl der HDV-Fälle um 43 % ($n = -53$). Trotz dieses Rückgangs lagen die Fallzahlen für HBV weiterhin deutlich über dem Niveau der Vorjahre und entsprachen nahezu dem Doppelten der im Jahr 2021 gemeldeten Fälle. Die Fallzahlen für HDV sind hingegen auf das Niveau von 2019 zurückgegangen.

Mehrere Studien haben mögliche Ursachen für den Anstieg der gemeldeten Hepatitis-B-Fallzahlen in den Vorjahren untersucht.^{64–66} Als wesentliche Einflussfaktoren gelten Änderungen im Melde- und Übermittlungssystem, darunter die Anpassung der Referenzdefinitionen im Jahr 2015, die Änderung des IfSG 2017 (Erweiterung der Labormeldepflicht auf alle labordiagnostischen Nachweise von HBV) sowie die Einbeziehung chronischer HBV-Infektionen in die veröffentlichten Fallzahlen seit 2019. Auch die Einführung elektronischer Labormeldungen

über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) ab 2022 könnte zur erneuten Erfassung bereits bekannter Infektionen beigetragen haben. Weitere Gründe für Mehrfacherfassungen können gelöschte personenbezogene Daten, Wohnortwechsel oder Softwareumstellungen in Gesundheitsämtern und Laboren sein.⁶⁵ Seit 2022 könnten außerdem Diagnosen bei Menschen, die infolge des russischen Angriffskriegs aus der Ukraine nach Deutschland geflüchtet sind, zu den Fallzahlenanstiegen beigetragen haben, da HBV-Infektionen in der Ukraine häufiger vorkommen als in Deutschland.⁶⁷ Der starke Anstieg der Fallzahlen zwischen 2021 und 2023 ist wesentlich auf das seit 2021 eingeführte einmalige HBV-Screening im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren („Check-up 35“) zurückzuführen. Zusammen mit den oben genannten technischen, meldebedingten und migrationsbedingten Faktoren hat das Screening wahrscheinlich zu sowohl erneut erfassten und übermittelten Fällen als auch zur Neudiagnose bisher unentdeckter Infektionen geführt.⁶⁴

Der seit 2024 beobachtete Rückgang der übermittelten Hepatitis-B- und Hepatitis-D-Fallzahlen könnte darauf hindeuten, dass sich diese Effekte inzwischen abschwächen und Nachholeffekte durch Screening und Meldesysteme zunehmend auslaufen. Seit 2025 könnten zudem technische Anpassungen im nationalen elektronischen Surveillancesystem SurvNet dazu beigetragen haben, bereits bekannte Infektionen besser zu kennzeichnen und erneute Übermittlungen zu vermeiden. Auch migrationsbedingte Einflüsse, insbesondere im Zusammenhang mit der Zuwanderung aus der Ukraine seit 2022, könnten inzwischen geringer ausfallen. Derzeit lässt sich jedoch nicht sicher beurteilen, in welchem Ausmaß die rückläufigen Fallzahlen auf tatsächliche epidemiologische Veränderungen oder auf Effekte im Melde- und Diagnosesystem zurückzuführen sind. Für die Interpretation der Entwicklungen sind eine differenzierte Erfassung nach Infektionsstadium sowie eine hohe Datenvollständigkeit zu Übertragungsweg, Infektionsland und Geburtsland von zentraler Bedeutung.

Aufgrund der insgesamt geringen HDV-Fallzahlen können bereits kleine zufällige Schwankungen zu

deutlichen relativen Veränderungen führen; eine Trendaussage über das Berichtsjahr hinaus ist deshalb nur eingeschränkt möglich.

Impfquoten

Die verfügbaren Daten zeigen, dass die Hepatitis-B-Impfquoten in Deutschland weiterhin hinter den nationalen und internationalen Zielvorgaben zurückbleiben. Insbesondere wird das WHO-Ziel einer vollständigen Hepatitis-B-Impfung bei mindestens 95 % der Kinder bislang nicht erreicht. Dies gilt sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für verschiedene Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko. Zur Steigerung der Impfquoten sind zielgruppenspezifische Maßnahmen erforderlich. Eine konsequente Umsetzung der bestehenden Impfeempfehlungen, insbesondere im Säuglings- und Kindesalter sowie bei Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko, bleibt dabei eine zentrale Präventionsmaßnahme.

Hepatitis D: Diagnostik und Versorgung

Seit der bedingten Zulassung des Eintrittsinhibitors Bulevirtid im Jahr 2020 (vollständige Zulassung 2023) steht erstmals eine zugelassene Therapie für Hepatitis D zur Verfügung. Dennoch wird Hepatitis D möglicherweise unterdiagnostiziert: Obwohl internationale und deutsche Leitlinien eine Reflex-Testung aller HBsAg-positiven Personen auf anti-HDV vorsehen, waren in einer retrospektiven Auswertung von Labordaten eines großen deutschen Laborverbunds lediglich 22 % der HBsAg-positiven Fälle auf HDV getestet worden;³¹ eine Analyse von Krankenkassendaten bestätigte eine entsprechende

Versorgungslücke.⁴⁸ Das Schließen dieser diagnostischen Lücke ist dringend erforderlich, um Betroffene einer leitliniengerechten Überwachung und Therapie zuzuführen.

Vulnerable Bevölkerungsgruppen

Die Prävalenzdaten und Studien zu unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen deuten darauf hin, dass vulnerable Gruppen stärker betroffen sind. Zielgerichtete Maßnahmen zur Prävention sind daher essenziell. Darüber hinaus wurden in einem systematischen Review Datenlücken in bestimmten Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Personen in Haft, identifiziert sowie die Datenlage als veraltet eingeschätzt, z. B. repräsentative Daten in der Allgemeinbevölkerung betreffend.⁵ Daher ist es von großer Bedeutung, neue Studien zu konzipieren, um die identifizierten Datenlücken zu schließen.

Fazit

Trotz rückläufiger Meldezahlen bleibt die Krankheitslast von Hepatitis B und D in Deutschland erheblich, insbesondere in Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko. Gleichzeitig bestehen weiterhin Impflücken für Hepatitis B. Da Hepatitis D ausschließlich bei Menschen mit Hepatitis B auftritt und zu besonders schweren Verläufen beiträgt, kommt der frühzeitigen Diagnose und Versorgung von Menschen mit chronischer Hepatitis B eine besondere Bedeutung zu. Für die Erreichung der WHO-Eliminationsziele bis 2030 sind insbesondere zielgruppenspezifische Präventions-, Test- und Versorgungsangebote sowie eine weitere Steigerung der Hepatitis-B-Impfquoten erforderlich.

Literatur

- 1 World Health Organization. Global hepatitis report 2026. 2026.
- 2 World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. 2022.

- 3 Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Bis 2030 – Bedarfsorientiert · Integriert · Sektorübergreifend. 2016.
- 4 Poethko-Muller C, Zimmermann R, Hamouda O, Faber M, Stark K, Ross RS, *et al.* Epidemiology of

- hepatitis A, B, and C among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6):707–15.
- 5 Steffen G, Sperle I, Leendertz SA, Sarma N, Beer-mann S, Thamm R, *et al.* The epidemiology of Hepatitis B, C and D in Germany: A scoping review. PLoS One. 2020;15(3):e0229166.
 - 6 Sperle I, Steffen G, Leendertz SA, Sarma N, Beer-mann S, Thamm R, *et al.* Prevalence of Hepatitis B, C, and D in Germany: Results From a Scoping Review. Front Public Health. 2020;8:424.
 - 7 Kremer-Flach K, Zimmermann R, An der Heiden M, Dudareva S. Estimated number of people infected with hepatitis B and C virus in Germany in 2013: a baseline prevalence estimate using the workbook method. Front Public Health. 2025;13:1471256.
 - 8 Canabarro APF, Duffell E, Hansson D, Dudareva S, Seyler T, Niehus R, *et al.* Use of the Workbook Method to estimate the prevalence of chronic hepatitis B infections in the European Union and European Economic Area, 2022. Euro Surveill. 2026;31(14).
 - 9 Robert Koch-Institut. RKI Ratgeber Hepatitis B und D [aktualisiert am 05.02.2018]. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_HepatitisB.html
 - 10 Cornberg M, Sandmann L, Protzer U, Niederau C, Tacke F, Berg T, *et al.* S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virus-infektion. Z Gastroenterol. 2021;59(7):691–776.
 - 11 Ständige Impfkommision: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2026. Epid Bull 2026;4:1-79
 - 12 World Health Organization (WHO). Hepatitis D 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-d>
 - 13 Stockdale AJ, Kreuels B, Henrion MYR, Giorgi E, Kyomuhangi I, de Martel C, *et al.* The global prevalence of hepatitis D virus infection: Systematic review and meta-analysis. J Hepatol. 2020;73(3):523–32.
 - 14 World Health Organization. Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection. Geneva: World Health Organization; 2024.
 - 15 European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis delta virus. Journal of Hepatology. 2023;79(2):433–60.
 - 16 Shepard CW, Simard EP, Finelli L, Fiore AE, Bell BP. Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination. Epidemiologic reviews. 2006;28(1):112–25.
 - 17 Taylor JM. Hepatitis delta virus. Virology. 2006;344(1):71–6.
 - 18 Abbas Z, Abbas M. Hope on the horizon: Emerging therapies for hepatitis D. World J Hepatol. 2025;17(6):107963.
 - 19 Deterding K, Wedemeyer H. [New therapeutic options for hepatitis D]. MMW Fortschr Med. 2021;163(12):62–3.
 - 20 Urban S, Neumann-Haefelin C, Lampertico P. Hepatitis D virus in 2021: virology, immunology and new treatment approaches for a difficult-to-treat disease. Gut. 2021.
 - 21 World Health Organization. Hepatitis B Factsheet 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
 - 22 Hofmann A BL, Stepanovich-Falke A, Alibone M, Zimmermann R, Dudareva S., Abstract Nr. 130, editor Application of routine data for monitoring the elimination of Hepatitis B (HBV) and C (HCV) in Germany. 12 Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress 2025; 2025 20 – 22.03.2025; Wien, Austria.
 - 23 European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. 2025.
 - 24 Polaris Observatory Collaborators. Adjusted estimate of the prevalence of hepatitis delta virus in 25 countries and territories. J Hepatol. 2024;80(2):232–42.
 - 25 World Health Organization. Hepatitis D Factsheet 2025 [aktualisiert am 25.06.2025]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-d>
 - 26 Ghodrati Z, Grikscheit K, Busetto L, Marx B, Kohmer N, Auste A, *et al.* Population-based prevalence and screening gaps of hepatitis C, B and D, Germany, 2020 to 2021. Eurosurveillance. 2026;31(25):2500864.
 - 27 Gillesberg Lassen S, Poethko-Müller C, Schlaud M, Slanina H, Schüttler CG, Stark K, *et al.* Evidence of very low hepatitis B virus prevalence in children and adolescents in Germany: National cross-sectional study, 2014-2017. Epidemiol Infect. 2025;153:e120.

- 28 Poethko-Müller C, Kuhnert R, Gillesberg Lassen S, Siedler A. Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2019;62(4):410–21.
- 29 Fischer C, Mauss S, Zehnter E, Bokemeyer B, Heyne R, Hüppe D. Epidemiologie und Klinik von Patienten mit chronischer Hepatitis B (CHB) in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittstudie. Z Gastroenterol. 2012;50(01):22–9.
- 30 Roggenbach I, Chi X, Lempp FA, Qu B, Walter L, Wu R, *et al.* HDV Seroprevalence in HBsAg-Positive Patients in China Occurs in Hotspots and Is Not Associated with HCV Mono-Infection. Viruses. 2021;13(9).
- 31 Herta T, Joachim-Richter A, Petroff D, Wölk B, Wolfram I, Berg T, *et al.* Successful Amendment of an Existing Hepatitis B Screening Programme by a Guideline Recommended Hepatitis D Screening in the Primary Care Setting. Aliment Pharmacol Ther. 2025;61(4):651–7.
- 32 Elamouri F, Lutz T, Knecht G, Wyen C, Posdich P, Monin M, *et al.* Hepatitis D virus infection prevalence in persons with human immunodeficiency virus and hepatitis B virus coinfection in Germany. Infection. 2026;54(1):409–19.
- 33 Robert Koch-Institut. Hepatitis B – Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zum Infektionsschutzgesetz und Meldewesen [aktualisiert am 17.01.2018]. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/IfSG/HBV/FAQ_Liste_HBV.html
- 34 von Laer A SY, Harder T, Zimmermann R, Dudareva-Vizule S. Virushepatitis B und D im Jahr 2016. *Epid Bull* 2017;31:297-308.
- 35 Robert Koch-Institut. Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern 2023.
- 36 Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2019. Berlin 2020.
- 37 Robert Koch-Institut. Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern. Hepatitis B (Hepatitis-B-Virus). Berlin: Robert Koch-Institut; 2025.
- 38 World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis. 2016.
- 39 World Health Organization. Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination: technical report. Geneva: World Health Organization; 2023.
- 40 World Health Organization. Introducing a framework for implementing triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus: policy brief. 2023.
- 41 World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. 2021.
- 42 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in the EU/EEA Member States. Stockholm, Sweden: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019 May 2020.
- 43 Brodzinski A, Neumeyer-Gromen A, Dudareva S, Zimmermann R, Latza U, Bremer V, *et al.* Hepatitis-B-Virus-Infektionen und impfinduzierte Immunität: die Rolle von soziodemografischen Determinanten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2022;65(2):159–69.
- 44 Cai W, Poethko-Müller C, Hamouda O, Radun D. Hepatitis B Virus Infections Among Children and Adolescents in Germany: Migration Background as a Risk Factor in a Low Seroprevalence Population. The Pediatric Infectious Disease Journal. 2011;30(1).
- 45 Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M. Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2007;50(5-6):851–62.
- 46 Sperle I, Lassen SG, Schlaud M, Dorre A, Dudareva S, Poethko-Müller C, *et al.* Prevalence of vaccine-derived hepatitis B surface antibodies in children and adolescents in Germany: results from a population-based survey, 2014-2017. BMC Infect Dis. 2024;24(1):318.
- 47 Rieck T SA, Lottes M, Badenschier F, Feig M, Rau C. Impfquoten in Deutschland. *Epid Bull* 2025;50:3-13.
- 48 Branke L, Hofmann A, Stepanovich-Falke A, Alibone M, Bremer V, Zimmermann R, *et al.* Generating hepatitis B and D monitoring indicators in Germany

- using claims data: number of persons tested, incident and prevalent infections, 2016–2021. *BMC Infectious Diseases*. 2026;26(1):1087.
- 49 Beermann S, Jacob J, Dudareva S, Jansen K, Marcus U, Zimmermann R, *et al.* How well is the screening of pregnant women for HIV, syphilis, and hepatitis B implemented in Germany? An analysis based on routine data. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2020 Sep; 63(9):[1143–50 pp.]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32840637>
- 50 Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie) 2016.
- 51 Zimmermann R, Krings A, Steffen G. DRUCK 2.0-Pilot – DRUCK 2.0 – Pilotierung eines Surveillance-systems zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Abschlussbericht, Berlin, 2023.
- 52 Robert Koch-Institut. DRUCK-Surv: Surveillance von Drogen und chronischen Infektionskrankheiten [aktualisiert am 10.06.2026]. <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Sexuell-und-durch-Blut-uebertragene-Krankheiten/DRUCK-Studie/Druck-Surv.html>
- 53 Hommes F, Krings A, Dorre A, Neumeier E, Schaffer 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;20(1):137.
- 54 Robert Koch-Institut. Erhebung zur Vergabe von Drogenkonsumutensilien in Deutschland – Erhebungswelle 2024 in Apotheken [aktualisiert am 16.02.2026]. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/H/HIV-AIDS/Studien/saferKONSUM/saferKONSUM_Erhebungswelle_2024_Apotheken.html
- 55 Robert Koch-Institut. Drogen, chronische Infektionskrankheiten und soziale Determinanten der Gesundheit von Menschen in Haft. Abschlussbericht, Berlin. 2026.
- 56 Steffen G und Weber C CC, Sarma N, Jansen K, Leicht A, Zimmermann R, Kröger S, Kajikhina K, Hövener C, Bremer V. Prävalenz von sexuell und durch Blut übertragbaren Infektionen und Tuberkulose bei Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin – Erste Ergebnisse der Pilotstudie POINT. *Epid Bull* 2022;13:25-32.
- 57 Heinrich F, Wong TLE, Graf W, Dost K, Brennecke A, Kowalski V, *et al.* Prevalence and risk factors of viral hepatitis and HIV among people experiencing homelessness in Germany based on a nationwide study. *Sci Rep*. 2025;15(1):32571.
- 58 Krings A, Schmidt D, Kollan C, Meixenberger K, Bannert N, Munstermann D, *et al.* Increasing hepatitis B vaccination coverage and decreasing hepatitis B co-infection prevalence among people with HIV-1 in Germany, 1996-2019. Results from a cohort study primarily in men who have sex with men. *HIV Med*. 2024;25(2):201–11.
- 59 Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, Duffell E, Severi E, Mozalevskis A, *et al.* Self-reported hepatitis A and B vaccination coverage among men who have sex with men (MSM), associated factors and vaccination recommendations in 43 countries of the WHO European Region: results from the European MSM Internet Survey, EMIS-2017. *Euro Surveill*. 2024;29(45).
- 60 Esber AL, Streeck H, Jansen K, Dorsey-Spitz J, Robb ML, Crowell TA, *et al.* High hepatitis B vaccination coverage among a cohort of predominantly men who have sex with men in Germany. *Hum Vaccin Immunother*. 2023;19(2):2238576.
- 61 Behnke AL SI, Steffen G, Sarma N, Altmann D, Zimmermann R, Dudareva S. Epidemiologie der Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Kontext der Migration, 2018–2023 *Epid Bull* 2024;30:3-19.
- 62 Steffen G S-HI, Behnke A-L, Sarma N, Stepanovich-Falke A, Dudareva S, Zimmermann. Versorgungssituation von Hepatitis B und C in Deutschland bei Menschen mit Migration aus ausgewählten Ländern – HepMig Vorstudie. Abschlussbericht. Berlin, 2025.
- 63 Behnke A-L, Sperle I, Steffen G, Sarma N, Stepanovich-Falke A, Dudareva S, *et al.* Developing a tailored bio-behavioural survey on viral hepatitis among migrants: mixed-methods preparations for the HepMig pilot study, Germany, July 2022 – March 2023. *BMC Research Notes*. 2025;18(1):438.
- 64 Biallas R SG, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S. Anstieg der übermittelten Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull* 2023;31:3-16.
- 65 Schoeps A BS, Zimmermann R, Dudareva S, Zanger P, an der Heiden M. Mehrfacherfassungen von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Meldungen in

den Gesundheitsämtern – Identifikation und statistische Schätzung. *Epid Bull* 2023;30:3-14.

- 66 Hüppe D, Serfert Y, Cornberg M, Wedemeyer H. Deutlicher Anstieg neu diagnostizierter Hepatitis B- und Hepatitis C-Fälle nach Einführung des Screenings in die allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals „Check-up 35“) in Deutschland. *Zeitschrift für Gastroenterologie*. 2024;63(01):31–8.
- 67 The CDA Foundation. Hepatitis C – [Ukraine]. Lafayette, CO: CDA Foundation, 2025. <https://cdafound.org/polaris/database-query/>. [Abrufdatum: 09.06.2026]

Autoren

^{a,b,c} Julia Mutevelli | ^{a,b,c} Sophie Hermanns |

^a Sandra Dudareva

- ^a FG 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abt. 3 Infektions-epidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland
- ^b FG 31.4 Postgraduiertenausbildung für Angewandte Epidemiologie (PAE), Abt. 3 Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland
- ^c ECDC Fellowship Programme, Field Epidemiology path (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Schweden

Korrespondenz: MutevelliJ@rki.de; DudarevaS@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Autorinnen Julia Mutevelli und Sophie Hermanns sind Fellows der deutschen Postgraduiertenausbildung in angewandter Epidemiologie (PAE), die mit dem ECDC-Fellowship-Programm verbunden ist. Die hier geäußerten Ansichten und Meinungen geben nicht die des ECDC wieder. Das ECDC ist nicht für die Zusammenstellung und Analyse von Daten und Informationen verantwortlich und kann nicht für Schlussfolgerungen oder Meinungen haftbar gemacht werden.

Vorgeschlagene Zitierweise

Mutevelli J, Hermanns S, Dudareva S: Epidemiologie von Hepatitis-B- und Hepatitis-D-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2025: Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Epid Bull 2026;29:4-25 | DOI 10.25646/14297

Danksagung

Dank gilt allen, die durch Daten und Studien zur Surveillance auf diesem Gebiet beigetragen haben, insbesondere Michaela Diercke, Inessa Markus, Sofie Gillesberg Raiser, Alexandra Hofmann, Michael Brandl, Ida Sperle-Heupel, Gyde Steffen, Renke Biallas, Uwe Koppe, Ruth Zimmermann.

Open access



Creative Commons Namensnennung.
4.0 International

Flughafenmalaria bei Beschäftigten am internationalen Flughafen Frankfurt/Main

Bei Beschäftigten am internationalen Flughafen Frankfurt/Main wurde ein Ausbruch von 4 Malariaerkrankungen (Erreger: *Plasmodium falciparum*) entdeckt. Die betroffenen Personen erkrankten zwischen dem 4. und 6. Juli 2026. Es wird davon ausgegangen, dass die Infektion durch eine mit dem Flugzeug importierte infizierte Anophelesmücke übertragen wurde. Das Gesundheitsamt in Frankfurt untersucht das Geschehen. Normalerweise sind in Deutschland fast ausschließlich Fernreisende von Malaria betroffen, die in einem Gebiet mit Malariaübertragung durch den Stich einer infizierten Mücke infiziert wurden.

Malaria durch Übertragung im Umfeld eines Flughafens ist in Deutschland ein seltenes Ereignis und betrifft Personen ohne kürzliche Reise in ein Malariaendemiegebiet. Die fehlende Reiseanamnese kann dazu führen, dass die Diagnose erst verzögert gestellt wird. Eine verspätete Diagnosestellung erhöht das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. In Deutschland wurde der letzte Fall einer Flughafenmalaria im Jahr 2023 – ebenfalls am Frankfurter Flughafen – dokumentiert.

Ärztinnen und Ärzte, die Personen betreuen, die an Flughäfen mit interkontinentalen Flugverbindungen (Passagier- und Frachtflüge) arbeiten oder

sich in ihrer unmittelbaren Nähe aufhalten, sollten vor allem im Sommer bei unklarem Fieber und fehlender Reiseanamnese auch eine seltene Flughafenmalaria differentialdiagnostisch in Betracht ziehen. Frühzeitige Diagnosestellung und Behandlung sind entscheidend, um schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle zu vermeiden.

Weitere Informationen zu Malaria finden sich im [RKI-Ratgeber Malaria](#).

Weitere Informationen zu Flughafenmalaria finden sich in diesen Artikeln:

- ▶ Hallmaier-Wacker LK, van Eick MD, Briët O, Delamare H, Falkenhorst G, Houzé S, *et al.* Airport and luggage (Odyssean) malaria in Europe: a systematic review. *Euro Surveill.* 2024;29(41).
- ▶ Kessel J, Rosanas-Urgell A, Dingwerth T, Goetsch U, Haller J, Huits R, *et al.* Investigation of an airport-associated cluster of falciparum malaria in Frankfurt, Germany, 2022. *Euro Surveill.* 2024;29(5).

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

Publikationshinweis

Krisenmanagement im Gesundheitswesen: Leitfaden zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Simulationsübungen

Vergangene gesundheitliche Notlagen wie der Ebolafieber-Ausbruch in Westafrika 2014/15 oder die COVID-19-Pandemie zeigten, wie wichtig gut funktionierendes Krisenmanagement im Gesundheitswesen ist und welche schwerwiegenden Folgen unzureichende Strukturen haben können.

In Deutschland sind krisenhafte Geschehen im Gesundheitswesen relativ selten. Damit Organisationen effektiv auf gesundheitliche Notlagen vorbereitet sind, müssen Pläne und Prozeduren vorliegen sowie regelmäßig überprüft und trainiert werden – nicht nur, damit Mitarbeitende der Organisation mit den Plänen vertraut sind, sondern auch, um die Pläne auf Aktualität und Funktionalität zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.

Simulationsübungen stellen eine fiktive, sich weiterentwickelnde Situation nach, in der Ressourcen, Kenntnisse, Verfahrensanweisungen und Pläne für eine bestimmte Situation in einem geschützten Rahmen angewendet und evaluiert werden können. Sie sind ein wichtiger Bestandteil der

Vorbereitungsphase im Krisenmanagementzyklus. Bei der Durchführung von Simulationsübungen können in einer kontrollierten Umgebung sowohl Planungsschwächen, Ressourcenlücken als auch Stärken identifiziert und somit das Krisenmanagement verbessert werden.

Der Leitfaden soll insbesondere Institutionen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland unterstützen, Simulationsübungen zu planen, durchzuführen und nachzubereiten. Er bietet eine Zusammenfassung des aktuellen Wissensstands zur Konzeption, Durchführung und Evaluation von Simulationsübungen. Neben verschiedenen Vorlagen zur Unterstützung beinhaltet der Leitfaden auch gute Praxisbeispiele und Empfehlungen zur praktischen Umsetzung, die Mitarbeitende des Robert Koch-Instituts (RKI) in selbst durchgeführten Simulationsübungen gesammelt haben. Zukünftig sollen ergänzend zu dem Leitfaden auch Beispielszenarien sowie E-Learnings veröffentlicht werden.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

28. Woche 2026 (Datenstand: 15. Juli 2026) – abrufbar auch als interaktives [Dashboard](#)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.
Baden-Württemberg	95	2.181	1.925	16	426	491	18	260	188	27	3.220	4.642	24	1.142	1.643
Bayern	169	3.469	3.034	30	745	807	16	302	259	39	5.575	7.035	42	2.131	3.225
Berlin	34	1.212	1.038	7	171	189	0	130	124	12	3.294	2.282	6	1.268	1.436
Brandenburg	67	964	815	9	141	145	3	85	86	14	3.290	2.603	21	1.707	2.148
Bremen	14	229	195	1	20	18	1	27	30	2	461	361	0	277	134
Hamburg	8	610	592	1	65	95	5	75	81	9	1.709	1.271	2	527	691
Hessen	68	1.681	1.544	17	309	376	14	258	258	15	2.985	3.796	21	1.342	1.647
Mecklenburg-Vorpommern	49	845	614	6	105	102	2	95	102	14	1.856	1.688	7	831	1.256
Niedersachsen	71	2.231	1.912	18	364	350	25	439	385	29	3.998	5.016	16	1.636	3.570
Nordrhein-Westfalen	294	6.563	5.589	36	832	829	37	592	600	77	8.135	12.860	66	3.103	5.245
Rheinland-Pfalz	67	1.382	1.371	8	227	264	15	170	123	14	2.045	3.406	20	735	1.712
Saarland	13	375	396	1	43	62	0	58	47	5	494	841	1	107	737
Sachsen	119	1.916	1.563	11	252	296	7	167	143	56	4.320	5.238	28	2.802	2.380
Sachsen-Anhalt	62	879	706	4	179	190	4	90	79	31	2.428	2.846	16	830	1.935
Schleswig-Holstein	42	949	729	2	99	114	6	151	121	7	2.283	1.622	8	720	697
Thüringen	60	1.016	729	7	361	317	2	114	97	15	2.316	2.670	22	1.097	1.686
Deutschland	1.232	26.502	22.752	174	4.339	4.645	155	3.013	2.723	366	48.409	58.177	300	20.255	30.142

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.
Baden-Württemberg	2	60	66	40	1.043	1.186	21	502	624	5	233	299	6	21.312	33.224
Bayern	4	58	99	56	1.374	1.901	16	673	826	6	299	317	4	31.254	71.767
Berlin	1	19	27	14	453	830	6	262	279	5	172	163	4	7.902	15.386
Brandenburg	0	14	23	7	117	166	2	63	91	1	67	47	7	11.223	18.128
Bremen	0	4	6	4	110	185	2	39	56	1	38	38	0	998	1.189
Hamburg	0	7	20	10	316	725	3	123	148	0	84	124	2	4.559	9.887
Hessen	1	35	43	20	497	736	8	308	324	4	222	245	2	10.866	20.773
Mecklenburg-Vorpommern	0	17	9	7	86	88	2	39	54	1	32	33	4	11.733	13.273
Niedersachsen	2	55	69	17	769	1.052	17	347	406	6	177	159	2	14.793	28.449
Nordrhein-Westfalen	4	103	109	69	1.717	2.494	33	824	1.081	16	446	502	5	34.140	63.936
Rheinland-Pfalz	0	12	26	14	422	602	6	193	200	0	100	133	1	9.160	16.798
Saarland	0	8	8	1	88	140	0	69	86	0	18	26	0	1.887	3.205
Sachsen	0	18	29	7	184	223	2	136	124	1	54	85	1	21.757	43.098
Sachsen-Anhalt	0	10	7	4	133	220	0	64	78	0	48	44	3	11.300	25.998
Schleswig-Holstein	2	17	16	5	174	315	4	123	172	2	46	52	3	6.702	10.624
Thüringen	0	14	16	6	88	113	1	46	74	2	56	42	1	10.804	17.771
Deutschland	16	451	573	281	7.571	10.976	123	3.811	4.623	50	2.092	2.309	45	210.390	393.506

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.
Baden-Württemberg	0	8	18	2	14	9	0	0	0	32	792	482	47	1.867	2.116
Bayern	0	6	38	2	12	43	0	1	0	100	2.330	789	63	3.015	3.846
Berlin	0	2	12	1	7	10	0	0	0	5	133	132	17	602	712
Brandenburg	0	1	4	1	3	5	0	0	0	8	163	221	7	318	444
Bremen	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	6	19	1	73	74
Hamburg	0	2	3	0	4	4	0	0	0	6	147	94	5	291	463
Hessen	0	12	19	0	12	18	0	0	1	19	299	282	8	564	549
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12	165	105	7	108	152
Niedersachsen	0	13	15	1	12	19	0	0	0	14	192	270	20	915	814
Nordrhein-Westfalen	0	13	42	0	32	58	0	0	1	38	749	644	62	2.641	2.445
Rheinland-Pfalz	0	3	10	0	6	11	0	0	0	22	443	228	6	397	514
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	44	105	0	115	81
Sachsen	0	0	11	0	5	13	0	0	0	73	708	411	17	1.081	1.303
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	2	1	0	0	0	11	361	440	5	105	115
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	7	5	0	0	0	6	72	93	3	408	357
Thüringen	0	0	1	1	3	2	0	0	0	12	379	373	9	360	241
Deutschland	0	60	179	8	121	201	0	1	2	359	6.983	4.688	277	12.860	14.226

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
	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.	28.	1.–28.	1.–28.
Baden-Württemberg	2	56	49	24	661	646	2	55	55	3	59	61	5	2.895	3.289
Bayern	5	60	53	27	526	666	5	123	149	1	66	72	18	4.913	5.634
Berlin	0	39	41	17	294	418	0	18	27	3	42	35	8	1.374	2.078
Brandenburg	0	8	3	9	141	104	1	54	54	0	12	17	0	1.709	1.476
Bremen	0	0	3	3	27	19	0	7	10	0	3	10	0	128	182
Hamburg	1	13	15	11	218	261	0	19	17	1	26	29	0	491	1.045
Hessen	3	29	28	45	625	650	3	66	60	2	53	59	1	1.781	2.562
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	3	64	63	1	24	33	0	11	15	3	1.114	1.166
Niedersachsen	1	30	21	18	441	421	1	72	96	2	66	73	1	1.979	2.402
Nordrhein-Westfalen	1	101	93	42	1.083	1.378	5	250	369	2	185	171	21	4.830	7.351
Rheinland-Pfalz	1	19	13	6	174	264	0	41	64	0	21	21	5	1.521	1.757
Saarland	0	5	6	0	25	40	0	5	16	0	14	4	1	496	529
Sachsen	0	17	6	12	175	181	4	145	187	1	35	33	2	2.628	2.884
Sachsen-Anhalt	2	20	4	5	129	108	2	62	42	1	23	28	3	1.270	1.494
Schleswig-Holstein	1	22	11	7	126	142	1	35	30	0	13	12	3	1.218	1.429
Thüringen	0	4	7	3	84	92	0	29	28	0	21	22	3	1.230	936
Deutschland	17	423	358	232	4.793	5.453	25	1.005	1.237	16	650	662	74	29.577	36.214

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

2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

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

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2026		2025
	28.	1.–28.	1.–28.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	149	201
Bornavirus-Erkrankung	0	7	2
Botulismus	0	2	4
Brucellose	0	23	32
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	10	7
Chikungunyavirus-Erkrankung	3	186	92
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	74	89
Denguefieber	3	384	581
Diphtherie	1	21	31
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	39	282	328
Giardiasis	31	1.267	1.530
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	13	798	1.017
Hantavirus-Erkrankung	9	130	171
Hepatitis D	0	39	45
Hepatitis E	109	3.089	3.024
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	5	39	38
Kryptosporidiose	58	886	947
Legionellose	39	898	996
Lepra	0	1	1
Leptospirose	0	88	95
Listeriose	15	325	317
Malaria	22	479	440
Meningokokken, invasive Infektion	1	149	214
Mpox	8	281	345
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	4	22	28
Ornithose	0	11	15
Paratyphus	1	14	12
Pneumokokken, invasive Infektion	97	6.234	7.357
Q-Fieber	0	43	53
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	35	66.770	65.154
Shigellose	51	1.578	1.236
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	79	71
Typhus abdominalis	0	28	44
West-Nil-Fieber*	0	2	1
Yersiniose	68	2.404	2.140
Zikavirus-Erkrankung	1	7	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 durch ein interaktives Dashboard ergänzt.
Für die Darstellung von Inzidenz, Fallzahlen und des zeitlichen Verlaufs werden Fallzahlen ab 2021 berücksichtigt.