



Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose



Jahresbericht 2024

25.08.2025

Inhalt

Inhalt.....	2
Tuberkulose - Jahresbericht 2024	4
Zusammenfassung.....	4
Summary	5
Einleitung	6
Methoden	8
Datenquelle und Datenanalyse.....	8
Ergebnisse.....	9
Anzahl der Fälle und Inzidenz in der Langzeitbeobachtung.....	9
Anzahl der Fälle und Inzidenz nach Geburtsland.....	10
Alters- und Geschlechtsverteilung nach Geburtsland, 2024.....	12
Laborergebnisse und Tuberkulose Erreger.....	13
Ergebnisse der Resistenzprüfung.....	14
Altersstandardisierte Bundesland-spezifische Inzidenz an Tuberkulose und regionale Verteilung der medikamentenresistenten Tuberkulose Fälle.....	16
Behandlungsausgang der Fälle von 2021 bis 2024.....	17
Diskussion.....	19
Danksagung	20
Referenzen.....	21
Annex.....	23

Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)

Institut für Surveillance und Infektionsepidemiologie

Traisengasse 5

A-1200 Wien

Dr.ⁱⁿ med. univ. Fiona Költringer MSc

E-Mail: fiona.koeltringer@ages.at

Dipl. Ing.ⁱⁿ Alena Chalupka

E-Mail: alena.chalupka@ages.at

Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene Wien

Währinger Straße 25a

A-1090 Wien

Dr. med. univ. Florian Heger MSc

E-Mail: florian.heger@ages.at

Tuberkulose - Jahresbericht 2024

Zusammenfassung

Im Jahr 2024 wurden 389 Fälle von Tuberkulose (309 bestätigte, 57 wahrscheinliche und 23 mögliche Fälle) in Österreich neu registriert, was einer Inzidenz von 4,2 pro 100.000 Einwohner:innen entspricht. Männer erkrankten 2,2-mal häufiger als Frauen (5,9 im Vergleich zu 2,7 pro 100.000). Es traten 107 Fälle (27,5 %) bei in Österreich Geborenen und 282 Fälle (72,5 %) bei nicht in Österreich Geborenen auf. Bei in Österreich Geborenen verzeichnete die Altersgruppe der männlichen ≥ 65 -Jährigen die höchste Inzidenz (4,6 pro 100.000). Die höchste Inzidenz wurde bei nicht in Österreich Geborenen männlichen 15-24-Jährigen mit 48,1 pro 100.000 Einwohner:innen registriert. Das Bundesland Wien war mit 6,9 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen am stärksten und Burgenland mit 0,7 pro 100.000 Einwohner:innen am geringsten betroffen. Im Vergleich zu 2023 ergab sich eine Reduktion der absoluten Anzahl um 32 Fälle, entsprechend einer Abnahme der Inzidenz um 8,0 %. Die Tuberkuloseinzidenz in Österreich sank von 2014 bis einschließlich 2024 durchschnittlich um 0,33 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen jährlich. Im Jahr 2024 wurden an der nationalen Referenzzentrale für Tuberkulose 4 Fälle multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) und ein Fall prä-extensiv resistenter Tuberkulose (prä-XDR-TB) nachgewiesen.

Summary

In the year 2024, a total of 389 cases of tuberculosis (309 confirmed, 57 probable and 23 possible cases) were notified in Austria, which corresponds to an incidence of 4.2 per 100,000 inhabitants. Men were affected 2.2 times more frequently than women (5.9 versus 2.7 per 100,000 inhabitants). A total of 107 cases (27,5 %) were found among the population born in Austria and 282 cases (72.5 %) among those foreign-born. For the population born in Austria, the highest incidence of tuberculosis was observed among males ≥ 65 -year-old (4.6 per 100,000 inhabitants). The highest incidence overall was recorded among the foreign-born males aged 15-24 years (48,1 per 100.000 inhabitants). The population of Vienna had the highest incidence (6.9 per 100,000 inhabitants); the lowest incidence was observed in Burgenland (0.7 per 100,000 inhabitants). In comparison to 2023, the absolute number of cases decreased by 32, corresponding to an 8.0 % reduction in incidence. Between 2014 and 2024, tuberculosis incidence annually declined on average by 0.33 cases per 100.000 inhabitants. In 2024, a total of 4 cases of multidrug-resistant (MDR) tuberculosis and one case of pre-extensively drug-resistant (pre-XDR) tuberculosis were confirmed.

Einleitung

Als Erreger der Tuberkulose (TB) gelten die im *Mycobacterium (M.) tuberculosis*-Komplex (MTC) zusammengefassten, genetisch nahe miteinander verwandten Mykobakterien-Spezies *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. canettii*, *M. caprae*, *M. microti*, *M. mungi*, *M. orygis* und *M. pinnipedii* (1-3). Die Erreger der TB werden auch als tuberkulöse Mykobakterien bezeichnet, wobei *M. tuberculosis* für den Großteil der Infektionen verantwortlich ist. Eine Infektion mit MTC führt beim Menschen in ca. 80 % der Fälle zu einer Erkrankung mit Lungenbeteiligung (pulmonale TB). Seltener ist eine Manifestation in anderen Organsystemen wie der Haut. Derartige Fälle werden als extrapulmonale TB bezeichnet (4). Die Übertragung erfolgt in erster Linie durch Einatmen von erregerhaltigen Tröpfchen, die beim Husten oder Niesen erkrankter Personen ausgeschieden werden können (4). Eine Aufnahme des Erregers führt nicht zwangsläufig zu einer Infektion. Bestimmte Faktoren, die die Immunabwehr von Menschen einschränken, darunter beispielsweise das Vorliegen von Unterernährung oder chronischen Erkrankungen, erhöhen das Risiko, an TB zu erkranken (4). Zusätzlich spielen auch soziale Faktoren bei der Entstehung der Krankheit eine wesentliche Rolle (5).

Die Symptome einer aktiven pulmonalen TB umfassen in erster Linie Husten, oft mit blutigem Auswurf einhergehend, Brustschmerzen, Atemnot, Nachtschweiß sowie Gewichtsverlust und Fieber (4). Eine extrapulmonale TB kann sich je nach betroffenem Organsystem mit vielfältigen Symptomen und Beschwerden präsentieren (4). In bis zu 95 % der Fälle kommt es nach einer Infektion mit MTC allerdings nicht unmittelbar zum Auftreten von Symptomen (4). Bei der als „latente TB“ bezeichneten Verlaufsform kann der Erreger über Jahrzehnte hinweg ohne Krankheitsaktivität im Menschen persistieren und sich erst zu einem späteren Zeitpunkt durch Reaktivierung als Erkrankung mit Symptomen manifestieren (4). Ab dem Auftreten von Symptomen spricht man von einer „aktiven TB“. Neuere Erkenntnisse beschreiben den Krankheitsverlauf als Kontinuum zwischen latenter Infektion und aktiver Erkrankung (6). Inzipiente und subklinische Verlaufsformen der Tuberkulose werden dabei zunehmend als mögliche Ansatzpunkte für Diagnostik und Therapie anerkannt (6).

Die Erkennung und Behandlung der aktiven TB ist in der Eindämmung der Ausbreitung der Erkrankung wesentlich, da es sich dabei um die ansteckende Form der Krankheit handelt. Zusätzlich können mögliche Langzeitfolgeschäden nur durch eine rechtzeitige und wirksame Therapie vermieden werden. Aufgrund bestimmter Eigenschaften der Zellwand besitzen Mykobakterien zudem eine erhöhte Widerstandsfähigkeit gegenüber vielen Antibiotika und Umwelteinflüssen (1-3). Aus diesem Grund ist zur erfolgreichen Behandlung der TB die Einnahme einer antibiotischen Kombinationstherapie bestehend aus den Wirkstoffen Isoniazid,

Rifampicin, Pyrazinamid und Ethambutol über eine Einnahmedauer von mindestens 6 Monaten erforderlich (7).

Das Vorliegen von Resistenzen gegenüber einer oder mehreren dieser Erstlinientherapeutika kann den Einsatz alternativer Wirkstoffklassen erforderlich machen (7). Dies geht häufig mit einer verlängerten Therapiedauer sowie dem vermehrten Auftreten von Nebenwirkungen einher und kann die Adhärenz und den Therapieerfolg negativ beeinflussen (7). Resistente MTC-Stämme, insbesondere jene mit Resistenzen gegen Erstlinien-Therapeutika, stellen somit weltweit eine große Herausforderung in der effektiven Behandlung der TB dar und sind ein zentraler Faktor in der Ausbreitung der Erkrankung (8).

In einkommensstarken Ländern spielt die Verbreitung der TB zwar eine zunehmend untergeordnete Rolle, weltweit zählt sie jedoch mit 1,3 Millionen Todesfällen im Jahr 2023 zu den tödlichsten Infektionskrankheiten (7). Vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen wie der Entwicklung von Resistenzen, einer fortschreitenden Globalisierung der Gesellschaft und humanitären Krisen, bleibt eine genaue Kenntnis der epidemiologischen Situation zur Überwachung der TB in Österreich weiterhin unabdingbar und stellt die Grundvoraussetzung für den Einsatz wirksamer Kontroll- und Präventionsmaßnahmen in der Krankheitsbekämpfung dar. Dazu zählen die rasche Erkennung, Isolierung und Behandlung von erkrankten Personen sowie eine möglichst frühzeitige Identifizierung von Kontaktpersonen, die gegebenenfalls eine präventive Therapie erhalten.

Die Meldepflicht der TB ist im österreichischen Tuberkulosegesetz von 1950 geregelt. Das Gesetz verpflichtet Ärzt:innen sowie Labore den Nachweis oder Verdacht einer behandlungsbedürftigen TB sowie eines mit TB in Zusammenhang stehenden Todesfalls zu melden. Anhand dieser Meldung können lokale Gesundheitsbehörden alle epidemiologisch relevanten Informationen erheben und so weitere Untersuchungen und Maßnahmen in die Wege leiten. Umgekehrt verpflichtet das Gesetz auch an TB erkrankte Personen dazu, sich bei Feststellung der Krankheit einer Behandlung und weiteren Kontrolluntersuchungen zu unterziehen. Die Betroffenen werden während und nach der Therapie von der lokalen Gesundheitsbehörde begleitet, um einen erfolgreichen Abschluss der Behandlung und Krankheitsfreiheit zu gewährleisten.

Die Auswertungen des folgenden Berichts basieren auf den im Rahmen der Meldepflicht erhobenen Daten.

Methoden

Dieser Jahresbericht beinhaltet die Auswertungen der nationalen Surveillancedaten zur Tuberkulose in Österreich für das Jahr 2024 sowie auch die der Vorjahre 2004-2023, gemäß Datenstand vom 30.06.2025. Zusätzlich werden die aktualisierten Behandlungsausgänge für die Fallkohorten der Jahre 2021, 2022 und 2023 beschrieben.

Falldefinitionen/-klassifikation und andere relevante Definitionen: Die gemeldeten Fälle sind nach dem Protokoll „Tuberculosis Reporting Protocol 2015“, ECDC auf Basis der EU-Falldefinition und -klassifikation, 2008/426/EG, eingeteilt (Annex 1). Für sonstige TB-Surveillance relevante Definitionen wird auf Annex 2-4 verwiesen.

Datenquelle und Datenanalyse

Der mit 30.06.2025 im Epidemiologischen Meldesystem (EMS) für das Jahr 2024 verfügbare Falldatensatz wurde auf Validität und Vollständigkeit überprüft. Die Fälle sind nach den Charakteristika (Variablen) Fallklassifikation (bestätigt, wahrscheinlich, möglich), Demografie (Geschlecht, Alter, Bundesland des Wohnortes, Geburtsland, Sozialstatus Asylwerber, Einreisejahr), Organbeteiligung, Labordiagnostik (mikroskopische, kulturelle, histologische oder molekularbiologische Untersuchung mittels Nukleinsäure-Amplifikations-Technik) und die *in vitro* Mykobakterien-Empfindlichkeit gegenüber Antituberkulotika ausgewertet. Die Langzeit-Trends der TB-Inzidenz von 2014-2024 (=Meldezahl pro 100.000 Einwohner:innen) wurden mittels Regressionsanalysen modelliert. Die Bevölkerungsdaten stammen von Statistik Austria gemäß den Angaben für die Bevölkerungsstruktur am Beginn des jeweiligen Folgejahres.

Ergebnisse

Anzahl der Fälle und Inzidenz in der Langzeitbeobachtung

Im Jahr 2024 wurden 389 Fälle einer TB-Erkrankung neu in Österreich registriert, dies entspricht einer Inzidenz von 4,2 pro 100.000 Einwohner:innen. In 309 Fällen (79,4 %) wurden die Kriterien eines bestätigten Falles laut österreichischer Falldefinition erfüllt. Weitere 57 Fälle (14,7 %) konnten als wahrscheinliche und 23 Fälle (5,9%) als mögliche Fälle eingeordnet werden. Bei 298 Erkrankungsfällen (76,6 %) lag eine pulmonale, (d. h. Lunge, Kehlkopf oder Atemwege betreffende TB) vor. Im Vergleich zu 421 gemeldeten Fällen des Vorjahres ergab sich eine Abnahme der absoluten Anzahl um 32 Fälle (relative Fallzahländerung: -7,6 %), dies entspricht einer Abnahme der Inzidenz um 8,0 %. Anhand des Langzeittrends seit 2004 kann insgesamt ein Rückgang der Inzidenz um 68,2 % gemessen werden (Abbildung 1), wobei seit 2020 der Trend nicht weiter rückläufig ist.

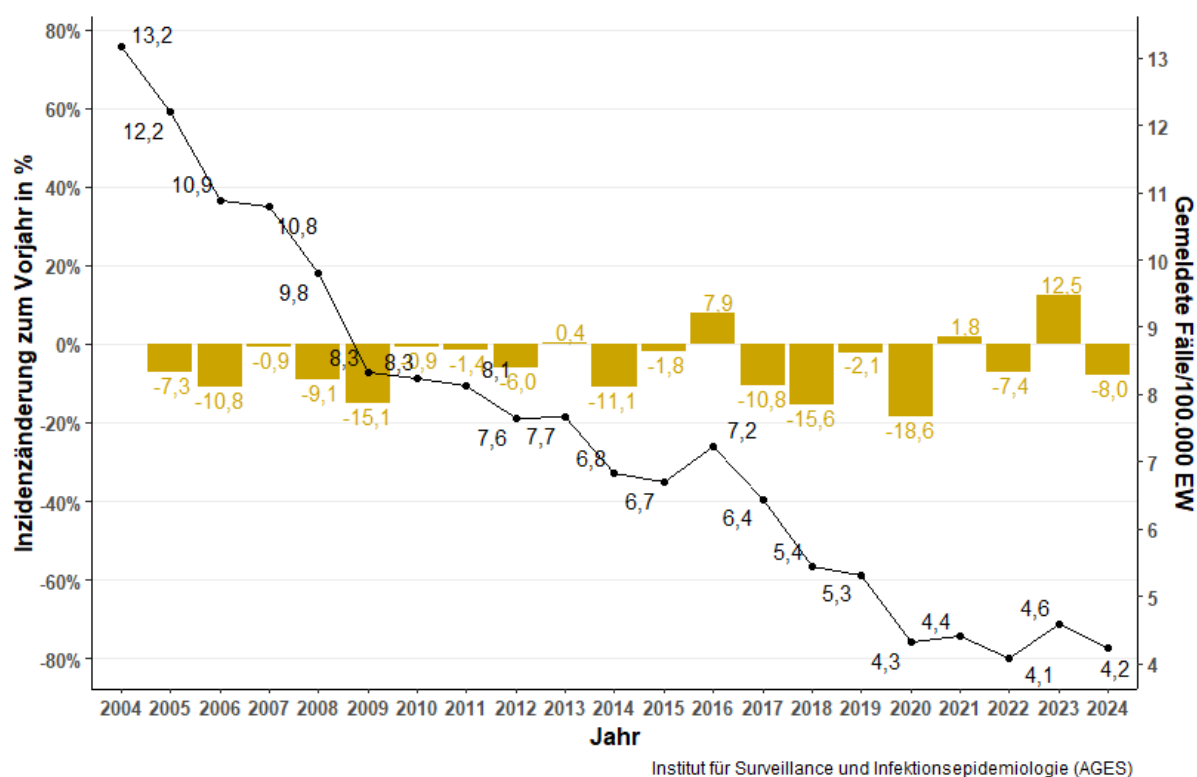


Abbildung 1: Zeitlicher Verlauf der TB-Inzidenz pro 100.000 Einwohner:innen in Österreich und deren prozentuelle Änderungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr, 2004-2024

Anzahl der Fälle und Inzidenz nach Geburtsland

Von den 389 Fällen wurden 107 (28 %) bei Personen, die in Österreich geboren wurden, und 282 (72,5 %) bei Personen, die nicht in Österreich geboren wurden, festgestellt. Im Jahr 2024 wurden 136 Fälle (35 %) bei Personen mit Geburtsland in der WHO-Region Europa (ohne Österreich) gemeldet. 146 (38 %) Fälle wurden in Österreich bei Personen mit Geburtsland außerhalb der WHO-Region Europa registriert. Von 2014 bis einschließlich 2024 nahm die Inzidenz der TB in der österreichischen Gesamtbevölkerung im Durchschnitt jährlich um 0,33 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen ab (Abbildung 2). Im gleichen Zeitraum nahm die Inzidenz bei in Österreich geborenen Personen im Durchschnitt um 0,14 Fälle pro 100.000 Personen ab und bei nicht in Österreich Geborenen nahm die Inzidenz von 2014 bis 2024 durchschnittlich um 1,5 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen ab.

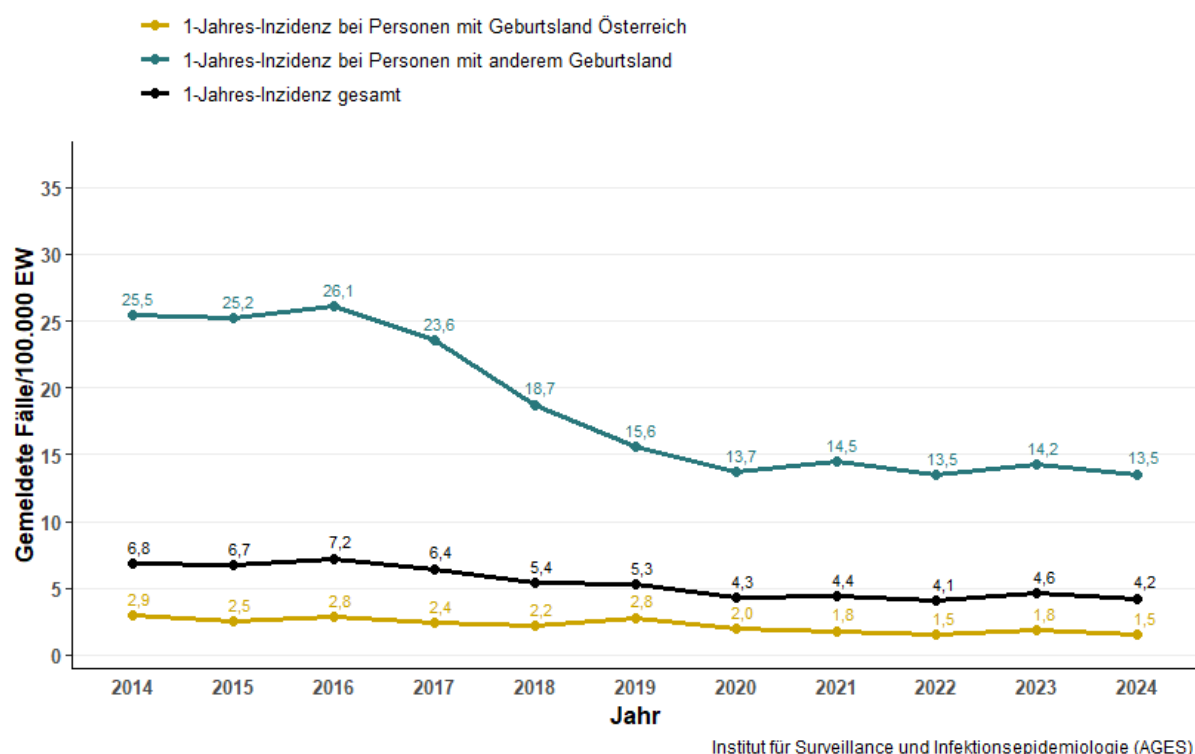


Abbildung 2: 1-Jahres-Inzidenz der TB bei Personen mit Geburtsland Österreich, sowie bei Personen mit anderem Geburtsland, 2014-2024

Der Anteil der Fälle bei in Österreich Geborenen ist in Betrachtung des Gesamttrends seit 2014 rückläufig und lag 2024 bei 28 %. Der Anteil der Fälle bei nicht in Österreich Geborenen mit Geburtsland in der WHO-Region Europa (ohne Österreich) betrug 35 % und bei nicht in Österreich Geborenen mit Geburtsland in der WHO-Region Östliches Mittelmeer lag er bei 26 %. Fälle bei Personen mit Geburtsländern aus den übrigen Regionen machten 12 % der Fallkohorte des Jahres 2024 aus (Abbildung 3).

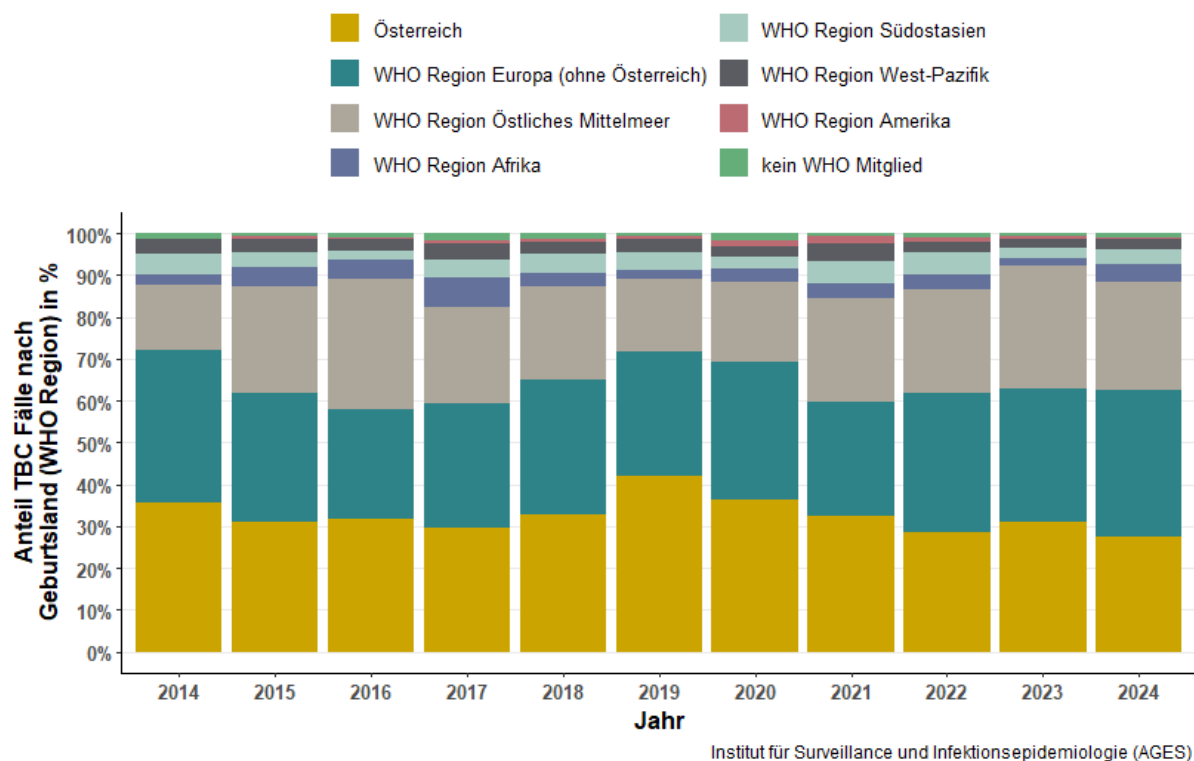


Abbildung 3: Anteilmäßige Verteilung der in Österreich registrierten TB-Fälle nach WHO-Region des Geburtslandes mit separater Darstellung des Fallanteils der Personen mit Geburtsland Österreich, 2014-2024

Alters- und Geschlechtsverteilung nach Geburtsland, 2024

Im Jahr 2024 erkrankten Männer 2,2-mal häufiger an TB als Frauen. Bei in Österreich Geborenen zeigte sich bezogen auf die Altersverteilung die höchste Inzidenz mit 4,6 pro 100.000 Einwohner:innen in der Gruppe der männlichen ≥ 65 -Jährigen. Die höchste Inzidenz wurde bei nicht in Österreich Geborenen (48,1 pro 100.000) in der Altersgruppe der männlichen 15-24-Jährigen registriert (Abbildung 4).

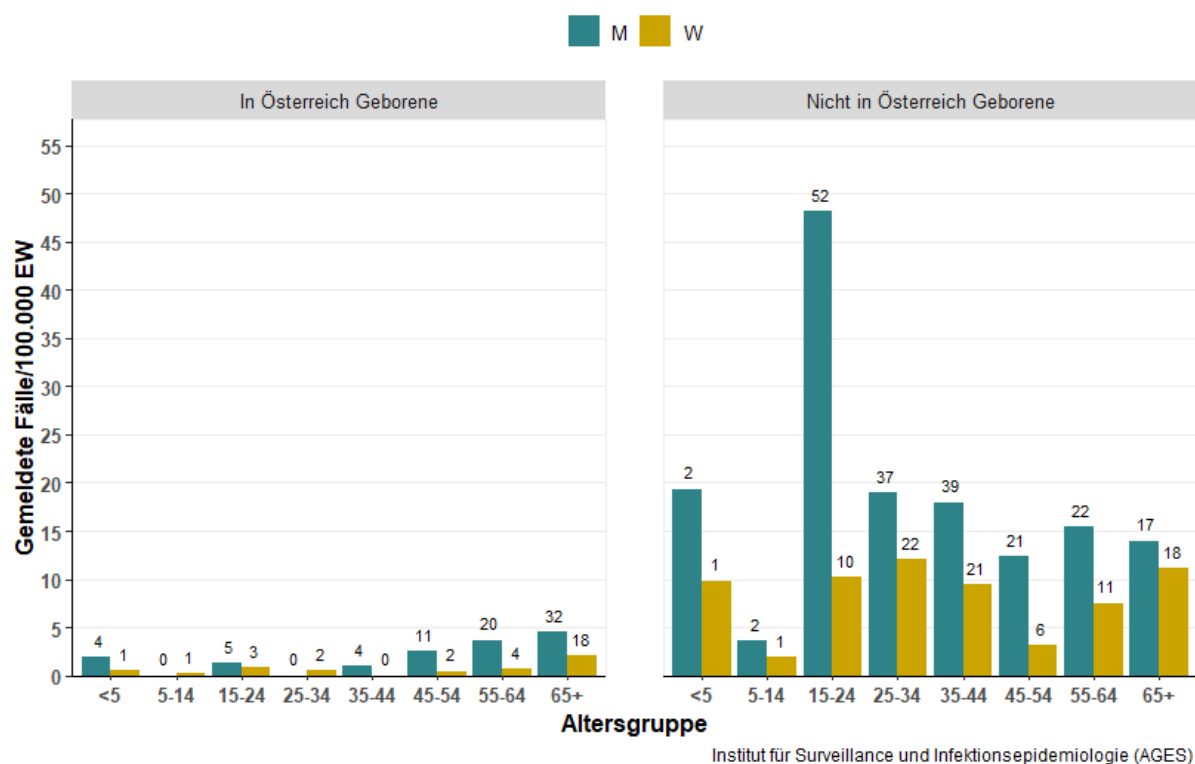


Abbildung 4: Inzidenz pro 100.000 Einwohner:innen und Fallzahl von Tuberkulose nach Geschlecht und Altersgruppe bei in Österreich Geborenen nicht in Österreich Geborenen, 2024¹

¹Zahlen über den Balken verweisen auf die Anzahl der gemeldeten Fälle.

Laborergebnisse und Tuberkulose Erreger

Bei 305 von 389 TB-Fällen konnte im Jahr 2024 ein kultureller Nachweis von tuberkulösen Mykobakterien erbracht werden. In 301 Fällen (98,7 %) konnte *M. tuberculosis*, in 2 Fällen *M. africanum* und in 2 Fällen *M. bovis, ssp. bovis* spezifiziert werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl und prozentuale Verteilung der Fälle von TB nach Erreger, 2024

Charakteristika	N	%	n	%
Mikroskopie-Resultat angegeben	262	67,4		
Mikroskopie-Resultat positiv			115	43,9
Kultur-Resultat angegeben	352	90,5		
Kultur-Resultat positiv			305	86,6
Mykobakterium Spezies	305	78,4		
<i>M. tuberculosis</i>			301	98,7
<i>M. africanum</i>			2	0,7
<i>M. bovis, ssp. bovis</i>			2	0,7

Quelle: Institut für Surveillance und Infektionsepidemiologie (AGES)

Ergebnisse der Resistenzprüfung

Angaben zur Mykobakterien-Resistenz waren für 300 der 389 (77,1 %) gemeldeten TB-Fälle des Jahres 2024 vorhanden. Es wurden insgesamt 4 Fälle einer MDR-TB (1,33 %) und ein Fall einer prä-XDR-TB (0,33 %) an der Nationalen Referenzzentrale bestätigt. Im Jahr 2024 wurde in Österreich kein Fall einer RR oder XDR-TB nachgewiesen. Die Gesamtinzidenz betrug 2024 in Österreich für MDR-TB 0,04 pro 100.000 Einwohner:innen und für prä-XDR-TB 0,01 pro 100.000 Einwohner:innen. Im Langzeitverlauf kann ein Rückgang der Gesamtanzahl von resistenten TB-Fällen beobachtet werden (Abbildung 5).

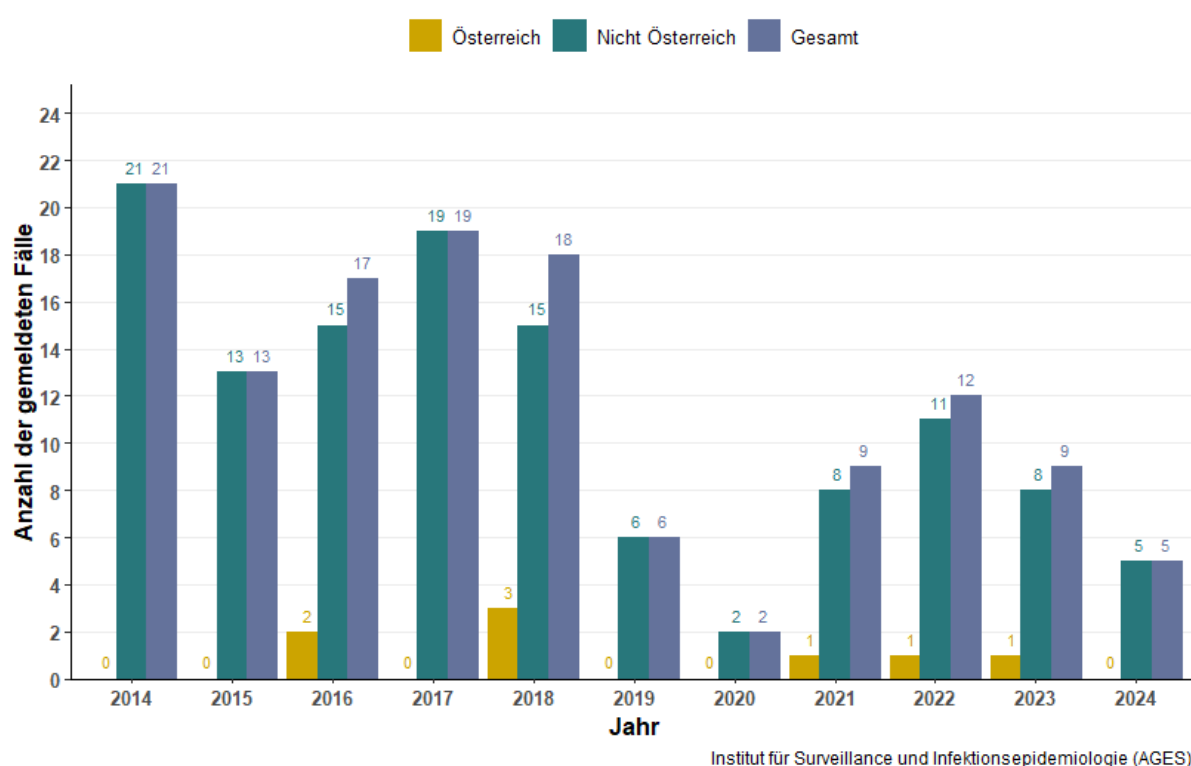


Abbildung 5: Anzahl der gemeldeten Fälle medikamentenresistenter TB (RR/MDR/prä-XDR/XDR-TB) nach Geburtsland, 2014-2024

Tabelle 2 fasst die Fallzahlen und Inzidenzwerte von medikamentenresistenter TB bei in Österreich Geborenen im Vergleich zu nicht in Österreich Geborenen zusammen. Im Jahr 2024 wurde bei in Österreich Geborenen kein Fall einer medikamentenresistenten (RR/MDR-/prä-XDR/XDR) TB registriert. Bei nicht in Österreich geborenen wurden 4 Fälle einer MDR-TB und ein Fall einer prä-XDR-TB festgestellt. Die Inzidenz bei nicht in Österreich Geborenen betrug für MDR-TB 0,19 pro 100.000 Einwohner:innen (n = 4) und für prä-XDR-TB 0,05 pro 100.000 Einwohner:innen (n = 1).

Tabelle 2: Anzahl der Fälle und Inzidenz pro 100.000 Einwohner:innen von medikamentenresistenter TB (RR/MDR/prä-XDR/XDR) nach Geburtsland, 2024

Resistenzmuster	In Österreich Geborene		Nicht in Österreich Geborene	
	n	Inzidenz ¹	n	Inzidenz
RR	0	-	0	-
MDR-TB	0	-	4	0,19
prä-XDR-TB	0	-	1	0,05
XDR-TB	0	-	0	-
Total	0	-	5	0,24

Quelle: Institut für Surveillance und Infektionsepidemiologie (AGES)

¹ Meldezahl pro 100.000 Einwohner:innen

Altersstandardisierte Bundesland-spezifische Inzidenz an Tuberkulose und regionale Verteilung der medikamentenresistenten Tuberkulose Fälle

Das Bundesland Wien verzeichnete im Jahr 2024 die höchste TB-Inzidenz (6,7 pro 100.000 Einwohner:innen) gefolgt von Vorarlberg (5,3 pro 100.000 Einwohner:innen) und Oberösterreich (4,3 pro 100.000 Einwohner:innen). Die Bundesländer Salzburg, Steiermark, Tirol, Kärnten, Niederösterreich und Burgenland verzeichneten Inzidenzen unter 4 pro 100.000 Einwohner:innen. Die höchste Anzahl an Fällen von medikamentenresistenter TB (RR/MDR-/prä-XDR/XDR) wurde in Wien mit 4 registriert; in Oberösterreich trat ein Fall von medikamentenresistenter TB (RR/MDR/prä-XDR/XDR) auf. Abbildung 6 zeigt die altersstandardisierten, bundeslandspezifischen TB-Inzidenzen für das Jahr 2024 sowie die regionale Verteilung der Fälle von medikamentenresistenter TB nach Bundesland des Wohnortes (Wohnort zum Zeitpunkt der letzten Meldung).

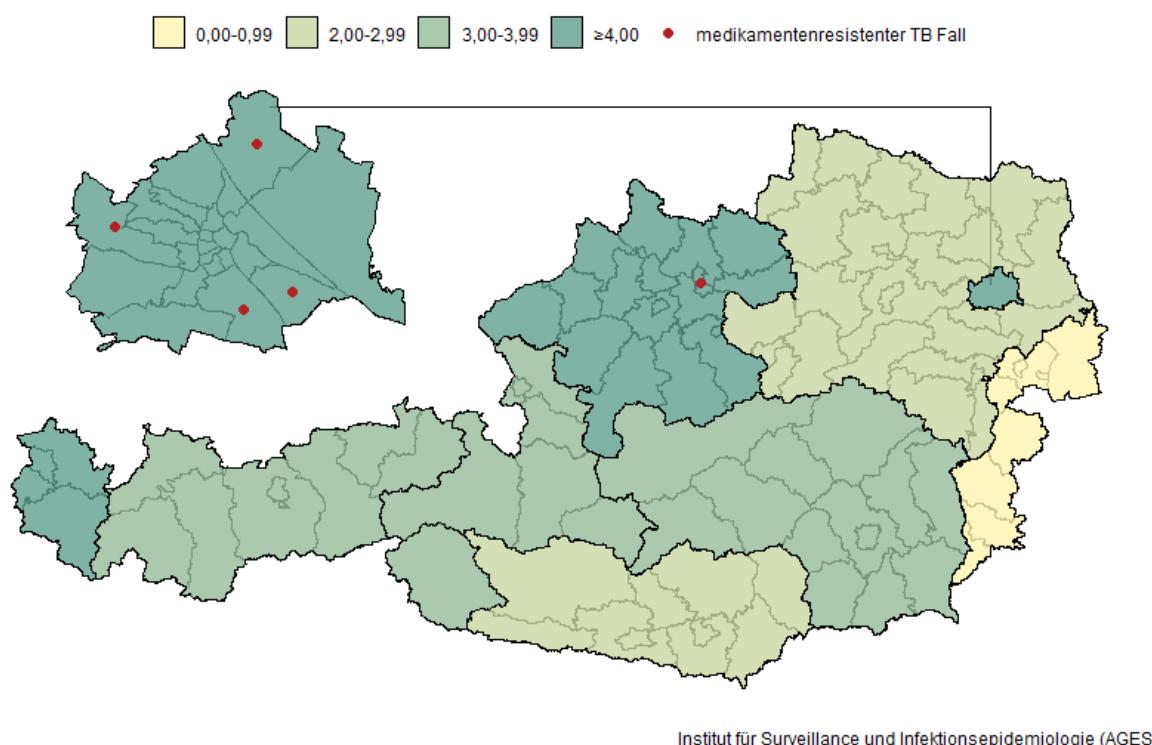


Abbildung 6: Altersstandardisierte bundesländerspezifische Inzidenz und regionale Verteilung von medikamentenresistenten TB-Fällen (RR/MDR/prä-XDR/XDR) nach Bundesland des Wohnortes (Wohnort zum Zeitpunkt der letzten Meldung, 2024)

Behandlungsausgang der Fälle von 2021 bis 2024

Durch die lange Behandlungsdauer von TB sind finale Informationen über den Behandlungsausgang erst mit entsprechender Verzögerung verfügbar. Tabelle 3 enthält aktualisierte Fallzahlen der Jahre 2021 bis 2023 sowie die verfügbaren Zahlen für 2024 nach Ausgang der Behandlung zum Analyse-Stichtag 30.06.2025. Mit Analyse-Stichtag wiesen 233 der 389 Fälle (59,9 %) im Jahr 2024 eine abgeschlossene Behandlung auf, weitere 102 Fälle (26,2 %) befanden sich noch in Behandlung (Tabelle 3). Es wurden 24 Todesfälle im Zusammenhang mit den gemeldeten Tuberkuloseerkrankungen registriert, von denen sechs als ursächlich gewertet wurden. Das entspricht einem Anteil verstorbener Fälle von 1,5 %. Die proportionale Verteilung der Fälle nach Behandlungsausgang ist in Abbildung 7 dargestellt.

Tabelle 3: Anzahl der TB-Fälle nach Behandlungsausgang, 2021-2024

Behandlungsausgang	2021	2022	2023	2024
Geheilt/Behandlung abgeschlossen	320	286	337	233
Behandlung laufend	0	0	11	102
Behandlungsabbruch (= Unterbrechung)	1	3	5	1
Nicht weiter verfolgbar	39	59	38	24
Tod an Tuberkulose	10	10	4	6
Tod anderer Ursache	21	12	22	15
Tod unbekannter Ursache	5	2	3	2
Ausgang unbekannt	0	0	1	6

Quelle: Institut für Surveillance und Infektionsepidemiologie (AGES)

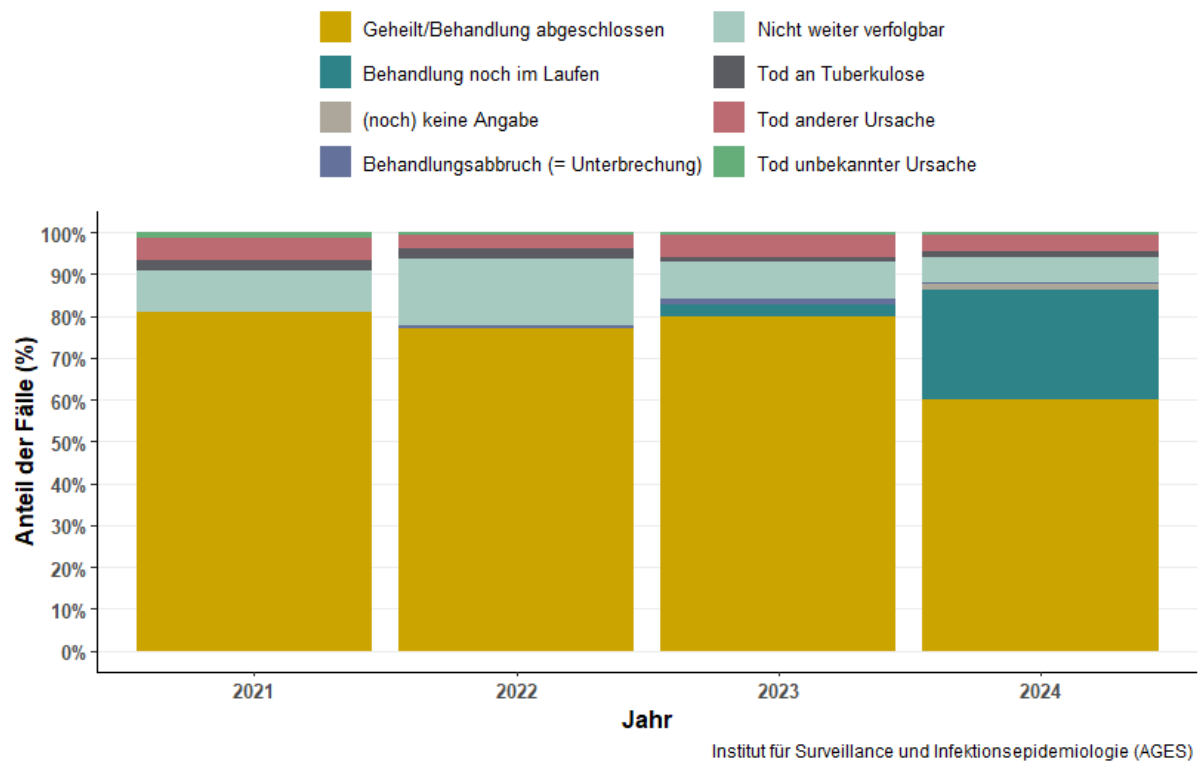


Abbildung 7: Anteil der TB-Fälle nach Behandlungsausgang, 2021-2024

Diskussion

Im Jahr 2024 kam es mit insgesamt 389 Fällen nach dem 2023 beobachteten Anstieg der Fallzahlen zu einem Rückgang um 8 % an neu registrierten TB-Fällen. Mit einer Inzidenz von 4,2 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen lag der Wert nur geringfügig über dem bisherigen Tiefststand von 4,1 im Jahr 2021 und blieb weiterhin unter dem prä-pandemischen Niveau. Bisher konnten in Österreich somit keine nachhaltigen Auswirkungen pandemiebedingter Erfassungsrückgänge auf die TB-Infektionskontrolle festgestellt werden.

Die Inzidenz in Österreich lag deutlich unter dem EU/EWR-Durchschnitt von 8,0 pro 100.000 Einwohner:innen (9), jedoch oberhalb des UN-Nachhaltigkeitsziels, das eine Reduktion auf 2,4 pro 100.000 Einwohner:innen bis zum Jahr 2030 vorsieht (-80 % gegenüber 2015)(10). In Österreich wurde seit 2015 ein Rückgang der TB-Inzidenz um 37,3% erreicht. Sowohl bei in Österreich Geborenen als auch bei nicht in Österreich Geborenen war 2024 eine rückläufige Inzidenz zu beobachten. Der Anteil der Neuerkrankungen bei in Österreich Geborenen liegt mit knapp einem Drittel im europäischen Durchschnitt (11) und zeigt ebenfalls einen rückläufigen Trend (12).

Bei der TB-Inzidenz zeigten sich regional deutliche Unterschiede. Die höchste altersstandardisierte Inzidenz wurde, wie auch in den Vorjahren, in Wien mit 6,7 pro 100.000 Einwohner:innen registriert. Differenzen zwischen urbanen und ländlichen Gebieten sind bekannt. In europäischen Großstädten mit insgesamt niedriger nationaler TB-Inzidenz kann die Inzidenz bis zu doppelt so hoch als der nationale Durchschnitt sein (12). Im Vergleich zum Vorjahr kam es auch in Wien zu einem Rückgang der TB-Inzidenz (13).

Auch im Berichtsjahr wurden TB-Erkrankungen bei Männern mehr als doppelt so häufig registriert wie bei Frauen. Die Inzidenz variierte deutlich nach Altersgruppe und Herkunft: Bei in Österreich geborenen Männern war die höchste Erkrankungsrate in der Altersgruppe ≥ 65 Jahre zu verzeichnen, während unter nicht in Österreich Geborenen insbesondere männliche Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15–24 Jahren betroffen waren. Eine Zunahme der TB-Inzidenz bei Kindern < 15 Jahren wurde in der Region EU/EEA zwischen 2015 und 2023 beschrieben (14). In Österreich entfielen auf diese Altersgruppe im Jahre 2024 insgesamt 12 Fälle.

Sowohl Anzahl als auch Anteil von resistenten TB-Fällen ist in Österreich in der Langzeitbeobachtung rückläufig. Bei in Österreich Geborenen wurden im Jahre 2024 keine medikamentenresistenten Stämme isoliert. Bei Nicht in Österreich Geborenen ist die Inzidenz medikamentenresistenter TB rückläufig.

Im Hinblick auf Erkrankungsausgänge, blieb Österreich anhand der Daten der Jahre 2021 bis 2023 unterhalb des Ziels von mind. 90% abgeschlossenen Behandlung bei registrierten TB-Fällen, wie es der Aktionsplan der WHO für Europa anstrebt (8). Für das Jahr 2024 liegt aufgrund unvollständiger Daten zu noch laufenden Behandlungen derzeit keine abschließende Bewertung vor. Positiv hervorzuheben ist jedoch der seit 2022 rückläufige Trend bei der Zahl der nicht weiter verfolgbaren Fälle. Die Zahl der TB-bedingten Todesfälle blieb mit sechs gemeldeten Fällen im Jahr 2023 trotz eines leichten Anstiegs zum Vorjahr auf niedrigem Niveau stabil.

Danksagung

Die Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose, AGES möchte sich hiermit ganz herzlich bei allen Sanitätsbehörden und involvierten Lungenfachärzt:innen Österreichs für deren Bemühungen bedanken, ohne die eine erfolgreiche Bekämpfung der Tuberkulose in Österreich nicht möglich ist.

Referenzen

1. Kirschner P.: Mykobakterien. In: Spektrum der Infektionskrankheiten. H. Mittermayer und F. Allerberger (Hrsg.) Spitta Verlag, Balingen, 2006, S. 508-517.
2. Aranaz A., Cousins D., Mateos A., Dominguez L. (2003) Elevation of *Mycobacterium tuberculosis* subsp. *caprae* Aranaz et al. 1999 to species rank as *Mycobacterium caprae* comb. nov., sp. nov. *Int J Syst Evol Microbiol* 53: 1785-1789.
3. Proding W.M., Brandstätter A., Naumann L., Pacciarini M., Kubica T., Boschioli M.L., Aranaz A., Nagy G., Cvetnic Z., Oceppek M., Skrypnik A., Erler W., Niemann S., Pavlik I., Moser I. (2005) Characterization of *Mycobacterium caprae* Isolates from Europe by *Mycobacterial Interspersed Repetitive Unit* Genotyping. *J Clin Microb.* 43: 4984-4992.
4. Heymann, D.L.: *Control of Communicable Disease Manual*. 21st Edition, American Public Health Association, Washington DC. Page 666-676.
5. Költringer FA, Annerstedt KS, Boccia D, Carter DJ, Rudgard WE. The social determinants of national tuberculosis incidence rates in 116 countries: a longitudinal ecological study between 2005-2015. *BMC Public Health*. 2023;23(1):337.
6. Drain PK, Bajema KL, Dowdy D, Dheda K, Naidoo K, Schumacher SG, et al. Incipient and Subclinical Tuberculosis: a Clinical Review of Early Stages and Progression of Infection. *Clin Microbiol Rev*. 2018;31(4).
7. Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Tuberculosis action plan for the WHO European Region 2023–2030. Copenhagen: World Health Organization; 2022.
9. Tuberculosis Surveillance Report 2024. Stockholm: European Centre for Prevention and Disease Control; 2024.
10. Tuberculosis Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: European Centre for Prevention and Disease Control; 2022.
11. Vasiliu A, Cristea V, Stoycheva K, Rosales-Klintz S, Lange C, Zenner D, et al. Shifting tuberculosis dynamics in the EU/EEA: geographical and drug resistance trends among people of foreign origin, 2019 to 2023. *Euro Surveill*. 2025;30(11).
12. de Vries G, Aldridge RW, Cayla JA, Haas WH, Sandgren A, van Hest NA, et al. Epidemiology of tuberculosis in big cities of the European Union and European Economic Area countries. *Euro Surveill*. 2014;19(9).
13. Tuberkulose Jahresbericht 2023. Wien: Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit; 2024.

14. Cristea V, Ködmön C, Gomes Dias J, Rosales-Klintz S. Increase in tuberculosis among children and young adolescents, European Union/European Economic Area, 2015 to 2023. *Euro Surveill.* 2025;30(11).

Annex

Annex 1: EU-Falldefinitionen und Fallklassifikation, 2008/426/EG adaptiert gemäß „Tuberculosis Reporting Protocol 2015“, ECDC, 2024

Falldefinition	
Klinisches Kriterium	Mit aktiver Tuberkulose vereinbare Zeichen, Symptome und/oder radiologische Befunde UND Beschluss eines Klinikers, eine vollständige Tuberkulosebehandlung durchzuführen; ODER ein post-mortem entdeckter Fall mit pathologischem Befund, der mit aktiver Tuberkulose vereinbar ist und der eine Indikation für eine antibiotische Tuberkulosebehandlung gebildet hätte, wenn die Diagnose vor dem Tod des Patienten gestellt worden wäre.
Laborkriterien für einen bestätigten Fall	Kultureller Nachweis von tuberkulösen Mykobakterien (außer Mycobacterium-bovis-BCG) in einer klinischen Probe ODER Nachweis von Nukleinsäure von tuberkulösen Mykobakterien in einer klinischen Probe UND mikroskopischer Nachweis von säurefesten Stäbchenbakterien in derselben klinischen Probe
Laborkriterien für einen wahrscheinlichen Fall	Mindestens eines der drei Laborkriterien ist erfüllt: Mikroskopischer Nachweis von säurefesten Stäbchenbakterien in einer klinischen Probe, Nachweis von Nukleinsäure von tuberkulösen Mykobakterien in einer klinischen Probe, Histologischer Nachweis von Granulomen
Fallklassifizierung	
Möglicher Fall	klinische Kriterien sind erfüllt
Wahrscheinlicher Fall	klinische Kriterien und Laborkriterien für wahrscheinlichen Fall sind erfüllt
Bestätigter Fall	klinische Kriterien und Laborkriterien für bestätigten Fall sind erfüllt

*In Einzelfällen wurde von der Fallklassifikation „bestätigter Fall“ nach individueller Prüfung durch Expert:innen abgewichen, etwa wenn es bei einem laborbestätigten Fall so kurz nach der Diagnosestellung zum Eintreten des Todes kommt, dass der Beginn einer antituberkulösen Therapie nicht erfolgt ist.

Annex 2: Verwendete WHO-Definitionen von Resistenzformen der Tuberkulose 2013 bis 2022

Resistenzformen der tuberkulösen Mykobakterien gegen Antituberkulotika	
Rifampicin Resistance (RR)	Vorliegen einer Monoresistenz gegen Rifampicin oder einer Polyresistenz mit Resistenz gegen Rifampicin bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Resistenz gegen Isoniazid
Multi-drug Resistance (MDR)	Gleichzeitige Resistenz gegen Isoniazid und Rifampicin sowie ggf. gegen weitere Antituberkulotika der ersten Wahl
Extreme-drug Resistance (XDR)	MDR mit zusätzlichen Resistenzen gegenüber mindestens einem der Fluorchinolone und einem der drei injizierbaren Zweitang-Antituberkulotika Amikacin, Kanamycin und Capreomycin

Annex 3: Verwendete WHO-Definitionen von Resistenzformen der Tuberkulose ab 2023

Resistenzformen der tuberkulösen Mykobakterien gegen Antituberkulotika	
Rifampicin Resistance (RR)	Vorliegen einer Monoresistenz gegen Rifampicin oder einer Polyresistenz mit Resistenz gegen Rifampicin bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Resistenz gegen Isoniazid
Multi-drug Resistance (MDR)	Gleichzeitige Resistenz gegen Isoniazid und Rifampicin sowie ggf. gegen weitere Antituberkulotika der ersten Wahl
Pre-extreme-drug Resistance (pre-XDR)	MDR mit zusätzlichen Resistenzen gegenüber mindestens einem der Fluorchinolone (Moxifloxacin, Levofloxacin)
Extreme-drug Resistance (XDR)	MDR mit zusätzlichen Resistenzen gegenüber mindestens einem der Fluorchinolone (Moxifloxacin, Levofloxacin) und zumindest einem weiteren Medikament der Gruppe A (Bedaquilin, Linezolid)

Annex 4: Einteilung der Länder nach Kategorien der TB-Inzidenz gemäß ECDC und WHO

TB-Inzidenz Kategorien	
Hoch Inzidenz-Länder nach ECDC	≥ 20 pro 100.000 Einwohner:innen
Niedrig Inzidenz-Länder nach ECDC	< 20 pro 100.000 Einwohner:innen
Hoch Inzidenz-Länder außerhalb der EU	≥ 40 pro 100.000 Einwohner:innen
Niedrig Inzidenz-Länder außerhalb der EU	< 40 pro 100.000 Einwohner:innen
Hoch MDR-Morbidität-Länder nach WHO	Geschätzte Gesamtzahl von ≥ 4.000 MDR TB-Fälle pro Jahr ODER 10% der Neuerkrankungen seit 2008 sind MDR TB-Fälle
Hoch Prioritäts-Länder in Europa nach ECDC/WHO; Stand 2014	18 Länder: Armenien, Aserbaidschan, Weißrussland, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgistan, Lettland, Litauen, Rep. Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan