

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

35
2026

27. August 2026

Epidemiologisches Bulletin

PrEP in Deutschland

Inhalt

PrEP in Deutschland – Befragung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e. V.) in HIV-Schwerpunkteinrichtungen

3

Eine Infektion mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV) kann durch eine Präexposition prophylaxe (PrEP) verhindert werden. Die retrospektive Befragung von 29 HIV-Schwerpunktzentren des dagnä-Netzwerks in zehn Bundesländern ergab, dass im Jahr 2025 insgesamt 130.452 Personen in den Zentren behandelt wurden, darunter 28.537 Menschen mit HIV und 19.264 PrEP-Nutzende. Insgesamt wurden 300 HIV-Neudiagnosen erfasst; 17 davon (5,7 % aller berichteten HIV-Erstdiagnosen) erfolgten zeitlich nach der PrEP-Einleitung. Eine HIV-Infektion unter PrEP-Nutzung bleibt weiterhin ein sehr seltenes Ereignis. Für Long-Acting PrEP wurde insbesondere das Potenzial zur Reduktion von Stigmatisierung im Zusammenhang mit HIV, zur Verbesserung der Adhärenz, zur Erleichterung des Zugangs für vulnerable Gruppen sowie für eine höhere Akzeptanz bei PrEP-Nutzenden gesehen. Für nahezu alle abgefragten Zielgruppen wurde die Bedeutung der Long-Acting PrEP positiv bewertet. Gleichzeitig wurden relevante Hürden bei der Verschreibung von Long-Acting PrEP benannt.

PrEP in Germany – Survey of the German association of physicians in HIV care (dagnä e. V.) in specialised HIV care

Infection with the human immunodeficiency virus (HIV) can be prevented through pre-exposure prophylaxis (PrEP). A retrospective survey of 29 specialised HIV centres within the dagnä network across ten federal states revealed that, in 2025, a total of 130,452 people were treated at these centres, including 28,537 people living with HIV and 19,264 PrEP users. A total of 300 new HIV diagnoses were recorded; 17 of these (5.7 % of all reported first-time HIV diagnoses) occurred after PrEP had been initiated. HIV infection whilst using PrEP remains a very rare occurrence. Long-acting PrEP was considered to have particular potential to reduce stigma associated with HIV, improve adherence, facilitate access for vulnerable groups and increase acceptance among PrEP users. The importance of long-acting PrEP was rated positively for almost all target groups surveyed. At the same time, relevant barriers to prescribing long-acting PrEP were identified.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 34. Woche 2026

11

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.

PrEP in Deutschland

Befragung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e. V.) in HIV-Schwerpunkteinrichtungen

Kernaussagen der Befragung zur PrEP-Versorgung in deutschen HIV-Schwerpunktzentren

- ▶ Insgesamt wurden im Jahr 2025 28.537 Menschen mit HIV in den an der Befragung teilnehmenden Zentren versorgt.
- ▶ Die Gesamtzahl der PrEP-Nutzenden im Jahr 2025 wurde für die Zentren mit 19.264 angegeben.
- ▶ Im Jahr 2025 wurden insgesamt 17 HIV-Neuinfektionen zeitlich nach PrEP-Einleitung berichtet.
- ▶ Auf Basis der Befragungsergebnisse zeigen sich verschiedene Potenziale für den Einsatz von Long-Acting PrEP in der HIV-Prävention.
- ▶ Als besonders relevante Zielgruppen für die Long-Acting PrEP wurden Menschen in Sexarbeit, wohnungslose Menschen, Menschen mit injizierendem Drogengebrauch, Menschen aus Hochrisikoländern, Männer, die Sex mit Männern haben, Transgender-Personen, sowie heterosexuelle cis Frauen mit erhöhtem HIV-Ansteckungsrisiko genannt.

Einleitung und Hintergrund

Eine Infektion mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV) kann durch eine Präexpositionsprophylaxe (PrEP) verhindert werden. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis Ende 2024 geförderten Projekts „Surveillance der Versorgung mit der HIV-Präexpositionsprophylaxe innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“ (PrEP-Surv) wurden halbjährliche Befragungen zu Gebrauch und Versorgung mit der HIV-Präexpositionsprophylaxe in HIV-Schwerpunktzentren (nachfolgend Zentren) durchgeführt.¹⁻⁴ Die Zentren wurden aus dem Netzwerk der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin e. V. (dagnä) rekrutiert. Die dagnä hat erstmalig federführend für das zweite Halbjahr 2024

eine ähnliche Befragung zur PrEP-Versorgung in HIV-Schwerpunktpraxen durchgeführt. Die aktuelle Befragung deckt den Zeitraum 2025 ab.

In dieser Befragungsrunde haben die teilnehmenden Zentren Fragen zu folgenden Themen beantwortet:

- ▶ Anzahl der Personen in der HIV-Schwerpunktversorgung: Menschen mit HIV insgesamt, PrEP-Nutzende insgesamt, HIV-Erstdiagnosen insgesamt und im zeitlichen Zusammenhang mit PrEP
- ▶ Einschätzung der Zentren zu der Long-Acting PrEP

Methode

Von März bis April 2026 führte die dagnä eine retrospektive Datenerhebung mittels einer Online-Befragung durch. Die Abfrage bezog sich rückwirkend auf das Jahr 2025.

Es wurde nach aggregierten Zahlen und Anteilen gefragt. Des Weiteren wurden Meinungen und Einschätzungen der Zentren zu verschiedenen, die PrEP-Versorgung betreffenden Themen mit jeweils vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, erhoben. Unter anderem wurden Fragen zu HIV-Erstdiagnosen im Rahmen der PrEP-Erstberatung und zeitlich nach PrEP-Einleitung und in Zusammenhang mit PrEP-Gebrauch gestellt.

Zum Teil handelt es sich bei den aggregierten Zahlen und Anteilen um Schätzwerte, da in einigen Zentren eine exakte Zählung von Personen im Praxisverwaltungssystem nicht möglich war.

Die Datenauswertung sowie die Erstellung von Abbildungen erfolgten mit Stata 12 und Microsoft Excel 2019.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 29 Zentren aus zehn Bundesländern aus dem dagnä-Netzwerk an der Befragung teil. Die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Bremen waren nicht mit Zentren vertreten. 19 der teilnehmenden Zentren sind hausärztliche Niederlassungen, sechs fachärztliche Niederlassungen und je zwei der Befragten waren angestellt in einer Praxis, bzw. Klinik. In den Zentren waren zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt 106 ärztliche Fachkräfte tätig (Median $n = 4$). 16 Zentren gaben an, Hospitationen externer Ärztinnen und Ärzte (insgesamt 28 Personen) zum Erwerb der Berechtigung zur PrEP-Verschreibung nach Bundesmantelvertrag zugelassen zu haben.

Anzahl der Personen in der HIV-Schwerpunktversorgung

Insgesamt befanden sich im Jahr 2025 130.452 Patienten und Patientinnen in den befragten Zentren in Behandlung. Tabelle 1 zeigt die Anzahl der Personen in der HIV-Schwerpunktversorgung in den 29 Zentren des dagnä-Netzwerks für den Zeitraum 1.1.2025–31.12.2025, aufgeschlüsselt nach Menschen mit HIV und PrEP-Nutzenden.

Die beteiligten Zentren versorgten im Jahr 2025 im Median 412 männliche, vier weibliche und zwei nicht-binäre/diverse PrEP-Nutzende.

Art der Krankenversicherung der PrEP-Nutzenden

Die Zentren schätzten, dass im Jahr 2025 durchschnittlich 87,4 % der PrEP-Nutzenden gesetzlich, 12,4 % privat und 0,2 % gar nicht krankenversichert waren. In 22 Zentren wurden keine Patienten oder Patientinnen ohne Krankenversicherung versorgt, in sieben Zentren hatten jeweils 1 % der Patienten und Patientinnen keine Krankenversicherung.

HIV-Erstdiagnosen in den Zentren der HIV-Schwerpunktversorgung und PrEP

Tabelle 2 zeigt die in den Zentren registrierten HIV-Erstdiagnosen für das Jahr 2025. Im Erhebungszeitraum 1.1.2025–31.12.2025 wurden insgesamt in 25 Zentren 300 HIV-Erstdiagnosen festgestellt. 14 Zentren stellten 22 HIV-Diagnosen im Rahmen der Laboruntersuchungen vor PrEP-Einleitung fest. Zehn Zentren haben insgesamt 17 HIV-Erstdiagnosen angegeben, die zeitlich nach der PrEP-Einleitung lagen (5,7 % aller berichteten HIV-Erstdiagnosen).

Anteile von PrEP-Nutzenden in Bezug auf ihren PrEP-Einnahmemodus

Die Zentren wurden befragt, wie hoch der Anteil der PrEP-Nutzenden mit täglicher, anlassbezogener (on demand) und wechselnder PrEP (täglicher Nutzung mit häufigeren Pausen) im Jahr 2025 war (s. Abb. 1). Bei durchschnittlich 67 % wurde eine täg-

Tab. 1 | Anzahl der Personen in der HIV-Schwerpunktversorgung ($N = 29$ Zentren), retrospektive Befragung für den Zeitraum 1.1.2025–31.12.2025, Median, Min.–Max.-Werte der Zentren

Personengruppen	Anzahl (%)	Median pro Zentrum (Min.–Max.)
Menschen mit HIV	28.537	650 (0–3.645)
PrEP-Nutzende	19.264 (100 %)	440 (20–2.485)
männlich	18.676 (97,0 %)	412 (18–2.442)
weiblich	352 (1,8 %)	4 (0–145)
nicht-binär/divers	236 (1,2 %)	2 (0–45)

Tab. 2 | HIV-Erstdiagnosen in den Zentren der HIV-Schwerpunktversorgung, retrospektive Befragung für den Zeitraum 1.1.2025–31.12.2025 – insgesamt und in zeitlichem Zusammenhang mit PrEP-Einleitung, Median, Min.–Max.-Werte der Zentren

HIV-Erstdiagnosen	Summe (%)	Median pro Zentrum (Min.–Max.)
Insgesamt	300 (100 %)	6 (0–75)
Im Rahmen der PrEP-Erstberatung	22 (7,3 %)	0 (0–4)
Zeitlich nach PrEP-Einleitung	17 (5,7 %)	0 (0–4)
Zeitlich nicht mit PrEP assoziiert	261 (87,0 %)	45 (0–72)

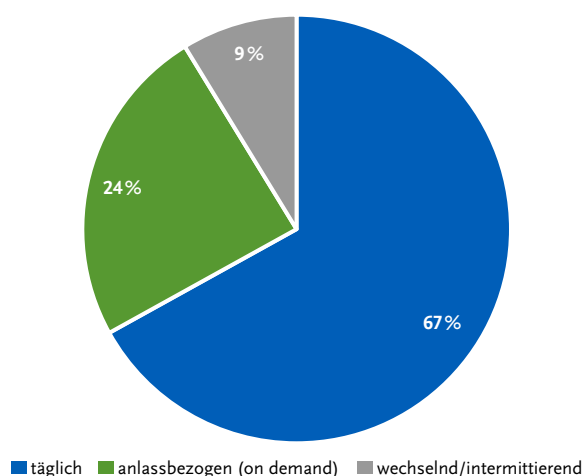


Abb. 1 | PrEP-Einnahmemodus der PrEP-Nutzenden im Jahr 2025 nach Angaben der Zentren (N = 28)

liche, bei 24 % die anlassbezogene (on demand) und bei 9 % eine wechselnde/intermittierende PrEP-Einnahme angegeben (Daten aus 28 Zentren). Im zweiten Halbjahr 2024 waren es jeweils 65 % (täglich), 26 % (on demand) und 9 % (wechselnd/intermittierend) gewesen.

Schätzungsweise 926 PrEP-Nutzende haben die PrEP im Jahr 2025 abgebrochen, das entspricht einem Median von 20 Personen pro Zentrum. Den Anteil der Personen, die ihre PrEP beendet haben und gemäß Leitlinie etwa sechs Wochen nach Beendigung der PrEP einen abschließenden PrEP-Check erhalten haben, schätzten die Zentren im Median auf 20 % (Min.–Max.: 0–100 %).

Einschätzung zur Long-Acting PrEP

Die Zentren schätzten den Anteil der PrEP-Nutzenden, die sie über die Long-Acting PrEP informieren würden, im Median auf 45 %. Der Anteil der PrEP-Nutzenden, bei denen eine Long-Acting Therapie indiziert wäre, wurde im Median auf 20 % geschätzt, während der potenzielle Anteil „Umsteigender“ von einer oralen auf eine Long-Acting PrEP auf 40 %

geschätzt wurde (s. Tab. 3). Die Anzahl der PrEP-Nutzenden, die die orale PrEP aufgrund erhöhten Risikos für Osteoporose oder einer Nierenfunktionsstörung nicht nehmen können, wurde auf 433 geschätzt (Median = 5 pro Zentrum). Das entspräche 2 % der Gesamtzahl der von den Zentren angegebenen PrEP-Nutzenden.

Abbildung 2 zeigt die Einschätzungen der Zentren zum Potenzial von Long-Acting PrEP in verschiedenen Bereichen. Insgesamt überwiegen positive Bewertungen („stimme zu“ bzw. „stimme voll zu“), insbesondere hinsichtlich der Reduktion von Stigmatisierung, der Verbesserung der Adhärenz, des erleichterten Zugangs für vulnerable Gruppen sowie der höheren Akzeptanz bei PrEP-Nutzenden. Das geringste Potenzial wurde für die erwartete Entlastung im Praxisalltag bewertet.

Abbildung 3 zeigt die Einschätzungen zur voraussichtlichen Bedeutung von Long-Acting PrEP für verschiedene Zielgruppen. Besonders hohe Zustimmungswerte finden sich für Menschen in Sexarbeit, wohnungslose Menschen, Menschen mit injizierendem Drogengebrauch, Menschen aus Hochrisikoländern, Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Transgender-Personen sowie heterosexuelle cis-Frauen mit erhöhtem HIV-Ansteckungsrisiko, während die Bedeutung für weitere potenzielle Zielgruppen differenzierter bewertet wird. Es überwiegen jedoch in allen Zielgruppen die positiven Bewertungen („stimme zu“ bzw. „stimme voll zu“), außer bei Menschen in serodiskordanter Partnerschaft.

Abbildung 4 zeigt die Einschätzungen zu möglichen Hürden bei der Verschreibung von Long-Acting PrEP. Am häufigsten werden die Wirtschaftlichkeit der Verordnung, Verfügbarkeiten von Injektionsterminen, organisatorische Aspekte wie Personal-, Schulungs- und Aufklärungsaufwand sowie mögliche HIV-Resistenzen nach Beendigung der Thera-

Tab. 3 | Einstellung zur Long-Acting PrEP in den Zentren der HIV-Schwerpunktversorgung, Median, Min.–Max.-Werte der Zentren

Geschätzter Anteil der PrEP-Nutzenden, die ...	Median	Min.–Max.
die Zentren über Long-Acting PrEP informieren würden	45 %	0–100 %
bei denen eine Long-Acting PrEP indiziert wäre	20 %	0–100 %
die auf eine Long-Acting PrEP umsteigen möchten	40 %	0–95 %

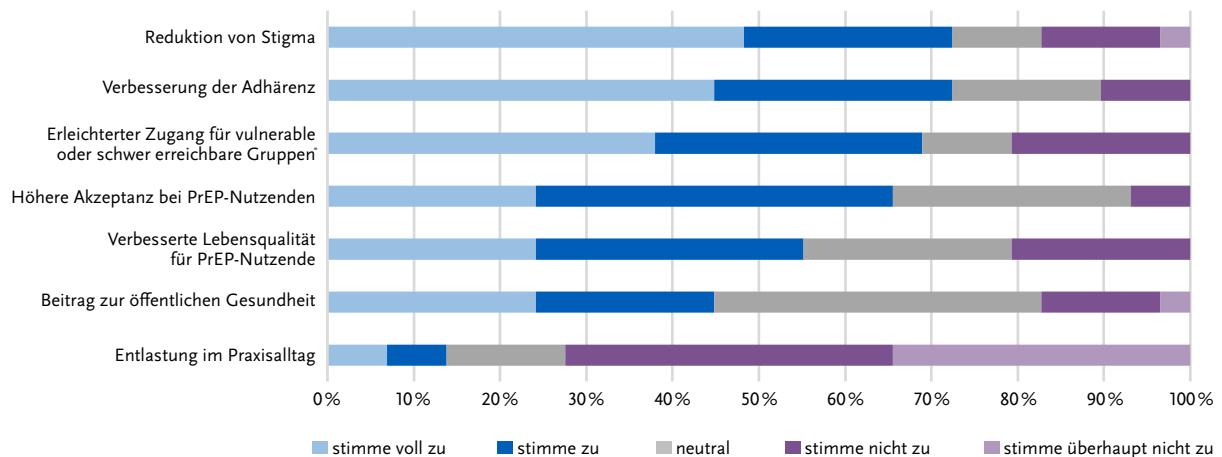


Abb. 2 | Einschätzung zu den Potenzialen der Long-Acting PrEP durch die Zentren; Befragung Stand Februar 2026, N=29

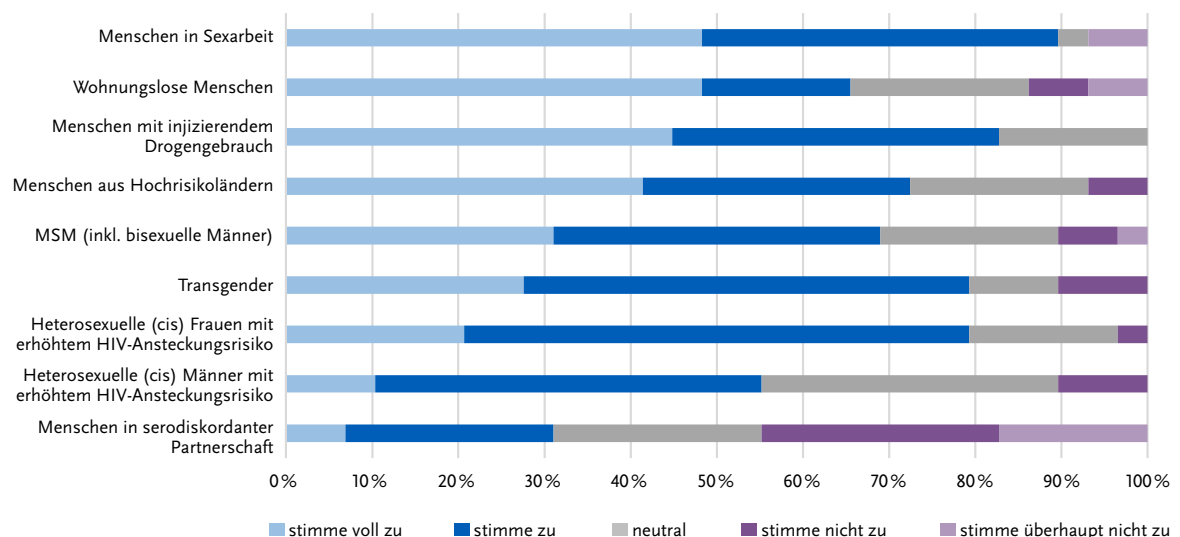


Abb. 3 | Bedeutung der Long-Acting PrEP für verschiedene Zielgruppen nach Einschätzung der Zentren, Befragung Stand Februar 2026, N=29

pie oder bei verpassten Injektionsterminen als relevante Herausforderungen bewertet. Neben Zustimmung zeigen die Antworten auch zahlreiche neutrale Einschätzungen (z. B. bezüglich Umgangs bei mittel/langfristiger Unverträglichkeit) und teilweise Ablehnung (z. B. bezüglich Toxizität).

Die größte Zustimmung erhielten die Forderungen nach einer stärkeren Orientierung der Kosten an etablierten Vergleichstherapien sowie nach einer kontinuierlichen Erweiterung der Evidenzbasis durch klinische Forschung und Daten aus dem Ver-

sorgungsalltag (jeweils 23 von 29 Stimmen). Zudem sprachen sich drei Viertel (22 von 29) der Befragten dafür aus, den potenziellen Zusatznutzen von Long-Acting PrEP zielgruppenspezifisch für die ärztliche Verordnungsentscheidung zu belegen. Eine Anpassung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), um den Zusatznutzen von Long-Acting PrEP umfassender abzubilden, wurde von zwei Drittel (19 von 29) der Befragten befürwortet.

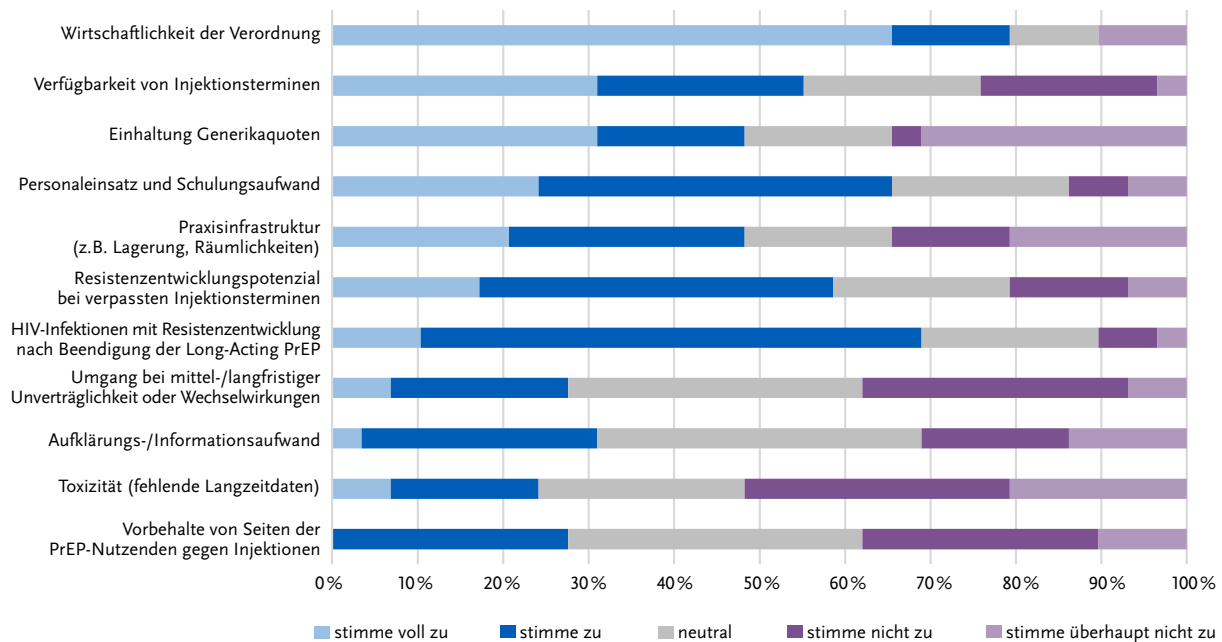


Abb. 4 | Einschätzung der Zentren zu möglichen Hürden für die Verschreibung der Long-Acting PrEP, Befragung Stand Februar 2026, N=29

Diskussion

Anzahl der Personen in der HIV-Schwerpunktversorgung

Die Gesamtzahl der PrEP-Nutzenden in den Zentren wurde im Jahr 2025 mit 19.264 angegeben. Der Vergleich der Anzahl der PrEP-Nutzenden in den Zentren des dagnä-Netzwerks über die verschiedenen Zeiträume in den Jahren 2020–2024 zeigte zuletzt eine steigende Anzahl von PrEP-Nutzenden.^{1–7} Es ist jedoch aufgrund des unterschiedlichen Erhebungszeitraums (jährlich statt halbjährlich), sowie der begrenzten Stichprobe sehr schwer einzuordnen, ob die gesamte Anzahl der PrEP-Nutzenden in Deutschland angestiegen ist.⁷ Bei einigen Zentren in dieser Befragung war eine exakte Zählung von Personen im Praxisverwaltungssystem nicht möglich, sodass lediglich eine Schätzung der Personenzahlen erfolgte. Zudem konnten einige Zentren in früheren Erhebungen ein mehrfaches Zählen von Personen über verschiedene Abrechnungszeiträume (Quartale) nicht ausschließen.

HIV-Erstdiagnosen in der HIV-Schwerpunktversorgung und PrEP

Insgesamt wurden im Jahr 2025 in den Zentren 300 HIV-Erstdiagnosen gestellt. Zudem wurden im Jahr 2025 beim Screening im Rahmen der Erstberatung vor PrEP-Einleitung 22 HIV-Erstdiagnosen gestellt und führten zur Aufdeckung noch unbekannter HIV-Infektionen.

Die effektive Schutzwirkung der HIV-PrEP wurde durch die Ergebnisse dieser Befragung erneut unterstrichen. Im Jahr 2025 wurden von zehn Zentren insgesamt 17 HIV-Erstdiagnosen (5,7% aller berichteten HIV-Erstdiagnosen) angegeben, die zeitlich nach der PrEP-Einleitung festgestellt wurden.

Dabei muss Folgendes beachtet werden: Die Definition der Infektion im zeitlichen Zusammenhang nach PrEP-Einnahme ist zeitlich nicht begrenzt. So ist es möglich, dass eine Person ein Jahr zuvor eine PrEP eingenommen hatte, diese jedoch Monate vor dem Infektionszeitpunkt nicht mehr eingenommen hatte. Die Befragung zum zweiten Halbjahr 2024 ergab vier HIV-Erstdiagnosen nach Einleitung von PrEP. Da in dieser Befragung der Erhebungszeitraum ein ganzes Jahr betrug und dementsprechend

eine höhere Anzahl von PrEP-Nutzenden von den Praxen betreut wurden, ist eine höhere Anzahl von HIV-Erstdiagnosen als bei der Vorbefragung zu erwarten gewesen. Entsprechend ist eine Inzidenz von 0,09 % im Bereich der in den Vorjahren beobachteten Inzidenzen von 0,07 bis 0,12 %.⁸ Auch wenn eine HIV-Infektion trotz PrEP-Einnahme erfolgt sein soll, bleibt eine HIV-Infektion unter PrEP-Nutzung weiterhin ein sehr seltenes Ereignis. Wie in vorherigen Untersuchungen stellen Adhärenz bei anlassbezogener Einnahme und PrEP-Unterbrechungen offensichtlich eine gewisse Herausforderung dar, die in der PrEP-Beratung und -Begleitung berücksichtigt werden sollten.⁹⁻¹¹

Anteile von PrEP-Nutzenden in Bezug auf ihren PrEP-Einnahmemodus

Der Anteil der Personen mit nicht-täglicher PrEP lag in dieser Untersuchung bei 35 % und ähnlich den Ergebnissen der Vorbefragung.⁶ Damit ist der von den Ärztinnen und Ärzten angegebene Anteil der nicht-täglichen PrEP in dieser Befragung vergleichbar mit dem in den anfänglichen Begleituntersuchungen der PrEP.⁹

Einschätzung zur Long-Acting PrEP

Die Ergebnisse beschreiben verschiedene Potenziale von Long-Acting PrEP als Ergänzung zur oralen PrEP, insbesondere zur Reduktion von Stigma im Zusammenhang mit HIV, für Personen mit Adhärenzproblemen, bei medizinischen Kontraindikationen gegen Tenofovir-haltige Regime oder bei erhöhten strukturellen Zugangsbarrieren.

Die Einschätzung der Zentren, dass rund 40 % der aktuellen PrEP-Nutzenden auf eine Long-Acting PrEP umsteigen würden, entspricht internationalen Erfahrungen, wonach injizierbare PrEP insbesondere für Personen attraktiv ist, die Schwierigkeiten mit der regelmäßigen Tabletteneinnahme haben.^{12,13} Die besondere Bedeutung, die vulnerable Gruppen wie Menschen in Sexarbeit, wohnungslose Menschen oder Personen mit injizierendem Drogengebrauch zugesprochen wird, deckt sich mit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Long-Acting Cabotegravir als zusätzliche Präventionsoption für Menschen mit substanziellem HIV-Risiko anzubieten.¹⁴

Gleichzeitig spiegeln die genannten Hürden – insbesondere Kosten, organisatorischer Aufwand und die Sorge vor Resistenzentwicklung bei versäumten Injektionsterminen – die aktuelle internationale Implementierungsdiskussion wider.¹⁵ Studien aus der Versorgungsrealität zeigen zwar eine hohe Persistenz und gute Adhärenz unter Long-Acting PrEP, weisen aber auch auf den erheblichen Ressourcenbedarf für Terminmanagement, Arzneimittelbeschaffung und klinische Nachsorge hin.¹⁶ Die Forderung nach weiteren Daten aus dem Versorgungsalltag und einer zielgruppenspezifischen Nutzenbewertung erscheint daher nachvollziehbar, da bisherige Erfahrungen darauf hindeuten, dass der größte Zusatznutzen weniger in der allgemeinen PrEP-Population als vielmehr bei Personen mit besonderen Adhärenz- oder Versorgungsbarrieren zu erwarten ist.^{17,18} Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, Long-Acting PrEP nicht als Ersatz, sondern als wichtige Erweiterung eines diversifizierten Präventionsangebots zu betrachten, das individuelle Präferenzen und unterschiedliche Lebensrealitäten besser berücksichtigen kann.

Limitationen

Die in der dagnä-Befragung teilnehmenden Zentren weisen eine relativ gute Abdeckung und Verteilung innerhalb Deutschlands auf, stellen aber bei weitem nicht alle HIV-Schwerpunktzentren mit PrEP-Angebot dar.

In einigen Zentren war eine exakte Zählung von behandelten Personen im Praxisverwaltungssystem nicht möglich. Zum Teil handelte es sich bei den Personenzahlen und Anteilen um Schätzwerte.

Bei einigen der untersuchten Fragestellungen handelte es sich um die Einschätzung und Meinung der HIV-Schwerpunktzentren zu Versorgungsfragen. Mit dieser Befragung sollten zusätzliche Aspekte im PrEP-Versorgungsalltag beleuchtet und ein Meinungsbild der Versorgungslage aus Sicht der Zentren eingeholt werden. Somit werten die genannten Limitationen die Aussagekraft der Ergebnisse aus Sicht der Autorinnen und Autoren nicht ab.

Schlussfolgerung

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass das Potenzial für die Verwendung von Long-Acting PrEP von den beteiligten Zentren als groß angesehen wird, insbesondere für verschiedene vulnerable Populationen. Gleichzeitig könnten Hürden wie hohe Kosten, hoher organisatorischer Aufwand und die

Resistenzentwicklung bei versäumten Injektionsterminen die Verwendung im Versorgungsalltag einschränken. Weitere Daten aus dem Versorgungsalltag und eine zielgruppenorientierte Nutzenbewertung werden als wichtig angesehen, um den Einsatz von Long-Acting PrEP in der HIV-Prävention zu ermöglichen.

Literatur

- 1 Schmidt D, Friebe M, Kollan C, Bremer V, Bartmeyer B, Hanhoff N, Schewe K: PrEP-Surveillance in Deutschland – Ergebnisse der fünften halbjährlichen Befragung in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. *Epid Bull* 2025;17:3-14 | DOI 10.25646/13115
- 2 Schmidt D, Ates Z, Friebe M, Kollan C, Bremer V, Bartmeyer B, Hanhoff N, Schewe K: PrEP-Surveillance in Deutschland – Ergebnisse der vierten halbjährlichen Befragung in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. *Epid Bull* 2024;48:8-19 | DOI 10.25646/12927
- 3 Schmidt D, Ates Z, Friebe M, Kollan C, Bremer V, Bartmeyer B, Hanhoff N, Schewe K: PrEP-Surveillance in Deutschland – Ergebnisse der dritten halbjährlichen Befragung in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. *Epid Bull* 2024;13:3-10 | DOI 10.25646/12001
- 4 Schmidt D, Schikowski T, Friebe M, Kollan C, Bremer V, Bartmeyer B, Hanhoff N, Rüsenberg R, Schewe K: Surveillance der Versorgung mit der HIV-Präexpositionsprophylaxe in Deutschland – Ergebnisse der halbjährlichen Befragung in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. *Epid Bull* 2023;7:3-13 | DOI 10.25646/11020
- 5 Schmidt, D., Duport, Y., Kollan, C. *et al.* Dynamics of HIV PrEP use and coverage during and after COVID-19 in Germany. *BMC Public Health* 24, 1691 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19198-y>
- 6 Bremer V, Hanhoff N, Schewe K, Doumit D: PrEP in Deutschland – Befragung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e. V.) in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. *Epid Bull* 2025;37:13-18 | 10.25646/13410
- 7 Albrecht M, Sander M, Loos S, Graf C, Lipovsek J, Schulz M, Hering R, Czihal T. Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS. Quantitative und qualitative Entwicklungen und Herausforderungen. Berlin, Juli 2025. Erhältlich über: https://www.dagnae.de/images/news/HIV_Ergebnisbericht.pdf. [Abrufdatum: 15.8.2025]
- 8 Schmidt, D. PrEP in Deutschland. *Retroviren Bulletin* 2025;1:2-8. https://www.mvp.uni-muenchen.de/wp-content/uploads/2025/05/retroviren-bulletin-ausgabe_1-2025.pdf
- 9 Schmidt D, Kollan C, Bartmeyer B. *et al.* Low incidence of HIV infection and decreasing incidence of sexually transmitted infections among PrEP users in 2020 in Germany. *Infection* 51, 665–678 (2023). <https://doi.org/10.1007/s15010-022-01919-3>
- 10 Schmidt, D., Kollan, C., Schewe, K. *et al.* Evaluation der Einführung der HIV-Präexpositionsprophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (EvE PrEP). *Bundesgesundheitsbl* 66, 1008–1018 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03733-0>
- 11 Grulich AE, Jin F, Bavinton BR, Yeung B, Hammoud MA, Amin J, Cabrera G, Clackett S, Ogilvie E, Vaccher S, Vickers T, McNulty A, Smith DJ, Dharan NJ, Selvey C, Power C, Price K, Zablotska I, Baker DA, Bloch M, Brown K, Carmody CJ, Carr A, Chanisheff D, Doong N, Finlayson R, Lewis DA, Lusk J, Martin S, Ooi C, Read P, Ryder N, Smith D, Tuck Meng Soo C, Templeton DJ, Vlahakis E, Guy R; Expanded PrEP Implementation in Communities New South Wales (EPIC-NSW) research group.

Long-term protection from HIV infection with oral HIV pre-exposure prophylaxis in gay and bisexual men: findings from the expanded and extended EPIC-NSW prospective implementation study. *Lancet HIV*. 2021 Aug;8(8):e486-e494. doi: 10.1016/S2352-3018(21)00074-6. Epub 2021 Jul 1. PMID: 34217426.

- 12 Torres T, Hoagland B. Emerging landscape for long-acting HIV prevention. *The Lancet HIV*, 2025; 12, e538-e539
- 13 Guidelines on lenacapavir for HIV prevention and testing strategies for long-acting injectable pre-exposure prophylaxis (PrEP). Geneva: World Health Organization; 2025.
- 14 Guidelines on long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention. Geneva: World Health Organization; 2022.
- 15 Patel RR, Mayer KH. Why is roll-out of long-acting PrEP agents so slow? *Curr Opin HIV AIDS*. 2025 Jan 1;20(1):48-53. doi: 10.1097/COH.0000000000000899. Epub 2024 Nov 14. PMID: 39633538; PMCID: PMC11879253.
- 16 Baker D, Collins L, Cantos V, Hollenberg E, Kaplan A, Cowan T, Garcia J, Lora M. Early Implementation of Long-Acting Injectable Cabotegravir for HIV Prevention in a Safety Net Hospital-based Primary Care Center in U.S. South. *J GEN INTERN MED* 41, 43–52 (2026). <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09350-8>
- 17 Moschese D, Esvan R, Fusetti C, Barchi V, Cossu MV, Giacinta A, Lazzarin S, Terracini G, Caruso F, Micheli G, Maddalena D, Del Duca G, Petri F, Frate G, Matone M, Farinacci D, Giacomelli A, Faccendini P, Visigalli D, Passacantilli S, Riva A, Antinori A, Gori A, Mazzotta V. Early results from implementation of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) with long-acting injectable cabotegravir for people with barriers to oral strategies, Italy, December 2024 to August 2025. *Euro Surveill*. 2025 Oct;30(39):2500739. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.39.2500739.
- 18 Traeger MW, Leyden WA, Eberhart LG, Volk JE, Silverberg M, Horberg M, Davis TL, Mayer KH, Krakower DS, Young J, Jenness SM, & Marcus J. Long-Acting Injectable Cabotegravir HIV PrEP Uptake, Adherence, and Persistence in Two Large US Integrated Healthcare Systems. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2026 (1999), 101, 812 – 818. doi:10.1097/QAI.0000000000003889

Autorinnen und Autoren

^{a)} PD Dr. Viviane Bremer | ^{a,b)} Nikola Hanhoff |

^{b)} Charlotte Lea Brux | ^{b)} PD Dr. Markus Bickel |

^{b)} Dr. Knud Schewe | ^{b)} Dorian Doumit

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie

^{b)} Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin e. V. (dagnä)

Korrespondenz: BremerV@rki.de

Interessenkonflikt

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Bremer V, Hanhoff N, Brux CL, Bickel M, Schewe K, Doumit D: PrEP in Deutschland – Befragung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e. V.) in HIV-Schwerpunkt-einrichtungen

Epid Bull 2026;35:3-10 | DOI 10.25646/14371

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

34. Woche 2026 (Datenstand: 26. August 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
	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.
Baden-Württemberg	74	3.027	2.631	31	690	698	9	346	253	19	3.452	4.852	9	1.325	1.804
Bayern	132	4.994	4.263	26	1.019	1.069	21	423	364	49	5.959	7.372	34	2.400	3.451
Berlin	36	1.589	1.427	7	271	229	3	162	176	13	3.400	2.398	6	1.333	1.484
Brandenburg	54	1.302	1.121	5	189	184	3	108	113	17	3.393	2.716	9	1.801	2.197
Bremen	6	291	246	1	31	27	3	32	36	4	482	385	1	289	148
Hamburg	17	807	800	2	91	118	4	111	107	4	1.752	1.347	2	559	744
Hessen	63	2.450	2.146	26	455	507	12	357	337	26	3.167	3.993	12	1.447	1.767
Mecklenburg-Vorpommern	50	1.191	850	4	136	133	1	120	137	6	1.906	1.781	1	865	1.303
Niedersachsen	84	3.132	2.611	20	509	498	22	574	547	32	4.217	5.226	50	1.810	3.691
Nordrhein-Westfalen	225	8.889	7.478	44	1.150	1.149	28	793	813	68	8.695	13.407	42	3.451	5.522
Rheinland-Pfalz	66	1.988	1.934	20	368	363	3	218	174	28	2.196	3.563	8	813	1.854
Saarland	9	540	560	0	59	80	1	76	58	5	534	865	5	127	764
Sachsen	126	2.704	2.304	16	346	392	6	220	197	77	4.662	5.493	19	2.954	2.589
Sachsen-Anhalt	51	1.222	975	7	235	231	5	122	102	36	2.644	2.971	8	906	2.034
Schleswig-Holstein	28	1.306	1.000	6	143	144	4	204	175	5	2.348	1.720	4	792	761
Thüringen	90	1.411	1.009	19	435	386	4	153	132	22	2.474	2.828	24	1.225	1.775
Deutschland	1.111	36.843	31.355	234	6.127	6.208	129	4.019	3.721	411	51.281	60.917	234	22.097	31.888

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.
Baden-Württemberg	0	67	79	31	1.237	1.395	17	611	755	11	301	369	23	21.384	33.283
Bayern	5	75	111	33	1.659	2.228	19	836	1.012	2	352	381	25	31.331	71.844
Berlin	0	25	38	24	546	921	7	316	346	4	206	206	9	7.927	15.414
Brandenburg	1	21	25	3	141	192	1	72	108	1	78	65	5	11.241	18.144
Bremen	0	4	8	8	141	205	1	42	68	2	46	51	1	994	1.191
Hamburg	0	9	23	9	384	815	3	142	173	0	96	148	13	4.578	9.919
Hessen	1	43	63	14	590	839	13	385	383	7	272	307	14	10.915	20.807
Mecklenburg-Vorpommern	0	18	13	2	96	92	1	52	62	1	41	34	1	11.744	13.279
Niedersachsen	1	66	78	27	901	1.200	15	406	481	4	214	192	6	14.841	28.490
Nordrhein-Westfalen	2	122	128	57	2.024	2.871	25	987	1.286	8	549	592	37	34.254	64.031
Rheinland-Pfalz	1	18	35	12	508	695	8	225	247	4	124	161	8	9.189	16.827
Saarland	1	9	10	4	106	160	5	88	101	0	22	33	0	1.891	3.211
Sachsen	1	23	33	9	231	258	0	154	148	2	75	106	30	21.823	43.141
Sachsen-Anhalt	0	11	10	3	160	247	3	75	85	1	56	56	11	11.331	26.012
Schleswig-Holstein	1	18	16	9	211	356	4	153	211	1	62	60	2	6.716	10.640
Thüringen	0	17	19	3	102	128	1	53	87	2	62	52	8	10.830	17.787
Deutschland	14	546	689	248	9.037	12.602	123	4.597	5.553	50	2.556	2.813	193	210.989	394.020

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.
Baden-Württemberg	0	9	18	1	16	14	0	0	0	13	1.058	584	8	2.040	2.313
Bayern	0	6	40	2	17	46	0	1	0	79	3.281	903	22	3.329	4.209
Berlin	0	2	12	0	9	11	0	0	0	5	166	146	6	654	759
Brandenburg	0	1	4	0	2	9	0	0	0	3	194	245	5	354	484
Bremen	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	9	19	2	89	103
Hamburg	0	2	3	0	6	4	0	0	0	5	189	109	6	309	518
Hessen	0	13	19	0	14	18	0	1	1	18	406	299	12	630	627
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	9	238	133	0	118	171
Niedersachsen	0	13	16	0	14	25	0	1	0	3	244	302	14	1.002	921
Nordrhein-Westfalen	0	13	42	1	37	74	0	0	1	22	997	706	23	2.857	2.665
Rheinland-Pfalz	0	6	10	1	8	12	0	0	0	6	496	259	10	458	572
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	52	116	2	127	89
Sachsen	0	0	11	0	7	13	0	0	0	25	928	503	5	1.157	1.402
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	3	1	0	0	0	9	442	502	1	116	143
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	7	6	0	0	0	4	101	104	12	448	383
Thüringen	0	0	1	0	3	3	0	0	0	6	433	438	6	382	274
Deutschland	0	65	182	5	145	239	0	3	2	208	9.234	5.368	134	14.070	15.633

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
	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.
Baden-Württemberg	0	70	62	31	820	828	2	70	68	6	77	71	6	2.937	3.906
Bayern	3	78	68	14	644	800	6	156	179	2	82	90	18	4.998	6.592
Berlin	0	53	47	9	389	489	2	23	32	0	47	41	12	1.421	2.448
Brandenburg	1	12	6	8	192	124	3	67	71	1	17	23	2	1.729	1.661
Bremen	0	1	3	0	31	21	0	7	11	1	6	13	1	127	223
Hamburg	0	16	16	4	254	296	2	25	31	0	30	38	7	519	1.258
Hessen	1	37	47	32	752	793	3	84	69	0	62	67	12	1.838	3.018
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	6	4	99	79	1	33	36	0	12	16	0	1.125	1.280
Niedersachsen	2	38	26	14	553	524	5	98	120	1	79	86	14	2.019	2.881
Nordrhein-Westfalen	3	128	125	47	1.353	1.678	7	303	452	7	220	202	19	4.916	8.489
Rheinland-Pfalz	0	26	13	12	229	323	1	52	72	1	25	28	6	1.548	2.043
Saarland	0	5	7	1	33	45	0	7	19	0	15	6	1	500	615
Sachsen	2	22	9	4	215	214	3	173	230	1	43	42	16	2.689	3.332
Sachsen-Anhalt	0	23	6	2	154	128	3	79	53	0	32	31	5	1.289	1.732
Schleswig-Holstein	2	30	22	10	168	163	1	42	35	0	16	16	9	1.257	1.670
Thüringen	0	5	10	5	109	119	1	35	32	1	33	24	3	1.242	1.048
Deutschland	14	544	473	197	5.995	6.624	40	1.254	1.510	21	796	794	131	30.154	42.196

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
	34.	1.–34.	1.–34.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	149	242
Bornavirus-Erkrankung	0	7	2
Botulismus	0	4	5
Brucellose	0	26	39
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	14	9
Chikungunyavirus-Erkrankung	2	198	114
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	74	106
Denguefieber	10	443	635
Diphtherie	2	30	33
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	16	480	546
Giardiasis	46	1.603	1.910
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	16	903	1.126
Hantavirus-Erkrankung	10	188	201
Hepatitis D	0	47	53
Hepatitis E	84	3.825	3.603
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	61	60
Kryptosporidiose	62	1.424	1.507
Legionellose	39	1.230	1.415
Lepra	0	1	1
Leptospirose	0	111	117
Listeriose	9	401	426
Malaria	36	640	576
Meningokokken, invasive Infektion	1	161	231
Mpox	24	368	389
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	6	76	59
Ornithose	0	15	16
Paratyphus	0	17	16
Pneumokokken, invasive Infektion	77	6.720	7.851
Q-Fieber	0	51	65
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	8	66.863	65.301
Shigellose	80	1.977	1.639
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	120	114
Typhus abdominalis	0	34	51
West-Nil-Fieber*	1	7	6
Yersiniose	45	2.825	2.577
Zikavirus-Erkrankung	0	10	13

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.