

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

30
2026

23. Juli 2026

Epidemiologisches Bulletin

**Epidemiologie von Hepatitis-C-Virus-
infektionen in Deutschland im Jahr 2025**

Inhalt

Epidemiologie von Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2025:

Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

3

Hepatitis-C-Virus-(HCV-)Infektionen verursachen trotz verfügbarer kurativer Therapie weiterhin eine erhebliche globale Krankheitslast. Im weltweiten Vergleich zählt Deutschland zu den Ländern mit einer niedrigen Prävalenz aktiver HCV-Infektionen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind jedoch weiterhin überproportional betroffen. Hierzu gehören insbesondere Menschen mit injizierendem Drogenkonsum, mit Migrationsgeschichte aus Hochprävalenzländern, in Haft, in Wohnungslosigkeit sowie Männer, die Sex mit Männern haben. Im Jahr 2025 wurden insgesamt 8.085 HCV-Infektionen mit erfüllter Referenzdefinition an das Robert Koch-Institut übermittelt. Gegenüber dem Vorjahr ging die Zahl der übermittelten Fälle um 16 % zurück. Ähnlich wie in den vergangenen Jahren machten die 30- bis 59-jährigen Männer mit 48 % fast die Hälfte der Gesamtzahl der übermittelten HCV-Infektionen aus. Als häufigster wahrscheinlicher Übertragungsweg wurde intravenöser Drogenkonsum (62 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) angegeben.

Epidemiology of hepatitis C virus infections in Germany in 2025:

An analysis of reporting data in accordance with the Infection Protection Act

Hepatitis C virus (HCV) infections continue to cause a substantial global burden of disease despite the availability of curative treatment. In international comparison, Germany is among the countries with a low prevalence of active HCV infections. However, certain population groups remain disproportionately affected. These include, in particular, people who inject drugs, people with a history of migration from high-prevalence countries, people in prison, people experiencing homelessness, and men who have sex with men. In 2025, a total of 8,085 HCV infections meeting the reference case definition were transmitted to the Robert Koch Institute. Compared with the previous year, the number of notified cases decreased by 16 %. As in previous years, men aged 30–59 years accounted for almost half (48 %) of all transmitted HCV infections. The most frequently reported probable route of transmission was intravenous drug use (62 % of cases for which information on the route of transmission was available).

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 29. Woche 2026

16

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-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2025: Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist im Global Hepatitis Report 2026 darauf hin, dass die Hepatitis-C-Virus-(HCV-)Infektion trotz verfügbarer kurativer Therapie weiterhin eine erhebliche globale Krankheitslast verursacht.^{1,2} Weltweit lebten im Jahr 2024 schätzungsweise 47 Millionen Menschen mit einer virämischen HCV-Infektion; im selben Jahr traten etwa 0,9 Millionen Neuinfektionen auf und rund 240.000 Menschen starben an den Folgen einer HCV-Infektion, überwiegend infolge von Zirrhose und hepatozellulärem Karzinom.^{1,2} Da akute HCV-Infektionen häufig asymptomatisch verlaufen und chronische Infektionen oftmals erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien diagnostiziert werden, bleibt ein relevanter Anteil der Infektionen lange unerkannt.^{1,2}

Am 28. Juli findet jährlich der Welthepatitistag statt. Im Jahr 2026 steht dieser erneut unter dem Motto „Hepatitis: Let's break it down“.³ Damit wird unter anderem auf die Notwendigkeit hingewiesen, finanzielle, soziale und strukturelle Barrieren abzubauen, die einer wirksamen Prävention, Testung und Behandlung viraler Hepatitiden entgegenstehen. Für die Hepatitis C ist dies von besonderer Bedeutung, da keine Schutzimpfung verfügbar ist, chronische Infektionen jedoch mit direkt antiviral wirksamen Medikamenten (*Direct-acting Antivirals*, DAA) in mehr als 95 % der Fälle geheilt werden können.^{1,2}

Im weltweiten Vergleich zählt Deutschland zu den Ländern mit einer niedrigen Prävalenz aktiver HCV-Infektionen von 0,2 %.^{4–7} Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind jedoch weiterhin überproportional betroffen. Hierzu gehören insbesondere Menschen, die Drogen injizieren, Menschen mit Migrationsgeschichte aus Hochprävalenzländern, sowie Menschen in Haft, Menschen in Wohnungslosigkeit und Männer, die Sex mit Männern haben (MSM).⁵

Im Einklang mit den WHO-Eliminationszielen^{8,24} verfolgt Deutschland das Ziel, die Bedrohung für die öffentliche Gesundheit durch Hepatitis C bis 2030 zu eliminieren.⁹ Für die Beurteilung des Fortschritts kommt der kontinuierlichen Auswertung und Bewertung von Hepatitis-C-Meldedaten eine zentrale Bedeutung zu. Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) können aktuelle epidemiologische Entwicklungen mit Einschränkungen abbilden, da der Infektionszeitpunkt häufig unbekannt bleibt, akute und chronische Infektionen klinisch oft nicht sicher abgrenzbar sind und Diagnosestellung, Testangebot sowie Änderungen im Meldesystem die Fallzahlen beeinflussen können.^{10,11} Für das Monitoring der Eliminationsziele werden deshalb ergänzende Datenquellen benötigt, die definierte Indikatoren gezielt erfassen.

Der vorliegende Beitrag beschreibt die epidemiologische Situation von HCV-Infektionen in Deutschland im Jahr 2025 auf Grundlage der Meldedaten gemäß IfSG im Vergleich zu den Vorjahren. Ergänzend werden die Ergebnisse im Kontext weiterer Studien und Projekte des Robert Koch-Instituts (RKI) eingeordnet.

Meldedaten

Meldung gemäß IfSG und Übermittlungen an das RKI

In Deutschland bestehen Meldepflichten für HCV. Gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG müssen Krankheitsverdachtsfälle, Erkrankungen und Todesfälle an akuter Virushepatitis namentlich an das Gesundheitsamt gemeldet werden, ebenso gemäß § 7 Abs. 1 IfSG (seit 2017) alle HCV-Nachweise, unabhängig vom klinischen Bild. Fälle, die die Gesundheitsämter über die Landesstellen an das RKI übermitteln, erfüllen nach einer Änderung im Jahr 2015 nur dann die Referenzdefinition, wenn ein direkter Erregernachweis

für HCV vorliegt und die aktuelle Infektion in Deutschland noch nicht erfasst ist.¹²

Mit der Aktualisierung der Falldefinition im Jahr 2025 wurde für Hepatitis C präzisiert, dass nur Erstdiagnosen einer HCV-Infektion in Deutschland die Referenzdefinition erfüllen.¹² Bereits bekannte Infektionen können als solche gekennzeichnet und bestehenden Fällen zugeordnet werden. Eine Re-Infektion wird hingegen als neue Infektion gewertet und somit als neuer Fall eingegeben und übermittelt. Ist eine Infektion zwar bekannt, aber kein zuordenbarer Vorfall vorhanden, kann sie zu Dokumentationszwecken neu erfasst werden, erfüllt jedoch nicht die Referenzdefinition.

Nur Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen, werden durch das RKI veröffentlicht. Chronische HCV-Infektionen machten aufgrund der meist fehlenden labordiagnostischen Unterscheidungsmöglichkeit von akuter und chronischer Hepatitis C schon zuvor einen Großteil der Fälle aus. Erfolgen im Verlauf einer Infektion mehrere Erregernachweise, werden diese zu einem Fall zusammengeführt. Wenn akute oder chronische Infektionen an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden, wird dort geprüft, ob der Fall bereits erfasst wurde. Im folgenden Text wird der Begriff Inzidenz daher für die Zahl der übermittelten Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Einw.) verwendet; er beschreibt nicht die wahre Inzidenz von Neuinfektionen in der Allgemeinbevölkerung.

Methoden

Analysiert wurden alle gemäß Referenzdefinition an das RKI übermittelten HCV-Fälle. Berücksichtigt wurden die verfügbaren Angaben zu Alter, Geschlecht, Bundesland des Wohnorts, Infektionsland, Geburtsland, Staatsangehörigkeit, wahrscheinlichem Übertragungsweg, klinischen Merkmalen, Infektionsstadium sowie labordiagnostischen Parametern. Für die zeitlichen Verläufe sind Fälle aus den Jahren 2016–2025 dargestellt. Für Querschnittauswertungen wurden die Daten aus 2025 herangezogen. Datenstand ist der 1. März 2026.

Ergebnisse

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 8.085 HCV-Infektionen mit erfüllter Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 9,7 übermittelten Infektionen pro 100.000 Einw. Gegenüber dem Vorjahr (11,6 pro 100.000 Einw.; $n=9.671$) ging die Zahl der übermittelten Fälle um 16 % zurück.

Zeitlicher Verlauf

Von 2005 bis 2012 war ein abnehmender Trend der übermittelten HCV-Fallzahlen zu verzeichnen. In den Folgejahren kam es zu deutlichen Schwankungen der Fallzahlen nach Änderungen im Surveillance-system bzw. Anpassungen in der Übermittlung der Infektionen gemäß IfSG. In den ersten Jahren der COVID-19-Pandemie, 2020 und 2021, fielen die Fallzahlen deutlich ab. Ein starker Anstieg wurde in den Jahren 2022 und 2023 verzeichnet, im Jahr 2023 wurden erstmalig mehr als 10.000 HCV-Infektionen gemeldet (s. Abb. 1). Seit dem Jahr 2024 sinkt die Zahl der an das RKI übermittelten HCV-Infektionen.

Klinische Aspekte

Von den übermittelten Fällen im Jahr 2025 wurden bei 43 % ($n=3.503$) Angaben zum vermutlichen Infektionsstadium gemacht, bei den anderen Fällen wurde das Stadium nicht erhoben oder war nicht ermittelbar. Von den Infektionen mit Angaben wurden 19 % als akut ($n=671$) und 81 % als chronisch ($n=2.832$) eingestuft. Zwischen 2016 und 2025 lag der jährliche Anteil akuter Infektionen an allen übermittelten Fällen zwischen 8 % und 11 % (s. Abb. 1).

Bei insgesamt 1.312 Fällen wurden Angaben zu klinischen Symptomen übermittelt. Erhöhte Serumtransaminasen wurden bei 79 % ($n=1.032$) der Fälle mit Informationen zu klinischen Symptomen angegeben, bei 34 % ($n=440$) Oberbauchbeschwerden und bei 10 % ($n=133$) ein ikterischer Verlauf.

Wie im Vorjahr 2024, war im Jahr 2025 für 6 Fälle angegeben, dass sie an der HCV-Infektion verstorben seien. Bei 34 Fällen war angegeben, dass sie aufgrund anderer Ursache verstorben seien, und bei 6 weiteren verstorbenen Fällen war die Todesursache unbekannt.

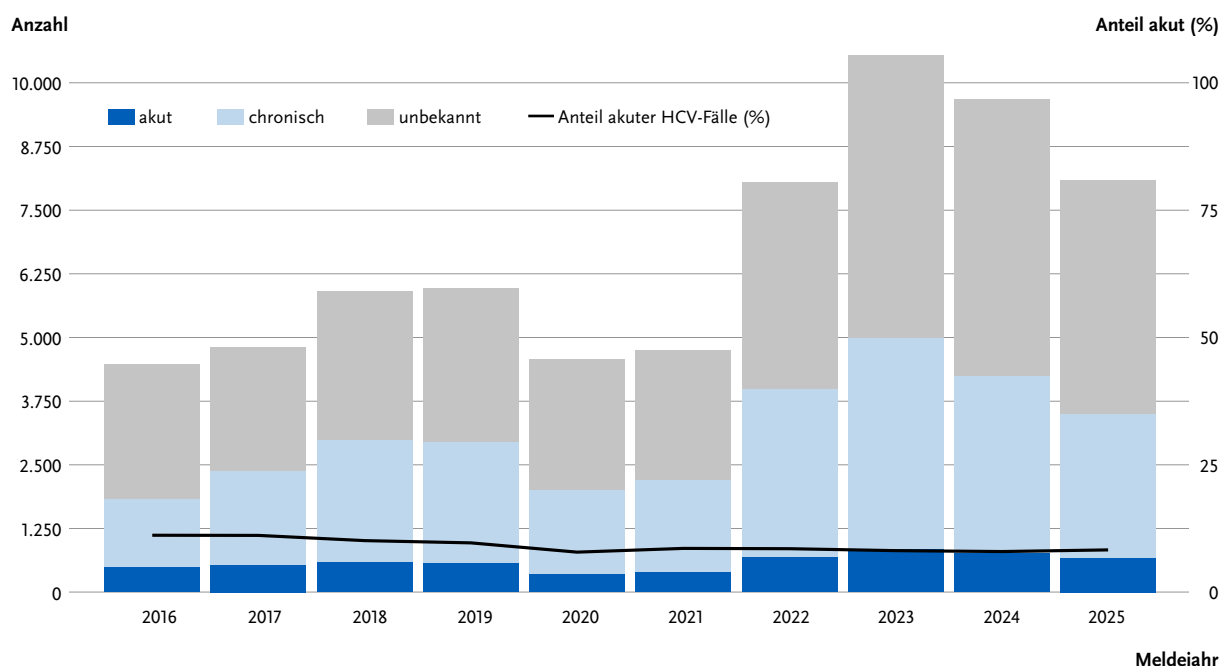


Abb. 1 | Übermittelte Hepatitis-C-Virus-Infektionen nach Meldejahr, Deutschland, 2016 bis 2025, Infektionsstadium (akut, chronisch, unbekannt). Datenstand 1.3.2026.

Geografische Verteilung

Im Jahr 2025 variierte die Inzidenz in den Bundesländern zwischen 5,6 Infektionen pro 100.000 Einw. in Mecklenburg-Vorpommern und 15,2 im Saarland (s. Abb. 2). Über der bundesweiten Inzidenz von 9,7 pro 100.000 Einw. lagen neben dem Saarland auch Schleswig-Holstein (10,2 pro 100.000 Einw.), Nordrhein-Westfalen (10,5 pro 100.000 Einw.), Bayern (10,8 pro 100.000 Einw.), Bremen (12,1 pro 100.000 Einw.), Hamburg (13,4 pro 100.000 Einw.), und Berlin (14,4 pro 100.000 Einw.). In allen Bundesländern bis auf Thüringen, wo sie gleich blieb, sank die Inzidenz im Vergleich zum Vorjahr. Der Inzidenzabfall war mit Abstand am ausgeprägtesten in Bremen, wo sich die Inzidenz von 24,2 Infektionen pro 100.000 Einw. auf 12,1 pro 100.000 Einw. halbierte.

Bei 1.878 (23 %) der übermittelten HCV-Infektionen fanden sich Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland (Mehrfachnennungen möglich). Deutschland wurde am häufigsten genannt ($n=1.295$; 69 % der Fälle mit Angabe zum Infektionsland) gefolgt von der Ukraine ($n=323$; 17 % der Fälle mit Angabe zum Infektionsland). Kein anderes Land trug zu mehr als 2 % der Fälle mit Angabe zum Infektions-

land bei. In absteigender Reihenfolge waren die Russische Föderation ($n=28$), Kasachstan ($n=26$), Polen ($n=25$), Georgien ($n=19$), und Rumänien ($n=14$) am relevantesten.

Demografische Verteilung

Bei 8.065 (99,8 %) der übermittelten HCV-Infektionen wurden Angaben zum Alter und Geschlecht gemacht. Insgesamt lag der Anteil an übermittelten Hepatitis-C-Fällen über 35 Jahren bei 89 %, ähnlich wie in den Vorjahren (2022, 2023 und 2024: jeweils 88 %).

Die Inzidenz in der männlichen Bevölkerung war mit 12,8 Infektionen pro 100.000 Einw. fast doppelt so hoch wie in der weiblichen Bevölkerung (6,6 pro 100.000 Einw.). Männer haben in allen Altersgruppen unter 79 Jahren eine höhere Inzidenz als Frauen (s. Abb. 3). In der am stärksten betroffene Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen hatten Männer eine Inzidenz von 32,5 pro 100.000 Einw. mit einer erheblichen Differenz zur Inzidenz bei Frauen (12,9 pro 100.000 Einw.). Auch in den Altersgruppen der 30- bis 39-Jährigen und der 50- bis 59-Jährigen lag die Inzidenz bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen. Ähnlich wie in den vergangenen

Bundesland

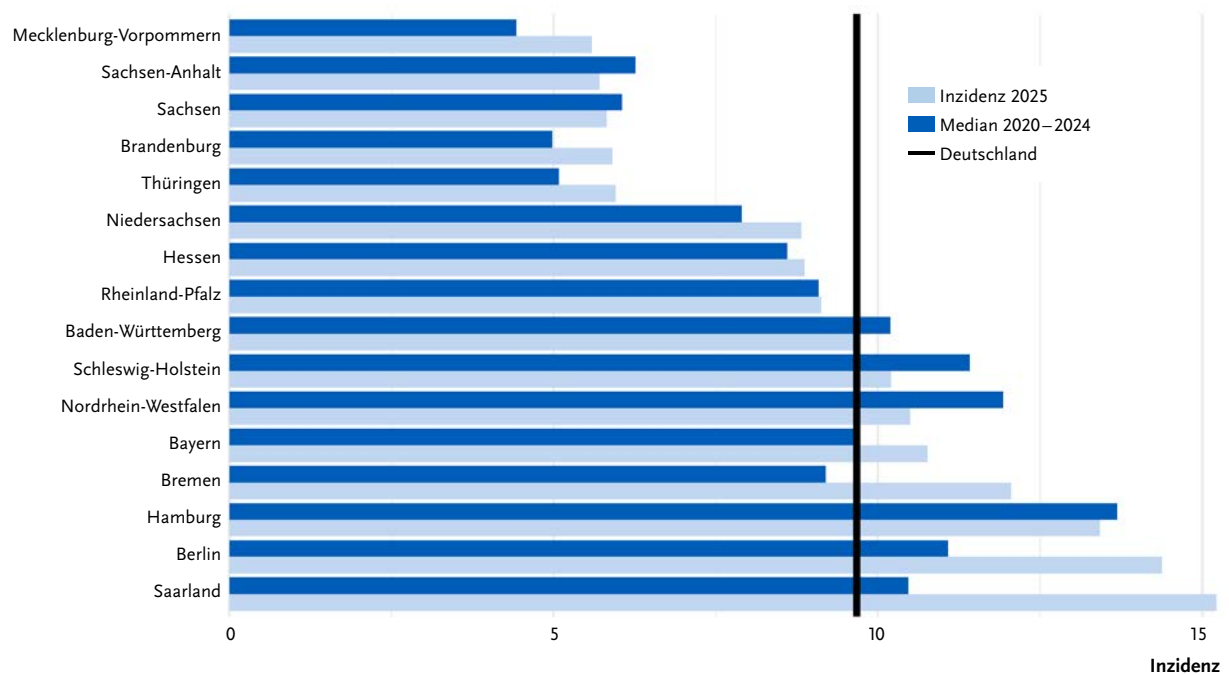


Abb. 2 | Übermittelte Hepatitis-C-Virus-Infektionen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesland, Deutschland, 2025 (n=8.085) im Vergleich mit dem Median der Vorjahre 2020 bis 2024 sowie Angabe des bundesweiten Durchschnitts 2025. Datenstand 1.3.2026.

Inzidenz

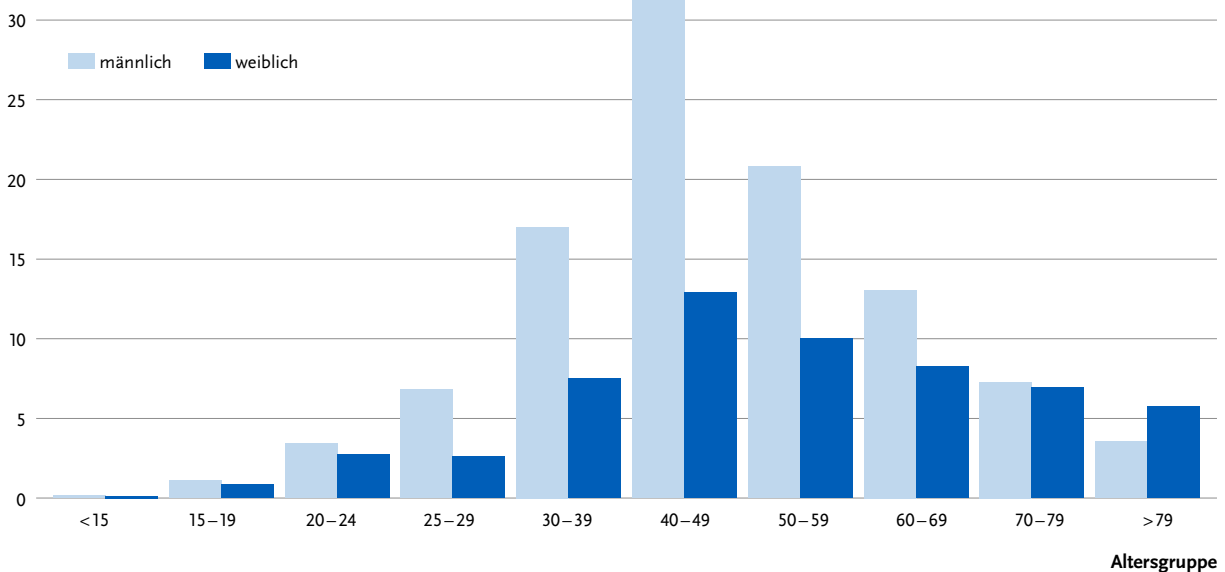


Abb. 3 | Übermittelte Hepatitis-C-Virus-Infektionen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht, Deutschland, 2025 (n=8.065). Datenstand 1.3.2026.

Jahren machten die 30- bis 59-jährigen Männer mit 48 % (n=3.878) fast die Hälfte der Gesamtzahl der übermittelten HCV-Infektionen aus.

Die Inzidenzen lagen generell in den höheren Altersgruppen niedriger und der Inzidenzunterschied zwischen männlicher und weiblicher Bevölkerung nahm über die Altersgruppen ab.

Die Inzidenz im Kindesalter (unter 15 Jahre) war mit 0,1 pro 100.000 Einw. (n=16) weiter gesunken (2024: 0,3 pro 100.000 Einw., n=26) (s. Abb. 3). Mit 39 Fällen in der Altersgruppe 15–19 Jahre sanken auch hier die Fallzahlen ab (im Vorjahr [n=51], entsprechend einer Inzidenz von 1,0 pro 100.000 Einw.).

Geburtsland und Staatsangehörigkeit der übermittelten HCV-Fälle

Für etwa die Hälfte der übermittelten Fälle wurden Angaben zum Geburtsland (n=4.241; 53 %) bzw. zur Staatsangehörigkeit (n=3.822; 47 %) erfasst. Von diesen waren bei 39 % Deutschland als Geburtsland angegeben (n=1.646) und bei 49 % die deutsche Staatsangehörigkeit (n=1.884) (s. Abb. 4). Bei einem knappen Viertel der Fälle mit vorhandenen Angaben zu Geburtsland beziehungsweise Nationa-

lität war als Geburtsland die Ukraine (n= 990; 23 %) beziehungsweise die ukrainische Staatsangehörigkeit (n=916; 24 %) angegeben. Damit betrug der Anteil von Hepatitis-C-Fällen mit Geburtsland oder Nationalität Ukraine an allen übermittelten Fällen im Jahr 2025 12,9 %, ähnlich wie in den beiden Vorjahren (2024: 12,6 %; 2023: 12,4 %), (s. Abb. 5).

Weitere Geburtsländer mit mindestens 100 Fällen im Jahr 2025 waren die Russische Föderation (n= 235), Kasachstan (n=194) und Polen (n=152) (s. Abb. 4).

Infektionsrisiken

Für die Auswertung des wahrscheinlichen Übertragungswegs wurden Mehrfachangaben auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Eine Angabe zum wahrscheinlichen Übertragungsweg lag bei 1.555 übermittelten Infektionen (19 %) vor. Injizierender Drogengebrauch, der mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der festgestellten HCV-Infektion stand, wurde in mehr als der Hälfte der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg angegeben (n=956 Infektionen; 62 %). Von diesen lag bei 52 Infektionen (3 % der Fälle mit Angaben zur Übertragung) die nähere Spezifizie-



Abb. 4 | Angaben zum Geburtsland der 2025 übermittelten Hepatitis-C-Fälle nach Referenzdefinition (n=8.085). Datenstand 1.3.2026.

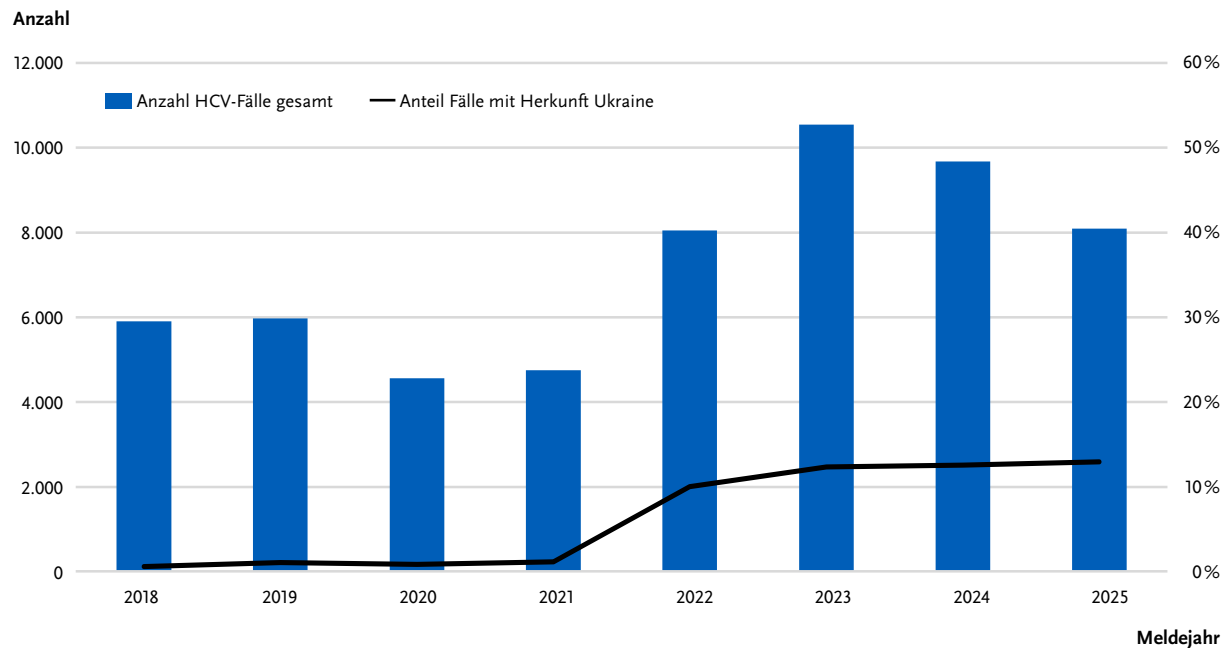


Abb. 5 | Anteil von Hepatitis-C-Fällen nach Referenzdefinition mit Geburtsland oder Nationalität Ukraine, 2018–2025. Datenstand 1.3.2026.

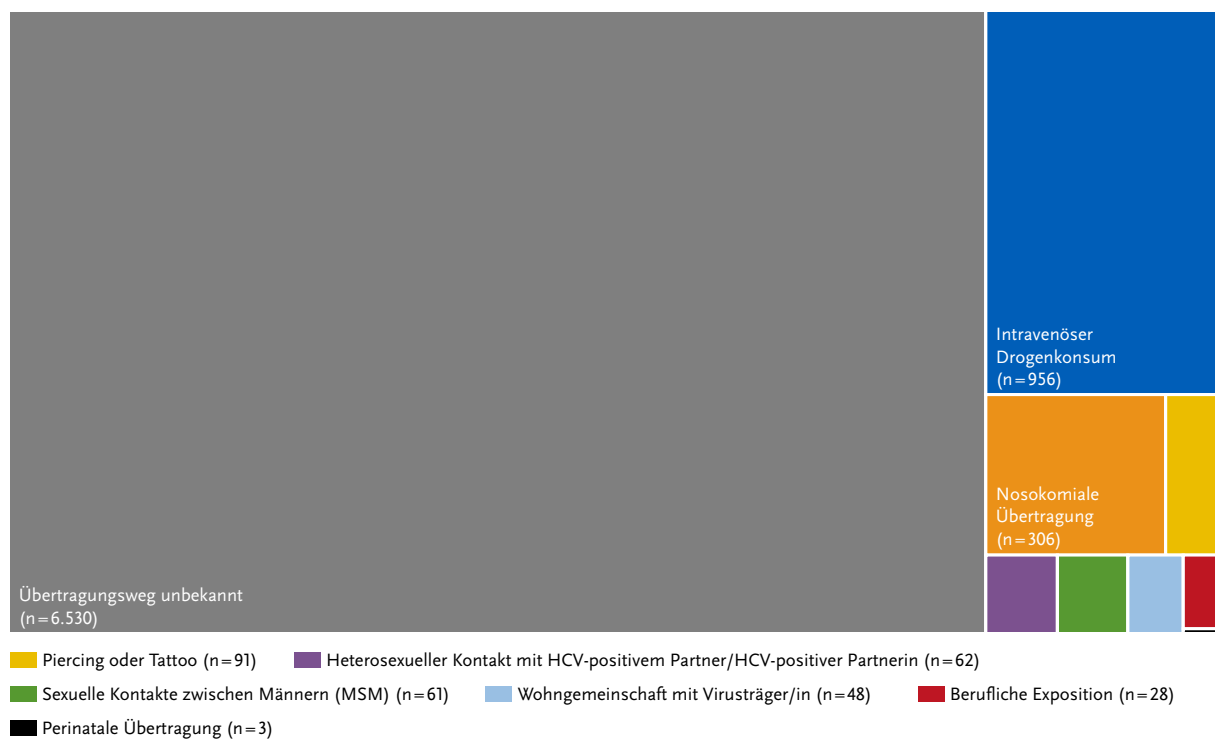


Abb. 6 | Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg der übermittelten Hepatitis-C-Fälle 2025 nach Referenzdefinition, n=8.085. (MSM: Männer, die Sex mit Männern haben). Datenstand 1.3.2026.

rung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ vor (s. Abb. 6). Nosokomiale Übertragungen wurden bei 306 HCV-Infektionen (20 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) angegeben. Diese verteilten sich auf operativ-diagnostische Eingriffe (n=125; 8 %), Erhalt von Blut und Blutprodukten (n=117; 8 %, Erhalt im Ausland oder vor 1992), medizinische Injektionen im Ausland (n=62; 4 %), Organtransplantation und Dialyse (jeweils n=1; 0,1 %). Bei 91 Fällen (6 %) war als wahrscheinlichster Übertragungsweg „Piercing oder Tattoo“, bei 48 Fällen (3 %) „Wohngemeinschaft mit Virusträger“, und bei 28 Fällen (2 %) „berufliche Exposition“ angegeben. Sexuelle Übertragung zwischen Männern wurde in 61 Fällen (4 % aller Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg und 6 % derjenigen bei Männern) als wahrscheinlicher Übertragungsweg angegeben. „Heterosexueller Kontakt mit einem HCV-positiven Partner“ wurde bei 62 Infektionen (4 %) angegeben. Eine perinatale Übertragung bei Kindern unter 2 Jahren wurde bei 3 Infektionen (0,2 %) übermittelt.

Datenqualität, Limitationen und Einordnung der Meldedaten

Die Bestimmung der Hepatitis-C-Inzidenz (im Sinne der Anzahl von HCV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit) ist methodisch schwierig. HCV-Infektionen verlaufen häufig unbemerkt oder werden erst viele Jahre nach der Infektion im Stadium der Spätfolgen diagnostiziert. Die übermittelten HCV-Infektionen erlauben daher keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt, es sei denn, dem Gesundheitsamt liegen zusätzliche Informationen (anamnestische Informationen seitens der Ärztin/des Arztes, labordiagnostische Konstellation wie nachgewiesene Serokonversion) vor. Angaben zum Stadium der Infektion werden erst seit dem Jahr 2012 strukturiert erhoben, und werden in der Abbildung 1 ab dem Jahr 2016 dargestellt.

Seit Änderung der Falldefinition im Jahr 2015 werden nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis, der für eine aktive HCV-Infektion spricht, an das RKI übermittelt. Dies ermöglicht eine Annäherung an die wahre Inzidenz von Neudiagnosen. Allerdings werden damit mögliche Fälle, die nach einem positiven Antikörper-Screening nicht der weiteren Diagnostik zugeführt wurden, nicht erfasst. Auf der anderen Seite kann es durch die Er-

weiterung der Meldepflicht 2017 auf alle HCV-Nachweise zu einer verstärkten Mehrfachmeldung von Nachweisen ein und derselben Person bei wiederholter Testung gekommen sein. In den Gesundheitsämtern werden Meldungen, die sich auf den gleichen Fall beziehen, in der Regel erkannt und zusammengeführt. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Doppelerfassungen kommt.

Ergänzende Studien des RKI

Am RKI wurden in den vergangenen Jahren zur weiteren Beurteilung der epidemiologischen Lage unterschiedliche Studien in Bevölkerungsgruppen durchgeführt, die besonders von HCV-Infektionen betroffen sind. Dabei handelt es sich um Menschen, die Drogen konsumieren, Menschen in Wohnungslosigkeit und Menschen mit einer Migrationsgeschichte aus Hochprävalenzländern.

Es wurden bereits drei Studien bei **Menschen, die Drogen injizieren**, durch das RKI (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit) koordiniert. In diesen Studien wurden soziodemografische und verhaltensbezogene Daten erhoben sowie Blutproben auf Hepatitis B, Hepatitis C und HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) getestet. Diese Studien laufen gemeinsam unter dem Arbeitstitel „DRUCK – Surveillance von Drogen und chronischen Infektionskrankheiten“.

Die *DRUCK-Hauptstudie*¹⁴ wurde 2011 – 2014 durchgeführt. Die Datenanalyse zeigte eine Prävalenz einer aktiven, behandlungsbedürftigen HCV-Infektion (HCV-RNA) von 44 %, während bei 66 % der Teilnehmenden HCV-Antikörper (anti-HCV) nachgewiesen werden konnten.¹⁴

Um eine bundesweite Ausrollung der DRUCK-Methodik zu evaluieren, wurde 2020 – 2022 die *DRUCK-2.0-Pilotstudie*¹⁵ durchgeführt und es wurden ebenfalls wie in der *DRUCK-Hauptstudie* Daten zur Prävalenz von HCV-Infektionen erhoben. In dieser Studie lag die Prävalenz einer aktiven, behandlungsbedürftigen HCV-Infektion (HCV-RNA) bei 27 %, während bei 74 % der Teilnehmenden HCV-Antikörper nachgewiesen werden konnten.

Auf Basis der Ergebnisse der *DRUCK-2.0-Pilotstudie* wurde 2025 *DRUCK-Surv* durchgeführt, eine bundesweite Erhebung zu HIV, Hepatitis B und C im Kontext von injizierendem Drogenkonsum. Vorläufige Ergebnisse zeigen eine weiterhin hohe HCV-Prävalenz unter Teilnehmenden, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert haben (HCV-RNA 32 %, anti-HCV 80 %).¹⁶ Das Projekt läuft bis Dezember 2026. Derzeit erfolgt die Datenauswertung, es werden regionale Berichte sowie ein nationaler Gesamtbericht vorbereitet.

Für Deutschland stehen nur begrenzt Informationen zu HCV-Infektionen im Justizvollzug zur Verfügung. Im Jahr 2025 wurde daher durch das RKI die Pilotstudie „Drogen, chronische Infektionskrankheiten und soziale Determinanten der Gesundheit von **Menschen in Haft**, *DRUCK-Haft*“¹⁷ in der Justizvollzugsanstalt Bremen durchgeführt. Insgesamt konnten 159 Personen mit jemaligem Drogenkonsum in die Studie eingeschlossen werden. In dieser Studie lag die Prävalenz einer aktiven HCV-Infektion (HCV-RNA) bei 19 %, während bei 36 % der Teilnehmenden HCV-Antikörper als Nachweis einer jemaligen HCV-Infektion nachgewiesen wurden. Die *DRUCK-Haft*-Studie hat zudem Zugangsbarrieren zur Testung und Behandlung von Hepatitis C bei Menschen in Haft deutlich gemacht.

Da die HCV-Übertragung bei Menschen, die Drogen gebrauchen, unter anderem durch das Teilen von Konsumutensilien wie Nadeln und Spritzen aber auch Utensilien zur Inhalation von Substanzen verläuft, spielt die Vergabe von sterilen Konsumutensilien eine zentrale Rolle in der Infektionsprävention. In Koordination durch das RKI wurden 2019 und 2022 Erhebungen zur Vergabe von Konsumutensilien über Einrichtungen der Drogenhilfe oder auch Automaten (unterschiedliche Trägerschaften) durchgeführt. Das Projekt *saferKONSUM*^{18,19} zeigt in der letzten Erhebung eine unzureichende Ausgabe gemessen an dem durch die WHO definierten Richtwert von 300 Nadeln und Spritzen pro Person, die Drogen injiziert, im Jahr 2021. Es wurden ebenfalls regionale Unterschiede bei der Verteilung von Drogenkonsumutensilien festgestellt: Nur zwei Bundesländer erreichten den WHO-Indikator für das Jahr 2030 zur Vergabe von Spritzen und Nadeln. Als weiterer Ort der Ausgabe von sterilen Konsum-

utensilien für den injizierenden Drogenkonsum wurden Apotheken identifiziert. Daher wurde im Jahr 2024 eine bundesweite Anschlussenerhebung in Apotheken durchgeführt. Von insgesamt 1.050 teilnehmenden Apotheken gaben 88 % an, Nadeln und Spritzen für den Drogenkonsum auszugeben, fast ausschließlich durch Verkauf. Die Hochrechnung auf die Vergabe in ganz Deutschland ergab, dass Apotheken im Jahr 2024 im Mittel 91 Spritzen (95 % Konfidenzintervall [KI]: 49–133) und 121 Nadeln (95 % KI: 75–167) pro versorgter Person und Jahr ausgaben. Im Median wurden jährlich 12 Spritzen und 24 Nadeln pro Person ausgegeben. Apotheken nehmen somit eine relevante Rolle in der Vergabe steriler Konsumutensilien für Menschen, die Drogen injizieren ein, sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten, wo niedrigschwellige Angebote nur begrenzt verfügbar sind.²⁰

Neben den *DRUCK*-Studien liegen Daten aus weiteren Studien mit einer vergleichbaren Methodik (Analyse von Fragebogendaten und Blutproben) in anderen Bevölkerungsgruppen vor. Teilweise handelt es sich allerdings um Daten aus lokalen Pilotstudien mit begrenzter Aussagekraft:

Menschen in Wohnungslosigkeit

Zur Ermittlung der Infektionslast durch Hepatitis B, Hepatitis C und HIV bei Menschen in Wohnungslosigkeit wurde 2021 die *POINT-Pilotstudie*²¹ in Berlin durchgeführt. Insgesamt konnten 216 wohnungslose Personen für die Erhebung gewonnen werden. In dieser Studie lag die Prävalenz einer aktiven HCV-Infektion (HCV-RNA) bei 16 %, während bei 24 % der Teilnehmenden HCV-Antikörper nachgewiesen wurden.

MSM, die mit HIV leben

Zur Ermittlung der Prävalenz von HCV-Infektionen unter Personen mit einer HIV-1-Infektion wurden Daten aus der *HIV-1-Serokonverterstudie*²² des RKI analysiert. Der überwiegende Anteil (87 %) der Studienteilnehmenden waren MSM. Die analysierten Daten zeigen bei MSM mit HIV einen Rückgang der Prävalenz von HCV-Infektionen. Im Jahr 2014 lag der Anteil von HCV-Infektionen bei 7 % (95 % KI: 6,1–8,9) und 2019 bei 3 % (95 % KI: 2,1–5,1). Neuere Analysen zu HIV-koinfizierten MSM liegen dem RKI derzeit nicht vor.

Menschen mit Geburt in Rumänien oder in der Türkei

Im Jahr 2023 wurde die *HepMig-Vorstudie*^{13,23} durchgeführt, um geeignete Methoden zur Erfassung der Prävalenz und Versorgungssituation von HBV- und HCV-infizierten Menschen mit Migration aus Hochprävalenzländern zu entwickeln. Insgesamt konnten 175 Teilnehmende mit Geburt in Rumänien oder in der Türkei für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden, davon 8 im Gesundheitsamt Frankfurt, 70 im Rahmen von „Outreach“-Aktivitäten und 97 online. In dieser Studie lag die Prävalenz von Antikörpern gegen HCV bei 1,3 % der Getesteten, es lagen keine aktiven HCV-Infektionen vor.

Diskussion

Die WHO strebt im Rahmen ihrer globalen Hepatitis-Strategie die Eliminierung der Hepatitis C als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit bis zum Jahr 2030 an und hat hierzu konkrete Zielmarken für Prävention, Diagnostik und Therapie formuliert. Dazu gehören eine hohe HCV-Diagnose- (90 % der Menschen mit HCV-Infektion diagnostiziert) und Behandlungsrate (80 % der Diagnostizierten sollen antiviral behandelt werden). Weitere Ziele der Strategie sind eine Senkung der Neuinfektionen bei Menschen, die Drogen injizieren, auf unter 2 Infektionen pro Jahr und 100 Personen, die Drogen injizieren, sowie die jährliche Ausgabe von mindestens 300 sterilen Spritzen und Nadeln pro Person, die Drogen injiziert.^{8,24} Darüber hinaus soll eine hohe Substitutionsquote von mindestens 40 % erreicht sowie nosokomiale Infektionen durch Maßnahmen zur Injektionssicherheit und Screening aller Blutprodukte auf Hepatitis B und C vermieden werden.²⁴ Deutschland hat diese Ziele aufgegriffen und verfolgt eine nationale Eliminierungsstrategie, in der insbesondere die Reduktion der HCV-Inzidenz, die Ausweitung von Testangeboten sowie der bedarfsgerechte Zugang zur antiviralen Therapie verankert sind.⁹ Vor dem Hintergrund der hier beschriebenen Meldedaten ist es fraglich, ob die derzeitigen Versorgungsstrukturen – insbesondere in hochbelasteten Bevölkerungsgruppen – ausreichend sind, um die Eliminierungsziele zu erreichen.

Nach dem starken Anstieg, der gemäß IfSG an das RKI übermittelten HCV-Infektionen, in den Jahren

2022 und 2023 ist seit 2024 wieder ein rückläufiger Trend zu beobachten. Im Jahr 2025 sank die Zahl der übermittelten Fälle im Vergleich zum Vorjahr um 16 %. Im Vergleich zum Durchschnitt der vergangenen 5 Jahre blieb die Hepatitis-C-Inzidenz jedoch insbesondere in Berlin, Hamburg, Bremen und dem Saarland erhöht. In Bundesländern mit geringer Einwohnerzahl wie dem Saarland oder Bremen können bereits kleine Schwankungen, auch z. B. durch lokale Testprojekte, größere Auswirkungen auf die Inzidenz haben. Auch vermehrte Fallfindungen im Rahmen der 2025 durchgeführten bundesweiten Studie bei Menschen, die Drogen injizieren (DRUCK-Surv),¹⁶ können zur erhöhten Inzidenz beigetragen haben. In Großstädten oder den Stadtstaaten hingegen kann die erhöhte Inzidenz auf eine höhere Infektionslast in urbanen Zentren hinweisen, da der Anteil von Menschen, die Drogen injizieren, dort tendenziell höher ist und somit Infektionen auch häufiger auftreten.

Knapp ein Viertel der übermittelten HCV-Infektionen mit Angabe zu Geburtsland/Nationalität bzw. etwa 13 % aller übermittelten Fälle war auch im Jahr 2025 auf die Fluchtmigration aus der Ukraine im Rahmen des russischen Angriffskriegs zurückzuführen. In der Ukraine liegt die HCV-Prävalenz höher als in Deutschland, und Menschen mit ukrainischer Staatsangehörigkeit oder Geburt in der Ukraine können in Deutschland im medizinischen Regelsystem getestet und behandelt werden.¹

Ein weiterer Grund für den starken bundesweiten Anstieg der Fallzahlen zwischen Ende 2021 und 2023 – insbesondere in den höheren Altersgruppen – ist in dem Ende 2021 eingeführten einmaligen Screening auf Hepatitis B und C im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“ zu sehen.^{11,26} Eine Publikation zeigt, dass in den ersten 3 Jahren (Q4/2021–Q4/2024) des eingeführten Screenings insgesamt fast eine Million Versicherte untersucht wurden, von diesen wurden bei $n=67.165$ (0,69 %) Antikörper gegen HCV gefunden und es erfolgte eine HCV-PCR.²⁵ Der Rückgang der Fallzahlen seit 2024, nach einem Peak in den Jahren 2022 und 2023, deutet auf einen Sättigungseffekt des Screenings hin. Auch wenn der Anteil an aktiven Infektionen unter den gescreenten (meist asymptomatischen) Personen vermutlich niedrig ist (eine Publi-

kation von Labordaten zum Screening fand HCV-RNA bei 17 % der anti-HCV-Positiven²⁶), kann das einmalige allgemeine Screening im Rahmen des „Check-up 35“ damit als Erfolg gesehen werden, vorausgesetzt, dass positiv getestete Personen auch antiviral behandelt werden.

Aufgrund der 2022 fast zeitgleich mit dem Screening eingeführten automatisierten Labormeldung mit verpflichtender elektronischer Meldung von Labornachweisen über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) kann es – im Zusammenspiel mit dem starken Anstieg von Labornachweisen – zu einer erneuten Übermittlung von bereits früher gemeldeten und übermittelten Fällen gekommen sein.¹¹ Datenschutzrechtliche Vorgaben, die die Löschung des Personenbezugs bei Fällen im Gesundheitsamt zur Folge haben, können zur mehrfachen Erfassung und Übermittlung von Fällen führen. Der Anteil der übermittelten akuten HCV-Infektionen hat sich im Vergleich zu den Vorjahren nicht verändert. Dies deutet darauf hin, dass die tatsächliche Inzidenz der Infektionen weitgehend konstant geblieben ist.

Männer waren häufiger von Hepatitis C betroffen als Frauen, was vermutlich vorwiegend darauf zurückzuführen ist, dass der Anteil an Männern unter Menschen, die Drogen injizieren, höher ist und dies als häufigster Übertragungsweg für HCV gilt.^{1,5,14,15} Mit steigendem Alter nähert sich die Inzidenz von Frauen der von Männern immer mehr an, und übersteigt diese sogar im hohen Alter ab 79 Jahren, was möglicherweise auf frühere nosokomiale Infektionen, insbesondere durch Bluttransfusionen vor der Einführung diagnostischer Tests, zurückzuführen ist. Auch wenn in Deutschland Maßnahmen zur Vermeidung nosokomialer Übertragungen implementiert sind, kam es 2017/18 zu einem größeren nosokomialen Ausbruchsgeschehen in einem Krankenhaus in Bayern.²⁷

Die hier beschriebenen Daten zeigen, dass trotz eines Rückgangs der übermittelten Fallzahlen seit 2024 in bestimmten Subpopulationen die Last durch HCV-Infektionen weiterhin überproportional erhöht ist. Dazu zählen Menschen mit injizierendem Drogenkonsum, Menschen mit Migrations-

geschichte aus Ländern mit hoher HCV-Prävalenz sowie Menschen in Wohnungslosigkeit und Menschen in Haft.

Methodische Besonderheiten der Meldedaten – insbesondere Änderungen der Falldefinition und der Meldepflicht sowie die Möglichkeit von Mehrfachmeldungen – limitieren die direkte Interpretation der Fallzahlen als Inzidenz im engeren epidemiologischen Sinn und können daher nur begrenzt Informationen zur wahren Verbreitung und Entwicklung der HCV-Infektionen in der Gesamtbevölkerung aber vor allem in definierten Subpopulationen generieren. Ergänzende Studien des RKI, etwa die *DRUCK-Studien*, *DRUCK-Haft*, *POINT* und *Hep-Mig*, sind daher wichtige Instrumente zur akkuraten Einschätzung der epidemiologischen Situation und zeigen in vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen, die Drogen gebrauchen, Menschen mit einer Migrationsgeschichte aus Hochprävalenzländern, Menschen in Wohnungslosigkeit, Menschen in Haft) deutlich höhere Hepatitis-C-Prävalenzen, bestätigt durch weitere Erhebungen.^{28,29} Weiterhin wurden in diesen Studien bestehende Barrieren im Zugang zur Testung und zur Behandlung von Hepatitis C sowie Bedarfe an einer breiten Verfügbarkeit von Maßnahmen der Prävention und Schadensminimierung identifiziert.^{14,15,17,21,23}

Eine konsequente Umsetzung der Eliminierungsziele erfordert daher zielgruppenspezifische Strategien: niedrigschwellige und regelmäßige Testangebote, verlässliche Vergabe steriler Konsumutensilien, integrierte Versorgungsmodelle mit unmittelbarem Zugang zur DAA-Therapie sowie die enge Verzahnung von Sucht- und Hepatitisversorgung. Daneben sind qualitätsgesicherte Surveillance-Strukturen essenziell, um Fortschritte hinsichtlich der Eliminierungsziele abzubilden und verbleibende Versorgungslücken frühzeitig zu identifizieren.

Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund der internationalen und nationalen Eliminierungsziele 2030 bleiben in Deutschland neben dem erfolgreichen allgemeinen Screening für Versicherte im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung insbesondere die konsequente und flächendeckende integrierte, zielgruppenspezifische

HCV-Prävention, HCV-Testung und Versorgung von an Hepatitis C erkrankten Menschen aller Altersgruppen in vulnerablen Situationen oder mit unzureichendem Zugang zur Regelversorgung unerlässlich. Dazu gehören Menschen, die Drogen gebrauchen, Menschen in Haft, Menschen in Wohnungslosigkeit, Menschen mit sexuellen Risiken und Menschen mit Migration aus Ländern mit hoher Hepatitis-C-Prävalenz, die es gilt, niedrigschwellig und zielgruppenspezifisch zu erreichen.

Zur Einschätzung des Fortschritts ist ein intensivierte Monitoring der epidemiologischen Situation

von Hepatitis C in Deutschland nötig. Dabei liefern die Meldedaten gemäß IfSG wertvolle basisepidemiologische Erkenntnisse, müssen jedoch durch Studien in besonders betroffenen Populationen, durch Sekundärdaten aus der Routineversorgung und Daten aus Kohorten, Registern sowie durch Modellierungen ergänzt werden, um die epidemiologischen Entwicklungen von HCV-Infektionen in Deutschland akkurat und umfassend einschätzen und Anpassungen von Maßnahmen vornehmen zu können.

Literatur

- 1 World Health Organization (WHO): Global hepatitis report 2026, World Health Organization (WHO); <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6f6caedc-37a0-49ee-a02a-df9c3b78ff42/content>
- 2 World Health Organization (WHO). Fact Sheet Hepatitis C, Update 26 June 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c> [Abrufdatum: 06.07.2026]
- 3 World Hepatitis Alliance (WHA). World Hepatitis Day. <https://www.worldhepatitisday.org/> [Abrufdatum: 23.06.2026]
- 4 Poethko-Müller C, Zimmermann R, Hamouda O, *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. DOI 10.1007/s00103-013-1673-x
- 5 Sperle I, Steffen G, Leendertz SA, *et al.*: Prevalence of Hepatitis B, C, and D in Germany: Results From a Scoping Review. Frontiers in Public Health 2020;8:424. DOI 10.3389/fpubh.2020.00424
- 6 Kremer-Flach K, Zimmermann R, An der Heiden M, *et al.*: 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. DOI 10.3389/fpubh.2025.1471256
- 7 Ghodrati Z, Grikscheit K, Busetto L, *et al.*: Population-based prevalence and screening gaps of hepatitis C, B and D, Germany, 2020 to 2021. Euro Surveill 2026;31:25. DOI 10.2807/1560-7917. Es.2026.31.25.2500864
- 8 World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. 2022
- 9 Bundesministerium für Gesundheit, 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. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf [Abrufdatum: 31.05.2024]
- 10 Méndez-Brito A MJ, Steffen G, Dudareva S, Zimmermann R: Epidemiologie von Hepatitis-B und Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2023: Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz. Epid Bull 2024;29:3-13. DOI 10.25646/12295
- 11 Biallas R, Steffen G, Burdi S, *et al.*: Anstieg der übermittelten Hepatitis-B und Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. Epid Bull 2023;31:3-16. DOI 10.25646/11669

- 12 Robert Koch-Institut (RKI): (2026). Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern; <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Meldewesen/Falldefinitionen/falldefinitionen-node.html>
- 13 Behnke AL, Sperle I, Steffen G, 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 Res Notes* 2025;18;1:438. DOI 10.1186/s13104-025-07516-5
- 14 Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf> [Abrufdatum: 27.12.2022]
- 15 Zimmermann R, Krings A, Steffen G (2023): DRUCK 2.0-Pilot – DRUCK 2.0 – Pilotierung eines Surveillancesystems zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Abschlussbericht, Berlin 2023. DOI 10.25646/11930
- 16 Robert Koch-Institut. DRUCK-Surv: Surveillance von Drogen und chronischen Infektionskrankheiten. <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Sexuell-und-durch-Blut-uebertragene-Krankheiten/DRUCK-Studie/Druck-Surv.html>
- 17 Robert Koch-Institut (RKI) (2026): Drogen, chronische Infektionskrankheiten und soziale Determinanten der Gesundheit von Menschen in Haft. Abschlussbericht, Berlin. DOI 10.25646/14258.
- 18 Zimmermann R, Krings A, Schneider F, et al.: Konsumutensilienvergabe in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung von Einrichtungen der Drogenhilfe und Suchttherapie zur Ausgabe von Utensilien zum sicheren Drogenkonsum 2018. *Suchttherapie* 2022;EFirst. DOI 10.1055/a-1770-9465
- 19 Hommes F, Krings A, Dörre A, et al.: International harm reduction indicators are still not reached: results from a repeated cross-sectional study on drug paraphernalia distribution in Germany, 2021. *Harm Reduction Journal* 2023;20;1:137. DOI 10.1186/s12954-023-00870-2
- 20 Nygren T M, Krings A, Dörre A, et al. Pharmacies supply needles and syringes for safer injecting drug use: A cross-sectional study in Germany, 2024. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/H/HIV-AIDS/Studien/saferKONSUM/Poster-ESCAIDE-2025.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Abrufdatum: 26.06.2026]
- 21 Steffen G, Weber C, Cawley C, et al.: Prävalenz von sexuell und durch Blut übertragenen Infektionen und Tuberkulose bei Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin – Erste Ergebnisse der Pilotstudie POINT. *Epid Bull* 2022;13:25-32. DOI 10.25646/9856.2
- 22 Krings A, Schmidt D, Meixenberger K, et al.: Decreasing prevalence and stagnating incidence of Hepatitis C-co-infection among a cohort of HIV-1-positive patients, with a majority of men who have sex with men, in Germany, 1996-2019. *J Viral Hepat* 2022;29;6:465–473. DOI 10.1111/jvh.13670
- 23 Steffen G, Sperle-Heupel I, Behnke A-L, Sarma N, Stepanovich-Falke A, Dudareva S, Zimmermann R (2025): Versorgungssituation von Hepatitis B und C in Deutschland bei Menschen mit Migration aus ausgewählten Ländern, HepMig – Vorstudie. Abschlussbericht, Berlin 2025. DOI 10.25646/13077
- 24 World Health Organization (WHO): (2023). Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination: technical report. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373186/9789240078635-eng.pdf?sequence=1>
- 25 Hüppe D: Screening auf Hepatitis B und C – eine Zwischenbilanz *Gastro-News* 2026;13 3:38–43. <https://doi.org/10.1007/s15036-026-4005-3>
- 26 Bätz O, Petroff D, Jedrysiak K, et al.: Successful hepatitis B and C screening in the health check-up in the German primary care setting. *JHEP Reports* 2024. DOI 10.1016/j.jhepr.2024.101122
- 27 Schmidt K, et al (2025): A healthcare-associated outbreak of hepatitis C virus infections attributable to tampering injectable anaesthetic opioids, South Germany, 2017–2018. *Front. Public Health*, 15 September 2025. Volume 13 - 2025 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1589562>
- 28 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):325
- 29 Haas, C., Lehmann, M. HCV-Mikroelimination in Haft: so nah und doch so fern – Daten und Erfahrungen aus dem Berliner Justizvollzug. *Bundesgesundheitsbl* 68, 1376–1379 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04139-w>

Autoren

^{a)} Renke Biallas | ^{a,b,c)} Amelie Friedsam | ^{a)} Gyde Steffen |

^{a)} Ruth Zimmermann

^{a)} FG 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

^{b)} PAE, Postgraduierenausbildung für angewandte Epidemiologie, Abteilung für 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: HepBCD-Surv@rki.de

Interessenkonflikt

Amelie Friedsam ist Fellow der deutschen Postgraduierenausbildung 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.

Alle anderen Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Biallas R, Friedsam A, Steffen G, Zimmermann R: Epidemiologie von Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2025: Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz

Epid Bull 2026;30:3-15 | DOI 10.25646/14303

Open access



Creative Commons Namensnennung.
4.0 International

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

29. Woche 2026 (Datenstand: 22. 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
	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.
Baden-Württemberg	83	2.355	2.045	21	468	515	14	279	200	25	3.261	4.684	30	1.186	1.687
Bayern	163	3.748	3.255	40	796	846	15	321	280	40	5.626	7.112	40	2.174	3.283
Berlin	34	1.276	1.110	16	193	197	2	137	132	14	3.322	2.300	11	1.292	1.450
Brandenburg	56	1.023	879	6	148	149	7	92	94	17	3.307	2.625	33	1.740	2.159
Bremen	8	239	201	1	21	20	0	27	32	3	464	366	0	277	141
Hamburg	13	646	620	0	69	98	4	82	89	10	1.720	1.294	1	533	712
Hessen	79	1.802	1.646	18	331	389	17	277	270	11	3.009	3.837	5	1.361	1.673
Mecklenburg-Vorpommern	61	921	654	4	110	108	6	102	108	15	1.872	1.704	7	838	1.269
Niedersachsen	84	2.372	2.015	12	390	366	15	464	410	39	4.044	5.053	13	1.655	3.593
Nordrhein-Westfalen	264	6.996	5.877	48	892	871	31	629	623	88	8.241	12.977	52	3.186	5.313
Rheinland-Pfalz	80	1.491	1.481	20	254	277	10	182	125	22	2.077	3.440	27	769	1.743
Saarland	15	399	427	0	43	67	2	60	49	2	499	847	1	108	743
Sachsen	108	2.030	1.670	11	265	309	5	172	151	42	4.362	5.275	37	2.841	2.424
Sachsen-Anhalt	43	924	755	14	193	197	6	97	82	22	2.451	2.871	12	842	1.969
Schleswig-Holstein	44	1.017	784	4	104	117	7	158	133	8	2.298	1.637	4	729	706
Thüringen	48	1.068	774	9	371	326	7	122	102	37	2.363	2.700	32	1.131	1.702
Deutschland	1.183	28.307	24.193	224	4.648	4.852	148	3.201	2.880	395	48.916	58.722	305	20.662	30.567

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.
Baden-Württemberg	1	61	70	38	1.083	1.231	10	511	648	11	245	314	5	21.321	33.231
Bayern	3	61	101	46	1.426	1.974	21	696	855	7	306	330	8	31.263	71.782
Berlin	0	19	29	18	471	845	12	271	286	1	175	173	1	7.903	15.394
Brandenburg	0	14	23	4	121	174	3	66	93	3	69	48	2	11.225	18.130
Bremen	0	4	6	8	118	186	1	40	58	0	39	41	0	994	1.189
Hamburg	1	8	20	14	332	740	4	126	154	1	84	126	0	4.559	9.890
Hessen	2	37	43	19	519	766	7	316	332	8	230	254	5	10.871	20.781
Mecklenburg-Vorpommern	0	17	10	1	87	88	2	41	55	3	35	33	0	11.733	13.273
Niedersachsen	1	56	69	18	787	1.089	7	352	422	3	180	165	0	14.798	28.456
Nordrhein-Westfalen	5	110	112	68	1.788	2.566	28	853	1.111	12	463	524	4	34.143	63.956
Rheinland-Pfalz	1	13	26	18	440	618	4	196	206	4	105	137	1	9.161	16.801
Saarland	0	8	8	2	89	146	4	74	90	0	18	28	0	1.887	3.206
Sachsen	1	19	30	8	193	229	3	138	128	3	58	89	7	21.764	43.106
Sachsen-Anhalt	0	10	8	5	139	226	1	66	78	0	49	48	3	11.303	26.002
Schleswig-Holstein	0	17	16	5	179	327	7	130	179	2	49	52	1	6.703	10.626
Thüringen	0	14	16	1	89	115	2	48	75	0	56	45	1	10.805	17.772
Deutschland	15	468	587	273	7.861	11.320	116	3.924	4.770	58	2.161	2.407	38	210.433	393.595

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.
Baden-Württemberg	0	8	18	1	13	10	0	0	0	42	839	498	39	1.908	2.161
Bayern	0	6	38	1	13	43	0	1	0	125	2.482	813	63	3.086	3.909
Berlin	0	2	12	0	7	10	0	0	0	4	139	136	5	607	720
Brandenburg	0	1	4	0	3	6	0	0	0	15	178	229	3	321	454
Bremen	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	6	19	2	75	75
Hamburg	0	2	3	0	4	4	0	0	0	5	156	96	2	295	480
Hessen	0	12	19	0	12	18	0	0	1	13	312	285	9	575	561
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10	177	112	3	110	155
Niedersachsen	0	13	15	0	12	20	0	0	0	9	207	275	13	928	832
Nordrhein-Westfalen	1	14	42	1	31	60	0	0	1	66	818	652	37	2.680	2.484
Rheinland-Pfalz	0	3	10	0	6	11	0	0	0	15	462	232	12	409	521
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	44	107	1	116	83
Sachsen	0	0	11	1	6	13	0	0	0	64	777	425	18	1.105	1.320
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	2	1	0	0	0	13	374	448	1	106	118
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	7	5	0	0	0	8	82	95	3	412	363
Thüringen	0	0	1	0	3	2	0	0	0	14	395	388	3	364	251
Deutschland	1	61	179	4	121	206	0	1	2	403	7.448	4.810	214	13.097	14.487

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
	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.	29.	1.–29.	1.–29.
Baden-Württemberg	3	59	50	25	688	665	1	56	57	1	63	61	4	2.900	3.360
Bayern	2	62	57	16	546	690	4	127	153	2	68	73	11	4.925	5.756
Berlin	1	40	43	11	309	433	1	19	28	2	44	36	2	1.399	2.118
Brandenburg	0	8	3	8	149	106	1	56	58	1	14	18	3	1.712	1.502
Bremen	0	0	3	1	27	19	0	7	10	1	4	10	0	127	186
Hamburg	0	13	15	7	225	270	1	20	20	0	26	30	3	494	1.071
Hessen	2	31	30	19	644	671	3	69	61	1	54	60	5	1.786	2.613
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	5	72	64	3	27	34	1	12	15	1	1.115	1.181
Niedersachsen	3	33	21	20	465	440	0	72	99	0	67	74	7	1.987	2.465
Nordrhein-Westfalen	2	105	100	38	1.125	1.431	7	258	386	5	190	176	11	4.841	7.500
Rheinland-Pfalz	1	20	13	5	180	272	2	43	66	1	23	23	2	1.523	1.789
Saarland	0	5	6	1	26	40	0	5	16	1	15	5	1	497	543
Sachsen	1	18	6	7	181	186	3	150	192	0	36	33	10	2.638	2.925
Sachsen-Anhalt	1	21	4	2	132	109	2	64	46	2	25	29	1	1.271	1.520
Schleswig-Holstein	2	24	11	8	134	146	4	39	32	0	13	14	5	1.224	1.459
Thüringen	0	4	7	7	91	97	0	29	28	1	22	22	0	1.231	947
Deutschland	18	443	374	180	4.994	5.639	32	1.041	1.286	19	676	679	66	29.670	36.935

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
	29.	1.–29.	1.–29.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	149	207
Bornavirus-Erkrankung	0	7	2
Botulismus	0	2	4
Brucellose	0	22	33
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	10	7
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	187	98
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	74	93
Denguefieber	3	390	592
Diphtherie	0	22	33
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	26	328	381
Giardiasis	30	1.318	1.589
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	15	814	1.032
Hantavirus-Erkrankung	7	138	180
Hepatitis D	0	42	47
Hepatitis E	102	3.230	3.122
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	41	42
Kryptosporidiose	77	979	1.021
Legionellose	61	963	1.036
Lepra	0	1	1
Leptospirose	4	98	98
Listeriose	12	337	331
Malaria	33	512	458
Meningokokken, invasive Infektion	1	150	220
Mpox	5	286	358
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	2	31	31
Ornithose	0	11	15
Paratyphus	0	14	12
Pneumokokken, invasive Infektion	73	6.309	7.450
Q-Fieber	0	43	58
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	14	66.793	65.185
Shigellose	36	1.630	1.288
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	3	92	77
Typhus abdominalis	2	30	44
West-Nil-Fieber*	0	2	1
Yersiniose	62	2.505	2.222
Zikavirus-Erkrankung	0	8	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 Meldewoche 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.