

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 unbekanntem 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 Erstdiagnose 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-Doppelinfektion

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

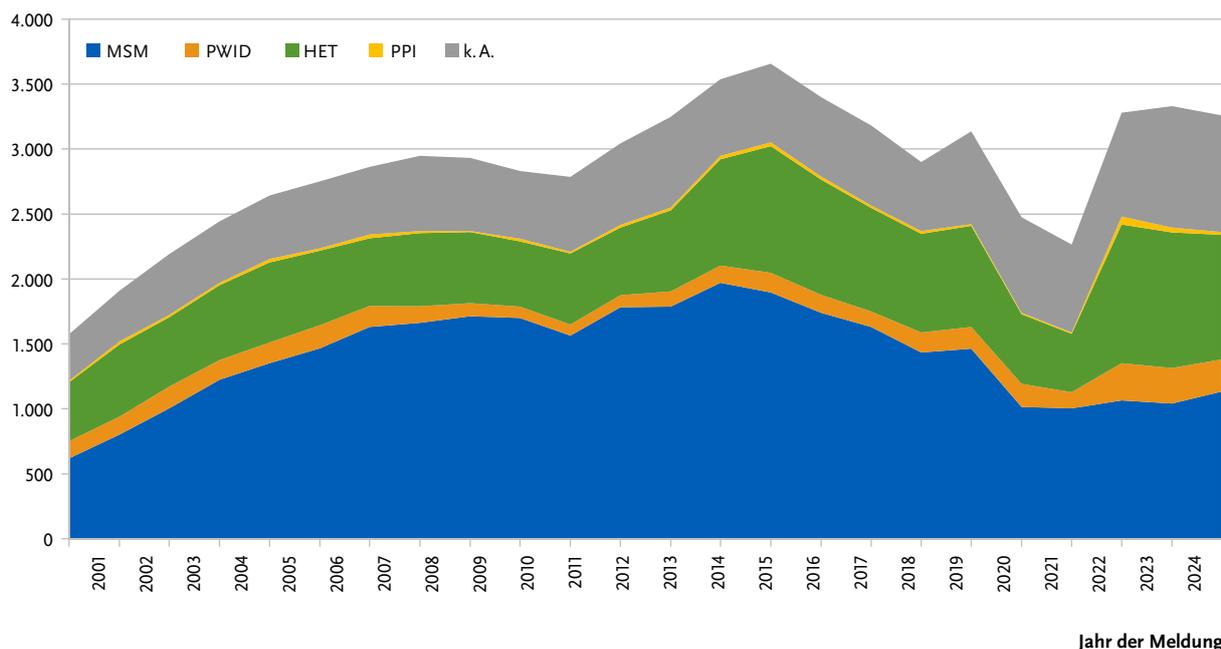


Abb. 1 | HIV-Neudiagnosen nach Jahr der Diagnose und Transmissionsrisiko (2001–2024)

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

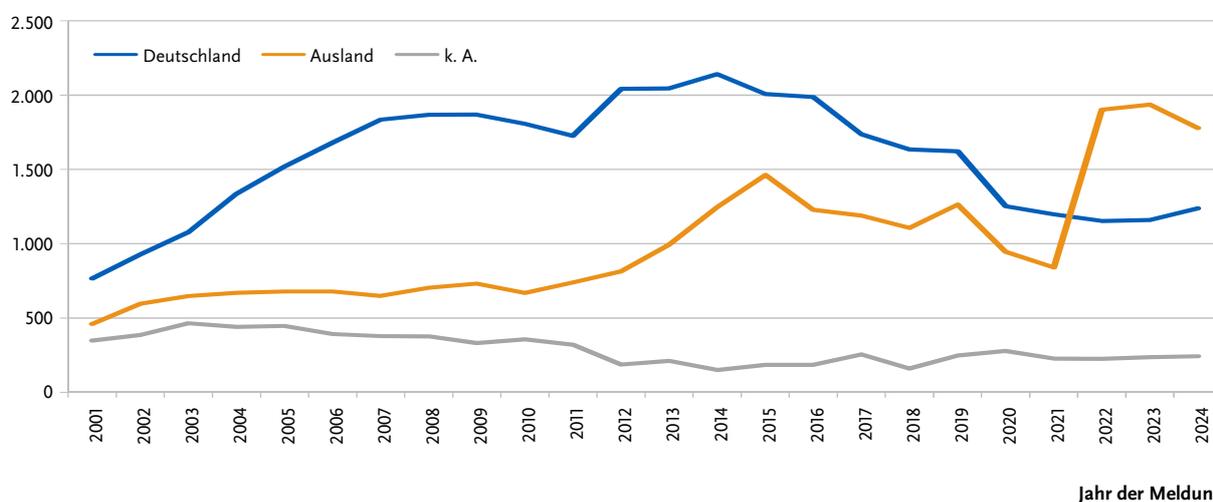


Abb. 2 | Herkunftsangaben bei HIV-Neudiagnosen in den Jahren 2001–2024

k. A. = keine Angabe

Anzahl Neudiagnosen

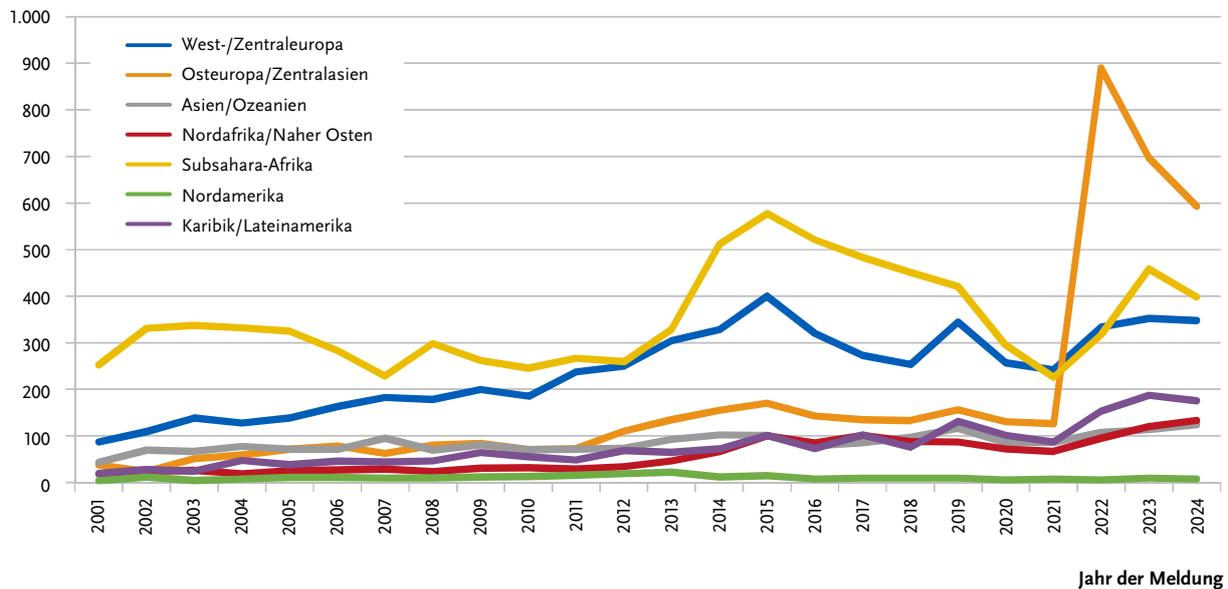


Abb. 3 | HIV-Neudiagnosen mit Angaben zu nicht deutscher Herkunft in den Jahren 2001–2024

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

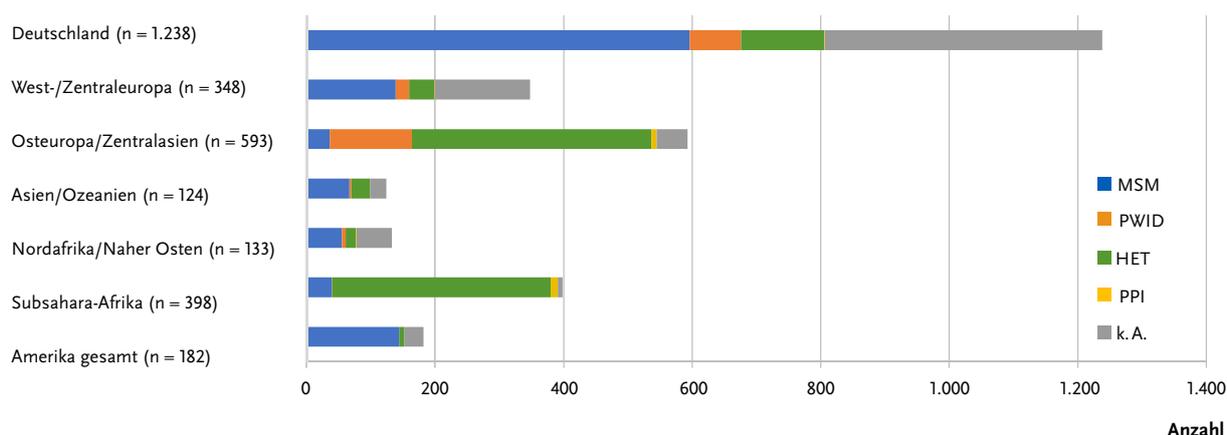


Abb. 4 | HIV-Neudiagnosen nach Herkunftsregion und wahrscheinlichem Transmissionsweg, 2024

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

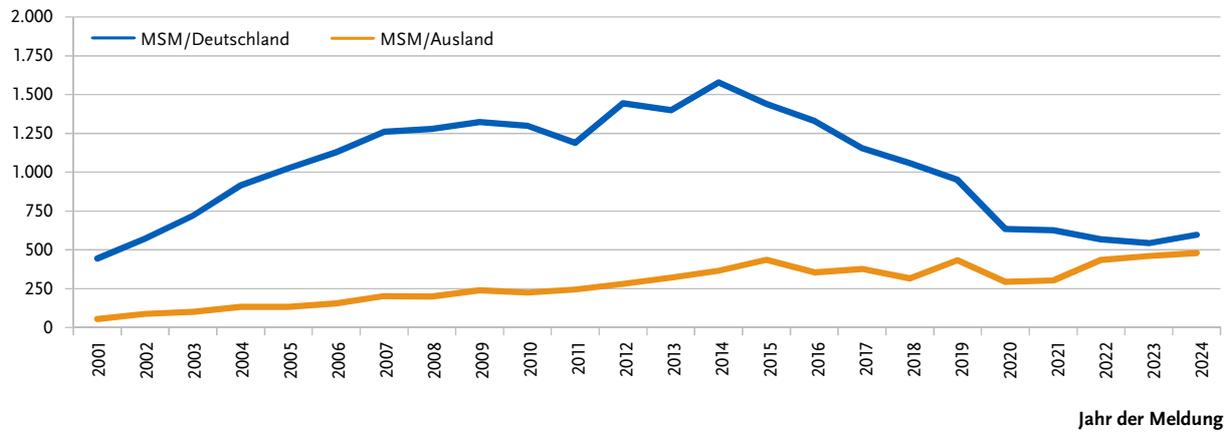


Abb. 5a | HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), nach Herkunft, 2001–2024

Anzahl Neudiagnosen

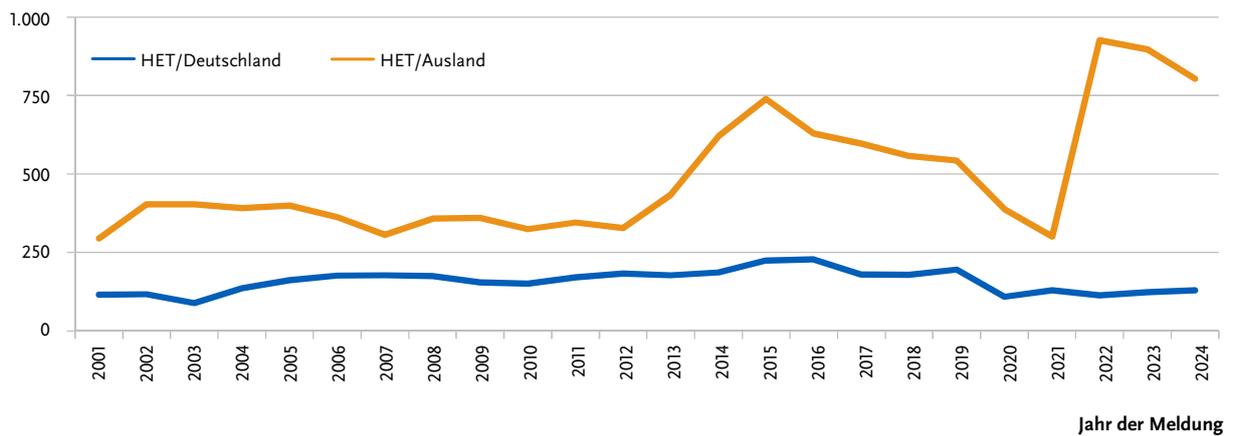


Abb. 5b | HIV-Neudiagnosen bei heterosexuellen Kontakten (HET) nach Herkunft, 2001–2024

Anzahl Neudiagnosen

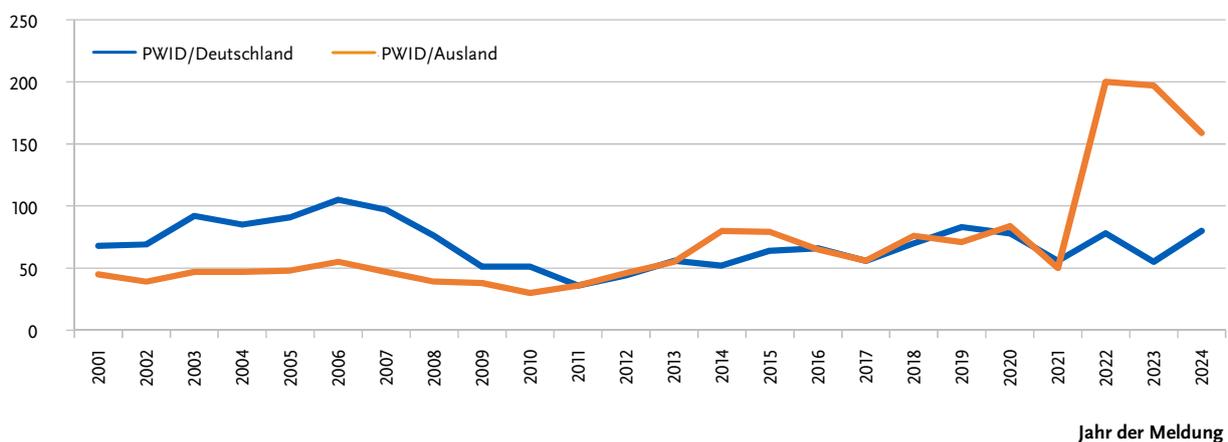


Abb. 5c | HIV-Neudiagnosen bei Menschen, die Drogen injizieren (PWID), nach Herkunft, 2001–2024

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

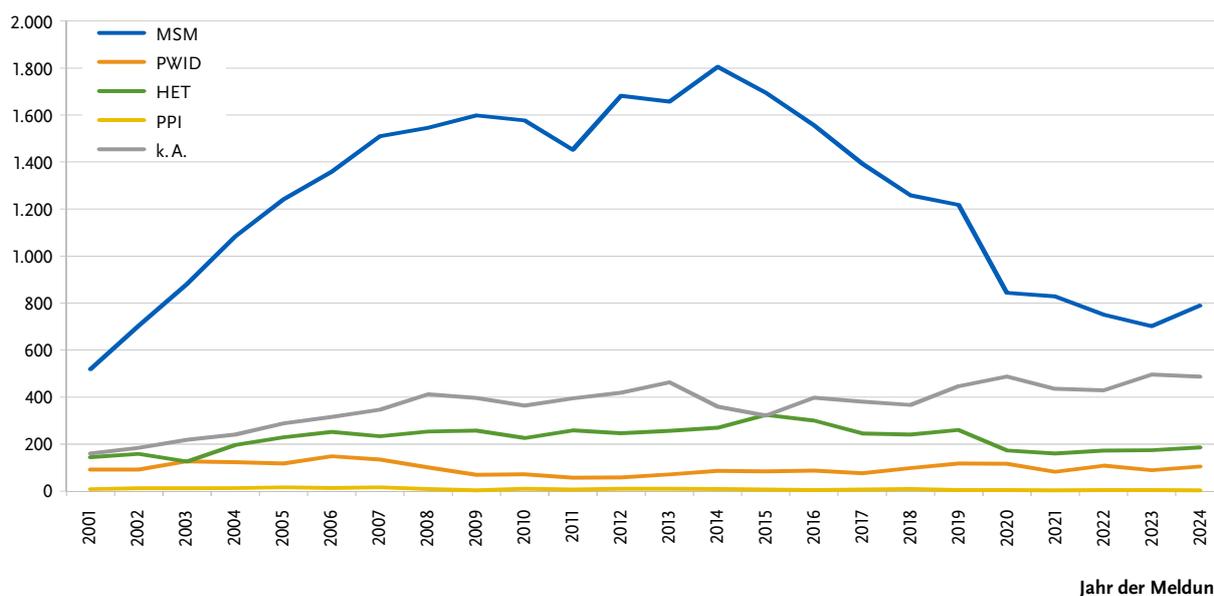


Abb. 6 | HIV-Neudiagnosen, die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001–2024

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

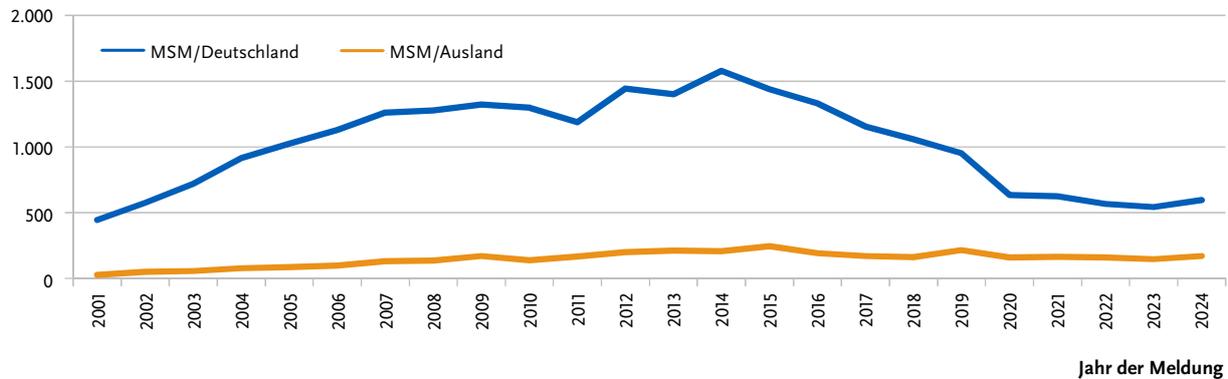


Abb. 7a | HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001 – 2024

Anzahl Neudiagnosen

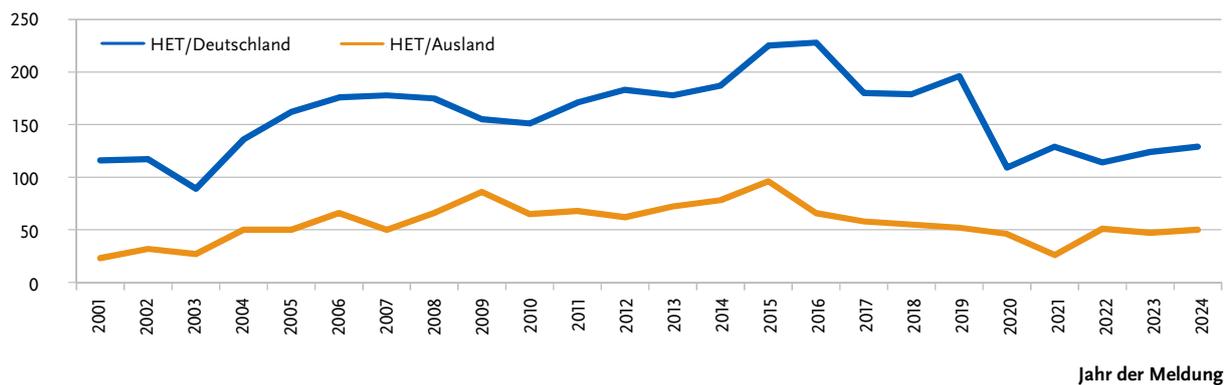


Abb. 7b | HIV-Neudiagnosen bei heterosexuellen Kontakten (HET), die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001 – 2024

Anzahl Neudiagnosen

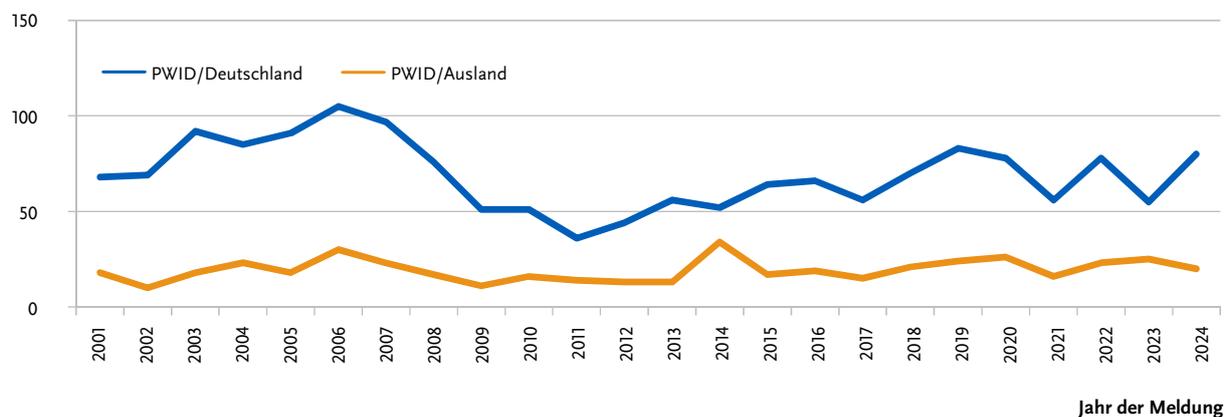


Abb. 7c | HIV-Neudiagnosen bei Menschen, die Drogen injizieren (PWID), die aus Perspektive der Primärprävention relevant für den deutschen Kontext sind (Infektion in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworben), 2001 – 2024

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	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 Communitys". <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](#)