

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

**26
2025**

26. Juni 2025

Epidemiologisches Bulletin

**HIV-Jahresbericht 2024 |
Standards zur STI-Prävention**

Inhalt

HIV-Jahresbericht 2024

3

Gemäß § 7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz ist der direkte oder indirekte Nachweis einer Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) nichtnamentlich direkt an das Robert Koch-Institut (RKI) zu melden. Für das Jahr 2024 wurden dem RKI bis zum 1.4.2025 insgesamt 3.259 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet. Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, in dem 3.332 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet wurden. Für 2024 ist zu berücksichtigen, dass auch in diesem Meldejahr noch in erheblichem Umfang HIV-Meldungen von aus der Ukraine nach Deutschland geflüchteten Personen erfolgten und anzunehmen ist, dass bei den meisten dieser Fälle die HIV-Diagnose und der Behandlungsbeginn bereits in der Ukraine erfolgten. Folglich handelt es sich hier meistens nicht um tatsächliche Neudiagnosen, sondern um den erstmaligen Nachweis der HIV-Infektion in Deutschland.

Annual HIV Report 2024

According to § 7 (3) of the Infection Protection Act, direct or indirect detection of an infection with the human immunodeficiency virus (HIV) must be reported to the Robert Koch Institute (RKI). For 2024, a total of 3,259 confirmed new HIV diagnoses were reported to the RKI by April 1, 2025. This represents no significant change compared to the previous year, in which 3,332 new HIV diagnoses were reported. However, a significant number of these HIV diagnoses in Germany in 2024 are still reported for individuals who have fled from the Ukraine and it can be assumed that in most of these cases, their HIV diagnosis and treatment initiation already occurred in the Ukraine. Consequently, these cases most likely represent first detections of an HIV infection in Germany rather than actual new diagnoses.

(Article in German)

Standards zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen und zur Förderung sexueller Gesundheit

19

Publikationshinweis: Neues vom Journal of Health Monitoring

28

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 25. Woche 2025

29

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
(Ltd. Redakteurin)
Dr. med. Maren Winkler
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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

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

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



ISSN 2569-5266



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

HIV-Jahresbericht 2024

Zusammenfassung

Gemäß § 7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der direkte oder indirekte Nachweis einer Humanen Immundefizienz-Virus-(HIV-)Infektion nichtnamentlich unmittelbar direkt an das Robert Koch-Institut (RKI) zu melden. Als HIV-Neudiagnosen werden die Meldungen gezählt, bei denen es sich entweder nach Kenntnis der Laboreinrichtung oder der diagnostizierenden Einrichtung um eine Erstdiagnose in Deutschland handelt oder aber ein negativer HIV-Antikörpertest nach dem Jahr 2001 angegeben wurde und bei denen nach einem Abgleich mit allen an das RKI gemeldeten Fällen keine frühere Meldung identifizierbar ist. Für das Jahr 2024 wurden dem RKI bis zum 1.4.2025 insgesamt 3.259 gesicherte HIV-Neudiagnosen als direkter und indirekter Erstnachweis gemeldet. Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, in dem 3.332 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet wurden. Für 2024 ist zu berücksichtigen, dass auch in diesem Meldejahr noch in erheblichem Umfang HIV-Meldungen von aus der Ukraine nach Deutschland geflüchteten Personen erfolgten und anzunehmen ist, dass bei den meisten dieser Fälle die HIV-Diagnose und der Behandlungsbeginn bereits in der Ukraine erfolgten. Folglich handelt es sich hier meistens nicht um tatsächliche Neudiagnosen, sondern um den erstmaligen Nachweis der HIV-Infektion in Deutschland.

Methoden

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

Fallkriterien der HIV-Meldungen

Allen HIV-Meldungen liegen labordiagnostisch gesicherte Nachweise von HIV-Infektionen zugrunde. Als HIV-Neudiagnosen werden die Meldungen gezählt, bei denen es sich entweder nach Kenntnis der

Laboreinrichtung oder der diagnostizierenden Einrichtung um eine Erstdiagnose in Deutschland handelt oder aber ein negativer HIV-Antikörpertest nach dem Jahr 2001 angegeben wurde und bei denen nach einem Abgleich mit allen an das RKI gemeldeten Fällen keine frühere Meldung identifizierbar ist. Des Weiteren muss der Meldebogen der Laboreinrichtung, welche den Bestätigungstest durchgeführt hat, zwingend vorliegen und der ständige Wohnsitz der untersuchten Person darf sich nicht im Ausland befinden. Um eine Mehrfachveröffentlichung derselben Fälle auszuschließen, werden die eingehenden Meldungen durch die HIV-Dokumentation am RKI sowie seit 2018 anhand eines automatisierten Algorithmus auf Doppelmeldungen geprüft. Bei diesem Verfahren werden die Datensätze automatisch anhand festgelegter Kriterien miteinander verglichen. In die Meldestatistik gehen nur eindeutige Erstdiagnosen ein.

Unterschied zu Daten aus der HIV-Schätzung

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

HIV-Meldungen zu Menschen ukrainischer Herkunft

Im Meldejahr 2024 ist zu berücksichtigen, dass auch im Jahr 2024 noch in erheblichem Umfang HIV-Meldungen von aus der Ukraine nach Deutschland geflüchteten Personen erfolgten (Stand in Kalenderwoche 13/2025: 599). Es ist anzunehmen, dass bei den meisten dieser Geflüchteten die HIV-Diagnose und der Behandlungsbeginn bereits in der Ukraine erfolgten. Folglich handelt es sich bei

den meisten dieser Fälle nicht um tatsächliche Neudiagnosen, sondern um einen erstmaligen Nachweis der HIV-Infektion in Deutschland. Das RKI geht davon aus, dass eine vollständige Erfassung von aus der Ukraine nach Deutschland geflüchteten Menschen mit HIV-Diagnose über die Meldungen nicht erfolgen kann. Dies liegt daran, dass bei einem unbekannten Anteil der mit HIV diagnostizierten Geflüchteten zwar eine Weiterbehandlung ihrer HIV-Infektion in Deutschland erfolgt, aber keine erneute umfassende HIV-Basisdiagnostik veranlasst wurde, die einen Meldevorgang auslöst. Eine gesonderte Analyse der Fälle ukrainischer Herkunft von 2022 unter Berücksichtigung der Rezenz der HIV-Infektion wurde bereits veröffentlicht.¹ Eine weitere Analyse der Meldungen mit Ukrainebezug nach dem Beginn des Angriffskriegs Russlands gegen die Ukraine im Februar 2022 ist in Vorbereitung.

Aktuelle HIV-Meldedaten unter Berücksichtigung von Versorgungsaspekten

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

Allgemeine Entwicklung 2024

Dem RKI wurden für das Jahr 2024 insgesamt 3.259 gesicherte HIV-Neudiagnosen als direkter und indirekter Erstnachweis gemeldet (Datenstand: 1.4.2025). Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, für das 3.332 Neudiagnosen gezählt wurden. (s. Tab. 1).

Alter und Geschlecht

Unter den 3.259 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2024 lag die absolute Zahl der Männer bei 2.374 (73 %) in einer vergleichbaren Größenordnung mit dem Vorjahr (2023: 2.345 Neudiagnosen). Die Zahl der Frauen lag bei 884 (27 %), was einem Rückgang um 10 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (s. Tab. 2). Für eine Meldung war das Geschlecht nicht ermittelbar. Seit Dezember 2019 ist die Übermittlung der Geschlechterangabe „divers“ möglich. Diese beschreibt den Personenstand und gibt nicht notwendigerweise über die geschlechtliche Identität Auskunft.

Es wurde 2024 keine Meldung mit einem Geschlechtereintrag „divers“ dokumentiert. Bei 33 Fällen wurde eine transgeschlechtliche Identität im Rahmen der Meldung in Freitext- und Kommentarfeldern angegeben. Jedoch ist durch diese ungestützte Erhebung von einer Untererfassung auszugehen, da eine transgeschlechtliche und/oder genderdiverse Identität nicht immer bekannt ist oder offenbart wird. Eine Auswertung der Neudiagnosen bei trans und genderdiversen Personen aus den Jahren 2001–2023 findet sich im [Epidemiologischen Bulletin 40/2024](#). Weitere Informationen zur sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen finden sich im Forschungsbericht und weiteren Auswertungen der TASG-Studie.^{2–4}

Das Alter bei Neudiagnose war für 3.238 Fälle (99 %) vorhanden und lag im Median bei 39 Jahren (Interquartilbereich 31–48 Jahre). Insgesamt 26 Erstdiagnosen (1 %) wurden bei Personen <18 Jahre gemeldet und 100 Erstdiagnosen (3 %) bei Personen im Alter von 65 Jahren und höher. Das mediane Alter bei Diagnose war bei Männern (39 Jahre, Interquartilbereich 30–48 Jahre) und Frauen (39 Jahre, Interquartilbereich 32–47 Jahre) vergleichbar. Die meisten Neudiagnosen wurden bei Männern in den Altersgruppen 25–34 Jahre (29 %) und 35–44 Jahre (28 %) gemeldet, wohingegen bei Frauen die Altersgruppe 35–44 Jahre (37 %) am häufigsten war, gefolgt von 25–34 Jahre (24 %).

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

HIV-2 und HIV-1/HIV-2-Doppelinfection

Im Jahr 2024 wurden zwei Infektionen mit HIV-2 (0,1 %) diagnostiziert und keine Doppelinfection mit HIV-1 und HIV-2.

Wahrscheinliche Transmissionswege

Von den 3.259 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2024 entfielen 1.134 (35 %) auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), 958 (29 %) auf Menschen mit heterosexueller Übertragung (HET), 248 (8 %) auf Übertragungen im Rahmen von injizierendem Drogenkonsum (*people who inject drugs* – PWID) und 23 (1 %) auf von Mutter zu Kind übertragene Infektionen (prä-/perinatale Infektionen – PPI).

Zu 896 (27 %) Neudiagnosen war der wahrscheinliche Übertragungsweg nicht ermittelbar (s. Abb. 1 und Tab. 4).

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Neudiagnosen bei MSM um 94 (9 %) angestiegen. Von den 1.134 Neudiagnosen im Jahr 2024 kamen 596 (53 %) aus Deutschland, 480 (42 %) aus dem Ausland und zu 58 (5 %) wurden zur Herkunft keine Angaben gemacht.

Von den 958 HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit HET waren 129 (13 %) mit Herkunft aus Deutschland, 804 (84 %) aus dem Ausland und 25 (3 %) ohne Herkunftsangabe. Von den HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit HET entfielen 660 (69 %) auf Frauen und 297 (31 %) auf Männer. Bei einer HIV-Neudiagnose wurde aufgrund der Herkunft aus einem Hochprävalenzland das Risiko HET angenommen – das Geschlecht war jedoch nicht ermittelbar. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei HET um 84 (–8 %). In dieser Gruppe sanken die Neudiagnosen bei Männern um 3 (–1 %), bei Frauen um 82 (–11 %) und stiegen um 1 bei Personen mit nicht ermittelbarer Geschlechterangabe.

Bei den Übertragungen im Rahmen von PWID ging die absolute Anzahl der HIV-Neudiagnosen von 276 im Jahr 2023 leicht zurück auf 248 im Jahr 2024. Dabei ist anzumerken, dass die Fälle deutscher Herkunft von 55 im Jahr 2023 auf 80 stiegen (+45 %), wohingegen die Fälle mit ausländischer Herkunft von 197 auf 159 sanken (–19 %). Die Zahl der Fälle ohne Herkunftsangabe sank von 24 im Jahr 2023 auf 9 im Jahr 2024.

Mutter-Kind-Transmissionen

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 23 PPI gemeldet, davon zehn bei Kindern bis zum Alter von 14 Jahren. Zwei dieser diagnostizierten Kinder wurden in Deutschland geboren, die übrigen im Ausland. Bei den acht im Ausland geborenen Kindern ist unklar, ob die Infektion vor der Erstdiagnostik in Deutschland bereits bekannt war, da diese Informationen im Rahmen der Meldung nicht erhoben werden. Die Kinder waren bei der Erstdiagnose in Deutschland zwischen einem und acht Jahre alt. Vier der im Ausland geborenen Kinder stammen aus der Ukraine. Die Diagnosen der beiden in Deutschland geborenen Kinder wurden im jeweils ersten Lebensjahr des Kindes gestellt.

Anzahl HIV-Neudiagnosen

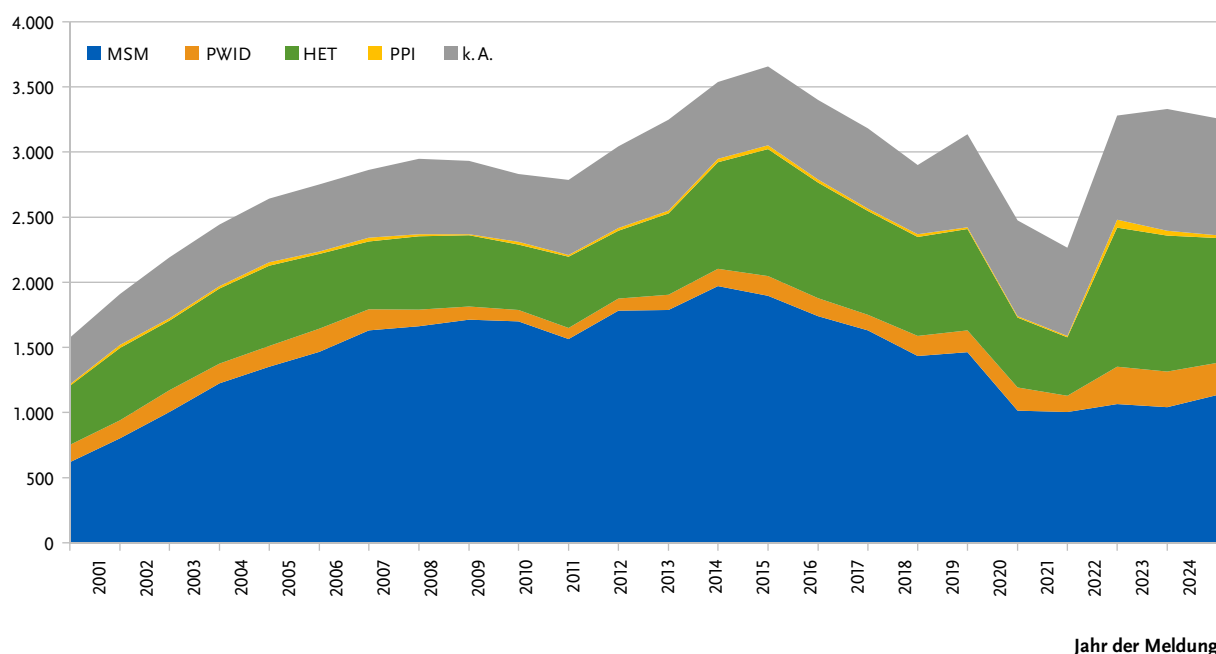


Abb. 1 | HIV-Neudiagnosen nach Jahr der Diagnose und Transmissionsrisiko (2001–2024)

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

Herkunft

Von den 3.259 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2024 lagen für 3.016 Meldungen (93 %) Angaben zum Herkunftsland vor. Bei 243 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2024 wurden keinen Angaben gemacht und die Herkunft konnte nicht ermittelt werden.

Die Anzahl der Neudiagnosen mit ausreichenden Angaben zum Herkunftsland bezogen sich 2024 zu 41 % auf Neudiagnosen bei Personen deutscher Herkunft, zu 20 % auf Neudiagnosen bei Personen mit Herkunft aus Osteuropa/Zentralasien, zu 13 % auf Neudiagnosen bei Personen aus Subsahara-Afrika, zu 12 % bei Personen aus West- und Zentraleuropa, zu 6 % bei Personen aus der Karibik und Lateinamerika und zu jeweils 4 % aus Nordafrika und dem Nahen Osten sowie Süd-/Südost- und Ostasien. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen stieg im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr 2023 für die Herkunft aus Deutschland, Süd-/Südost- und Ostasien sowie Nordafrika/Naher Osten an, für die Regionen West-/Zentraleuropa, Osteuropa/Zentralasien, Subsahara-Afrika, Nordamerika und Karibik/Lateinamerika sank sie.

Die Anzahl der HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe Deutschland ist von 2023 bis 2024 um 79 gestiegen (+7%). Demgegenüber ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Personen mit nicht deutscher

Herkunft von 2023 bis 2024 gesunken (–158, –8%). Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Personen, bei denen das Herkunftsland nicht ermittelt werden konnte, hat sich von 2023 auf 2024 leicht erhöht (+6) (s. Abb. 2).

Die Betrachtung der Trends für die verschiedenen nicht deutschen Herkunftsregionen zeigt ab 2015 bis 2021 einen Rückgang von HIV-Neudiagnosen bei Menschen aus Subsahara-Afrika (s. Abb. 3). Die Diagnosezahlen bei Menschen aus Nordamerika, Karibik/Lateinamerika und Asien/Ozeanien blieben weitgehend gleich. Leicht rückläufige Diagnosezahlen mit ausgeprägteren Schwankungen wurden bei Menschen aus anderen europäischen Ländern beobachtet. In den Jahren 2020 und 2021 ging die Anzahl der Neudiagnosen für alle Herkunftsregionen zurück. In den Jahren 2022 und 2023 kam es zu einem Anstieg für alle Herkunftsregionen, insbesondere jedoch für die Herkunft aus Osteuropa. Dies ist auf die Aufnahme von Geflüchteten aus der Ukraine zurückzuführen. Im Jahr 2024 sinken die Zahlen für alle Herkunftsregionen bis auf Nordafrika/Naher Osten und Asien/Ozeanien, für die ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist.

Infektionsregionen

Von den 3.259 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2024 lagen für 2.363 Meldungen (73 %) Angaben zum

Anzahl Neudiagnosen

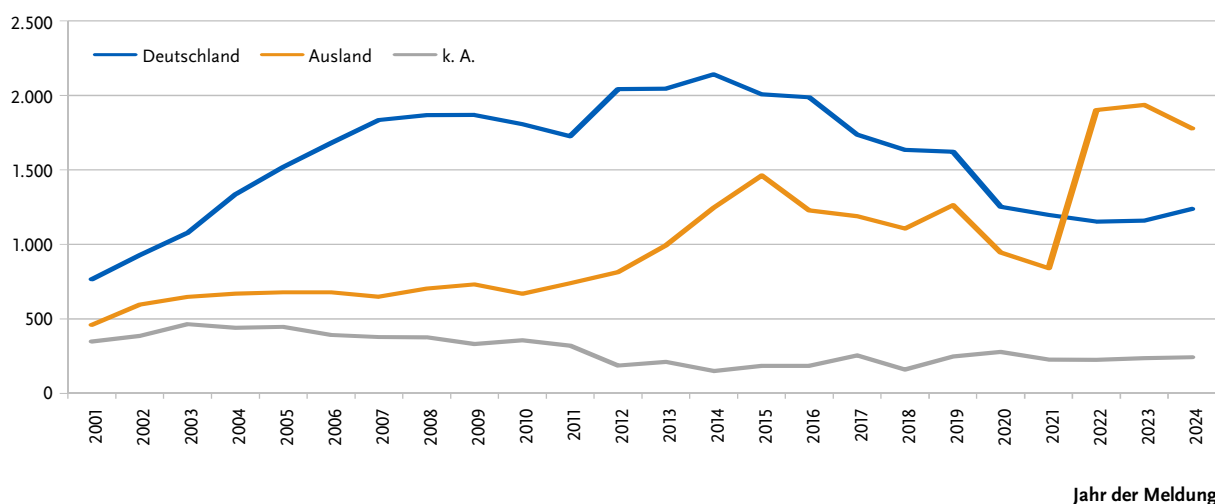


Abb. 2 | Herkunftsangaben bei HIV-Neudiagnosen in den Jahren 2001–2024

k. A. = keine Angabe

Anzahl Neudiagnosen

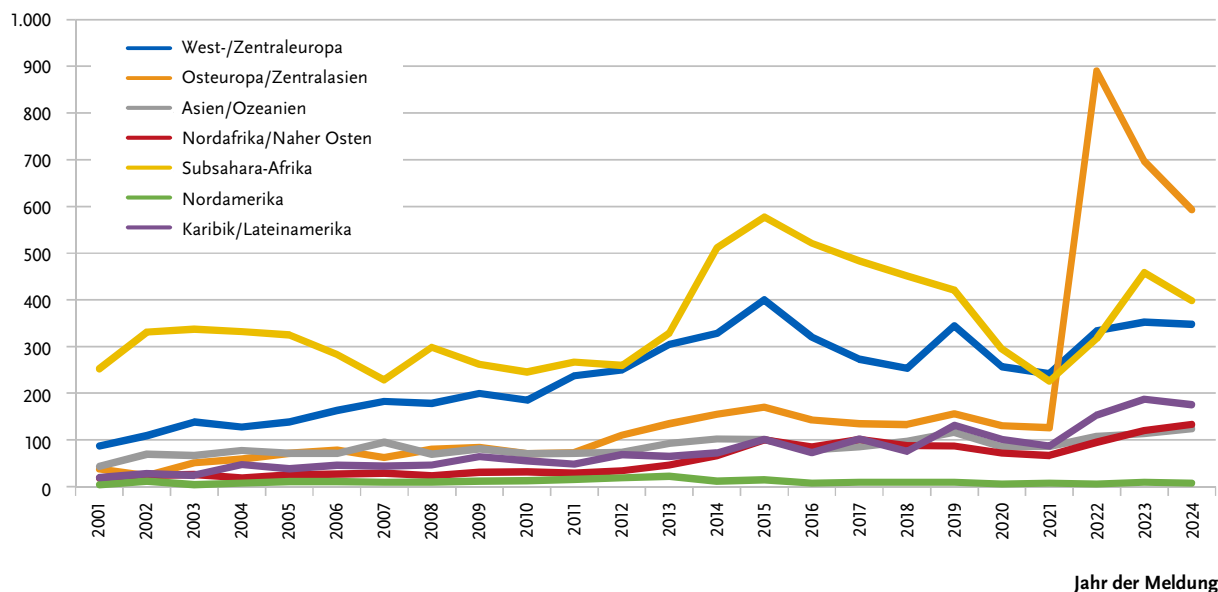


Abb. 3 | HIV-Neudiagnosen mit Angaben zu nicht deutscher Herkunft in den Jahren 2001–2024

Infektionsland vor. Bei 896 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2024 wurden keinen Angaben zum Infektionsland gemacht.

Die Anzahl der Neudiagnosen mit ausreichenden Angaben zum Infektionsland bezogen sich 2024 zu 51 % auf in Deutschland erworbene Neudiagnosen, während 19 % in Osteuropa/Zentralasien, zu 12 % in Subsahara-Afrika, 7 % in West- und Zentraleuropa, jeweils 4 % in der Karibik/Lateinamerika sowie in Süd-/Südost- und Ostasien und 2 % in Nordafrika und dem Nahen Osten erworben wurden. Die Zahl der in Deutschland erworbenen HIV-Neudiagnosen stieg im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr 2023 um 98 von 1.114 auf 1.212 (+9 %) an. Dabei ist zu beachten, dass über den Zeitpunkt der Transmission aus den vorliegenden Daten keine Ableitungen getroffen werden können. Die Zahl der im Ausland erworbenen Neudiagnosen sank um 185 von 1.336 auf 1.151 (–14 %). Die Zahl der Neudiagnosen ohne Angaben des Infektionslands blieb auf vergleichbarem Niveau (2023: 882, 2024: 896, +2 %).

Wahrscheinliche Transmissionswege nach Herkunft

Personen mit HIV-Neudiagnosen weisen teilweise beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Transmissionswege und Infektionsregionen auf. Im Jahr 2024 lagen zu 3.016 HIV-Neudiagnosen Angaben

zum Herkunftsland vor. Bei diesen fehlten von 745 (25 %) Angaben zum Transmissionsweg und von 722 (24 %) Angaben zum Infektionsland.

Bei Neudiagnosen mit Herkunft aus Deutschland, West-/Zentraleuropa, Asien/Ozeanien, Nordafrika/Naher Osten sowie dem gesamten amerikanischen Kontinent entfällt der größte Anteil der Transmissionen auf MSM, wenn Angaben zum Transmissionsweg vorhanden sind (s. Abb. 4). Bei Neudiagnosen mit Herkunft Osteuropa/Zentralasien sowie Subsahara-Afrika ist für den größten Anteil der Transmissionen HET angegeben. Übertragung durch PWID wird am häufigsten bei Personen mit HIV-Neudiagnose aus Osteuropa/Zentralasien, gefolgt von Deutschland und West-/Zentraleuropa berichtet. PPI werden insgesamt selten gemeldet, aber kommen eher vor bei Neudiagnosen mit Herkunft Subsahara-Afrika und Osteuropa/Zentralasien.

Über den zeitlichen Verlauf wurden bis 2021 die meisten Neudiagnosen bei MSM deutscher Herkunft gemeldet, gefolgt von Fällen mit HET und MSM mit jeweils nicht deutscher Herkunft (s. Abb. 5a und Abb. 5b). Seit 2022 werden in allen Transmissionsgruppen häufiger Fälle nicht deutscher Herkunft gemeldet, was unter anderem auch mit der erhöhten Zahl geflüchteter Menschen aus

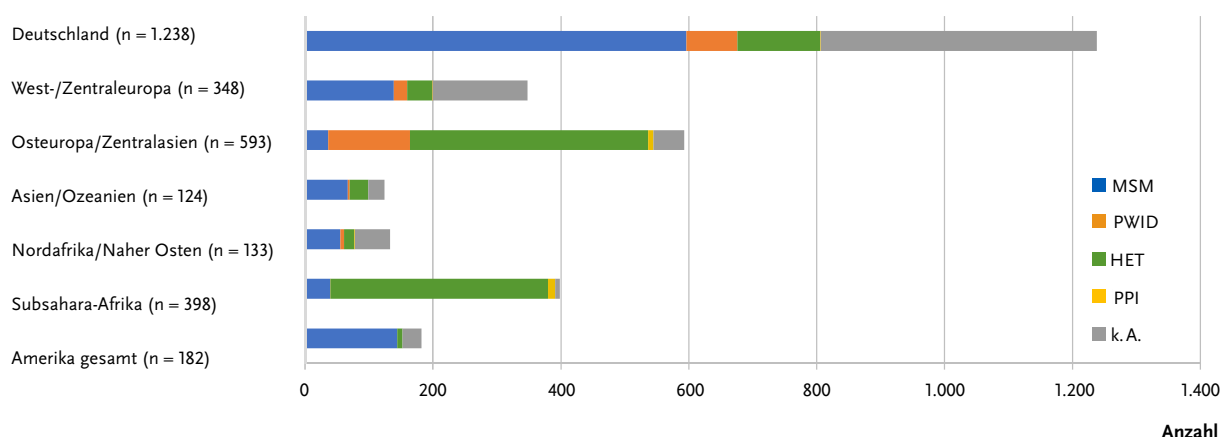


Abb. 4 | HIV-Neudiagnosen nach Herkunftsregion und wahrscheinlichem Transmissionsweg, 2024

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

der Ukraine zusammenhängt. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Fälle bei MSM deutscher Herkunft an (2023: 542, 2024: 596, +10 %), ebenso bei MSM nicht deutscher Herkunft (2023: 459, 2024: 480, +5 %), Personen mit PWID deutscher Herkunft (2023: 55, 2024: 80, +45 %) und Personen mit HET deutscher Herkunft (2023: 124, 2024: 129, +4 %). Bei Personen mit PWID nicht deutscher Herkunft (2023: 197, 2024: 159, -19 %) und Personen mit HET nicht deutscher Herkunft (2023: 897, 2024: 804, -10 %) wurde ein Rückgang der gemeldeten Neudiagnosen beobachtet.

Wahrscheinliche Infektionsregionen nach Herkunft

Über 70 % der Neudiagnosen bei Personen deutscher Herkunft wurden auch in Deutschland erworben, wohingegen bei ca. 7 % die Übertragung im Ausland vermutet wurde. Bei Neudiagnosen mit Herkunft aus anderen Ländern wurde, wo bekannt, am häufigsten die Transmission auch im Ausland angegeben. Jedoch ist auch zu bemerken, dass 24 % der in Deutschland erworbenen HIV-Neudiagnosen auf Personen nicht deutscher Herkunft entfallen.

Regionale Entwicklung der HIV-Neudiagnosen

Im Jahr 2024 wurden die meisten HIV-Neudiagnosen aus Bayern gemeldet, gefolgt von Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Berlin und Niedersachsen (s. Tab. 3). Im Jahr 2024 wurden im Vergleich zum Jahr 2023 in acht Bundesländern eine Abnahme bei den HIV-Neudiagnosen beobachtet, in einem Bundesland blieb die Zahl gleich und

in sieben Bundesländern stieg die Zahl der HIV-Neudiagnosen an. Die stärksten Anstiege wurden 2024 in Baden-Württemberg (+51) und Schleswig-Holstein (+35) registriert.

Die HIV-Neudiagnosen bei MSM sind im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 um 94 Neudiagnosen gestiegen. Regional gesehen fanden sich die stärksten Anstiege der absoluten Zahlen in Baden-Württemberg (+47), Berlin (+19) und Schleswig-Holstein (+11) (s. Tab. 3 und Tab. 4).

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

Im folgenden Abschnitt werden die gemeldeten Fälle beschrieben, die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind. Dies schließt alle Fälle ein, bei denen die Transmission in Deutschland erfolgt ist, sowie Fälle von Personen deutscher Herkunft mit Transmission im Ausland. Durch diese Analyse können Gruppen beschrieben werden, bei denen vermehrt HIV-Diagnosen berichtet wurden und die von einem verbesserten Zugang zu Informationen und Maßnahmen der Primärprävention in Deutschland profitieren könnten. Als Einschränkung ist zu beachten, dass in den Meldedaten die Dauer der Infektion zum Zeitpunkt der Diagnose nicht bekannt ist und von der Zahl der gemeldeten Diagnosen nicht ohne Weiteres Rückschlüsse auf das Infektionsgeschehen gezogen wer-

Anzahl Neudiagnosen

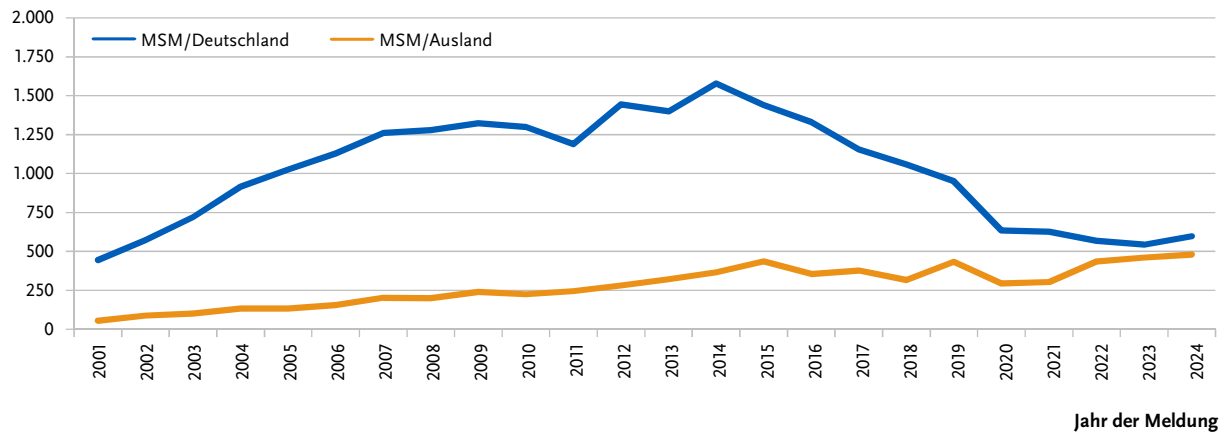


Abb. 5a | HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), nach Herkunft, 2001–2024

Anzahl Neudiagnosen

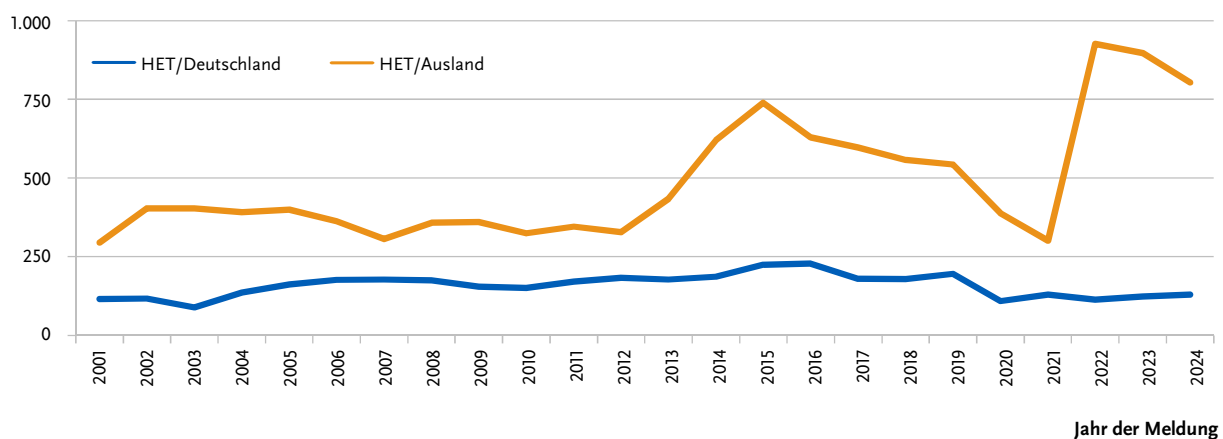


Abb. 5b | HIV-Neudiagnosen bei heterosexuellen Kontakten (HET) nach Herkunft, 2001–2024

Anzahl Neudiagnosen

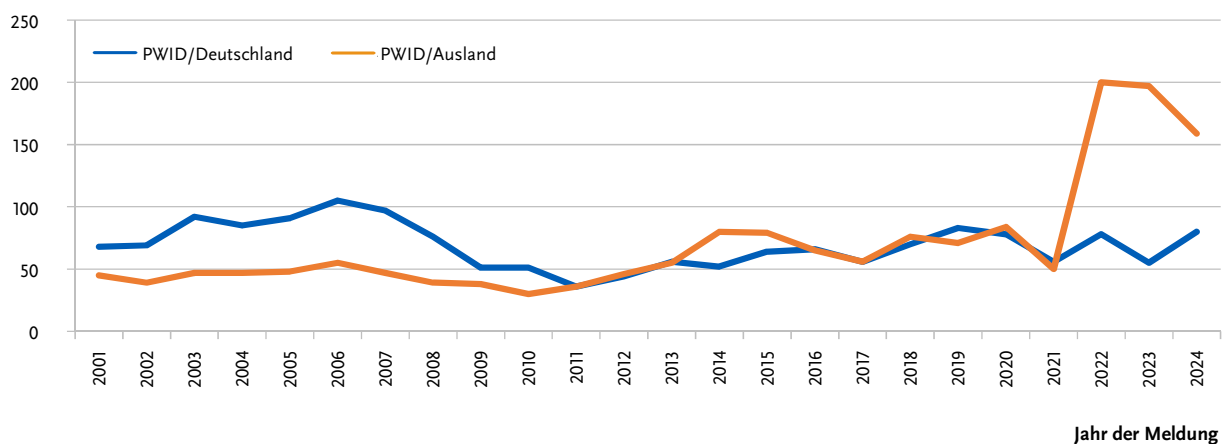


Abb. 5c | HIV-Neudiagnosen bei Menschen, die Drogen injizieren (PWID), nach Herkunft, 2001–2024

den können. Daher sind weitere Untersuchungen notwendig, z. B. die [HIV-Schätzung](#), die [InzSurv-HIV-Studie](#) und die [integrierte genomische HIV Surveillance](#) (IGS-HIV), die die bestehenden Daten ergänzen.⁵⁻⁷ Über diese Analysen hinaus sind selbstverständlich auch HIV-Infektionen, die im Ausland von Personen nicht deutscher Herkunft erworben wurden, relevant für den deutschen Kontext hinsichtlich der Gewährleistung eines barrierearmen Zugangs zur HIV-Testung und medizinischer Versorgung. Die geschätzten Zahlen zu Menschen mit HIV, die eine Diagnose und eine antiretrovirale Therapie erhalten haben, sind Teil der HIV-Schätzung.⁷

Von den 3.259 Neudiagnosen 2024 wurden 1.569 (48 %) als relevant für die Gestaltung der Primärprävention in Deutschland eingestuft. Hierzu gehören 1.238 (79 %) Personen deutscher Herkunft und 331 (21 %) Personen nicht deutscher oder unbekannter Herkunft, deren Infektion in Deutschland erfolgte.

Der Großteil dieser HIV-Neudiagnosen betrafen MSM, gefolgt von Fällen mit unbekanntem Transmissionsweg, Personen mit HET und PWID (s. [Abb. 6](#)).

Bei den MSM sind die HIV-Neudiagnosen mit Relevanz für die Primärprävention von 2014 bis 2023 rückläufig gewesen und verzeichneten 2024 einen leichten Anstieg (2023: 702, 2024: 789, +12 %). Bei Personen mit HET liegen diese seit 2020 knapp unter 200 Fällen pro Jahr mit einer leicht ansteigenden Tendenz (2023: 174, 2024: 186, +7 %). Bei Personen mit PWID lassen sich in den letzten Jahren ebenfalls leicht ansteigende Fallzahlen beobachten, die jedoch Schwankungen unterliegen (2023: 89, 2024: 104, +17 %). In den [Abbildungen 7a–7c](#) sind die HIV-Neudiagnosen mit Relevanz für die Primärprävention nach Transmissionsgruppen und Herkunft dargestellt.

Diskussion

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

Anzahl Neudiagnosen

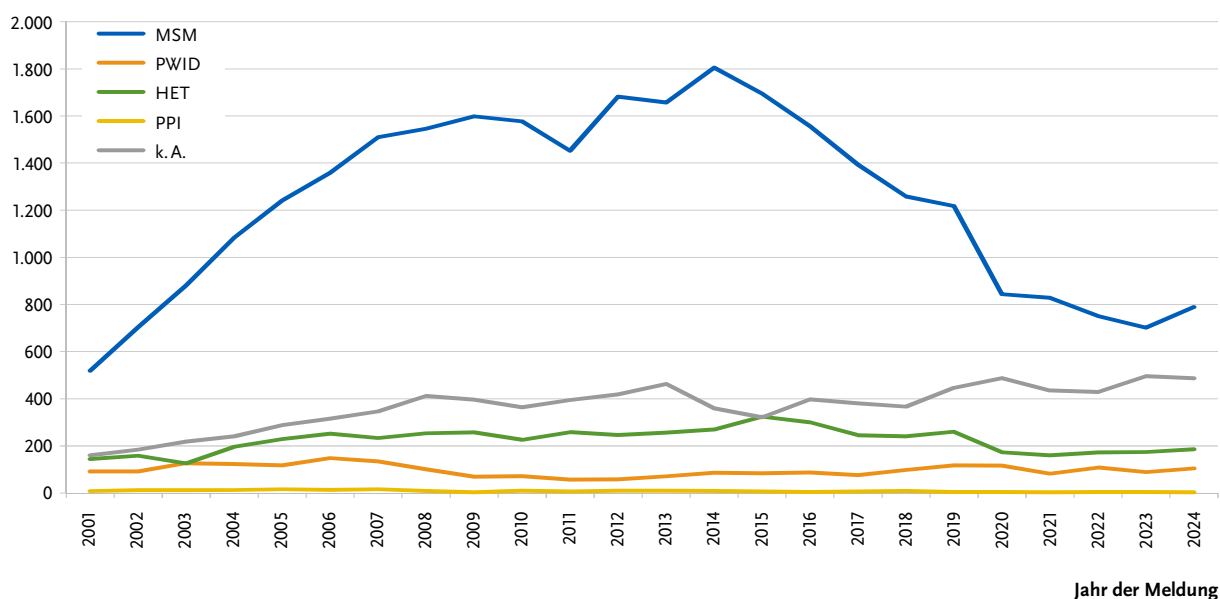


Abb. 6 | HIV-Neudiagnosen, die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001–2024

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

Anzahl Neudiagnosen

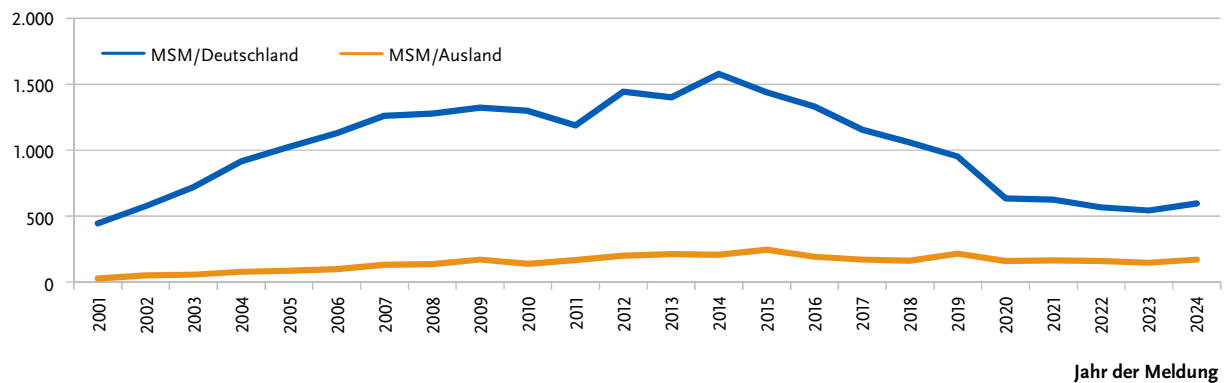


Abb. 7a | HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001 – 2024

Anzahl Neudiagnosen

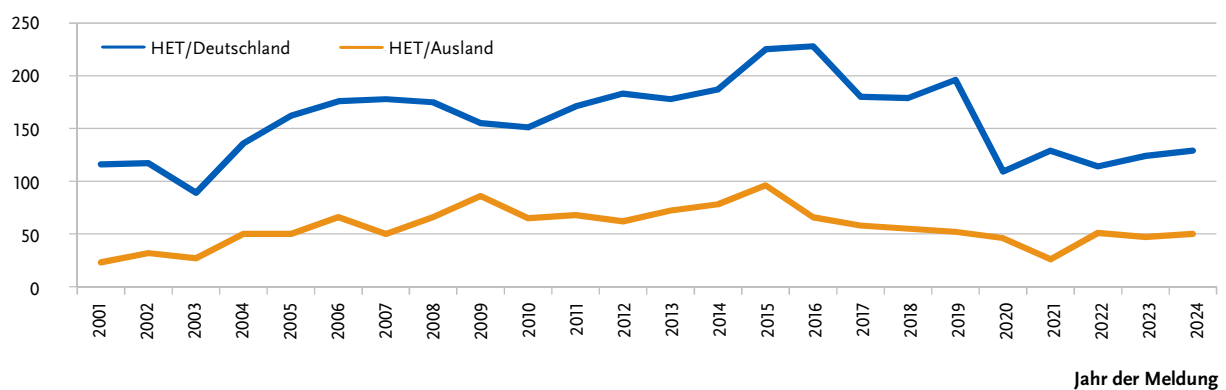


Abb. 7b | HIV-Neudiagnosen bei heterosexuellen Kontakten (HET), die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001 – 2024

Anzahl Neudiagnosen

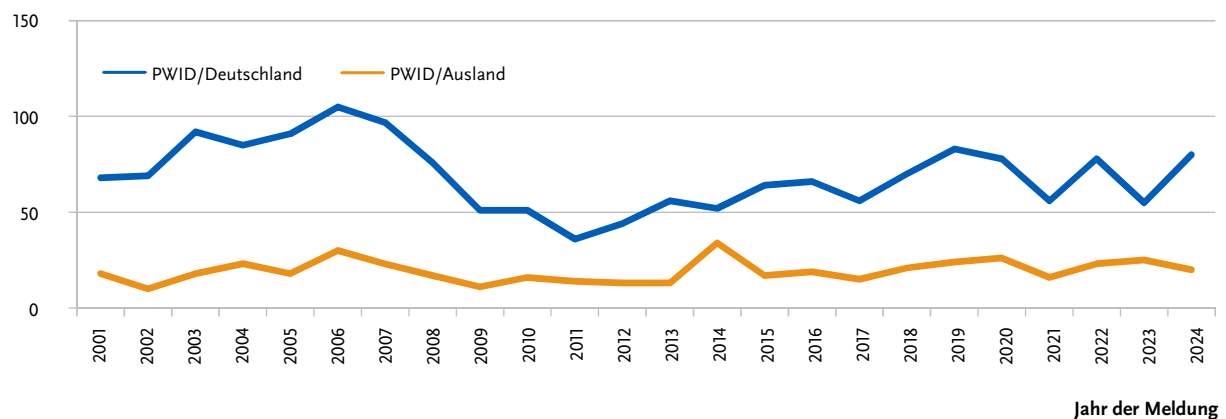


Abb. 7c | HIV-Neudiagnosen bei Menschen, die Drogen injizieren (PWID), die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001 – 2024

HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben

Das HIV-Infektionsgeschehen in Deutschland wird stark durch die Entwicklung der Gruppe der MSM geprägt. Der größte Teil der Infektionen bei MSM wird in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben und mehr als die Hälfte der Neudiagnosen unter MSM betrifft Personen deutscher Herkunft.

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM in Deutschland ist seit dem Jahr 2014 mit einem Höchstwert von damals knapp 2.000 HIV-Neudiagnosen auf 1.040 Neudiagnosen im Jahr 2023 gesunken und auf 1.134 Neudiagnosen 2024 wieder angestiegen. Zum Rückgang können neben einer frühzeitigen Diagnosestellung und der effektiven Behandlung von Menschen mit HIV-Diagnose auch pandemiebedingte Verhaltensanpassungen und die Nutzung der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) geführt haben. Ein Zusammenhang mit der Nutzung einer HIV-PrEP ist wahrscheinlich, lässt sich aber angesichts weiterer Einflussfaktoren nicht anhand dieser Daten alleine quantifizieren. Die Ursachen für den Anstieg der Neudiagnosen 2024 könnten entweder auf eine verbesserte Diagnoserate durch vermehrte Testung unter MSM zurückzuführen sein oder auf einen tatsächlichen Anstieg von Transmissionen. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig, die die Dauer der HIV-Infektion und damit das Transmissionsgeschehen abschätzen.

Einfluss der HIV-PrEP

Die Zahl der PrEP-Nutzenden ist wahrscheinlich zunächst durch die Verfügbarkeit preisgünstiger Generika im Herbst 2017 sowie durch die Einführung der HIV-PrEP als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen im September 2019 angestiegen und lag nach Schätzungen des RKI mit Stand Ende September 2024 bei ca. 40.000 Personen.^{8,9} In den Bundesländern mit Metropolregionen (Berlin, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Hamburg, Hessen) leben 79 % von allen geschätzten PrEP-Nutzenden, allein in Berlin 32 %.¹⁰ Bei MSM deutscher Herkunft ist seit 2014 ein deutlicher Rückgang der HIV-Neudiagnosen mit Relevanz für Primärprävention zu beobachten. Im Gegensatz dazu bleibt die Zahl der Neudiagnosen mit Relevanz für Primärprävention bei MSM nicht deutscher Her-

kunft gleichbleibend, wenn auch auf niedrigerem Niveau. Das könnte darauf hindeuten, dass MSM nicht deutscher Herkunft in Deutschland einen schlechteren Zugang zu Präventionsbotschaften und Maßnahmen, wie z. B. der HIV-PrEP, haben.¹¹ Sowohl bei Präventionsangeboten als auch der HIV-Testung muss verstärkt darauf geachtet werden, dass Zugangsbarrieren für aus anderen Ländern nach Deutschland kommende MSM erkannt und abgebaut werden. Weiterführende Informationen dazu kann die im letzten Jahr durchgeführte Online-Befragung EMIS-2024 liefern.

HIV-Neudiagnosen bei Personen mit heterosexueller HIV-Transmission

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

Der Hauptgrund für den Rückgang von HIV-Neudiagnosen bei Personen mit HET bis zum Jahr 2021 war wahrscheinlich der deutliche Rückgang der Zuwanderung im Vergleich zum Jahr 2015 sowie – in den Jahren 2020 und 2021 – verringerte internationale Mobilität und verminderte Inanspruchnahme von HIV-Testungen durch die Coronavirus-2019-(COVID-19-)Pandemie.¹² Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit HET und deutscher Herkunft scheint sich in den letzten Jahren bis auf den Rückgang während der Pandemie nicht wesentlich verändert zu haben. Aufgrund des hohen Anteils der HET-Fälle nicht deutscher Herkunft gilt für HIV-Neuinfektionen bei Menschen mit HET noch stärker als für MSM, dass ein Rückgang der Neuinfektionen nur dann erreicht werden kann, wenn HIV-

Test- und Präventionsangebote auch und vor allem Menschen mit nicht deutscher Herkunft besser erreichen. Mögliche Maßnahmen schließen die Bereitstellung zielgruppenspezifischer Angebote für Test und Prävention, Verfügbarkeit von Sprachmittlern und Zugang zur Versorgung für Personen ohne Krankenversicherung mit ein.

HIV-Neudiagnosen im Rahmen von injizierendem Drogenkonsum

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei PWID schwankt immer etwas von Jahr zu Jahr, blieb aber in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ stabilen Niveau. Zudem werden immer wieder transiente lokale Anstiege von HIV-Neudiagnosen bei PWID beobachtet. Molekularepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass diese lokalen Anstiege oft auf zusammenhängenden frischen Infektions-Clustern beruhen, bei denen sich ein bestimmtes Virus innerhalb weniger Monate rasch über Injektions- und teilweise auch sexuelle Netzwerke in einer suszeptiblen und vulnerablen Personengruppe ausbreitet.¹³ Die bisherigen Präventionsbemühungen in dieser Personengruppe scheinen nicht ausreichend, um das Infektionsgeschehen nachhaltig zu reduzieren.¹⁴ Die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung von Menschen, die Drogen injizieren, mit sterilen Injektionsutensilien und Opioidsubstitution, der Ausbau regelmäßiger niedrigschwelliger Testangebote in Drogenhilfeeinrichtungen, durch aufsuchende mobile Angebote und auch in Haft sowie die antiretrovirale Therapie sind die empfohlenen Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-Neuinfektionen bzw. zur frühen Diagnosestellung und Prävention von Übertragungen in dieser Personengruppe. Diese Maßnahmen haben darüber hinaus einen erheblichen Effekt auf den Rückgang von Hepatitis-B- und -C-Infektionen. Insbesondere Menschen, die erst kürzlich begonnen haben, Drogen zu injizieren, sollte Wissen zu Übertragungswegen und Präventionsmaßnahmen vermittelt werden. So wird Personen mit injizierendem Drogengebrauch beispielsweise die PrEP als HIV-Präventionsmaßnahme derzeit kaum angeboten und selten aktiv nachgefragt, obwohl bei fortgesetztem Risikoverhalten eine Indikation besteht.

Die Projekte PrEP-Evaluation und PrEP-Surveillance des RKI haben bereits konkrete Vorschläge zum Ab-

bau von Zugangsbarrieren zur PrEP und deren Ausweitung auf Menschen mit Bedarf erarbeitet und veröffentlicht.^{15,16} Sowohl für Personen mit heterosexuellem Risiko einer HIV-Infektion als auch für PWID wäre es sinnvoll, zielgruppenspezifische Informationsangebote einzurichten. Damit sollen Informationen zur HIV-PrEP denjenigen, die davon profitieren könnten, zur Verfügung gestellt und der Zugang zur PrEP erleichtert werden.

Mögliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und des Kriegs in der Ukraine auf die Entwicklung der HIV-Neudiagnosen

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten HIV-Neudiagnosen ging in den Jahren 2020 und 2021 deutlich zurück. Wahrscheinlich hat die COVID-19-Pandemie wesentlich zu dieser Entwicklung beigetragen. Ein vorübergehender Rückgang der Mobilität sowohl zwischen verschiedenen Ländern als auch innerhalb Deutschlands in den Jahren 2020 und 2021 dürfte vor allem zu dem Rückgang von im Ausland erworbenen Infektionen geführt haben. Ab 2022 hat sich sowohl die Reisetätigkeit als auch die Zuwanderung nach Deutschland wieder dem Vorpandemieniveau angeglichen.^{17,18} Zusätzlich waren während der Pandemie jedoch auch Testmöglichkeiten eingeschränkt, so dass Personen mit HIV-Risiken möglicherweise kein Testangebot in Anspruch genommen haben. Dies könnte dazu führen, dass die Diagnose erst mit zeitlicher Verzögerung gestellt wird und muss deshalb in den folgenden Jahren weiter beobachtet werden.

In den Jahren 2022 und 2023 stieg insbesondere die Zahl der im Ausland erworbenen HIV-Neudiagnosen wieder an und erreichte das Vorpandemieniveau. Deutschland hat nach dem Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine im Februar 2022 eine große Anzahl geflüchteter Personen aus der Ukraine aufgenommen. Die meisten Infektionen, die bei Menschen ukrainischer Herkunft gemeldet wurden, waren bereits in der Ukraine diagnostiziert und therapiert worden. Ein einfacher Zugang zu medizinischer Versorgung ist essenziell, um die Therapien fortzusetzen und medizinische Langzeitfolgen und weitere Übertragungen zu verhindern.

Tabellen

Verwendete Abkürzungen (Infektionsrisiko):

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

Diagnosejahr	HIV-Antikörpertests		
	Erstdiagnosen	Meldestatus unbekannt	Gesamt
<2015	53.930	44.368	98.298
2015	3.656	617	4.273
2016	3.400	668	4.068
2017	3.180	650	3.830
2018	2.899	738	3.637
2019	3.134	532	3.666
2020	2.476	432	2.908
2021	2.267	471	2.738
2022	3.281	698	3.979
2023	3.332	684	4.016
2024	3.259	746	4.005
Gesamt	84.814	50.604	135.418

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

Diagnosejahr	Geschlecht						Gesamt
	männlich	%	weiblich	%	divers / k.A.	%	
<2015	42.849	79,5 %	10.322	19,1 %	759	1,4 %	53.930
2015	2.898	79,3 %	755	20,7 %	3	0,1 %	3.656
2016	2.675	78,7 %	721	21,2 %	4	0,1 %	3.400
2017	2.522	79,3 %	654	20,6 %	4	0,1 %	3.180
2018	2.250	77,6 %	641	22,1 %	8	0,3 %	2.899
2019	2.447	78,1 %	683	21,8 %	4	0,1 %	3.134
2020	1.914	77,3 %	560	22,6 %	2	0,1 %	2.476
2021	1.807	79,7 %	459	20,2 %	1	0,0 %	2.267
2022	2.269	69,2 %	1.006	30,7 %	6	0,2 %	3.281
2023	2.345	70,4 %	984	29,5 %	3	0,1 %	3.332
2024	2.374	72,8 %	884	27,1 %	1	0,0 %	3.259
Gesamt	66.350	78,2 %	17.669	20,8 %	795	0,9 %	84.814

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

	1.1.2024 – 31.12.2024									1.1.2015 – 31.12.2024
	Infektionsrisiko									Gesamt
	MSM	PWID	HETin	HETaus	HETunb	PPI	k. A./andere	Gesamt	Inzidenz	
Baden-Württemberg	130	24	16	106	6	5	101	388	3,45	3.668
Stuttgart	16	4	3	6	1	0	22	52	8,22	492
Karlsruhe	9	1	0	3	0	0	4	17	5,51	201
Mannheim	4	3	1	4	0	0	3	15	4,75	259
übriges Land	101	16	12	93	5	5	72	304	3,05	2.716
Bayern	201	38	15	175	2	3	150	584	4,43	5.127
München	78	11	0	55	1	2	32	179	11,83	1.655
Nürnberg	11	3	3	5	0	0	9	31	5,93	358
Augsburg	5	1	0	4	1	0	4	15	4,98	133
übriges Land	107	23	12	111	0	1	105	359	3,31	2.981
Berlin	147	25	6	35	1	1	66	281	7,67	3.108
Brandenburg	16	1	6	24	0	0	30	77	3,01	634
Bremen	15	11	3	18	1	2	20	70	9,96	556
Bremen (Stadt)	15	11	3	18	1	2	19	69	12,12	504
übriges Land	0	0	0	0	0	0	1	1	0,75	52
Hamburg	87	22	9	45	1	0	55	219	11,83	1.890
Hessen	53	26	13	44	2	1	56	195	3,11	2.146
Frankfurt a.M.	23	5	4	8	0	0	15	55	7,11	660
Wiesbaden	2	1	1	2	0	0	2	8	2,83	153
übriges Land	28	20	8	34	2	1	39	132	2,53	1.333
Mecklenburg-Vorpommern	16	0	8	13	0	0	21	58	3,68	465
Niedersachsen	80	18	6	85	4	2	81	276	3,45	2.333
Region Hannover	18	8	1	14	2	0	10	53	4,51	530
Braunschweig	9	1	0	4	1	0	4	19	7,55	119
übriges Land	53	9	5	67	1	2	67	204	3,10	1.684
Nordrhein-Westfalen	192	53	21	119	4	5	172	566	3,14	6.386
Köln	42	9	2	7	0	0	18	78	7,19	1.053
Düsseldorf	14	1	1	4	1	0	7	28	4,45	411
Dortmund	7	2	0	10	0	0	10	29	4,89	301
Essen	14	1	0	5	0	0	9	29	4,96	416
Städteregion Aachen	6	0	2	4	0	1	2	15	2,67	177
Duisburg	3	1	2	6	1	1	10	24	4,78	202
Bochum	13	1	0	1	0	0	2	17	4,65	162
Wuppertal	1	0	1	1	0	0	11	14	3,90	144
Bielefeld	3	5	0	1	0	1	0	10	2,96	151
Bonn	12	2	0	3	0	1	4	22	6,54	180
Münster	2	1	0	1	0	0	4	8	2,49	121
Gelsenkirchen	2	0	0	1	0	0	4	7	2,66	68
Mönchengladbach	3	2	2	3	0	0	2	12	4,47	121
übriges Land	70	28	11	72	2	1	89	273	2,31	2.879
Rheinland-Pfalz	45	5	4	41	2	1	37	135	3,27	1.268
Saarland	8	0	5	2	0	0	13	28	2,76	244
Regionalverband Saarbrücken	4	0	1	2	0	0	9	16	4,84	125
übriges Land	4	0	4	0	0	0	4	12	1,76	119
Sachsen	55	6	6	31	0	0	27	125	3,08	1.265
Leipzig	18	1	4	9	0	0	9	41	6,65	466
Dresden	8	0	1	1	0	0	2	12	2,13	271
übriges Land	29	5	1	21	0	0	16	72	2,50	528
Sachsen-Anhalt	29	5	1	25	0	2	23	85	3,96	658
Schleswig-Holstein	37	12	8	32	2	1	31	123	4,16	727
Thüringen	23	2	2	9	0	0	13	49	2,32	409
Gesamt	1.134	248	129	804	25	23	896	3.259	3,91	30.884

Tab. 3 | HIV-Neudiagnosen der letzten 12 Monate nach Transmissionsrisiko, Bundesländern und Großstädten (2024)

Infektionsrisiko	Diagnosejahr											Gesamt
	<2015	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
MSM	25.939	1.897	1.739	1.631	1.434	1.463	1.015	1.002	1.063	1.040	1.134	39.357
	48,1 %	51,9 %	51,1 %	51,3 %	49,5 %	46,7 %	41,0 %	44,2 %	32,4 %	31,2 %	34,8 %	46,4 %
PWID	3.614	149	138	120	154	168	177	125	290	276	248	5.459
	6,7 %	4,1 %	4,1 %	3,8 %	5,3 %	5,4 %	7,1 %	5,5 %	8,8 %	8,3 %	7,6 %	6,4 %
PWID/m	2.540	118	111	100	118	148	131	109	206	216	189	3.986
PWID/w	1.005	31	27	20	35	20	46	16	84	59	59	1.402
PWID/u	69	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	71
Blut	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	98
	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Blut/m	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
Blut/w	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
HET/Inland	2.346	225	228	180	179	196	109	129	114	124	129	3.959
	4,4 %	6,2 %	6,7 %	5,7 %	6,2 %	6,3 %	4,4 %	5,7 %	3,5 %	3,7 %	4,0 %	4,7 %
HETin/m	857	90	62	58	62	64	46	31	35	38	32	1.375
HETin/w	1.484	135	166	122	117	132	63	98	79	86	97	2.579
HETin/u	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
HET/Ausland	6.187	739	629	597	557	543	388	301	926	897	804	12.568
	11,5 %	20,2 %	18,5 %	18,8 %	19,2 %	17,3 %	15,7 %	13,3 %	28,2 %	26,9 %	24,7 %	14,8 %
HETaus/m	2.059	260	219	215	172	162	112	94	268	258	258	4.077
HETaus/w	3.990	478	408	382	383	379	276	206	657	639	545	8.343
HETaus/u	138	1	2	0	2	2	0	1	1	0	1	148
HET/unbekannt	2.799	11	30	20	25	39	40	20	27	21	25	3.057
	5,2 %	0,3 %	0,9 %	0,6 %	0,9 %	1,2 %	1,6 %	0,9 %	0,8 %	0,6 %	0,8 %	3,6 %
HETunb/m	1.028	0	7	5	7	9	9	5	5	4	7	1.086
HETunb/w	1.733	11	23	15	18	30	31	15	22	17	18	1.933
HETunb/u	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
PPI	363	29	24	18	20	14	11	11	61	39	23	613
	0,7 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	1,9 %	1,2 %	0,7 %	0,7 %
PPI/m	175	12	8	12	9	8	4	8	28	18	11	293
PPI/w	182	17	16	6	11	6	7	3	33	21	12	314
PPI/u	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
k.A.	12.578	606	612	614	530	711	736	679	800	935	896	19.697
	23,3 %	16,6 %	18,0 %	19,3 %	18,3 %	22,7 %	29,7 %	30,0 %	24,4 %	28,1 %	27,5 %	23,2 %
k.A./m	10.186	521	529	501	448	595	597	558	664	771	743	16.113
k.A./w	1.889	83	81	109	77	116	137	121	131	162	153	3.059
k.A./u	503	2	2	4	5	0	2	0	5	2	0	525
Gesamt	53.924	3.656	3.400	3.180	2.899	3.134	2.476	2.267	3.281	3.332	3.259	84.808
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tab. 4 | HIV-Neudiagnosen ab 1993 nach Diagnosejahr und Transmissionsrisiko

Literatur

- 1 Koppe U, Hanke K, Meixenberger K, Bremer V, Gunsenheimer-Bartmeyer B. Einfluss des Kriegs in der Ukraine auf gemeldete HIV-Neudiagnosen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*. 2023;47:9-11.
- 2 Koppe U, Hamm JA, Spurgat C, Hahne A, Saalfeld RK, Garcia MR, et al. HIV Testing and PrEP Use Among Trans and/or Non-binary Participants in the TASG Study, a Participatory Study in Germany. *AIDS Behav*. 2025;29(5):1608-18.
- 3 Martin-Sanchez M, Poge K, Hahne A, Hamm J, Bremer V, Koppe U, et al. Discrimination based on gender identity and decision-making regarding HIV/STI-protected sex, a cross-sectional study among trans and non-binary people in Germany. *BMC Public Health*. 2024;24(1):3013.
- 4 Robert Koch-Institut und Deutsche Aidshilfe. Forschungsbericht zum Projekt "Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communities". <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/H/HIV-AIDS/Studien/TASG-Ergebnisse.html?nn=16911154>. 2023.
- 5 Hanke K, Rykalina V, Koppe U, Gunsenheimer-Bartmeyer B, Heuer D, Meixenberger K. Developing a next level integrated genomic surveillance: Advances in the molecular epidemiology of HIV in Germany. *Int J Med Microbiol*. 2024;314:151606.
- 6 Koppe U, Hanke K, Fiebig U, Schmidt D, Meixenberger K, Pantke A, et al. HIV-Studien und HIV-Projekte am Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*. 2019;49:527-39.
- 7 an der Heiden M, Marcus U, Kollan C, Schmidt D, Koppe U, Gunsenheimer-Bartmeyer B, et al. Schätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen in den Jahren 2022 und 2023 sowie der Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2023 mit HIV in Deutschland leben. *Epidemiologisches Bulletin*. 2024;28:3-20.
- 8 Marcus U, Schmidt D, Schink SB, Koppe U. Analysis of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) needs and PrEP use in Germany among men who have sex with men. *Z Gesundh Wiss*. 2022;1-17.
- 9 Schmidt D. Entwicklung der Anzahl der PrEP-Nutzenden in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*. 2024;48:20.
- 10 Schmidt D, Duport Y, Kollan C, Marcus U, Iannuzzi S, von Kleist M. Dynamics of HIV PrEP use and coverage during and after COVID-19 in Germany. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1691.
- 11 Blenkinsop A, Pantazis N, Kostaki EG, Sofocleous L, van Sighem A, Bezemer D, et al. Sources of Human Immunodeficiency Virus Infections Among Men Who Have Sex With Men With a Migration Background: A Viral Phylogenetic Case Study in Amsterdam, The Netherlands. *J Infect Dis*. 2024;230(4):e881-e94.
- 12 Marcus U. [More and more HIV infections among immigrants]. *MMW Fortschr Med*. 2024;166(Suppl 2):14-7.
- 13 Hanke K, Fiedler S, Grumann C, Ratmann O, Hauser A, Klink P, et al. A Recent Human Immunodeficiency Virus Outbreak Among People Who Inject Drugs in Munich, Germany, Is Associated With Consumption of Synthetic Cathinones. *Open Forum Infect Dis*. 2020;7(6):ofaa192.
- 14 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.
- 15 HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP): Potentiale entfalten - Versorgung sichern, verbessern und ausweiten. Stellungnahme & Forderungspapier des Community-Beirats im Projekt PrEP-Surv des Robert Koch-Instituts. Verfügbar unter: https://www.aidshilfe.de/system/files/documents/stellungnahme_communityboard_final.pdf. 2023.
- 16 Schmidt D, Kollan C, Schewe K, Hanhoff N, Rusenberg R, Friebe M, et al. [Evaluating the introduction of HIV pre-exposure prophylaxis as a benefit of statutory health insurance (EvE-PrEP): Highly effective protection against HIV without an increase in sexually transmitted infections]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2023;66(9):1008-18.
- 17 Bundesamt D-S. Vermehrte Auslandsreisen 2022: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_279_45.html [letzter Zugriff 11.06.2025]. 2023.
- 18 Statista. Zuwanderung nach Deutschland bis 2023: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/28347/umfrage/zuwanderung-nach-deutschland/> [letzter Zugriff: 11.06.2025]. 2023.

Technische Anmerkungen zum Jahresbericht HIV/AIDS

siehe Epid Bull 39/2017

Autorinnen und Autoren

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

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

Ansprechpartner/Kontakt

Bei inhaltlichen Fragen zum Bericht:

KoppeU@rki.de

Gunsenheimer-BartmeyerB@rki.de

Telefon: 030 / 18754-3487

Bei Anfragen zu speziellen statistischen Angaben:

KoppeU@rki.de

Telefon: 030 / 18754-2262

Interessenkonflikt

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

Vorgeschlagene Zitierweise

Koppe U, Friebe M, Schön K, Papke B, Kollan C, Hofmann A, Schmidt D, Zimmermann R, an der Heiden M, Bremer V, Gunsenheimer-Bartmeyer B: HIV-Jahresbericht 2024

Epid Bull 2025;26:3-18 | 10.25646/13240

Danksagung

An dieser Stelle danken wir unserem ehemaligen Kollegen Dr. Ulrich Marcus für seine langjährige Erstellung dieses Berichtes und die immer wieder spannende Interpretation der HIV-Surveillancedaten.

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Standards zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen und zur Förderung sexueller Gesundheit

Zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen und Förderung sexueller Gesundheit

Eine Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) wird in Deutschland an vielen Stellen geleistet: In Klinik und Praxis finden im Rahmen der ärztlichen Betreuung Aufklärung und vorbeugende Maßnahmen statt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist mit den Gesundheitsämtern an der STI-Prävention beteiligt und Institutionen auf Landes- und Bundesebene (z. B. das Robert Koch-Institut – RKI und das Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – BIÖG, ehemals BZgA) sowie Nichtregierungsorganisationen (NGO) leisten wichtige Beiträge.

Es existieren sehr heterogene Ansätze, Methoden und Ergebnisse zur STI-Prävention. Daher erscheint es notwendig, aktuelle Positionen zu erfassen, zu

analysieren und einen Konsens in Form von Standards anzustreben, die allgemein akzeptiert werden können. Die Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG; www.dstig.de), auch Fachgesellschaft zur Förderung Sexueller Gesundheit, bettet ihre Präventionsarbeit entsprechend in breitere Konzepte der Gesundheitsförderung ein. Damit das gelingt, hat eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe (AG) innerhalb der bundesweiten Sektion „Sexuelle Gesundheit“ der DSTIG Standards entwickelt, die sowohl der STI-Prävention dienen als auch die sexuelle Gesundheit fördern. Dies gilt ebenfalls für die reproduktive Gesundheit, soweit sie mitbetroffen ist. Die im Jahr 2010 verabschiedeten Standards¹ wurden 2024 abschließend grundlegend überarbeitet und können als Grundlage präventiven Handelns dienen. Die von der AG der DSTIG erarbeiteten Grundpositionen und die daraus entwickelten Standards und deren Erläuterungen werden hier vorgestellt.

INFOBOX

STI bilden eine heterogene Gruppe von Infektionen, deren gemeinsames Merkmal die Übertragung der Erreger vorwiegend im Rahmen sexueller Kontakte ist. Die Bezeichnung STI umfasst Infektionen unabhängig von ihrer klinischen Manifestation. Unter epidemiologischen und klinischen Aspekten besitzen folgende Erreger gegenwärtig eine besondere Bedeutung in Deutschland: Humane Immundefizienz-Viren (HIV), Treponemen (Syphilis), Chlamydien, Gonokokken (Tripper), Mykoplasmen, Trichomonaden, Hepatitis B (HBV), Humane Papillomviren (HPV), Herpes-Virus, Mpox-Virus.

Sexuelle Gesundheit ist laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Zustand des vollständigen physischen, emotionalen, psychischen und sozialen Wohlergehens.^{2,3} Sie erfordert einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, die frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt sind.

Sexuell übertragbare Infektionen

Sexuell übertragbare Infektionen (STI, s. blauer Kasten) besitzen wegen ihrer assoziierten Krankheitslast (burden of disease), ihrer Verbreitung, ihres Risikos der Weiterverbreitung, ihres möglichen Verlaufs und ihrer Folgen eine erhebliche individuelle und gesellschaftliche Bedeutung. Zusätzlich zu den krankheitsbedingten gesellschaftlichen Auswirkungen (Arbeitsausfall, Kosten für Diagnostik, Therapie, Prävention und Forschung) treten Eigen- und Fremdstigmatisierung stärker in Erscheinung als bei vielen anderen Infektionskrankheiten.

STI sind prinzipiell vermeidbar. Neben der medizinischen Behandlung und Betreuung geht es um Maßnahmen zur Prävention und Eindämmung dieser Infektionen: Die Prävention erfordert adäquates Handeln jedes Einzelnen sowie von Organisationen und das Erfüllen von Aufgaben in der Gesellschaft und der Medizin. Die STI-Prävention und Förderung sexueller Gesundheit (s. blauer Kasten) weist Besonderheiten und spezifische Probleme auf, da-

her können Erfahrungen aus der Prävention anderer Infektionen nicht immer übertragen werden.

Die Prävention umfasst im Kontext von STI Maßnahmen, die geeignet sind, dem Zustandekommen von Infektionen und dem Entstehen von Krankheiten vorzubeugen, deren Verlauf günstig zu beeinflussen oder schädlichen Folgen entgegenzuwirken.

Maßnahmen zur Förderung der sexuellen Gesundheit und des Wohlbefindens, wie die gesundheitliche Aufklärung der Gesamtbevölkerung und spezifischer Teilgruppen, können Teil der Prävention

sein. Die Gesundheit zu fördern, zu schützen, zu erhalten, wiederherzustellen und das Leiden zu mindern ist das übergeordnete Ziel, insbesondere in der Medizin. In diesem Sinne zu handeln ist aber nicht nur Aufgabe der Medizin und des Gesundheitsversorgungssystems, sondern erfordert vielfältige und auch gesamtgesellschaftliche Strategien und Bemühungen.⁴

Der Begriff Prävention kann in Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention, sowie Verhaltens- und Verhältnisprävention unterteilt werden, s. blauer Kasten).

INFOBOX

Die **Primärprävention** beinhaltet dabei Maßnahmen, die den Erhalt der Gesundheit von einzelnen Individuen, Personengruppen oder einer Population zum Ziel haben und bestehen z. B. aus der Aufklärung über gesundheitlich beeinträchtigende Verhaltensweisen, gesundheitliche Risikofaktoren bzw. dem Aufzeigen von Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit und Impfangeboten, noch bevor Risikofaktoren oder die Erkrankung selbst bestehen.⁵ Die Primärprävention soll dabei das Entstehen von Infektionen verhindern. Sie umfasst letztendlich alle Maßnahmen, die den Erwerb bzw. die Weitergabe einer Infektion verhindern können, und ist geeignet, die Inzidenz (Anzahl der neu auftretenden Infektionen in einer bestimmten Personengruppe in einem bestimmten Zeitraum) zu senken.

Die **Sekundärprävention** beinhaltet Maßnahmen, die bei Erkrankungen bzw. Infektionen in einem frühen Stadium ansetzen und darin unterstützen, das Fortschreiten der Infektion oder der Erkrankung zu vermeiden oder den Krankheitsverlauf zu mildern bzw. Folgeschäden zu vermeiden. Ziel ist es, so früh wie möglich in den Entstehungsprozess einer sich abzeichnenden, behandlungsbedürftigen Erkrankung einzugreifen. Eine Sekundärprävention dient sowohl der Verringerung der individuellen Krankheitslast als auch der Verhinderung der Weiterverbreitung eines Erregers durch dessen möglichst frühzeitige Erkennung, Behandlung und Eliminierung. Erfolgreiche Sekundärprävention senkt die Prävalenz (Anzahl der Krankheitsfälle in einer bestimmten Personengruppe zu einem Zeitpunkt oder während eines bestimmten Zeitraums) und die Inzidenz.

Die **Tertiärprävention** umfasst die Einflussnahme auf den Verlauf und die Folgen bestehender Erkrankungen. Das heißt Maßnahmen der Tertiärprävention setzen nach dem Auftreten einer Krankheit ein und sollen Folge- und/oder Begleiterkrankungen verhüten sowie einer Verschlimmerung entgegenwirken und der größtmöglichen Wiederherstellung der Lebensqualität dienen.

Prävention ist ein Aufgabenfeld für Individuen (Verhaltensprävention), aber auch für die Gesellschaft als Ganzes (Verhältnisprävention).

Die **Verhaltensprävention** zielt – unter den durch die Verhältnisprävention gegebenen Voraussetzungen – auf ein gesundheitsförderliches Verhalten einzelner Individuen in bestimmten Situationen in eigener Verantwortung.

Die **Verhältnisprävention** ist der vom individuellen Verhalten unabhängige Teil der Prävention. Es werden durch eine adäquate Gestaltung der politischen, gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen sowie allgemeinen Strategien und Maßnahmen Voraussetzungen für Verhaltensprävention geschaffen. Bezogen auf STI strebt sie deren Verhütung und die Förderung der sexuellen Gesundheit an. Sie muss von Organisationen im Sinne einer auf sexuelle Gesundheit ausgerichteten Verhältnisprävention (z. B. durch Organisationsentwicklung) gestaltet werden.

Standards in der STI-Prävention und Förderung sexueller Gesundheit

Grundpositionen

Als notwendige Voraussetzungen für die STI-Prävention und Förderung der sexuellen Gesundheit hat die DSTIG folgende **Grundpositionen** erarbeitet:

- ▶ Wir achten alle Menschen gleich, unabhängig von Hautfarbe, Geschlecht, Behinderung, Erkrankung, Sprache, Religion, sexueller Orientierung, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand. Des Weiteren darf kein Unterschied gemacht werden auf Grund der politischen, rechtlichen oder internationalen Stellung des Landes oder Gebietes, dem eine Person angehört, gleichgültig ob dieses unabhängig ist, unter Treuhand steht, keine Selbstregierung besitzt oder sonst in seiner Souveränität eingeschränkt ist.
- ▶ Menschen sind in unserer Gesellschaft sowohl freie und eigenverantwortliche Individuen als auch sozial eingebunden. Dadurch sind sie in ihren Handlungen unterschiedlich frei und begrenzt.
- ▶ Der Mensch ist ein vernunftbegabtes, lernfähiges Wesen. Seine Lernfähigkeit ist jedoch nicht unbegrenzt. Bei aller Vernunft handelt er auch entgegen der Vernunft. Ein Paradoxon der Prävention besteht darin, dass eine rationale Entscheidungsfreiheit vorausgesetzt wird, diese aber nicht immer gegeben ist.
- ▶ Sexualität bezeichnet die Gesamtheit der Lebensäußerungen, Verhaltensweisen, Empfindungen und Interaktionen von Menschen in Bezug auf ihre Geschlechtlichkeit. Sie ist Grundbestandteil einer umfassenden Gesundheit. Die STI-Prävention ist daher allgemeiner Bestandteil der Förderung der (sexuellen) Gesundheit.
- ▶ Sexualität ist in unserer Gesellschaft eine private Angelegenheit mit deutlichen Grenzen für öffentliche Interventionen. An der sexuellen Gesundheit besteht aber ein öffentliches Interesse, das aus der Fürsorge der Gemeinschaft sowohl für die Einzelnen als auch für die Gemeinschaft als Ganzes resultiert.
- ▶ Jeder Mensch hat das Recht auf das höchstmögliche Maß an körperlicher und geistiger Gesundheit.^{6,7} Aus dem Menschenrecht auf Gesundheit

kann keine Pflicht des Individuums zur Gesundheit abgeleitet werden.

- ▶ Prävention kann ihre Ziele in der Regel nie vollständig erreichen.
- ▶ Prävention darf nicht schaden. Im Sinne der Wahrung der Rechte aller Menschen besteht auf der Handlungsebene eine ethische Verpflichtung, die Rechte anderer Menschen zu respektieren und zu wahren.
- ▶ Prävention muss frei von Diskriminierung sein. Alle sexuellen und geschlechtlichen Identitäten und Orientierungen sowie alle Formen von sexuellen Beziehungen werden gleich geachtet und behandelt, sofern sie als ein Akt freien Willens unter einwilligungsfähigen Personen zustande kommen.

Zusammenfassend heißt das: Prävention muss sich mit den bestehenden Gegebenheiten und Ambivalenzen auseinandersetzen und ihre jeweiligen Strategien und Methoden darauf ausrichten (z. B. durch Situations- oder Zielgruppenspezifik).

Standards der Prävention und Förderung sexueller Gesundheit

Im Folgenden werden nun die von der AG erarbeiteten Standards und deren Erläuterungen vorgestellt.

1. Eine fachlich fundierte Prävention basiert auf einem umfassenden Verständnis sexueller Gesundheit im Sinne der Definitionen und Stellungnahmen der WHO^{2,8} und der World Association for Sexual Health (WAS).⁹
2. Prävention und Förderung sexueller Gesundheit orientieren sich an einem aufgeklärt-humanistischen Menschenbild, das das ethisch-moralische Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortlichkeit und sozialer Verantwortung reflektiert. Es besteht das Primat der Eigenverantwortung bei gleichzeitigem Respekt vor der Selbstbestimmung des/der anderen und dessen/deren Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit.
3. Prävention besteht aus der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und erfolgt als Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention.
4. Prävention und Förderung sexueller Gesundheit bieten im Zusammenhang mit der Wahrung des Rechts auf Gesundheit umfangreiche Möglich-

keiten, es müssen aber auch die ihr eigenen Grenzen respektiert werden.

5. Strategien und Maßnahmen der Prävention und Förderung sexueller Gesundheit werden – wenn irgend möglich – auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet. Erkenntnisse, Erfahrungen und Methoden aus allen relevanten Disziplinen und Wissensgebieten werden berücksichtigt. Strategien und Maßnahmen müssen sich wissenschaftlicher Evaluation unterziehen.
6. Risiken und Nebenwirkungen von Präventionsmaßnahmen und Förderung sexueller Gesundheit werden genau ermittelt, negative Auswirkungen möglichst ausgeschlossen, zumindest aber minimiert.

Anmerkungen zu den Standards der STI-Prävention

Erläuterungen zum Verständnis sexueller Gesundheit

Mit dem Begriff Gesundheit ist im Kontext der STI-Prävention vor allem die „sexuelle Gesundheit“ gemeint. Die WHO hat 1975 dazu eine erste, sehr umfassende Definition erarbeitet: „Sexuelle Gesundheit ist die Integration der somatischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt. Grundlegend für dieses Konzept sind das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust.“¹⁰ Wesentlich ist die positive Einstellung zur menschlichen Sexualität und die Betonung des Zusammenhangs der sexuellen Gesundheit mit der Verbesserung der Lebensqualität und der persönlichen Beziehungen. Die STI-Prävention, -Beratung, -Betreuung und -Behandlung bilden nur einen Teilbereich, allerdings einen wichtigen Bereich, wenn es darum geht, die sexuelle Gesundheit zu fördern, zu bewahren und zu erhalten.

In den Leitprinzipien der WHO-Regionalstrategie für Europa aus dem Jahr 2001 wird bekräftigt: „... Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht. Jeder hat das Recht auf den höchsten erreichbaren Standard an körperlicher und geistiger Gesundheit.“¹¹ Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um einen

universellen Zugang zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen, einschließlich solcher für die sexuelle Gesundheit.

Das WHO Regionalbüro Europa hat hierzu im Jahr 2016 spezielle Ziele veröffentlicht:¹²

- ▶ Alle Menschen sollen in die Lage versetzt werden, fundierte Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu treffen und sicherstellen, dass ihre Menschenrechte respektiert, geschützt und erfüllt werden.
- ▶ Die Sicherstellung, dass alle Menschen in den Genuss des höchsten erreichbaren Standards an sexueller und reproduktiver Gesundheit und Wohlbefinden kommen.
- ▶ Die Gewährleistung eines universellen Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und die Beseitigung von Ungleichheiten.

Die WHO hat 2022 in ihrer Strategie für die Jahre 2022–2030 u.a. folgende strategische Ziele veröffentlicht:¹³

- ▶ die Schaffung eines sicheren Umfelds, in dem Menschen über ihre sexuelle Gesundheit, sexuellen Praktiken und die Behandlung von STI sprechen können,
- ▶ die erhebliche Ausweitung der Primärprävention und des Zugangs zu STI-Screeningangeboten,
- ▶ die Verbesserung des Zugangs zu einem hochwertigen STI-Fallmanagement durch den ÖGD, ärztliche Praxen, Krankenhäuser und nichtstaatliche Dienstleister,
- ▶ die verstärkte Integration der STI-Präventionsangebote in die primäre Gesundheitsversorgung, in die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung, in die Familienplanung, in die Gesundheitsversorgung von Jugendlichen und HIV-Präventionsangebote,
- ▶ die Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung für STI-Prävention, -Beratung, -Diagnostik und -Therapie als Teil der nationalen Finanzplanung und
- ▶ die Unterstützung einer intensivierten Forschung und Entwicklung von Präventionstechnologien, Diagnostik, Behandlung und Impfstoffen für STI.

1. Erläuterungen zum Primat der Eigenverantwortlichkeit

Bezogen auf die STI-Prävention und Förderung der sexuellen Gesundheit ergibt sich, dass der Mensch in seinem Handeln sich selbst und den Sexualpartnern und Sexualpartnerinnen gegenüber verpflichtet ist. Die Eigenverantwortlichkeit des Menschen als Individuum legt nahe, dass er seine Gesundheit in erster Linie selbst schützen kann. Prävention stößt an Grenzen, wenn sie die Selbstbestimmung der einzelnen Person ignoriert oder missachtet. Zentrales Ziel von Präventionsmaßnahmen sollte immer sein, die Individuen zu befähigen, eigenverantwortlich zu handeln. Die Verantwortung, selbst zu entscheiden, kann im Normalfall (z. B. bei geistiger Kompetenz) nicht auf andere übertragen werden. Die Eigenverantwortlichkeit des Menschen schließt aber auch den Respekt vor der körperlichen und mentalen Unversehrtheit der anderen ein. Die Verantwortung für sexuelle Gesundheit sollte sich nicht in der Sorge um das Eigenwohl erschöpfen.

2. Erläuterungen zum Primat der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention

Erfolge in der Prävention und Förderung sexueller Gesundheit entstehen aus dem optimalen Funktionieren und Zusammenwirken der beiden Komponenten **Verhaltens- und Verhältnisprävention**. Das Beachten des Spannungsfeldes zwischen Individuum und gesellschaftlichem Rahmen erfordern es, Besonderheiten und bestehende Unterschiede zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention bei allen Maßnahmen angemessen zu berücksichtigen.

Präventives Verhalten ist abhängig von äußeren Umständen. Wichtige Einflussfaktoren sind:

- ▶ die **allgemeine Lebenswirklichkeit**, insbesondere die gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen und Normen, unter denen die Menschen leben, und die Ressourcen, über die sie jeweils verfügen,
- ▶ das objektive Vorhandensein und der Zugang zu Voraussetzungen für präventives Verhalten (z. B. von sexueller Bildung, Wissen, Impfstoffen, Diagnostik, Therapie),
- ▶ der **Zugang und die Verfügbarkeit von Beratungs- und Betreuungsangeboten** (leicht erreichbar, niedrigschwellig, kostenlos oder kostengünstig).

Individuelles präventives Handeln setzt Wissen, Wollen und Können voraus:

- ▶ **Wissen** (Kognition): Menschen verfügen über alle notwendigen Informationen, um sich oder andere vor Infektionen zu schützen. Die Informationen sind korrekt, verständlich und gut zugänglich.
- ▶ **Wollen** (Motivation, Haltung): Menschen verfügen über den Willen, sich und andere zu schützen. Die Vorteile überwiegen die Nachteile.
- ▶ **Können** (Kompetenz): Menschen sind in der Lage, ihr Wissen und Wollen prinzipiell und situativ anzuwenden. Dazu bedarf es verschiedener Fähigkeiten, die erlernt werden können.

Im präventiven Handeln setzen Menschen ihr Können um. Ein entsprechendes Verhalten wird erlernt und ggf. durch Übung, Gewohnheit, Erfahrungen und Überzeugungen gefestigt. Wichtig ist, dass Wissen, Wollen und Können nicht automatisch zu einem entsprechenden Handeln führen (vgl. Rationalität vs. Irrationalität). Im Idealfall finden in einer konkreten Entscheidungssituation Eigenverantwortung und soziale Verantwortung in ethisch-moralischer Reflexion Berücksichtigung (individuell oder auch zwischen beteiligten Individuen).

Die Verhältnisse beeinflussen das individuelle Verhalten. Das eigene Verhalten beeinflusst wiederum die Verhältnisse, allerdings in eingeschränktem Maß. Beides führt zur individuellen Verantwortung und kann im Sinne einer Wechselwirkung nicht aufgehoben werden.

Der beschriebene Konflikt zwischen der Eigenverantwortung eines Individuums und der Verantwortung der Gesellschaft dem Individuum gegenüber spielt sowohl für den zweiten und dritten Standard eine große Rolle, da es für beide Formen der Prävention (Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention) einer Verantwortungsübernahme bedarf. Die Verantwortlichkeit kann weder in die eine oder andere Richtung aufgelöst werden und sollte daher nicht zu Schuldzuweisungen führen.

Das Ziel der Prävention ist es, bestimmte Ereignisse zu verhindern (z. B. Infektion/Krankheit) und sexuelle Gesundheit zu fördern. Daraus ergibt sich das Dilemma, inwieweit es allein dem Individuum

überlassen werden soll, präventiv zu handeln. Auch ideale Verhältnisse entbinden nicht von der eigenen Verantwortung und die eigene Verantwortung nicht von der Schaffung günstiger Verhältnisse. Ebenso wenig entbinden ungünstige Verhältnisse vollständig von der Eigenverantwortung. Die beste Prävention ist die Schaffung von Verhältnissen, in denen Sexualität als erfüllend wahrgenommen werden kann. Hierzu gehört auch die Verbesserung von Lebensverhältnissen, die präventives Verhalten negativ beeinflussen (z. B. Wohnungslosigkeit, Abhängigkeit, fehlender Aufenthaltsstatus).

Die Grundlage einer gelungenen Prävention soll eine positive Einstellung zu dem existenziellen Bedürfnis der Sexualität sein. Dies entbindet aber nicht von der individuellen Verantwortung den Partnerinnen und Partnern gegenüber.

Die **Verhältnisprävention** ist untrennbar mit der Förderung von sexueller Gesundheit verbunden. Es geht nicht nur darum, spezifische Erkrankungen zu verhindern, sondern auch um gesellschaftliche und soziale Bedingungen, die es dem Individuum lohnend und möglich erscheinen lassen, seine Gesundheit zu schützen. Dazu zählt auch, dass Lebensverhältnisse so gestaltet werden, dass sie eine effektive Prävention nicht gefährden.

Die Verhältnisprävention wird von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren realisiert, die in ihrem Zuständigkeitsbereich unterschiedliche Verantwortung tragen und von denen die Erfüllung bestimmter Aufgaben erwartet wird:

- ▶ **Institutionen in Politik und Gesellschaft** (z. B. Behörden auf unterschiedlicher Ebene, RKI und BfÖG) sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit verantwortlich für Politikberatung und das Schaffen und situationsgerechte Anpassen von Rahmenbedingungen zur STI-Prävention und der Förderung sexueller Gesundheit auf der Basis der BIS 2030 – Strategie des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.¹⁴
- ▶ **Die medizinischen und sozialwissenschaftlichen Fachwissenschaften** sind mit ihren Institutionen zuständig und verantwortlich für das Erarbeiten, Begründen und laufende Vervollständigen von Strategien der STI-Prävention und Förderung

sexueller Gesundheit, die Politikberatung und das Bereitstellen gesicherten Basiswissens für Information, Aufklärung und Beratung.

- ▶ **Auf Gesundheitsaufklärung und -bildung spezialisierte Institutionen** sind zuständig und verantwortlich für das Erarbeiten und bedarfsgerechte Anbieten von Informationsmaterialien zur sexuellen Gesundheit und STI-Prävention, die Evaluierung ihrer Eignung und Wirkung und die Einflussnahme auf deren optimalen Einsatz.
- ▶ **Medien**, inkl. Social Media, bereiten Wissen, Informationen und Botschaften zur sexuellen Gesundheit auf und verbreiten sie auch unter besonderer Berücksichtigung der STI-Prävention.
- ▶ **Eltern, Erziehungsberechtigte und pädagogische Fachkräfte in Bildungseinrichtungen aller Art** integrieren das Anliegen der sexuellen Gesundheit und wichtige Inhalte der STI-Prävention in ihre Bildungs- und Erziehungsarbeit.
- ▶ **Einrichtungen des Gesundheitswesens** (ambulante und stationäre ärztliche Versorgung, ÖGD, niedrigschwellige Beratungsstellen) sind zuständig und dafür verantwortlich, Diagnostik und Therapie von STI und eine adäquate medizinische Betreuung einschließlich eventuell notwendiger Nachsorge anzubieten und die STI-Prävention durch fachkompetente Information und Beratung zu unterstützen.
- ▶ **Einrichtungen des Sozialen Hilfesystems** (z. B. NGO bzw. präventiv tätige Hilfsorganisationen und Vereinigungen) bieten individuell oder zielgruppenspezifische Beratung für vulnerable Personen bezogen auf deren Lebenswirklichkeit, sie vermitteln zielgruppenspezifische Informationen, formulieren Verhaltensempfehlungen, und versuchen, auf schädliche Verhältnisse nach dem *Harm-Reduction*-Prinzip Einfluss zu nehmen.
- ▶ **Betroffenengruppen und Peers besonders aus Populationen mit erhöhtem Risiko für STI** setzen spezifische Botschaften und Verhaltensanforderungen im Rahmen der Prävention unmittelbar um.
- ▶ **Organisationen und die Gesundheitsversorgung in Arbeitskontexten** müssen durch angepasste Bildungsmaßnahmen die wesentlichen Punkte für ein liberales Zusammenleben und -arbeiten zur Förderung der sexuellen Gesundheit schaffen.

Vom effizienten Zusammenwirken dieser Verantwortungsträger ist der Präventionserfolg abhängig. Für alle Akteurinnen und Akteure gilt, dass von ihnen Geleistete/Veranlasste selbstkritisch zu begleiten, zu prüfen und ggf. zu optimieren. Eine wechselseitige kritische Analyse und Beurteilung der präventiven Leistungen der verschiedenen Akteurinnen und Akteure ist im Sinne der Optimierung des Gesamtkonzepts wünschenswert.

Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention sind drei **Stufen der Prävention**, die sowohl in der Verhältnis- als auch in der Verhaltensprävention Anwendung finden. Nachfolgend werden Beispiele für Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention mit Bezug auf STI und Förderung sexueller Gesundheit aufgezählt.

Primärprävention:

- ▶ Gesundheitsaufklärung und -bildung
- ▶ Impfprophylaxe: Hepatitis A (HAV) und HBV, HPV, Mpox (s. [Empfehlungen der Ständigen Impfkommision \[STIKO\]](#))
- ▶ Expositionsprophylaxe (Verhalten, das eine Ansteckung vermeiden soll): Nutzen von Kondomen, HIV-Prä-Expositionsprophylaxe (HIV-PrEP), Schutz durch Therapie/Behandlung (TasP, engl. treatment as prevention)

Sekundärprävention:

- ▶ Screening- und Untersuchungsangebote in der Allgemeinbevölkerung (z. B. bei der Blutspende, bei Schwangeren oder bei jungen sexuell aktiven Frauen < 25 Jahre) sowie für Menschen mit höherem STI-Risiko (z. B. in der Sexarbeit tätige Menschen, Männer, die Sex mit Männern haben [MSM], Menschen, die Drogen gebrauchen u. a.).
- ▶ Inanspruchnahme einer Beratung und Testung bei beginnenden Symptomen, Verdacht auf eine Ansteckung, nach riskanten Kontakten oder zu Früherkennungsuntersuchungen.
- ▶ Verhaltensempfehlungen zur eigenen Genesung und zum Schutz anderer, ggf. das Beraten, Untersuchen und Mitbehandeln von Partnerinnen und Partnern sowie Informationen, Untersuchungsangebote und Verhaltensempfehlungen im Umfeld.

- ▶ Post-Expositionsprophylaxe nach potenziellen Infektionsereignissen zur Vermeidung einer Erkrankung (HIV, HBV und andere STI).

Tertiärprävention:

- ▶ Maßnahmen der medizinischen und ggf. sozialen Betreuung bei chronisch verlaufenden STI (HIV-Infektionen, chronische HBV-Infektionen, Herpes genitalis, persistierende Infektionen durch HPV, u. U. auch Syphilis)

3. Erläuterungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Prävention und Förderung sexueller Gesundheit

Jedem Menschen sollten Möglichkeiten des Schutzes, der Kontrolle, der Wiederherstellung oder der Förderung seiner Gesundheit zur Verfügung stehen. Aus dem Recht auf Gesundheit leitet sich keine Pflicht zur Gesundheit ab. Eine Pflicht zur Gesundheit kann man individuell als moralische Pflicht verstehen, den Wert der eigenen Gesundheit zu achten, diese zu erhalten und bestmöglich zu schützen.

Ein verhaltensbedingtes Versagen der Prävention sollte in aller Regel nicht mit individueller Schuldzuweisung verknüpft werden. Strafandrohung ist kein geeignetes Mittel der Prävention.

Insgesamt sollten die Ursachen der Effektivität/Effizienz von Präventionsmaßnahmen (bezogen sowohl auf das Individuum als auch auf die Gesellschaft), die sehr verschieden sein können, differenziert bewertet werden.

4. Erläuterungen zur wissenschaftlichen Basis von Prävention und Förderung sexueller Gesundheit

Die wissenschaftliche Untermauerung und die Evaluierung der Maßnahmen und Strategien zu Präventionsmaßnahmen von STI nach den aktuellen Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis¹⁵ sowie die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren müssen als wichtige Grundsätze beachtet, ggf. weiterentwickelt und verbessert werden.

5. Erläuterungen zu Risiken und Nebenwirkungen von Prävention und Förderung sexueller Gesundheit

Im Sinne der Wahrung der Rechte aller Menschen besteht auf der Handlungsebene eine ethische Verpflichtung, jegliche Art von Schädigung eines ande-

ren, sei es im Rahmen von Prävention oder Förderung von sexueller Gesundheit (oder in irgendeiner anderen Hinsicht) zu vermeiden.

Zur sicheren Vermeidung von Schäden ist besondere Sorgfalt geboten, wenn zu potenziellen Risiken von Präventionsmaßnahmen (noch) keine wissenschaftlich gesicherten Ergebnisse verfügbar sind. Hier ergeben sich im Rahmen der Verhältnisprävention (z. B. bei neuen Medikamenten oder Impfstoffen) spezielle Pflichten einer besonders sorgfältigen Prüfung des Einsatzes sowie auch der gründlichen Aufklärung.

Fazit

Die hier vorgelegten Standards sind eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen im Einzelnen. Sie sollen die auf dem Feld der Prävention tätigen Akteurinnen und Akteure erreichen, ggf. durch kritische Hinweise weiterentwickelt und bei Anerkennung in der Arbeit berücksichtigt werden.

Literatur

- 1 Robert Koch-Institut. Zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, 2010(35). DOI: <http://dx.doi.org/10.25646/4473>
- 2 World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization; 2017. Report No.: 978-92-4-151288-6. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf>
- 3 World Health Organization. Constitution of the World Health Organisation. Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization; 2020. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=1
- 4 Robert Koch-Institut. Prävention 2023 [updated 14.12.2023; cited 02.06.2025]. <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Praevention/praevention-node.html>
- 5 Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. 2022. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden [Internet]. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>
- 6 United Nations. Universal Declaration of Human Rights. Paris 1948. <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2021/03/udhr.pdf>
- 7 United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. 1966. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/ceschr.pdf>
- 8 World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva: World Health Organization, 2006. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/defining_sexual_health.pdf
- 9 World Association for Sexual Health (WAS). WAS Declaration on Sexual Rights World Association for Sexual Health (WAS), 2014 [cited 02.06.2025]. <https://www.worldsexualhealth.net/was-declaration-on-sexual-rights>

- 10 World Health Organization, Meeting on Education Treatment in Human Sexuality. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting [held in Geneva from 6 to 12 February 1974]. Geneva: World Health Organization; 1975 1975. Report No.: 9241205725. <https://iris.who.int/handle/10665/38247>.
- 11 World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO regional strategy on sexual and reproductive health: reproductive health/pregnancy programme: Copenhagen, Denmark, November 2001. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2001 2001. Contract No.: WHO/EURO:2001-4239-43998-62038. <https://iris.who.int/handle/10665/349887>.
- 12 Office for Investment for Health & Development (ITA) (IHE), Regional Governance and Languages (RGL). Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind (RC66). 2016. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC66-13>
- 13 World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. Geneva: World Health Organization; 2022 2022. Report No.: 9789240053779 (electronic version) 9789240053786 (print version). <https://iris.who.int/handle/10665/360348>
- 14 Bundesministerium für Gesundheit. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen – BIS 2030 Bundesministerium für Gesundheit, 2016. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/hiv-hepatitis-und-sti/bis-2030.html>
- 15 Deutsche Forschungsgemeinschaft. Guidelines for Safeguarding Good Research Practice. Code of Conduct. 2019. <https://zenodo.org/records/14281892>. DOI: 10.5281/zenodo.14281892.
- Dr. Miriam Gerlich, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln
 - Dr. Alexandra Hofmann, Robert Koch Institut, Berlin
 - Elisabeth Köhler, Frankfurt am Main
 - Harriet Langanke, GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit GmbH, Köln
 - Elke Leineweber, Obertraubling
 - Isabel Mordhorst, Ruhr-Universität Bochum, WIR-Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum
 - Dr. med. Dr. phil. Stefan Nagel, Zarrentin
 - Dr. Dirk Sander, Deutsche Aidshilfe e. V., Berlin
 - Dr. Gisela Walter, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Bundesverband, Frankfurt/Main

Korrespondenz: hofmanna@rki.de

Interessenkonflikt

Dr. med. Dr. phil. Stefan Nagel erklärt, dass er Vortragstätigkeiten für ViiV Healthcare, München und MSD Sharp & Dome GmbH, Haar durchgeführt hat.

Alle anderen Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Alle Autorinnen und Autoren waren auch Teil des Organisationskomitees.

Vorgeschlagene Zitierweise

Deutsche STI-Gesellschaft (Bremer V, Brockmeyer N, Gerlich M, Hofmann A, Köhler E, Langanke H, Leineweber E, Mordhorst I, Nagel S, Sander D, Walter G): Standards zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen und zur Förderung sexueller Gesundheit

Epid Bull 2025;26:19-27 | 10.25646/13201

Dieser Artikel wurde im Mai 2025 (nicht Open Access) in der Zeitschrift Dermatologie in der Rubrik Mitteilungen der DSTIG vorab veröffentlicht (<https://www.springermedizin.de/mitteilungen-der-dstig/50923916>). Für die hier vorliegende Veröffentlichung wurden lediglich redaktionelle Änderungen am Text vorgenommen.

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Autorinnen und Autoren

An der Überarbeitung der Standards waren folgende AG-Mitglieder beteiligt (alphabetisch):

- Dr. Viviane Bremer, Robert Koch Institut, Berlin
- Prof. Dr. Norbert Brockmeyer, Ruhr-Universität Bochum, WIR-Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum; Vorsitzender der Deutschen-STI-Gesellschaft

Neues vom Journal of Health Monitoring

Die zweite Ausgabe des Journal of Health Monitoring 2025 hat den thematischen Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So beschäftigt sich ein Artikel mit dem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen basierend auf den Daten der Studie GEDA 2022. Es zeigt sich, dass die Hälfte der Personen, die laut Testergebnis ein erhöhtes bis hohes Risiko aufweisen, für sich selbst nahezu kein Risiko wahrnehmen. Im Artikel zur zeitlichen Entwicklung der Mortalität der koronaren Herzkrankheit (KHK) in Deutschland wurden KHK-Mortalitätsraten für den Zeitraum 1998–2023 auf Basis von Daten der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes berechnet.

Im zweiten Quartal erschien zudem eine Auswertung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS zum Thema Mundgesundheit von Personen mit und ohne Diabetes. Es konnte erstmals für Deutschland (bevölkerungsrepräsentativ) gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen Diabetes und Mundgesundheit im Erwachsenenalter besteht.

Das Quartal wird mit dem Artikel zu Armut und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zum

Ende der COVID-19-Pandemie abgeschlossen. Dazu wurden Daten der KIDA Studie mit dem Ziel ausgewertet, die gesundheitliche Lage von armutsgefährdeten jungen Menschen im Vergleich zu Gleichaltrigen aus finanziell bessergestellten Familien zum Ende der Pandemie zu beschreiben.

Die Artikel des Journal of Health Monitoring können über die RKI-Internetseite unter www.rki.de/jhealthmonit auf Deutsch sowie unter www.rki.de/jhealthmonit-en auf Englisch kostenlos heruntergeladen werden.

Informationen über Neuerscheinungen des Journal of Health Monitoring bietet der GBE-Newsletter, für den Sie sich unter www.rki.de/newsletter anmelden können.

Livia Ryl, JoHM-Redaktion
Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie
und Gesundheitsmonitoring
Korrespondenz: RylL@rki.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

25. Woche 2025 (Datenstand: 25. Juni 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.
Baden-Württemberg	29	1.417	1.637	11	364	454	14	163	104	26	4.472	2.912	32	1.466	910
Bayern	82	2.211	2.379	31	601	612	16	219	117	57	6.710	6.849	54	2.956	1.585
Berlin	32	791	800	3	155	220	0	96	53	20	2.175	2.972	18	1.305	913
Brandenburg	47	647	622	6	127	191	4	70	49	14	2.528	3.117	35	2.059	1.057
Bremen	12	166	130	0	14	23	0	25	5	1	349	216	2	118	67
Hamburg	7	451	451	2	79	100	4	57	13	8	1.192	1.391	7	625	410
Hessen	27	1.133	1.264	9	318	296	7	220	113	20	3.644	2.322	27	1.498	926
Mecklenburg-Vorpommern	30	486	457	6	84	131	5	84	51	26	1.621	1.571	42	1.135	391
Niedersachsen	56	1.546	1.738	18	298	456	20	284	255	50	4.769	4.003	62	3.413	999
Nordrhein-Westfalen	150	4.315	4.477	26	686	793	40	474	447	85	12.308	10.341	82	4.792	2.597
Rheinland-Pfalz	53	1.048	1.144	6	223	217	5	103	67	25	3.250	2.166	34	1.566	593
Saarland	8	277	279	0	52	42	1	39	7	4	803	495	2	687	155
Sachsen	78	1.232	1.443	7	262	311	4	121	133	58	5.046	5.219	83	2.111	1.445
Sachsen-Anhalt	40	586	533	6	168	183	3	67	65	42	2.741	2.872	27	1.879	470
Schleswig-Holstein	28	583	612	1	88	108	6	95	71	21	1.561	1.647	19	634	410
Thüringen	46	577	639	15	291	347	4	84	42	28	2.569	2.610	32	1.578	1.190
Deutschland	725	17.466	18.605	147	3.810	4.484	133	2.201	1.592	485	55.738	50.703	558	27.822	14.118

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.
Baden-Württemberg	0	57	45	21	1.034	1.305	18	533	604	5	264	309	11	33.229	23.701
Bayern	1	87	47	39	1.684	2.061	15	716	797	2	264	301	17	71.657	45.389
Berlin	1	24	30	36	743	702	12	247	259	5	138	160	9	15.369	5.714
Brandenburg	2	18	21	6	139	220	3	80	85	1	35	57	8	18.102	6.972
Bremen	0	5	2	6	158	183	1	50	89	2	33	33	0	1.187	777
Hamburg	1	14	22	31	694	634	4	134	181	2	81	102	24	9.814	3.947
Hessen	0	40	40	22	666	943	14	285	346	5	215	259	5	20.742	11.617
Mecklenburg-Vorpommern	0	8	7	3	74	137	4	47	83	4	32	26	1	13.266	6.504
Niedersachsen	0	64	36	42	910	1.077	12	371	444	5	140	128	6	28.424	12.355
Nordrhein-Westfalen	3	97	119	54	2.150	2.614	22	953	1.148	3	421	450	22	63.601	28.599
Rheinland-Pfalz	0	23	20	16	539	790	7	168	185	4	93	88	4	16.783	10.150
Saarland	0	8	6	7	125	181	6	78	96	1	22	31	0	3.201	1.571
Sachsen	1	23	14	9	206	248	6	110	131	0	71	81	15	43.057	20.277
Sachsen-Anhalt	0	7	7	8	198	189	4	71	77	0	40	47	7	25.985	12.036
Schleswig-Holstein	0	13	13	11	277	347	2	154	217	3	46	55	5	10.608	4.347
Thüringen	2	15	14	4	100	121	1	67	56	1	38	44	6	17.745	8.324
Deutschland	11	503	443	315	9.697	11.752	131	4.064	4.798	43	1.933	2.171	140	392.770	202.280

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.
Baden-Württemberg	0	15	16	1	9	23	0	0	1	2	443	1.912	26	1.907	1.750
Bayern	2	39	32	1	40	40	0	0	4	14	736	1.850	62	3.529	2.400
Berlin	0	9	87	1	10	14	0	0	1	0	122	281	10	661	683
Brandenburg	1	4	4	0	5	2	0	0	0	5	168	548	16	426	328
Bremen	0	1	2	0	2	5	0	0	0	0	17	24	5	57	96
Hamburg	0	3	14	0	5	7	0	0	1	1	84	160	7	380	257
Hessen	0	18	13	3	17	22	0	1	0	3	257	304	21	500	516
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	92	53	7	122	140
Niedersachsen	0	14	15	0	18	14	0	0	0	2	254	448	44	733	660
Nordrhein-Westfalen	0	39	84	4	49	66	0	1	1	9	591	1.374	84	2.112	1.816
Rheinland-Pfalz	0	7	5	0	6	14	0	0	1	7	213	314	17	469	331
Saarland	0	1	8	0	1	0	0	0	0	1	101	104	3	71	58
Sachsen	1	9	14	1	12	6	0	0	0	11	334	501	26	1.199	1.220
Sachsen-Anhalt	0	3	1	0	1	3	0	0	0	17	424	277	6	103	114
Schleswig-Holstein	0	0	3	0	5	12	0	0	0	3	85	219	11	306	254
Thüringen	0	1	3	0	2	5	0	0	0	7	345	525	10	219	195
Deutschland	4	164	301	11	182	233	0	2	9	85	4.266	8.894	355	12.794	10.818

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		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.
Baden-Württemberg	2	41	42	20	562	477	2	48	47	2	58	42	59	3.132	7.407
Bayern	2	42	51	12	569	623	3	128	99	3	62	62	172	5.336	14.602
Berlin	2	35	54	19	371	317	0	21	28	0	27	46	44	1.963	2.256
Brandenburg	0	3	7	1	97	100	1	47	46	1	16	13	25	1.387	1.584
Bremen	2	3	1	0	16	14	0	9	3	0	0	3	3	168	412
Hamburg	1	12	8	7	233	190	0	16	17	1	28	22	25	950	1.677
Hessen	1	25	28	14	531	554	4	53	57	0	45	63	54	2.451	5.598
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	6	1	56	84	1	25	10	0	13	9	18	1.134	1.699
Niedersachsen	1	19	34	17	369	384	3	83	90	3	51	55	46	2.246	5.115
Nordrhein-Westfalen	2	73	69	27	1.190	975	15	307	257	3	146	161	146	6.923	15.511
Rheinland-Pfalz	2	11	8	11	236	186	2	52	38	0	18	10	31	1.660	3.775
Saarland	0	6	3	5	38	23	3	11	8	0	4	11	6	509	1.125
Sachsen	0	3	13	6	153	114	5	164	139	2	27	34	51	2.773	3.847
Sachsen-Anhalt	0	3	5	7	94	90	3	39	43	0	26	24	32	1.412	2.000
Schleswig-Holstein	0	9	11	5	125	120	1	29	21	1	12	12	31	1.301	2.249
Thüringen	1	7	8	4	82	60	1	25	31	0	19	16	9	908	1.765
Deutschland	16	297	348	156	4.722	4.311	44	1.057	934	16	552	583	752	34.253	70.622

¹ Infektion und Kolonisation

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

² *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

³ Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

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

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2025		2024
	25.	1.–25.	1.–25.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	122	194
Bornavirus-Erkrankung	0	1	3
Botulismus	0	4	5
Brucellose	0	26	29
<i>Candida auris</i> , invasive Infektion	0	6	6
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	61	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	48	55
Denguefieber	4	504	1.135
Diphtherie	0	18	29
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	17	134	205
Giardiasis	25	1.336	1.344
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	25	950	1.001
Hantavirus-Erkrankung	6	132	233
Hepatitis D	0	8	65
Hepatitis E	58	2.630	2.364
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	24	18
Kryptosporidiose	24	767	889
Legionellose	52	860	895
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	74	110
Listeriose	12	265	305
Malaria	22	377	360
Meningokokken, invasive Infektion	0	189	184
Mpox	13	302	50
Nicht-Cholera-Vibrien-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	7	25
Paratyphus	0	11	25
Pneumokokken, invasive Infektion	136	7.018	5.124
Q-Fieber	0	37	48
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	78	64.997	42.107
Shigellose	31	1.055	817
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	44	62
Typhus abdominalis	0	36	32
West-Nil-Fieber*	0	1	2
Yersiniose	50	1.797	1.628
Zikavirus-Erkrankung	0	5	25

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