Schätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2025 sowie der Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2025 mit HIV in Deutschland leben

Zusammenfassung

- HIV-Diagnosen werden oft erst Jahre nach der Infektion gestellt. Die Routinesurveillance auf Grundlage der Labormeldungen liefert deshalb nur begrenzte Informationen zur aktuellen Ausbreitung von HIV in Deutschland. Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen und die Gesamtzahl der Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, können nur mit Hilfe von Modellrechnungen abgeschätzt werden.
- Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland sowie bei Menschen deutscher Herkunft, die sich im Ausland mit HIV infiziert haben, wird für das Jahr 2025 auf 2.400 geschätzt und liegt damit etwa um 100 Neuinfektionen höher als 2024.
- Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) waren am stärksten von HIV-Neuinfektionen betroffen. In dieser Gruppe kam es im Jahr 2025 zu etwa 1.300 HIV-Neuinfektionen und damit zu einer ähnlichen Anzahl wie im Jahr 2024. Daneben haben sich etwa 370 Menschen durch injizierenden Drogengebrauch (*people who inject drugs*, PWID) neu mit HIV infiziert (+30 gegenüber 2024). In dieser Gruppe steigen die geschätzten Neuinfektionszahlen seit 2010 langsam, aber kontinuierlich an. Etwa 700 Menschen haben sich im Jahr 2025 in Deutschland auf heterosexuellem Weg (Hetero) mit HIV infiziert. Auch in dieser Gruppe sehen wir gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg (+85 gegenüber 2024).
- Im Rahmen der diesjährigen Schätzung ist erstmals auch die Beschreibung der HIV-Neuinfektionen in Städten über 500.000 Einwohnern (große Städte) und außerhalb davon möglich. In den großen Städten ist der Rückgang der HIV-Neuinfektionen bei MSM seit dem Jahr 2015 deutlich ausgeprägter als außerhalb dieser Städte. Die Anzahl heterosexuell übertragener HIV-Infektionen ist zwischen 2021 und 2025 außerhalb großer Städte stärker gestiegen als in großen Städten. Bei PWID war der Verlauf der HIV-Neuinfektionen in den letzten Jahren in und außerhalb großer Städte vergleichbar.
- Im Jahr 2025 wurden etwa 32 % der HIV-Erstdiagnosen (etwa 1.100 von 3.400) erst mit einem fortgeschrittenen Immundefekt und davon etwas mehr als die Hälfte (18 %) erst im Vollbild AIDS (etwa 620 von 3.400) gestellt. Im Vergleich zu den Vorjahren blieb der Anteil der Erstdiagnosen mit fortgeschrittener Infektion bzw. im Stadium AIDS etwa konstant. Unterschiede zeigen sich jedoch bei Betrachtung der absoluten Zahlen: Bei MSM und Menschen, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert haben, ist die Anzahl der HIV-Spätdiagnosen und Diagnosen im Stadium AIDS seit dem Jahr 2013 in den großen Städten deutlich stärker zurückgegangen als außerhalb dieser Städte.
- Da HIV durch die guten Therapiemöglichkeiten in der Regel nicht mehr zum Tod führt, stieg bis Ende 2025 die geschätzte Anzahl der Menschen, die mit einer HIV-Infektion in Deutschland leben, auf etwa 100.600 an. Von diesen sind etwa 8.700 HIV-Infektionen noch nicht diagnostiziert. Während die Zahl der nicht-diagnostizierten HIV-Infektionen bei MSM leicht zurückging (von etwa 5.100 im Jahr 2024 auf 5.000 im Jahr 2025), stieg sie in den anderen Gruppen leicht an (PWID: von etwa 1.200 im Jahr 2024 auf 1.300 im Jahr 2025, Hetero: von etwa 2.000 im Jahr 2024 auf 2.300 im Jahr 2025). Insgesamt steigt die geschätzte Anzahl der nicht-diagnostizierten HIV-Infektionen seit dem Jahr 2022 nach einem längeren Rückgang wieder an. Der Anteil der diagnostizierten HIV-Infektionen liegt bei etwa 91 %. Nicht berücksichtigt sind in diesen Zahlen die nicht-diagnostizierten HIV-Infektionen von in Deutschland lebenden Menschen nicht deutscher Herkunft, deren Infektion im Ausland erworben wurde.

- Der Anteil der Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, liegt seit dem Jahr 2017 sehr hoch und wird auf etwa 94 % im Jahr 2025 geschätzt. Etwa 96 % dieser Therapien verliefen erfolgreich, d. h. es wurde eine Viruslast von weniger als 200 Viruskopien/ml Blut erreicht. HIV ist dann sexuell nicht mehr übertragbar.
- Der Anstieg der HIV-Neuinfektionen zeigt, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, vor allem um die zielgruppenspezifischen Testangebote und den Zugang zu Therapie und Prophylaxe in der Fläche zu verbessern. Die aktuellen Daten weisen darauf hin, dass der Zugang zu HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für alle Menschen mit einem substanziellen HIV-Infektionsrisiko in der Fläche weiter ausgebaut werden muss. Es sollte darauf hingearbeitet werden, dass mehr Frauen und PWID sich durch PrEP schützen können. Bislang ist der Fokus noch sehr auf MSM mit PrEP-Bedarf gerichtet.
- Für Menschen mit injizierendem Drogenkonsum sollte der Zugang zu sterilen Konsumutensilien und Opioid-Agonisten-Therapie (Substitution) sowie zur PrEP weiter verbessert werden, auch in Haft.
- Der Zugang zu HIV-Therapie sollte für alle in Deutschland mit HIV lebenden Menschen gewährleistet werden.

1. Einleitung

Eine HIV-Diagnose erfolgt oft erst viele Jahre nach der HIV-Infektion. Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen und die Anzahl der Menschen in Deutschland, die mit einer HIV-Infektion leben, können nicht direkt gemessen, sondern nur mit Hilfe von Modellrechnungen abgeschätzt werden. Daher werden vom Robert Koch-Institut (RKI) regelmäßig Schätzungen zum Verlauf der HIV-Epidemie erstellt. Die Schätzung soll insbesondere die Planung von Präventionsmaßnahmen erleichtern und die Evidenzgrundlage für die Bereitstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und für weitere gesundheitspolitische Entscheidungen verbessern. Zur Beschreibung der HIV/AIDS-Epidemie werden die HIV-Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), das im Jahr 2023 eingestellte AIDS-Fallregister mit AIDS- und HIV-Todesfallberichten an das RKI, die Todesursachenstatistik der statistischen Landesämter sowie Daten zu abgerechneten antiretroviralen Medikamenten gemäß §300 Sozialgesetzbuch V herangezogen.

Grundlage für die Schätzung der HIV-Neuinfektionen sind die gemeldete Anzahl der HIV-Diagnosen sowie statistische Angaben, wie lange nach der Infektion die Diagnosen jeweils erfolgt sind. Auf dieser Grundlage werden die Anzahl der neu erfolgten HIV-Infektionen und die Anzahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen geschätzt. Die Abschätzung des zeitlichen Verlaufs der HIV-Neuinfektionen, der Todesfälle bei Menschen mit HIV sowie der Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV erfolgt **in jedem Jahr neu** auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Daten und Informationen. Da unter den im Jahr 2025 neu diagnostizierten HIV-Infektionen auch viele schon deutlich früher erworben wurden und daher die Anzahl der Infektionen aus früheren Jahren jetzt besser bestimmbar ist, ändern sich die Schätzwerte über den gesamten Verlauf. **Die Berechnungen liefern also jedes Jahr eine aktualisierte Einschätzung des gesamten bisherigen Verlaufs der HIV-Epidemie.** Eine genauere Beschreibung der Rückrechnung findet sich im *Epidemiologischen Bulletin* 47/2018.[1] Im Rahmen der HIV-Schätzung werden gerundete Zahlen angegeben – die Addition von Teilgruppen führt also in manchen Fällen nur ungefähr zur angegebenen Gesamtzahl.

Für die aktuelle Schätzung wurde erstmals zwischen Städten über 500.000 Einwohnern und dem übrigen Land unterschieden. Ziel war es, eventuelle Unterschiede in den Trends zwischen großen Städten, in denen viele Personen mit HIV leben und eine Versorgungsinfrastruktur vorhanden ist, von kleineren Städten und dem übrigen Land zu unterscheiden. Als Städte über 500.000 Einwohnern gelten neben den drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen die Städte Köln, Düsseldorf, Dortmund, Essen, Duisburg, Frankfurt am Main, Nürnberg, München, Dresden, Leipzig, Stuttgart und Hannover.

Fehlende Angaben bei den HIV-Erstdiagnosen, beispielsweise zum Transmissionsrisiko, wurden mit Hilfe einer verketteten multiplen Imputation er-

gänzt. Auf Ebene der HIV-Erstdiagnosen können daher – mit einer entsprechenden Unsicherheit – Trends in den einzelnen Gruppen dargestellt werden.

Bei den Angaben zu den Eckdaten in den Bundesländern weisen wir anders als bisher die diagnostizierten HIV-Infektionen am Ort (Wohnort oder Ort der Arztpraxis) der HIV-Erstdiagnose aus. Spätere Wechsel des Wohnortes werden nicht berücksichtigt. Insbesondere kann dieser Ort auch von dem Ort abweichen, an dem die HIV-Therapie bezogen wird.

2. Schätzung der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Zeitverlauf

Die Rückrechnung führt zu einer Schätzung des gesamten Epidemieverlaufs, ausgehend von den frühen 1980er-Jahren bis in die Gegenwart. Die geschätzte Anzahl der HIV-Neuinfektionen hat sich im Zeitverlauf von Spitzenwerten Mitte der 1980er-Jahre zunächst in allen Altersgruppen bis zum Ende der 1990er-Jahre deutlich reduziert. In den Jahren 2000 bis ca. 2007 erfolgte dann wieder ein deutlicher Anstieg der HIV-Infektionen auf bis zu 3.100 Neuinfektionen pro Jahr. Nach einem Rückgang entstand ab dem Jahr 2010 ein Plateau bei etwa 2.400 Neuinfektionen pro Jahr (s. Abb. 1). Seit 2016 ging die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland weiter zurück. Dieser Rückgang war in den Pandemiejahren 2020 und 2021 nochmals ausgeprägter – vermutlich aufgrund der geringeren Kontaktmöglichkeiten.

Seit dem Jahr 2022 zeigt die Schätzung einen Wiederanstieg der Neuinfektionen auf etwa 2.400 (95 % Konfidenzintervall [KI]: 2.200 – 2.600) im Jahr 2025.

Zeitlicher Verlauf der in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen HIV-Infektionen

Abbildung 2 zeigt die Unterschiede des Epidemieverlaufs in den verschiedenen HIV-Transmissionsgruppen. Von der geschätzten Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2025 (n = 2.400) waren etwa 1.300 (54 %) MSM. Etwa 700 Personen (29 %) haben sich 2025 auf heterosexuellem Weg in Deutschland infiziert, davon 400 Frauen (17 %) und 300 Männer (13 %). Darüber hinaus haben sich 2025 etwa 370 (15 %) PWID infiziert, davon etwa 250 Männer (10 %) und 120 Frauen (5 %).

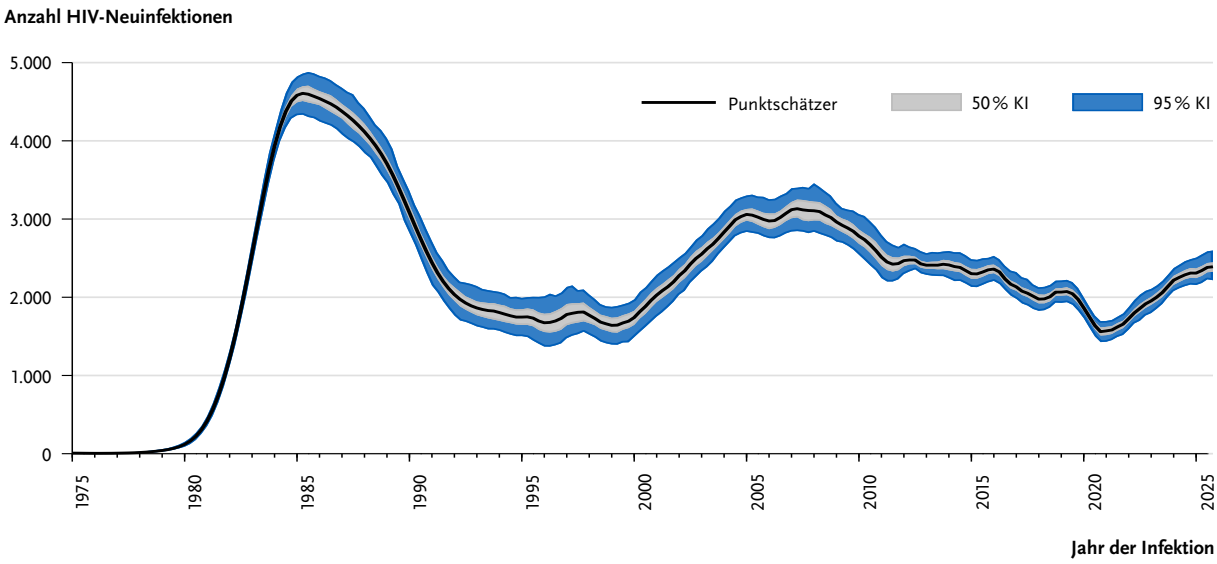


Abb. 1 | Geschätzte Gesamtzahl der HIV-**Neuinfektionen** (ohne transfusionsassoziierte Infektionen) in Deutschland seit 1975; nach Infektionsjahr

KI = Konfidenzintervall

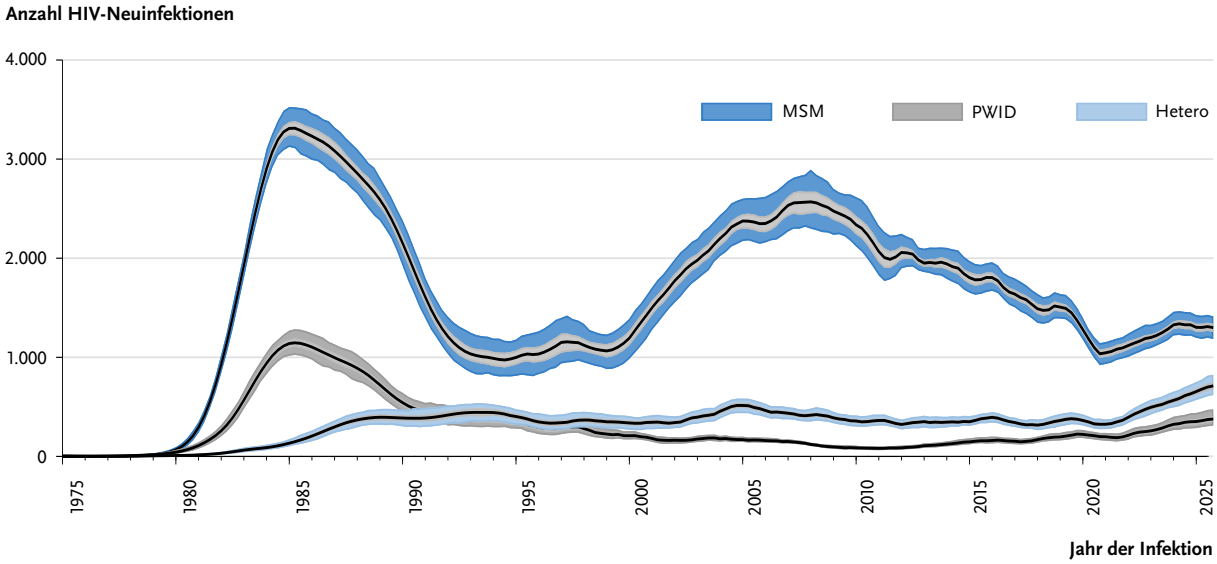


Abb. 2 | Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland seit 1975; nach Infektionsjahr und Transmissionsrisiko.

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; Hetero = heterosexuelle Kontakte; PWID = Menschen, die sich beim injizierenden Drogengebrauch infiziert haben

Die drei Hauptbetroffenengruppen in Deutschland zeigen in den letzten Jahren unterschiedliche Entwicklungen: In der Gruppe der MSM stiegen die Neuinfektionen nach dem Jahr 2021 leicht an, liegen aber auch 2025 noch unter dem Niveau des Vorpandemiejahres 2019. Im Vergleich zu 2024 blieb die Zahl in dieser Gruppe konstant. Bei PWID zeigt die Modellierung einen systematischen Anstieg der geschätzten Neuinfektionen seit 2010. In den Jahren 2018 bis 2021 kam es jeweils zu 200 bis 220 HIV-Neuinfektionen. Im Jahr 2025 stieg die geschätzte Zahl an Neuinfektionen auf 370 (95 % KI: 300–470) und lag damit um etwa 30 höher als im Jahr 2024. Bei Menschen mit heterosexueller HIV-Transmission lag die Zahl von HIV-Neuinfektionen im Zeitraum von 1987 bis 2022 immer zwischen 330 und 500. Seit dem Jahr 2021 zeigt die Modellierung einen Anstieg auf etwa 700 (95 % KI: 600–810) im Jahr 2025 und liegt damit um etwa 85 höher als im Jahr 2024 (s. Abb. 2).

Im Rahmen der diesjährigen Schätzung ist erstmals auch die Beschreibung der Neuinfektionen in Städten über 500.000 Einwohnern und außerhalb davon möglich (s. Abb. 3A und Abb. 3B). Bei MSM war der Anstieg der HIV-Infektionen zu Beginn der Epidemie in den 1980er-Jahren in Städten >500.000 Einwohnern deutlich früher und auch stärker ausgeprägt als in den anderen Regionen (s. Abb. 3A). Nach einem Rückgang auf ein vergleichbares Niveau stiegen die HIV-Infektionen in den Jahren 2000 bis 2009 wieder deutlich, wobei die Entwicklung in den großen Städten etwas früher verlief als in den übrigen Regionen. Seit dem Jahr 2009 ging die Anzahl der HIV-Infektionen bei MSM zurück, seit 2015 ist der Rückgang allerdings in den großen Städten deutlich ausgeprägter und in den übrigen Regionen werden konstant mehr HIV-Infektionen geschätzt.

Abbildung 3B zeigt, dass die geschätzte Anzahl der heterosexuellen HIV-Übertragungen bei Frauen und Männern außerhalb von großen Städten kontinuierlich höher lag als in Städten >500.000 Einwohnern. Dabei muss beachtet werden, dass deutlich mehr Menschen in Deutschland außerhalb der großen Städte leben – im Jahr 2025 waren es etwa 15,3 Millionen Menschen in den großen Städten, aber 68,3 Millionen außerhalb dieser großen Städte. Bei Männern mit heterosexuellem Übertragungsweg war der Anstieg der Neuinfektionen außerhalb großer Städte ausgeprägter (von etwa 75 im Jahr 2021 auf etwa 220 im Jahr 2025) als innerhalb großer Städte (von etwa 30 im Jahr 2021 auf 80 im Jahr 2025). Bei Frauen außerhalb großer Städte stiegen die Neuinfektionen seit dem Jahr 2016 von etwa 170

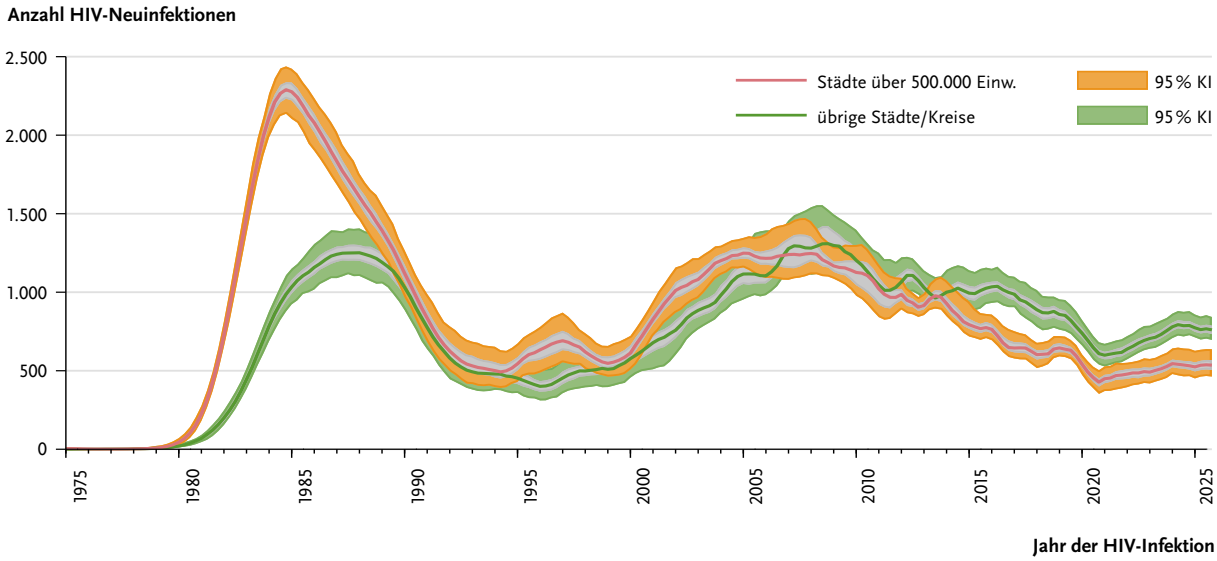


Abb. 3A | Zeitlicher Verlauf der geschätzten Anzahl von HIV-Neuinfektionen in Deutschland für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) in und außerhalb von großen Städten seit 1975

Einw. = Einwohner; KI = Konfidenzintervall

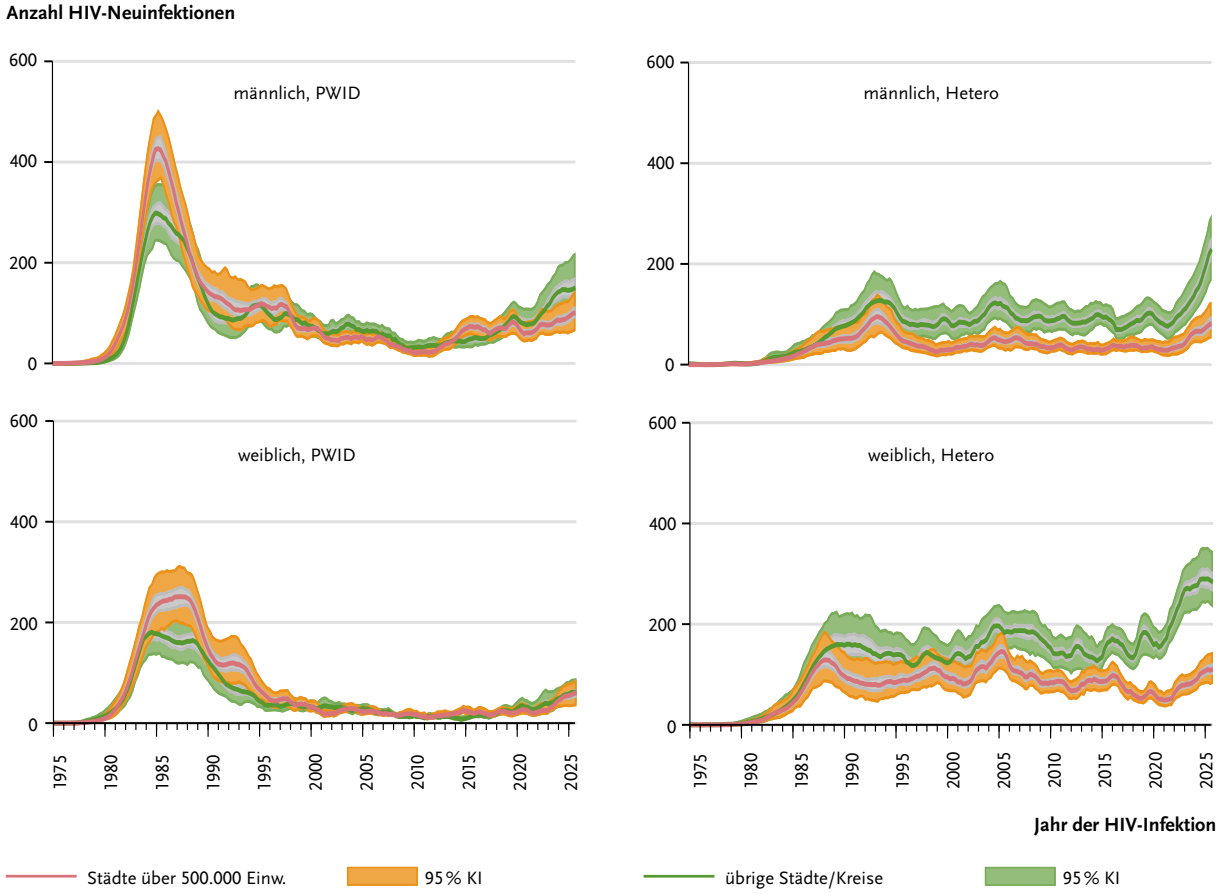


Abb. 3B | Zeitlicher Verlauf der geschätzten Anzahl von HIV-Neuinfektionen in Deutschland für die Transmissionsrisiken injizierender Drogengebrauch (PWID) und heterosexuelle Kontakte (Hetero) in und außerhalb von großen Städten nach Geschlecht seit 1975

Einw. = Einwohner; KI = Konfidenzintervall

auf zuletzt etwa 290, während sie innerhalb großer Städte weitgehend konstant bei etwa 100 Infektionen pro Jahr blieben. Die Modellierung deutet aktuell auf einen Anstieg sowohl bei Frauen als auch bei Männern hin. Dieser Anstieg sollte aber vorsichtig interpretiert werden, da sich von der Modellierung geschätzte Anstiege in dieser Gruppe in der Vergangenheit nicht immer realisiert haben. Bei männlichen und weiblichen PWID war die Zahl der Neuinfektionen in und außerhalb großer Städte in den letzten Jahren vergleichbar, wobei der Anstieg bei männlichen PWID außerhalb großer Städte etwas ausgeprägter geschätzt wird als innerhalb (s. Abb. 3B).

Zeitlicher Verlauf der HIV-Erstdiagnosen bei Menschen nicht deutscher Herkunft, die ihre HIV-Infektion im Ausland erworben haben

HIV-Infektionen, die von Menschen nicht deutscher Herkunft im Ausland erworben wurden, werden bei der Schätzung der HIV-Neuinfektionen in Deutschland nicht berücksichtigt. Sie gehen aber ein in die Schätzung der Gesamtzahl von Menschen, die mit HIV in Deutschland leben. Das Schätzmodell kann den Migrationsverlauf nach Deutschland nicht modellieren, insbesondere da keine Angaben über den Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland erhoben werden. Daher kann lediglich die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit einer noch nicht diagnostizierten, im Inland erworbenen HIV-Infektion geschätzt und bei der Schätzung der Gesamtzahl der Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, auch berücksichtigt werden. Auch Daten zur Emigration von Menschen mit HIV aus Deutschland stehen uns nicht zur Verfügung. Insofern wird für diese Gruppe nur eine geschätzte Anzahl der HIV-Erstdiagnosen und der Anzahl von Menschen mit HIV-Diagnose dargestellt.

Abbildung 4A zeigt den zeitlichen Verlauf der geschätzten HIV-Erstdiagnosen in Deutschland inklusive der Anzahl der Erstdiagnosen bei Menschen nicht deutscher Herkunft, die ihre Infektion im Ausland erworben haben. Deutlich erkennbar ist die starke Zunahme von Menschen aus Europa im Jahr 2022, die in erster Linie die Aufnahme von Geflüchteten aus der Ukraine mit meist bereits bekannter HIV-Infektion widerspiegelt (2022: 898 Personen, 2023: 627, 2024: 603, 2025: 605, basie-

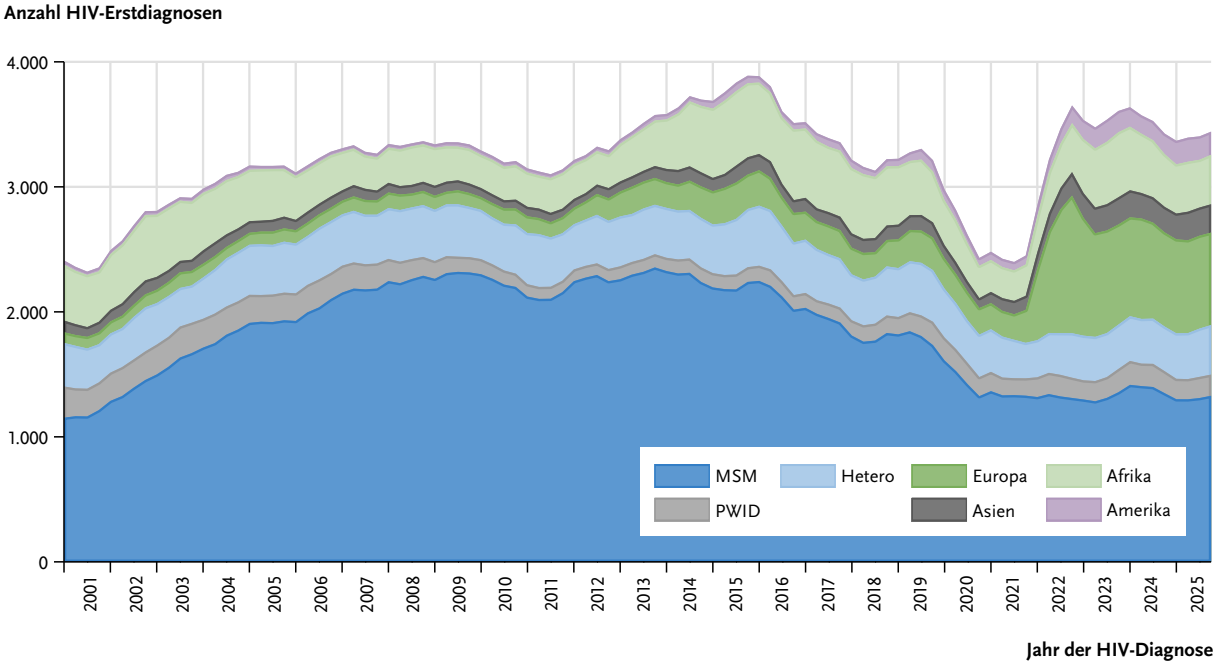


Abb. 4A | Geschätzter Verlauf der Anzahl der HIV-Erstdiagnosen in Deutschland. Die in Deutschland oder von Personen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen Infektionen sind nach Transmissionsweg eingeteilt, die von Menschen nicht deutscher Herkunft im Ausland erworbenen Infektionen nach Herkunftsregion, seit 2001.

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; Hetero = heterosexuelle Kontakte; PWID = Menschen, die sich beim injizierenden Drogengebrauch infiziert haben

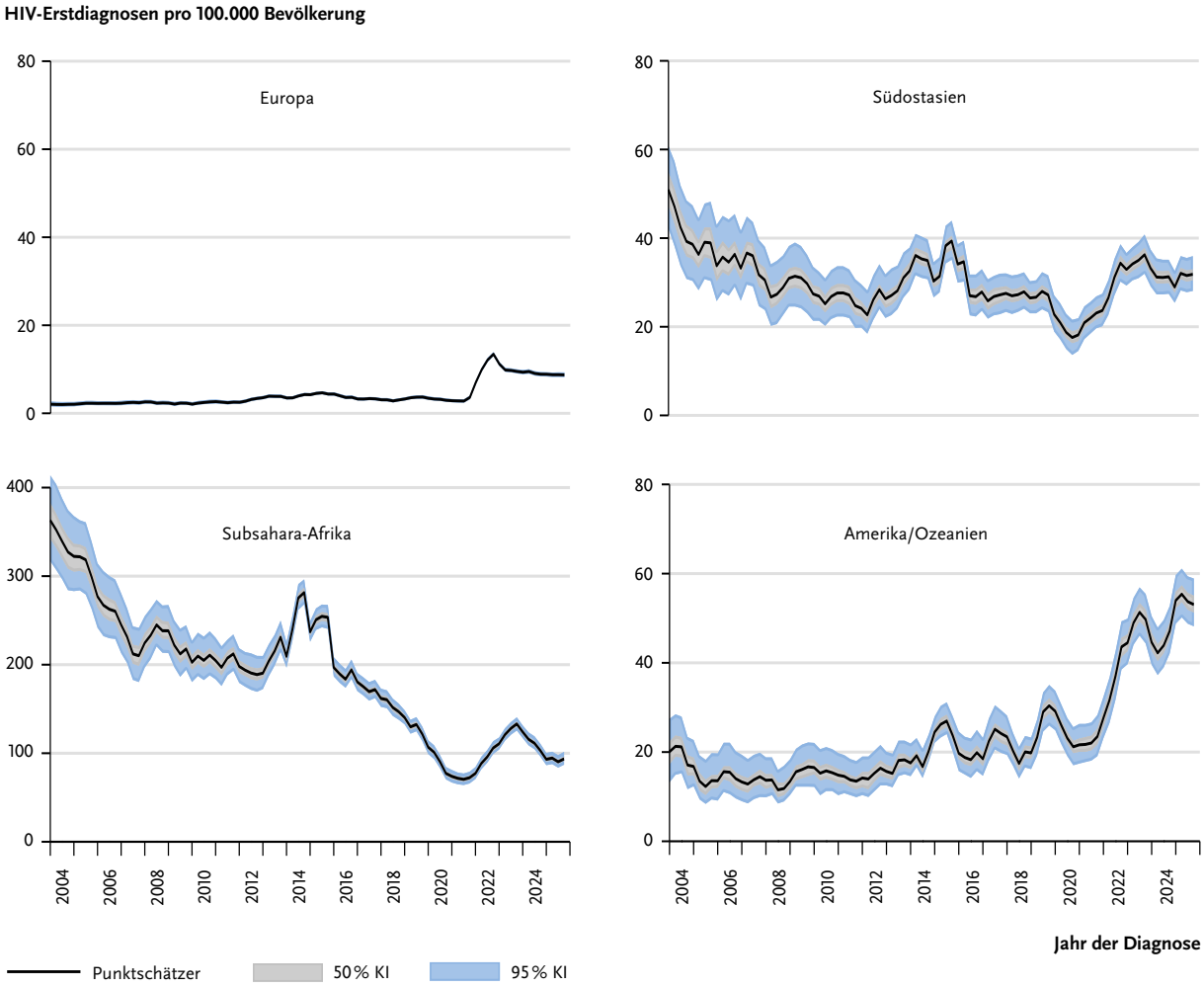


Abb. 4B | Geschätzte Anzahl der HIV-Erstdiagnosen bei Menschen nicht deutscher Herkunft, die sich im Ausland mit HIV infiziert haben, bezogen auf die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen aus der entsprechenden Herkunftsregion nach Ausländerzentralregister seit 2004

KI = Konfidenzintervall

rend auf den gemeldeten HIV-Diagnosen, Datenstand: 23.9.2026). Aber auch die Zahl der HIV-Erstdiagnosen bei Menschen aus anderen Regionen der Welt stieg nach der COVID-19-Pandemie wieder an. Im Jahr 2025 sind diese Zahlen im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig.

Abbildung 4B zeigt den zeitlichen Verlauf der HIV-Erstdiagnosen von im Ausland erworbenen Infektionen getrennt nach Herkunftsregion bei Menschen nicht deutscher Herkunft. Dabei werden die HIV-Erstdiagnosen einer Region dargestellt im Verhältnis zur Gesamtzahl der Menschen mit einer Staatsangehörigkeit aus dieser Region, die in Deutschland im jeweiligen Jahr registriert waren. Für alle ausländischen Herkunftsregionen stieg die Anzahl der HIV-Erstdiagnosen in den Jahren 2022 und 2023 nach dem vorübergehenden Rückgang in den Pandemiejahren 2020 und 2021 wieder an und überstieg das Niveau des Vorpandemiejahres 2019. Im Jahr 2025 hat sich dieser Anteil stabilisiert und ist teilweise wieder rückläufig.

Bei Menschen mit Herkunft aus Europa (außerhalb Deutschlands) wurden etwa 12 HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner gemeldet. Demgegenüber lag diese Zahl bei Menschen mit Herkunft aus Südostasien etwa bei 30 und aus Amerika/Ozeanien bei etwa 50 pro 100.000 Einwohner. Bei Menschen aus Subsahara-Afrika lag dieser Wert im Jahr 2025 bei etwa 100 HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner.

HIV-Infektionen, die erst mit fortgeschrittenem Immundefekt diagnostiziert wurden

Die Mehrzahl der AIDS-Erkrankungen in Deutschland wird bei Menschen diagnostiziert, deren HIV-Infektion bis dahin nicht bekannt war.[2] Bei einer HIV-Infektion im Stadium AIDS oder mit weniger als 200 $CD4^+$-Zellen/µl Blut wird von einem fortgeschrittenen Immundefekt gesprochen. Die Anzahl der HIV-Diagnosen mit fortgeschrittenem Immundefekt ist bei MSM leicht rückläufig von etwa 470 im Jahr 2022 auf 430 im Jahr 2025, bei PWID ist sie relativ gleichbleibend mit etwa 55 im Jahr 2022 und etwa 60 im Jahr 2025. Auch bei den mit heterosexuellem Kontakt assoziierten Übertragungen verläuft sie etwa konstant: etwa 130 im Jahr 2022 und etwa 140 im Jahr 2025. Die Anzahl von HIV-Diagnosen, die im Zusammenhang mit einer AIDS-Erkrankung gestellt werden, verlief in den letzten Jahren bei PWID und Hetero relativ konstant. Die Zahl der HIV-Diagnosen mit fortgeschrittenem Immundefekt zeigt bei PWID einen ähnlichen Verlauf in Städten >500.000 Einwohnern wie außerhalb dieser Städte (s. Abb. 5). Bei MSM wird erkennbar, dass die Zahlen dieser HIV-Diagnosen und auch Diagnosen im Stadium AIDS außerhalb großer Städte im Jahr 2013 noch ähnlich hoch, bei etwa 350, lagen, seitdem aber in den großen Städten deutlich stärker zurückgegangen sind – im Jahr 2025 waren es hier etwa 150, in den übrigen Städten und Landkreisen etwa 280. Bei Hetero lag die Anzahl der HIV-Diagnosen mit fortgeschrittenem Immundefekt außerhalb großer Städte seit dem Jahr 2011 bei etwa 100 pro Jahr, in den großen Städten ging sie von 60 im Jahr 2013 auf etwa 35 im Jahr 2025 zurück.

3. Schätzung der Anzahl der Menschen, die mit HIV in Deutschland leben

Die Modellierung des Verlaufs der HIV-Epidemie in Deutschland führt zu einer Schätzung von etwa 100.600 (95 % KI: 95.600–105.700) Menschen, die Ende 2025 mit einer HIV-Infektion in Deutschland lebten.

Die in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen Infektionen (geschätzt 80.200 Infektionen, 95 % KI: 76.200–84.500) verteilen sich zu etwa 73 % (n=58.600) auf MSM und zu etwa 16 % (n=12.500) auf Menschen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben – darunter 11 % (n=8.500) Frauen und 5,0 % (n=4.000) Männer. Etwa 8.700 (11 %) haben ihre HIV-Infektion beim injizierenden Drogengebrauch erworben, davon sind etwa 5.500 Männer (6,9 %) und 3.200 Frauen (4,0 %). Darüber hinaus gibt es ca. 450 Personen (0,6 %), die sich größtenteils in den frühen 1980er-Jahren über Bluttransfusionen oder Blutprodukte mit HIV infiziert haben. Diese Gruppe wird nicht im Rückrechnungsmodell zur Bestimmung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Jahr berücksichtigt, sondern bei der Bestimmung der Gesamtzahl der mit HIV lebenden Menschen am Ende addiert. Daher ist sie auch nicht in den Abbildungen 1 bis 3 enthalten.

Von den etwa 100.600 Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, sind etwa 20.400 (20 %) Menschen ausländischer Herkunft, die sich auch im Ausland mit HIV infiziert haben. Bei den ca. 9.300 in Afrika erworbenen Infektionen (46 %) dominieren Infektionen über heterosexuelle Kontakte, bei den 6.200 in anderen Ländern Europas erworbenen Infektionen (30 %) dominieren MSM und PWID (Osteuropa). Die ca. 2.500 in Asien erworbenen Infektionen (12 %) verteilen sich hauptsächlich auf heterosexuell erworbene Infektionen und Infektionen bei MSM und die 1.500 Infektionen aus Amerika und Ozeanien (7,4 %) betreffen überwiegend MSM. Dazu kommen ca. 900 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (4,4 %), die durch Mutter-Kind-Übertragung vor, während oder nach ihrer Geburt infiziert wurden.

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, bleiben die Anzahl und die Altersverteilung der unter 40-jährigen mit HIV lebenden Menschen in den letzten 35 Jahren nahezu unverändert bei etwa 23.000. In den höheren Altersgruppen steigt dagegen seit Mitte der 1990er-Jahre die Anzahl der Menschen mit HIV kontinuierlich an. Unter Menschen im Alter von 40 Jahren und älter lebten Anfang der 1990er-Jahre etwa 7.500 mit HIV, im Jahr 2025 sind es etwa 77.000, also etwa zehnmal so viele. Dies ist zum einen zurückzuführen auf den Alterungsprozess der Population mit HIV bei deutlich verminderter Sterblichkeit durch Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie seit Mitte der 1990er-Jahre, zum anderen aber

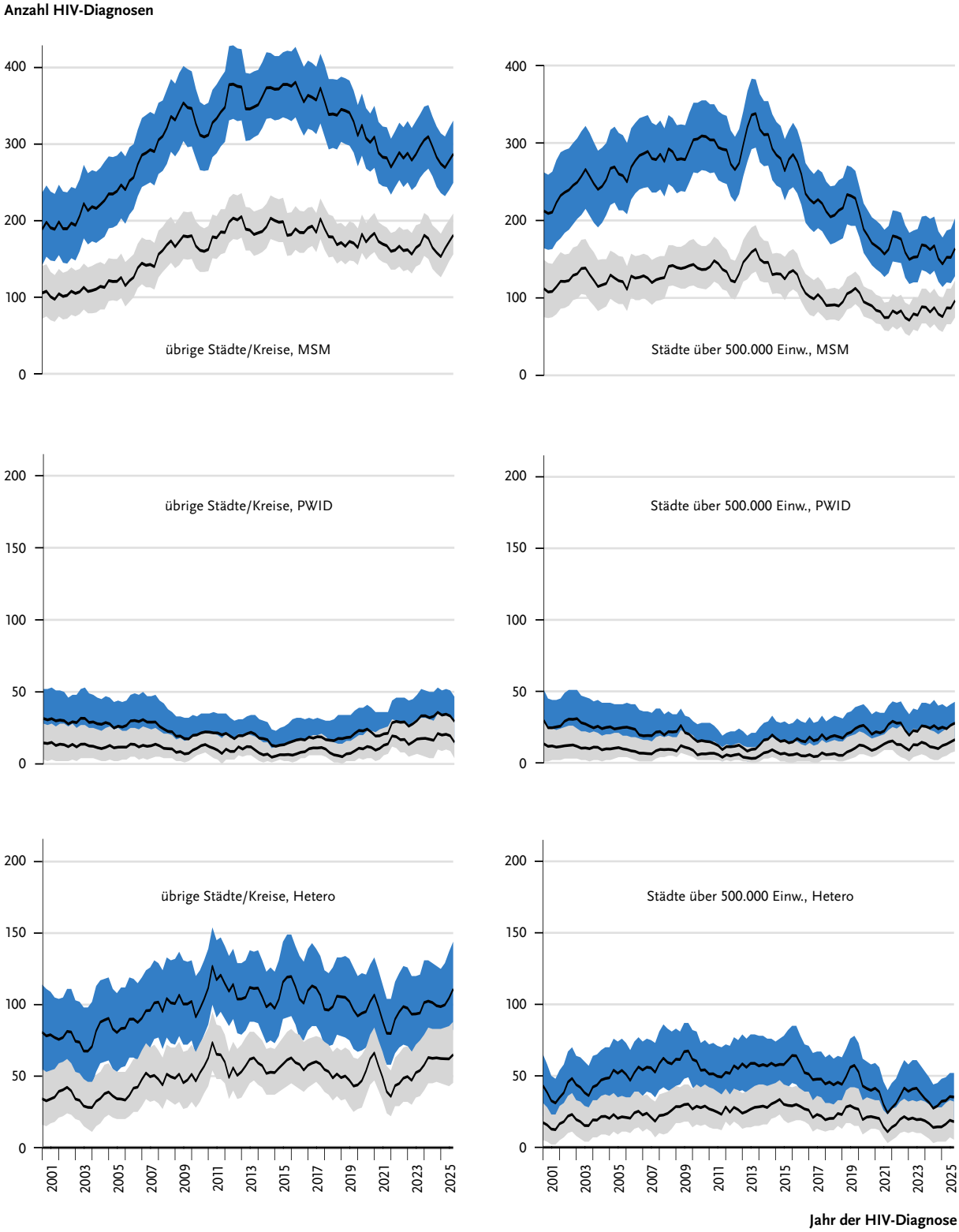


Abb. 5 | Anzahl der HIV-Diagnosen mit AIDS oder einem fortgeschrittenen Immundefekt (AIDS oder weniger als 200 $CD4^+$-Zellen/µl Blut) bei in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen HIV-Infektionen seit 2001 nach Transmissionsrisiko in und außerhalb von großen Städten

Einw. = Einwohner; MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; PWID = Menschen, die sich beim injizierenden Drogengebrauch infiziert haben; Hetero = heterosexuelle Kontakte

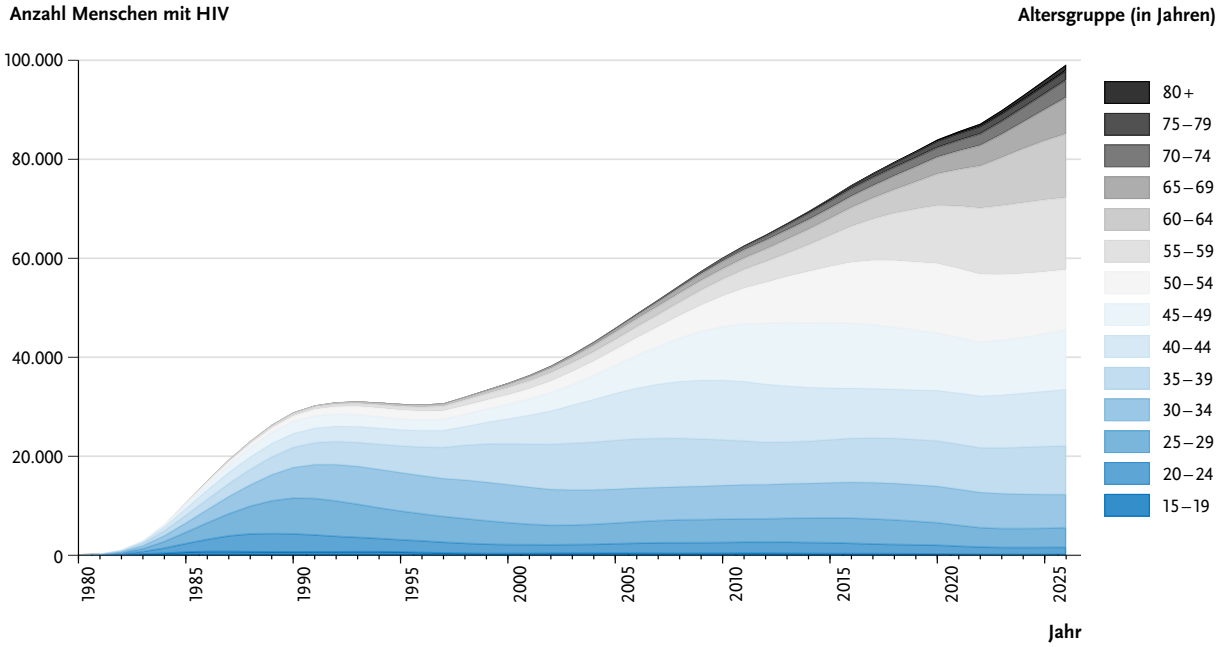


Abb. 6 | Geschätzte Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV nach 5-Jahres-Altersgruppen (ohne transfusionsassoziierte Infektionen und Mutter-Kind-Übertragungen) seit 1980

auch auf einen gestiegenen Anteil von Neuinfektionen in höheren Altersgruppen.

Unter Männern im Alter von 50 Jahren und mehr lebten in Deutschland im Jahr 2025 etwa 43.900 mit HIV, unter Frauen in diesem Alter etwa 9.800.

Geschätzte Anzahl der HIV-Infektionen nach Diagnose- und Therapiestatus

Das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS (UNAIDS) hat als Ziel formuliert, dass bis zum Jahr 2025 mindestens 95 % aller Menschen mit HIV diagnostiziert und von diesen wiederum mindestens 95 % antiretroviral therapiert werden sollten. Bei mindestens 95 % der Therapierten sollte kein HIV mehr im Blut nachweisbar sein („95-95-95-Ziel“, s. https://www.unaids.org/en/topics/2025_target_setting). Abbildung 7A zeigt, dass in Deutschland im Jahr 2025 der letzte Zielwert bereits erfüllt wurde, die ersten beiden Werte mit etwa 91 % diagnostizierten Personen und 94 % therapierten Infektionen aber unter der Zielmarke bleiben. Unter den Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion ist der Anteil derer, die eine HIV-Therapie erhalten, von 82 % im Jahr 2006 auf 94 % im Jahr 2017 gestiegen. Seit dem Jahr 2017 schwankt dieser Wert zwischen 94 % und 96 %. Berücksichtigt man auch Menschen mit nicht diagnostizierter HIV-Infektion, so erhielten im Jahr 2006 nur etwa 66 % aller Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, eine HIV-Therapie. Seit dem Jahr 2019 schwankt dieser Anteil zwischen 86 % und 88 % (s. hellblaue Linie in Abb. 7C). Der Anteil der erfolgreichen Therapien liegt seit vielen Jahren sehr hoch, seit 2015 liegt er über 95 %.[3]

Betrachtet man nur Menschen mit in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen Infektionen, liegt der Anteil der Menschen, die von ihrer Infektion wissen, insgesamt bei 89 % (s. Abb. 7B). Stratifiziert nach Transmissionsgruppen ist der Anteil der diagnostizierten Menschen mit HIV bei MSM mit 91 % am höchsten, gefolgt weiblichen PWID (87 %). Bei männlichen PWID und weiblichen Hetero liegt er bei 83 % und ist am niedrigsten bei männlichen Hetero (79 %).

Für das Jahr 2025 schätzen wir die Anzahl der Menschen mit HIV-Diagnose, die in Deutschland noch keine antiretrovirale Therapie erhalten in der Größenordnung von etwa 5.400 Menschen. Diese Anzahl ist schwer genau zu quantifizieren, da uns keine direkten Daten zu der Zeit von HIV-Erstdiagnose bis zum Therapiebeginn vorliegen.

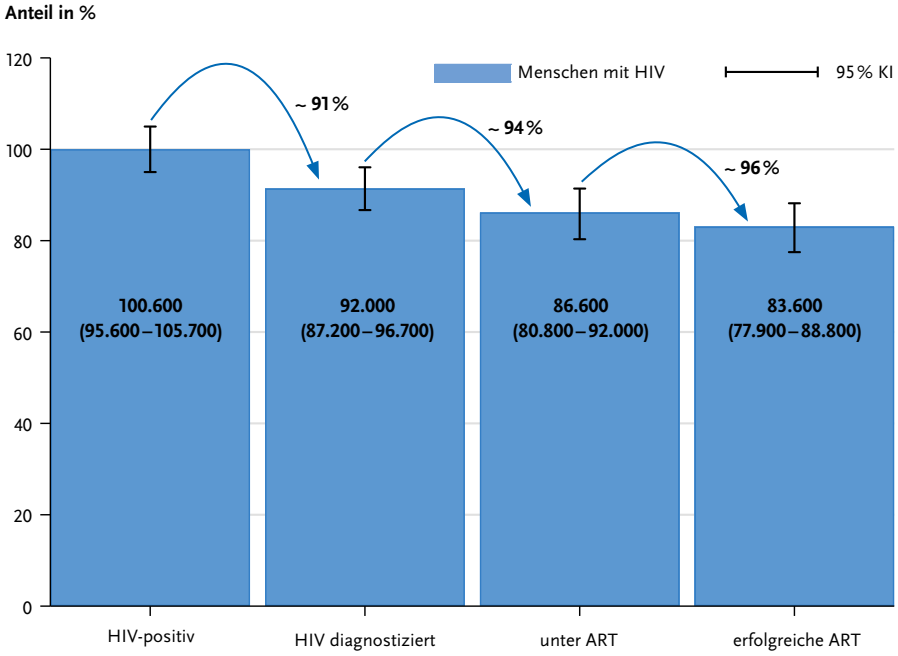


Abb. 7A | Geschätzte Anteile der mit HIV lebenden Menschen in Deutschland, die diagnostiziert, behandelt und erfolgreich therapiert werden *(Continuum of Care)* im Jahr 2025. Angaben ohne Berücksichtigung noch nicht diagnostizierter Auslandsinfektionen. Die antiretrovirale Therapie (ART) gilt als erfolgreich, wenn im Blut weniger als 200 Viruskopien pro ml nachweisbar sind

KI = Konfidenzintervall

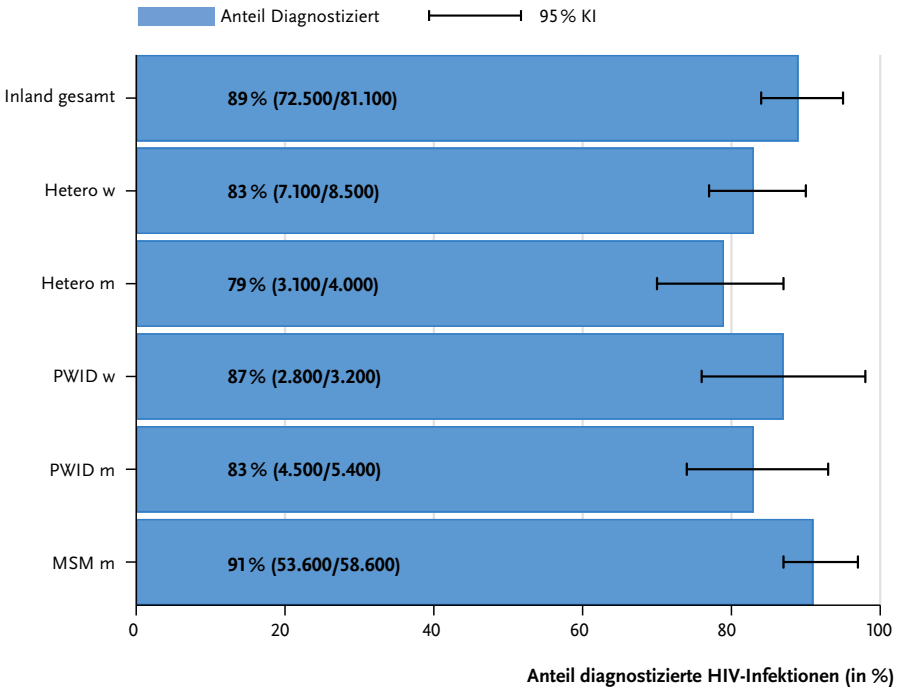


Abb. 7B | Geschätzter Anteil der mit HIV lebenden Menschen in Deutschland mit HIV-Diagnose im Jahr 2025 in unterschiedlichen Gruppen

KI = Konfidenzintervall; Hetero = heterosexuelle Kontakte; PWID = Menschen, die sich beim injizierenden Drogengebrauch infiziert haben; MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; w = weiblich; m = männlich

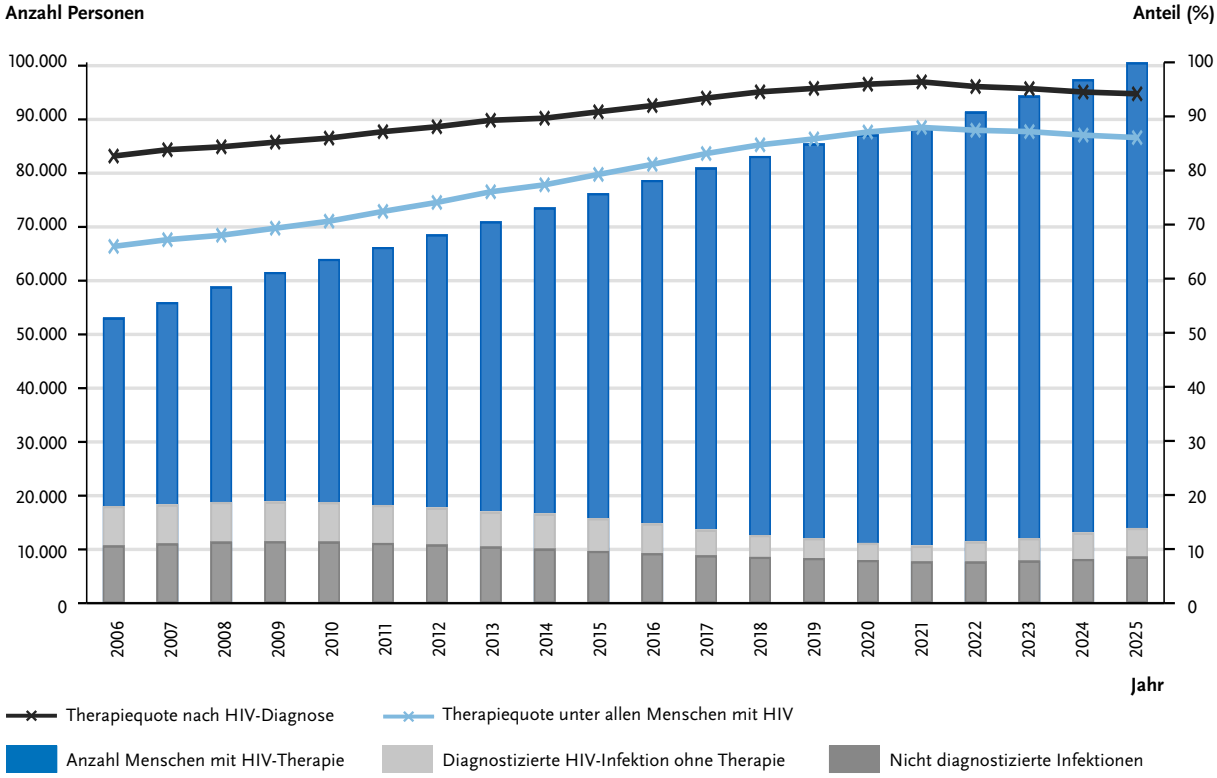


Abb. 7C | Anzahl der Menschen, die in Deutschland mit HIV leben, nach Diagnose- und Therapiestatus, seit dem Jahr 2006 und entsprechende Anteile. Angaben ohne Berücksichtigung noch nicht diagnostizierter importierter Infektionen.

Geschätzte Anzahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen

Die Anzahl der in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen, noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen kann mit Hilfe der Modellierung der HIV-Epidemie in Deutschland geschätzt werden. Grundlage dieser Schätzung sind die bisher bekannten HIV-Diagnosen und die aus Kohortenstudien bekannte Verteilung der Dauer zwischen HIV-Infektion und -Diagnose anhand von klinischen Markern.

Die violette Linie in Abbildung 8 markiert die Anzahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen, die orangefarbene Linie zeigt im Vergleich dazu den Verlauf der im jeweiligen Jahr neu diagnostizierten Infektionen, wie sie innerhalb des Modells erwartet werden. Die blaue Linie markiert die Anzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen im jeweiligen Jahr. Die blau markierte Fläche zeigt die zum Zeitpunkt Ende 2025 geschätzte Gesamtzahl der bis dahin noch nicht diagnostizierten Infektionen nach Jahr der jeweiligen HIV-Infektion. Je länger der Infektionszeitpunkt zurückliegt, desto höher ist der Anteil der bereits diagnostizierten Infektionen. Bei MSM liegt die Anzahl der HIV-Neudiagnosen seit 2010 unabhängig vom Wohnort oberhalb der modellierten Anzahl der HIV-Neuinfektionen, d. h. es wurden mehr Infektionen diagnostiziert als es Neuinfektionen gibt und damit reduzierte sich die Anzahl der nicht-diagnostizierten Infektionen. Im Jahr 2025 war die Anzahl der Neuinfektionen vergleichbar mit der Anzahl der Neudiagnosen, so dass sich die Anzahl der nicht-diagnostizierten Infektionen nicht verringert hat.

Bei den mit injizierendem Drogengebrauch assoziierten HIV-Übertragungen liegt die Anzahl der HIV-Neudiagnosen seit 2012 unterhalb der modellierten Anzahl der HIV-Neuinfektionen, d. h. die geschätzte Anzahl nicht diagnostizierter Infektionen nimmt zu. Diese Diskrepanz ist bei PWID außerhalb großer Städte deutlich stärker ausgeprägt als innerhalb dieser Städte.

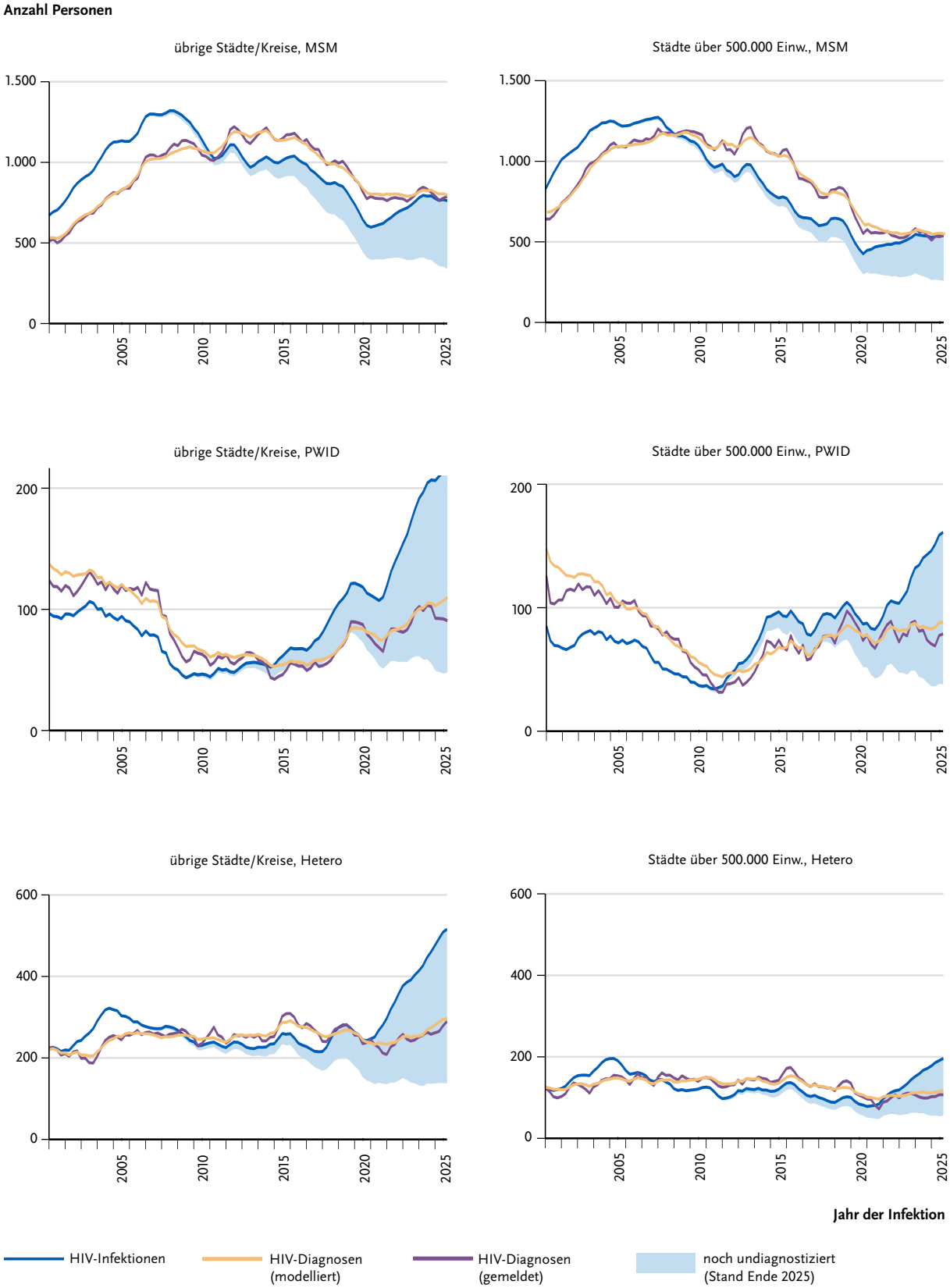


Abb. 8 | Geschätzte Anzahl der in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbenen HIV-Infektionen seit 2001 und der Ende 2025 noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen (blaue Fläche) nach Infektionsjahr. Zusätzlich wird zum Vergleich der Verlauf der HIV-Diagnosen dargestellt (unter Ausschluss von Diagnosen importierter Infektionen).

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; PWID = injizierender Drogengebrauch; Hetero = heterosexuelle Kontakte; Einw. = Einwohner

Bei den heterosexuellen HIV-Übertragungen werden außerhalb großer Städte seit 2021 und innerhalb großer Städte seit 2022 mehr HIV-Infektionen als Diagnosen geschätzt. Auch hier nimmt die geschätzte Anzahl nicht diagnostizierter Infektionen also zu. Der Anstieg undiagnostizierter Infektionen außerhalb großer Städte erscheint deutlich ausgeprägter als innerhalb großer Städte.

Die Anzahl gemeldeter HIV-Erstdiagnosen zeigt bei MSM nach dem Rückgang bis zum Jahr 2020 eine etwa gleichbleibende Anzahl bis zum Jahr 2025. Bei den heterosexuellen Übertragungen zeigen sich die stärksten Abweichungen zwischen den gemeldeten und den modellierten HIV-Diagnosen. Daher ist die Modellierung in dieser Gruppe weniger verlässlich als in den anderen Gruppen.

Die Gesamtzahl der Menschen, die mit noch nicht diagnostizierter HIV-Infektion in Deutschland leben, stieg von etwa 8.400 im Jahr 2001 auf etwa 11.500 im Jahr 2009 an und ging bis auf 7.700 im Jahr 2022 zurück. Seitdem ist sie leicht angestiegen und liegt im Jahr 2025 geschätzt bei 8.700 (95 % KI: 8.100–9.200) (s. Verlauf der dunkelgrauen Balken in Abbildung 7C).

Von den geschätzten 58.600 mit HIV in Deutschland lebenden MSM haben etwa 5.000 (8,5 %) eine nicht-diagnostizierte Infektion, von geschätzten 8.700 PWID mit HIV sind etwa 1.300 (15 %) nicht diagnostiziert und von geschätzten 12.500 Menschen mit heterosexuell erworbener HIV-Infektion sind etwa 2.300 (18 %) nicht diagnostiziert (s. Abb. 7B). Die Prozentwerte in den Gruppen liegen alle über dem Gesamtanteil der Menschen mit HIV ohne Diagnose von insgesamt 9 %, da für die Gesamtberechnung zwar die Diagnosen von im Ausland erworbenen HIV-Infektionen hinzugezogen werden, aber die nicht-diagnostizierten Infektionen in dieser Gruppe fehlen, da sie innerhalb unserer Modellierung nicht quantifizierbar sind.

Die Anzahl der mit HIV in Deutschland lebenden Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren betrug im Jahr 2025 etwa 11.000, von denen bei etwa 9.600 die HIV-Infektion bereits diagnostiziert war. Folglich war geschätzt bei 1.400 Frauen im gebärfähigen Alter eine HIV-Infektion noch nicht diagnostiziert.

4. Limitationen der Modellierung

Bei den HIV-Meldungen gemäß IfSG gibt es einen erheblichen Anteil von Meldungen mit unvollständigen Angaben. Dies betrifft besonders die Angaben zum gemessenen $CD4^+$-Wert bei der HIV-Diagnose, aber auch Angaben zum klinischen Stadium, dem Transmissionsrisiko, dem wahrscheinlichen Infektionsort und dem Herkunftsland. Weiterhin gibt es Meldungen, bei denen nicht entschieden werden kann, ob es sich um Erst- oder Doppelmeldungen handelt. Meldungen mit fehlenden Angaben werden mit Hilfe der multiplen Imputation in der HIV-Schätzung berücksichtigt; dabei werden verschiedene mögliche Varianten vollständiger Datensätze simuliert, über die dann am Ende gemittelt wird. Damit wird die größere Unsicherheit der Ergebnisse im Rahmen der Annahmen der multiplen Imputation berücksichtigt.

Die Bestimmung der Anzahl der Menschen mit HIV basiert auf den gemeldeten HIV-Diagnosen und dem Wohnort zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose. Wohnortwechsel nach der HIV-Diagnose werden nicht gemeldet. Daher wird die Verteilung der Menschen mit diagnostizierten HIV-Infektionen über die Bundesländer unter Annahme einer festen Therapiequote aus der Verteilung der Menschen mit therapierter HIV-Infektion bestimmt.

Die Versorgungskaskade nach Transmissionsgruppe kann nur für die ersten beiden Säulen in Abbildung 7A und damit die Anzahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen bestimmt werden. Die Anzahl der therapierten HIV-Infektionen kann nur insgesamt, nicht aber nach Transmissionsgruppe bestimmt werden, da sie aus der Anzahl der verordneten HIV-Therapien auf Basis von anonymisierten Apothekenabrechnungsdaten berechnet wird.[4] Der Anteil der erfolgreich therapierten Menschen mit HIV beruht auf Daten einer klinischen Langzeitkohorte von Menschen in fachärztlicher Behandlung, in der nicht alle betroffenen Personengruppen adäquat repräsentiert sind.[3] Dies könnte zu einer Überschätzung des Anteils führen.

In den Apothekenabrechnungsdaten kann nicht zwischen therapeutischer und prophylaktischer Verwendung bestimmter HIV-Medikamente (Tenofovirdisoproxil/Emtricitabin; TDF/FTC) als Post-

expositionsprophylaxe (PEP) oder PrEP unterschieden werden. Es wird eine seit 2018 abnehmende Anzahl von HIV-Therapien mit TDF/FTC angenommen, da diese Substanz in den aktuellen Leitlinien nicht mehr für die primäre HIV-Therapie empfohlen wird und die Verwendung von TDF/FTC für HIV-Therapien schon vor der Einführung der PrEP als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung einen abnehmenden Trend zeigte.

Die Anzahl der noch nicht diagnostizierten, im Ausland erworbenen Infektionen kann nicht abgeschätzt werden, da der Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland bei der Meldung nicht erfasst wird.

Die Anzahl der Menschen mit HIV, die aus Deutschland auswandern, kann nur grob geschätzt werden, da Daten hierzu nicht verfügbar sind.

Für die Gruppe der Personen mit heterosexuellem Übertragungsrisiko, in der ein großer Anteil nicht deutscher Herkunft ist, kann der hohe Anteil von Meldungen mit unvollständigen Angaben zur Verzerrung von Trends bei in Deutschland und im Ausland erworbenen Infektionen führen. So zeigen sich bei den Schätzungen zu den in Deutschland erworbenen Infektionen (s. Abb. 3A und Abb. 3B) Schwankungen, die in zeitlichem Zusammenhang mit Ereignissen stehen, die sich primär auf im Ausland erworbene Infektionen auswirkten.

Die Rückrechnung führt zu einer Schätzung des gesamten Epidemieverlaufs, ausgehend von den frühen 1980er-Jahren bis in die Gegenwart. Ein erheblicher Teil der neu infizierten Personen wird erst mit einer Verzögerung von einigen oder sogar vielen Jahren diagnostiziert, so dass die Schätzung der in den letzten Jahren erfolgten Neuinfektionen auf der systematisch unvollständigen Datenbasis bereits erfolgter Diagnosen beruht. Daher ist die Modellierung der Infektionstrends in der Gegenwart mit einer erhöhten Unsicherheit behaftet und gegenwärtige Trends können über- oder unterschätzt werden.

5. Diskussion

Die Anzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen in Deutschland sowie bei Menschen deutscher Herkunft, die sich im Ausland mit HIV infiziert haben, ist im Vergleich zum Jahr 2024 um etwa 100 Neuinfektionen gestiegen. Der Anstieg lässt sich auf Infektionen bei PWID und Menschen mit heterosexuellem Übertragungsweg zurückführen.

Die Anzahl der Neuinfektionen unter MSM stagnierte zwischen 2024 und 2025. Für die Stagnation unter MSM ist denkbar, dass nicht allen MSM, die ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion haben, eine PrEP angeboten wird. Gerade in einigen Flächenländern gibt es nach wie vor außerhalb der Großstädte nur wenige Praxen, die die Möglichkeit haben, eine PrEP zu verschreiben.[5,6] Somit ist der Aufwand eine PrEP zu erhalten für MSM, die nicht in Großstädten wohnen, durch lange Anfahrtswege oder lange Wartezeiten deutlich höher.[7] In den Analysen und Befragungen im Rahmen der PrEP-Evaluation, des PrEP-Surv-Projektes und von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e. V.) wurde bei HIV-Schwerpunktpraxen nur in wenigen Einzelfällen eine HIV-Infektion bei PrEP-Nutzenden beobachtet.[8,9]

Im Rahmen der diesjährigen Schätzung ist erstmals auch die Beschreibung der Neuinfektionen in Städten über 500.000 Einwohnern und außerhalb davon möglich. Bei MSM ist der Rückgang in den großen Städten deutlich ausgeprägter. Außerhalb dieser Städte werden konstant mehr HIV-Infektionen geschätzt. Bei Personen mit heterosexuellem Übertragungsweg war der Anstieg der Neuinfektionen außerhalb großer Städte ausgeprägter als innerhalb großer Städte. Die unterschiedliche Entwicklung könnte ein Hinweis darauf sein, dass Präventionsangebote innerhalb der Städte über 500.000 Einwohner stärker vorhanden sind und angenommen werden.

Die Modellierungsergebnisse für PWID zeigen seit etwa 2010 einen allmählichen Anstieg der HIV-Neuinfektionen, der während der COVID-19-Pandemie nur vorübergehend unterbrochen wurde. Die Gründe dafür sind vermutlich vielfältig. Wahrscheinlich nur eine von mehreren möglichen Ursa-

chen ist ein vermehrter Gebrauch stimulierender sowie neuer psychoaktiver Substanzen, der zum Teil verbunden ist mit hohen Injektionsfrequenzen und sexuellen Risiken. Ein weiterer Grund kann die in mehreren Städten beobachtete zunehmende Wohnungslosigkeit und Verelendung von Menschen, die Drogen gebrauchen, sein. Dies erschwert den Zugang zur Regelversorgung und zu Präventionsangeboten.[10] Die DRUCK-Surv-Studie ermittelte für das Jahr 2025 eine HIV-Prävalenz von 5,1 % unter Menschen, die aktuell oder jemals Drogen injiziert haben. Im Rahmen dieser deutschlandweiten Erhebung wurde die Verbreitung chronischer Infektionserkrankungen bei Menschen mit injizierendem Drogenkonsum in Deutschland untersucht.[11] Von den Teilnehmenden mit festgestellter HIV-Infektion gaben 80 % an, ihren positiven Status zu kennen. Von diesen berichteten 88 %, zum Zeitpunkt der Studie unter HIV-Therapie zu sein. Damit zeigen sich deutliche Lücken in der regelmäßigen HIV-Testung und Behandlung bei PWID. Hinzu kommen Lücken in der Prävention: PrEP war der Studienpopulation kaum bekannt und wurde nur von einem Bruchteil genutzt. Umfragen bei Drogenhilfeeinrichtungen zeigen, dass eine Versorgung von PWID mit sterilen Injektionsutensilien im Sinne einer *Harm-Reduction*-Strategie finanziell nicht überall ausreichend abgesichert ist und das von der WHO geforderte Ziel von 300 Spritzen und Nadeln pro Person und pro Jahr nicht erreicht wird.[12–14]

Es konnte zudem ein Anstieg von HIV-Neuinfektionen unter Menschen, die sich auf heterosexuellem Weg angesteckt haben, beobachtet werden. Die Ursachen dafür sind wahrscheinlich komplex. Die HIV-Epidemie in dieser Gruppe wird vermutlich im Wesentlichen über sexuelle Kontakte zu PWID, MSM und im Ausland mit HIV infizierten Personen gespeist. Eigenständige heterosexuelle Infektionsketten sind begrenzt und für die Ausbreitung der HIV-Epidemie in Deutschland von geringer Bedeutung. Seit etwa dem Jahr 2010 spielen auch die steigende innereuropäische Mobilität und Migration eine Rolle.[15]

Die PrEP, anhand derer zuverlässig HIV-Neuinfektionen vermieden werden können, ist neben der Nutzung von Kondomen von essenzieller Bedeutung für die HIV-Prävention. Bis Ende des Jahres 2024 wurde am RKI eine nationale PrEP-Surveillance durchgeführt, die die Entwicklungen der PrEP-Nutzung, PrEP-Bedarfe und Zugangsbarrieren in verschiedenen Gruppen sowie die Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen untersuchte. Die Anzahl der PrEP-Nutzenden in Deutschland ist seit der Einführung der PrEP als Kassenleistung im September 2019 bis Ende 2024 stark angestiegen.[16] Stand Ende September 2024 gab es etwa 40.000 PrEP-Nutzende in Deutschland.[17] Aktuellere Daten stehen zurzeit nicht zur Verfügung.

Die PrEP-Evaluation und PrEP-Surveillance zeigen, dass das Kollektiv der PrEP-Nutzenden zu rund 98 % aus MSM besteht. Bei Personengruppen wie Menschen aus trans*/nicht-binären Communities, Sexarbeitenden, Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit injizierendem Drogengebrauch spielt PrEP bisher kaum eine Rolle, obwohl ein PrEP-Bedarf benannt wurde.[18] Die Anzahl der Frauen, für die eine PrEP-Leistung abgerechnet wurde, ist in Deutschland mit ca. 1.600 sehr gering und hat sich innerhalb der letzten Jahre nicht substanziell erhöht.[5] Der Anteil der Frauen, die PrEP kontinuierlich nutzen, wird jedoch noch geringer geschätzt. Zum Anteil der PWID, die eine PrEP nutzen, gibt es bislang keine verlässlichen Zahlen. In der Studie DRUCK-Surv gaben jedoch lediglich 19 % an, die PrEP zu kennen. Von diesen haben 15 % angegeben, die PrEP verwendet zu haben. Somit ist das präventive Potenzial der PrEP in Deutschland nicht ausreichend genutzt.

Nach wie vor ist der Anteil der HIV-Infektionen, die erst im Spätstadium oder gar mit Vollbild AIDS diagnostiziert werden, mit einem Drittel sehr hoch. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es zu weiteren Übertragungen kommt. Während die Zahl der nicht-diagnostizierten HIV-Infektionen bei MSM mit 5.000 etwa konstant blieb, stieg sie in den anderen Gruppen um 290 Personen (heterosexueller Übertragungsweg) bzw. 180 Personen (PWID) an. Bei MSM und Menschen, die sich auf heterosexuellem Weg angesteckt haben, wird erkennbar, dass die Zahlen der HIV-Spätdiagnosen und auch Diagnosen im Stadium AIDS seit dem Jahr 2013 in den großen Städten deutlich stärker als außerhalb der großen Städte zurückgegangen sind. Insgesamt ist die

geschätzte Anzahl der nicht-diagnostizierten Infektionen nach einem längeren Rückgang wieder gestiegen, der Anteil der diagnostizierten HIV-Infektionen liegt bei etwa 91 %. Somit ist das erste von UNAIDS formulierte Ziel, dass 95 % der Menschen mit HIV diagnostiziert sind, in Deutschland auch im Jahr 2025 nicht erreicht worden. Der kontinuierliche Anstieg von HIV bei PWID führt auch dazu, dass es in dieser Gruppe mehr Menschen gibt, die ihre HIV-Diagnose nicht kennen. Der Anteil der diagnostizierten Infektionen wurde bei MSM auf 91 % geschätzt, liegt jedoch bei allen anderen Transmissionsgruppen deutlich unter 90 % und damit weit unter dem UNAIDS-Ziel. Zudem zeigt die Schätzung, dass der Anteil der diagnostizierten Infektionen mit 92–94 % am höchsten in Städten über 500.000 Einwohnern im westlichen Teil von Deutschland ist. Außerhalb der großen Städte liegt der Anteil der diagnostizierten Infektionen um die 90 %. In den Bundesländern auf dem Gebiet der ehemaligen DDR liegt dieser Anteil sowohl innerhalb als auch außerhalb der großen Städte unter 90 %, da sich HIV in der DDR nur wenig ausgebreitet hat. Daher ist die Gesamtzahl von Menschen, die mit HIV in den neuen Bundesländern leben, auch heute noch geringer und das aktuelle Geschehen (insbesondere nicht diagnostizierte Infektionen) macht prozentuell einen größeren Anteil aus.

Nach den Ergebnissen des Schätzmodells lebten Ende 2025 in Deutschland etwa 5.400 Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion, die (noch) keine HIV-Therapie erhalten. Diese Größe kann nur indirekt aus dem Vergleich der Anzahl von Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion und Menschen mit HIV-Therapie ermittelt werden, da uns bisher keine direkten Daten zum zeitlichen Verlauf zwischen HIV-Diagnose und Beginn der HIV-Therapie vorliegen. Der Anteil der Personen mit diagnostizierter HIV-Infektion, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, hat sich nach einem langjährigen Anstieg seit dem Jahr 2017 im Bereich zwischen 94 % und 96 % stabilisiert. Der Anteil erfolgreicher Therapien unter den Therapierten liegt bei etwa 96 %. Dieser Wert bezieht sich allerdings auf erfolgreiche Therapien bei Personen, die sich in fachärztlicher Betreuung befinden. Menschen ohne eine in Deutschland gültige Krankenversicherung, nach Deutschland geflüchtete Menschen, in Deutschland Asylsuchende und auch Drogengebrauchende sind in diesen klinischen Daten nicht angemessen repräsentiert. Seit 2015 empfehlen die Deutsch-Österreichischen HIV-Behandlungsleitlinien, bei jeder HIV-Diagnose eine sofortige Therapie anzubieten, um eine Krankheitsprogression und klinische Komplikationen sowie die Übertragung von HIV auf andere Menschen zu verhindern (Strategie *Schutz durch Therapie*).

6. Handlungsempfehlungen

Flächendeckender Zugang zur PrEP für alle Populationen mit HIV-Risiko

Angesichts des Anstiegs der HIV-Neuinfektionen und des deutlichen Anteils noch nicht diagnostizierter Infektionen, vor allem außerhalb der Städte >500.000 Einwohnern, müssen die Bemühungen verstärkt werden, um Neuinfektionen zu senken und HIV rechtzeitig zu diagnostizieren. Dazu müssen sowohl das Wissen als auch der flächendeckende Zugang zur PrEP für alle Populationen, die ein substanzielles Risiko für HIV haben, verstärkt werden. Insbesondere sollte der PrEP-Zugang in ländlichen Regionen verbessert werden. Dies gilt auch für Menschen, die über keine in Deutschland gültige Krankenversicherung verfügen bzw. unversichert sind. Insbesondere sollte darauf hingearbeitet werden, dass mehr Frauen sich durch PrEP schützen können. Nach den Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur HIV-PrEP[19] soll dies als prophylaktische Maßnahme Menschen mit substanziellem HIV-Infektionsrisiko angeboten werden. Dies gilt unter anderem auch für PWID und deren Sexualpartner und -partnerinnen, wenn keine sterilen Injektionsmaterialien verwendet werden, zum Beispiel im Gefängnis. Der Zugang zu sterilen Konsumutensilien und Opioidsubstitution sollte für PWID in Deutschland weiter verbessert werden, auch in Haft.

Testangebote weiter verbessern

Gleichzeitig müssen Bemühungen verstärkt werden, um alle Menschen mit einem Risiko für HIV mit geeigneten niedrigschwelligen Testangeboten zu erreichen. Insbesondere für Menschen mit injizierendem Drogengebrauch und für Menschen mit heterosexuellem Übertragungsweg sollte der flä-

chendeckende Zugang zu niedrigschwelligen Tests erleichtert werden. Eine Ausweitung von HIV-Einsende- und Selbsttests[20] könnte helfen, Testlücken in ländlichen Regionen und kleineren Städten teilweise zu verkleinern. Regelmäßige Kontakte mit dem medizinischen System, wie im Rahmen einer Opioidsubstitution und in Haft, sollten genutzt werden, um Menschen zur Testung zu motivieren und diese vertraulich durchführen zu können. Darüber hinaus sind zielgruppenspezifische, niedrigschwellige Testangebote unabdingbar, um andere Gruppen, wie z. B. wohnungslose Menschen, Menschen, die Drogen injizieren, und Menschen mit Migrationsgeschichte kultursensibel und nicht stigmatisierend zu erreichen. Der Anteil der niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe mit einem (Schnell-)Testangebot ist derzeit noch unzureichend, obwohl seit März 2020 niedrigschwellige Testangebote durch den Wegfall des Arztvorbehaltes erleichtert wurden.[21] Es bedarf einer strukturellen und finanziell nachhaltigen Förderung, um Mitarbeitende entsprechend zu schulen, Angebote auszuweiten und als Regelleistung anbieten zu können. Die Beratung und Begleitung der Personen bei der Überleitung in eine etwaige Therapie spielen hierbei eine wichtige Rolle. Zudem sollten Angebote der aufsuchenden Beratung und Testung bedarfsdeckend und langfristig implementiert werden. Zur Erhöhung der Testbereitschaft sollte die sachliche Aufklärung über die Therapierbarkeit und Nichtübertragbarkeit von HIV bei erfolgreicher Therapie bei Menschen mit injizierendem Drogengebrauch intensiviert werden.

Weitere Anstrengungen sind notwendig, um Personen mit nicht diagnostizierter HIV-Infektion zu erreichen, die bestehende Testangebote nicht wahrnehmen. Hier sind beispielsweise routinemäßig angebotene HIV-Tests in Notfallaufnahmen denkbar. In Spanien wurde zwischen 2021 und 2024 eine sogenannte *Opt-in*-Testung in Notaufnahmen durchgeführt, bei der in Notaufnahmen behandelte Personen routinemäßig auf HIV untersucht wurden, wenn sie dem zustimmten.[22] Eine Evaluation zeigte, dass über dieses Testprogramm Menschen mit HIV effektiv diagnostiziert werden konnten. Unter welchen Bedingungen eine Teststrategie in Notaufnahmen auch in Deutschland umsetzbar und akzeptiert wäre, bedarf weiterer Prüfung. Niedergelassenes ärztliches Fachpersonal der entsprechenden Fachrichtungen (u. a. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Infektiologie, Gynäkologie, Suchtmedizin) sollte Tests auf HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen entsprechend der Leitlinien anbieten, bei Symptomatik, die auf HIV zurückführbar sein könnte, aktiv einen HIV-Test empfehlen, dem aktiv geäußerten Wunsch auf HIV-Testung nach Möglichkeit nachkommen und entsprechend der Leitlinien aktiv über die PrEP nicht nur bei MSM informieren.[23] Relevant sind hier die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) 059/006: STI/STD Beratung, Therapie, Diagnostik[24] und die „Empfehlung der Landeskommission AIDS (NRW) zur Verbesserung der Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sowie zur Erleichterung des Zugangs zu STI-Untersuchungen bei entsprechenden Anlässen“.

Therapie für alle in Deutschland lebenden Menschen mit HIV zugänglich machen

Zwar ist für die überwiegende Mehrzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV der Zugang zu einer HIV-Behandlung kein wesentliches Problem, für Menschen ohne Papiere und für einzelne Personen aus anderen Ländern der Europäischen Union ohne gültige Krankenversicherung gibt es aber keinen geordneten Zugang zu einer angemessenen HIV-Behandlung. Aus individualmedizinischer und aus Public-Health-Sicht sollten alle in Deutschland lebenden Menschen mit HIV einen Zugang zur HIV-Behandlung erhalten.

HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung*

Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts (Stand: Ende 2025)

Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2025 mit HIV/AIDS in Deutschland leben				
		insgesamt	mit HIV-Diagnose	ohne HIV-Diagnose
	Gesamtzahl	**>100.600 (95.600–105.700)**	**92.000 (87.200–96.700)**	**>8.700 (8.100–9.200)**
	Männer	>79.300 (75.300–83.400)	72.500 (68.800–76.300)	>6.800 (6.300–7.300)
	Frauen	>21.300 (20.100–22.700)	19.500 (18.300–20.700)	>1.900 (1.600–2.100)
Inland[1] (nach Infektionsweg)	Sex zwischen Männern	58.600 (55.900–61.500)	53.600 (51.000–56.400)	5.000 (4.700–5.500)
	Heterosexuelle Kontakte	12.500 (11.600–13.400)	10.200 (9.400–11.100)	2.300 (2.000–2.600)
	injizierender Drogengebrauch	8.700 (7.900–9.600)	7.300 (6.600–8.100)	1.300 (1.100–1.700)
	Blutprodukte[3]	~ 450	~ 450	keine
Ausland[2] (nach Herkunftsregion)	Europa	> 6.200 (5.900–6.500)	6.200 (5.900–6.500)	nicht bestimmbar
	Asien	> 2.500 (2.300–2.700)	2.500 (2.300–2.700)	nicht bestimmbar
	Afrika	> 9.300 (8.700–9.900)	9.300 (8.700–9.900)	nicht bestimmbar
	Amerika/Ozeanien	> 1.500 (1.400–1.600)	1.500 (1.400–1.600)	nicht bestimmbar
Davon unter **antiretroviraler Therapie**			86.600 (80.800–92.000)	

Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2025[5]		
	Gesamtzahl	**2.400 (2.200–2.600)**
	Männer	1.900 (1.700–2.100)
	Frauen	520 (450–600)
Nach Infektionsweg	Sex zwischen Männern	1.300 (1.200–1.500)
	Heterosexuelle Kontakte	700 (600–810)
	injizierender Drogengebrauch	370 (300–470)
	Mutter-Kind-Transmission[4]	< 10

Geschätzte Zahl der HIV-Erstdiagnosen in Deutschland im Jahr 2025[6]		
	Gesamtzahl	**3.400 (3.300–3.600)**
	bei fortgeschrittenem Immundefekt[7]	1.100 (1.000–1.200)
	mit AIDS	620 (590–660)

Geschätzte Zahl von Todesfällen bei Menschen mit HIV in Deutschland		
	im Jahr 2025	790 (740–850)
	Gesamtzahl seit Beginn der Epidemie	35.300 (34.200–36.400)

* Die Eckdaten werden in jedem Jahr neu auf der Grundlage aller bis zum Stichtag zur Verfügung stehenden Daten und Informationen zusammengestellt. Sie stellen **keine automatische Fortschreibung** früher publizierter Eckdaten dar. Durch aktualisierte Daten, neu hinzugewonnene Informationen sowie durch Anpassung der Methodik können sich die Ergebnisse der Berechnungen von Jahr zu Jahr verändern und liefern eine aktualisierte Einschätzung des gesamten bisherigen Verlaufs der HIV-Epidemie. Die angegebenen **Zahlenwerte können daher nicht direkt mit früher publizierten Schätzungen verglichen werden.**
Es werden gerundete Zahlen angegeben – die Addition von Teilgruppen führt also unter Umständen nur ungefähr zur angegebenen Gesamtzahl. Die Methodik der Schätzwertermittlung wird im Epidemiologischen Bulletin 47/2018 genauer erläutert.

1) Unter Inland wird ausgewiesen: in Deutschland oder von Menschen mit Herkunftsland Deutschland im Ausland erworbene HIV-Infektionen.
2) Unter Ausland wird ausgewiesen: HIV-Infektionen von Menschen mit Herkunft außerhalb von Deutschland, die im Ausland erworben wurden. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte dann die HIV-Diagnose in Deutschland. Die Abschätzung der Größe dieser Personengruppe und ihre Aufteilung auf die Bundesländer ist mit einer großen Unsicherheit behaftet, da zu wenige Angaben darüber verfügbar sind, wie viele dieser Personen nach ihrer HIV-Diagnose dauerhaft in Deutschland bleiben.
3) HIV-Infektionen, die über kontaminierte Blutkonserven oder Gerinnungsfaktorenkonzentrate überwiegend in der Zeit vor 1986 erfolgten.
4) Kinder, die vor, während oder nach ihrer Geburt die HIV-Infektion über ihre Mutter erworben haben.
5) HIV-Infektionen, die von Menschen mit Herkunft außerhalb Deutschlands im Ausland erworben wurden und später in Deutschland diagnostiziert wurden („Auslandsinfektionen"), sind hier nicht enthalten.
6) Diese Schätzung wurde berechnet aus den gemeldeten Erstdiagnosen und einem Teil der unklaren Meldungen (nicht eindeutig als Erst- oder Doppelmeldung erkennbar). Im Unterschied zu der Zahl der HIV-Neuinfektionen enthält die Zahl der HIV-Erstdiagnosen auch die in Deutschland diagnostizierten Auslandsinfektionen.
7) klinisches AIDS oder CD4-Zellzahl <200 Zellen/µl

Literatur

1 an der Heiden M, Marcus U, Kollan C, *et al.*: Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2017. Epid Bull 2018;47:509-522. DOI 10.17886/EpiBull-2018-056.1

2 Pantke A, Kollan C, Gunsenheimer-Bartmeyer B, *et al.*: AIDS in the era of antiretroviral therapy: Changes in incidence rates and predictors of AIDS among people living with HIV under clinical care in Germany, a cohort study 1999–2018. HIV medicine 2023;24;7:794–806.

3 Schmidt D, Kollan C, Stoll M, *et al.*: Everything counts – a method to determine viral suppression among people living with HIV using longitudinal data for the HIV care continuum – results of two large, German, multi-center real-life cohort studies over 20 years (1999-2018). BMC Public Health 2021;21;1:200. DOI 10.1186/s12889-020-10088-7

4 Schmidt D, Kollan C, Stoll M, *et al.*: From pills to patients: an evaluation of data sources to determine the number of people living with HIV who are receiving antiretroviral therapy in Germany. BMC Public Health 2015;15:252. DOI 10.1186/s12889-015-1598-4

5 Albrecht M, Sander M, Loos S, *et al.* Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS – Quantitative und qualitative Entwicklungen und Herausforderungen. 2025. https://aids-stiftung.de/wp-content/uploads/2025/08/HIV_Ergebnisbericht_final.pdf

6 Waldorf H, Marcus U, Iannuzzi S, *et al.*: Analysis of potential barriers for PrEP non-users among PrEP-eligible MSM in Germany. BMC Public Health 2026;26;1:1170.

7 Almahfoud M, Weimann L, Schafer G, *et al.*: Five-Year German PrEP cohort reveals high HIV protection and persistent STI burden: implications for individualized and flexible prevention strategies. Infection 2026;54;1:339–352. DOI 10.1007/s15010-025-02667-w

8 Bremer V, Hanhoff N, Brux CL, *et al.*: PrEP in Deutschland – Befragung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e. V.) in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. Epid Bull 2026;35:3-10. DOI 10.25646/14371.2

9 Schmidt D, Ates Z, Friebe M, *et al.*: PrEP-Surveillance in Deutschland – Ergebnisse der vierten halbjährlichen Befragung in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. Epid Bull 2024;48:8-19. DOI 10.25646/12927

10 Fleißner S, Steimle L, Stöver H, *et al.*: Aktuelle Situation in offenen Drogenszenen und Einfluss sich verändernder Drogenmärkte. Suchttherapie 2025;26;03:118–123.

11 Robert Koch-Institut. Druck-Surv – Surveillance von Drogen und chronischen Infektionskrankheiten. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Sexuell-und-durch-Blut-uebertragene-Krankheiten/DRUCK-Studie/Druck-Surv.html

12 Hommes F, Krings A, Dörre A, *et al.*: International harm reduction indicators are still not reached: results from a repeated cross-sectional study on drug paraphernalia distribution in Germany, 2021. Harm Reduction Journal 2023;20;1:137.

13 Robert Koch-Institut. Erhebung zur Vergabe von Drogenkonsumutensilien in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/H/HIV-AIDS/Studien/saferKONSUM/saferKONSUM.html

14 Zimmermann R, Krings A, Schneider F, *et al.*: Konsumutensilienvergabe in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung von Einrichtungen der Drogenhilfe und Suchttherapie zur Ausgabe von Utensilien zum sicheren Drogenkonsum 2018. Suchttherapie 2022; 23;03:130-140. DOI: 10.1055/a-1770-9465

15 Bremer V, Gunsenheimer-Bartmeyer B, Marcus U, *et al.*: HIV-Jahresbericht 2016. Epid Bull 2017;39:431-453. DOI 10.17886/EpiBull-2017-051

16 Schmidt D, Duport Y, Kollan C, *et al.*: Dynamics of HIV PrEP use and coverage during and after COVID-19 in Germany. BMC Public Health 2024;24;1:1691.

17 Schmidt D: Entwicklung der Anzahl der PrEP-Nutzenden in Deutschland. Epid Bull 2024;48:3-7.

18 Schmidt D, Kollan C, Schewe K, *et al.*: Evaluation der Einführung der HIV-Präexpositionsprophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (EvE-PrEP). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2023;66;9:1008–1018.

19 Deutsche AIDS-Gesellschaft e. V. – DAIG e. V.: (2024). Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Präexpositionsprophylaxe; https://daignet.de/media/filer_public/bd/1d/bd1d3f57-eda5-4df1-ae2e-

ca3979e8ecd8/055-008m_s2k_hiv-praeexpositions-prophylaxe_2024-04_02.pdf

20 Schmidt AJ, Kantwerk C, Kimmel S, *et al.*: HIV- und STI-Tests im Verband der Deutschen Aidshilfe. Berlin: Deutsche Aidshilfe 2024.

21 Schulte B, Jacobsen B, Kuban M, *et al.*: Umsetzung von Testung, Diagnostik und Behandlung der Hepatitis C in Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe in Deutschland – eine Querschnittsbefragung. Suchttherapie 2022;23;03:121-129.

22 Llaneras J, Alvarez-Lopez P, de Paz R, *et al.*: Characterisation of new HIV diagnoses achieved in emergency departments using an opt-in strategy, Catalonia, Spain, July 2021 to March 2024. Euro Surveill 2025;30;47. DOI 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.47.2400781

23 Deutsche AIDS Hilfe. HIV erkennen: Tipps für Hausärzte. https://www.aidshilfe.de/hiv-erkennen-tipps-hausaerzte-5

24 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, Therapie. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006

Autorinnen und Autoren

Dr. Matthias an der Heiden | Dr. Uwe Koppe | Christian Kollan | Dr. Daniel Schmidt | Dr. Barbara Gunsenheimer-Bartmeyer | Dr. Viviane Bremer

Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie, FG 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen

Korrespondenz: BremerV@rki.de

Interessenkonflikt

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

Vorgeschlagene Zitierweise

an der Heiden M, Koppe U, Kollan C, Schmidt D, Gunsenheimer-Bartmeyer B, Bremer V: Schätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2025

Epid Bull 2026;46:3-23 | DOI 10.25646/14605

Open access

Creative Commons Namensnennung 4.0 International