

Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose

Jahresbericht 2025

2026-14-08-14

Inhalt

Inhalt.....	2
TB - Jahresbericht 2025	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, 2025.....	12
Laborergebnisse und TB-Erreger.....	13
Ergebnisse der Resistenzprüfung.....	14
Altersstandardisierte Bundesland-spezifische Inzidenz an TB und regionale Verteilung der medikamentenresistenten TB-Fälle	16
Behandlungsausgang der Fälle von 2022 bis 2025	17
Integrierte genomische Surveillance – TB-Cluster 2025.....	18
Diskussion	20
Danksagung	22
Referenzen.....	23
Annex 24	

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

Dr.ⁱⁿ med. vet. Adriana Cabal Rosel, PhD, MSc

E-Mail: adriana.cabal-rosel@ages.at

Dr. med. vet. Dirk Werber, PD, MSc

E-Mail: dirk.werber@ages.at

Institut für Daten, Statistik und Risikobewertung

Traisengasse 5

A-1200 Wien

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

TB - Jahresbericht 2025

Zusammenfassung

Im Jahr 2025 wurden 384 Fälle von TB (335 bestätigte, 32 wahrscheinliche und 17 mögliche Fälle) in Österreich neu registriert, das entspricht einer Inzidenz von 4,2 pro 100.000 Einwohner:innen. Männer erkrankten 1,6-mal häufiger als Frauen (5,2 im Vergleich zu 3,3 pro 100.000). Es traten 104 Fälle (27,1%) bei in Österreich Geborenen und 280 Fälle (73%) bei nicht in Österreich Geborenen auf. Bei in Österreich Geborenen verzeichnete die Altersgruppe der männlichen ≥ 65 -Jährigen die höchste Inzidenz (3,8/100.000). Die höchste Inzidenz wurde bei nicht in Österreich Geborenen männlichen 15-24-Jährigen mit 29,1 pro 100.000 Einwohner:innen registriert. Das Bundesland Wien war mit 7,7 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen am stärksten und Kärnten mit 1,6 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen am geringsten betroffen. Im Vergleich zu 2024 ergab sich eine Reduktion der absoluten Anzahl von 6 TB Fällen. Von 2015 bis einschließlich 2025 sank die TB-Inzidenz in Österreich um durchschnittlich um 0,31 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen jährlich und damit insgesamt um 66%. Im Jahr 2025 wurden an der nationalen Referenzzentrale für TB 1 Fall einer Rifampicin-resistenten TB (RR-TB), 4 Fälle multiresistenter TB (MDR-TB) und 2 Fälle prä-extensiv resistenter (prä-XDR-TB) TB nachgewiesen.

Summary

In 2025, a total of 384 cases of tuberculosis (TB) (335 confirmed, 32 probable and 17 possible cases) were notified in Austria, which corresponds to an incidence of 4,2 per 100.000 inhabitants. Men were affected 1.6 times more frequently than women (5.2 versus 3.3 per 100.000 inhabitants). A total of 104 cases (27%) were found among the population born in Austria, 152 cases (73%) among those foreign-born. For the population born in Austria, the highest incidence of tuberculosis was observed among males ≥ 65 -year-old (3.8 per 100.000 inhabitants). The highest incidence overall was recorded among foreign-born males aged 15-24 years not born in Austria (29.7 per 100.000 inhabitants). The population of Vienna had the highest incidence (7.7 per 100.000 inhabitants); the lowest incidence was observed in Carinthia (1.6 per 100.000 inhabitants). In comparison to 2024, the absolute number of cases decreased by 6. Between 2015 and 2025, tuberculosis incidence annually declined on average by 0.31 cases per 100.000 inhabitants. In 2025, one case of rifampicin resistant TB (RR-TB), four cases of multidrug-resistant TB (MDR-TB) and two cases of pre-extensively drug-resistant TB (pre-XDR-TB) were confirmed.

Einleitung

Tuberkulose (TB) ist eine durch Bakterien des *Mycobacterium tuberculosis*-Komplexes (MTC) verursachte Infektionskrankheit, die in erster Linie durch das Einatmen von erregershaltigen Tröpfchen übertragen wird (1-3). Nach einer Ansteckung entwickeln bis zu 95% der Betroffenen eine latente Infektion, bei der die Erreger über viele Jahre ohne Krankheitsaktivität im Körper verbleiben können (4). Nur ein Teil der Infizierten erkrankt an einer aktiven Tuberkulose, wobei etwa 80% der Erkrankungen die Lunge betreffen (pulmonale TB) (4). Seltener ist eine Manifestation in anderen Organsystemen (extrapulmonale TB) (4). Die Symptome einer aktiven pulmonalen TB umfassen in erster Linie Husten mit blutigem Auswurf, Atemnot, Nachtschweiß, Gewichtsverlust und Fieber (4). Das Risiko für eine aktive Erkrankung steigt insbesondere bei eingeschränkter Immunabwehr (4). Die frühzeitige Erkennung und Behandlung aktiver Tuberkulose ist von großer Bedeutung, da es sich dabei um die ansteckende Form der Krankheit handelt. Die Standardtherapie der TB besteht aus einer mindestens sechsmonatigen Kombination von vier verschiedenen Antibiotika (5). Das Auftreten resistenter Erreger erschwert die Behandlung erheblich, da alternative Therapien häufig länger dauern und mit stärkeren Nebenwirkungen verbunden sind (5). Resistente Tuberkulosestämme stellen daher weltweit eine bedeutende Herausforderung in der Bekämpfung der Erkrankung dar (6).

Trotz rückläufiger Fallzahlen in vielen einkommensstarken Ländern zählt TB mit rund 1,2 Millionen Todesfällen im Jahr 2024 weiterhin zu den weltweit tödlichsten Infektionskrankheiten (5). In Österreich ist die Meldung von TB-Fällen gesetzlich 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. Die Gesundheitsbehörden erheben daraufhin relevante epidemiologische Informationen und setzen Maßnahmen wie Kontaktpersonennachverfolgungen, Screening und präventive Therapien um. Zusätzlich müssen Laboratorien TB-Isolate an die Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose übermitteln. Dort werden Resistenztestungen sowie molekularbiologische Analysen mittels Ganzgenomsequenzierung (Whole Genome Sequencing, WGS) durchgeführt. Diese ermöglichen eine molekularbiologische Feintypisierung der Erreger, beispielsweise für den Vergleich von Isolaten im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen oder zur Vorhersage von möglichen Antibiotikaresistenzen.

Seit 2025 ist es in Österreich erstmals möglich, die Ergebnisse der molekularbiologischen Feintypisierung systematisch mit den epidemiologischen Daten der Gesundheitsbehörden zu verknüpfen und integriert im Rahmen der TB-Surveillance auszuwerten. Auf Basis definierter genomischer und epidemiologischer Kriterien werden TB-Cluster (Annex 5 und 6) automatisiert erkannt. Cluster, die festgelegte Priorisierungskriterien erfüllen, werden an die jeweils

zuständige Gesundheitsbehörde weitergeleitet. Dadurch wird die im Tuberkulosegesetz verankerte Verpflichtung der Nationalen Referenzzentrale umgesetzt, epidemiologisch relevante Übertragungsgeschehen zu identifizieren und zu melden. Die Integration molekularbiologischer und epidemiologischer Daten stellt einen wichtigen Fortschritt für die TB-Surveillance in Österreich dar. Sie ermöglicht eine verbesserte Erkennung von Übertragungsketten, die Identifizierung von Clustern und damit die frühzeitige Erkennung von Ausbruchsgeschehen. Langfristig trägt die integrierte genomische Surveillance essenziell zu einem besseren Verständnis der Tuberkuloseepidemiologie in Österreich bei. Sie kann Gesundheitsbehörden gezielt in ihren Maßnahmen zur Tuberkulosekontrolle unterstützen und zu einer effektiveren und effizienten gesundheitspolitischen Zielsteuerung beitragen.

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

Methoden

Dieser Jahresbericht beinhaltet die Auswertungen der nationalen Surveillance-daten zur TB in Österreich für das Jahr 2025, sowie auch die der Vorjahre 2005-2024, gemäß Datenstand vom 15.04.2026. Zusätzlich werden die aktualisierten Behandlungsausgänge für die Fallkohorten der Jahre 2022, 2023 und 2024 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 -Fallklassifikation, 2008/426/EG, eingeteilt (Annex 1). Für sonstige TB-Surveillance relevante Definitionen wird auf Annex 2-5 verwiesen.

Datenquelle und Datenanalyse

Der mit 15.04.2026 im Epidemiologischen Meldesystem (EMS) für das Jahr 2025 verfügbare Datensatz wurde auf Validität und Vollständigkeit überprüft. Die Fälle sind nach den Charakteristika (Variablen) Fallklassifikation (bestätigt, wahrscheinlich, möglich), Demografie (Geschlecht, Alter, Bundesland des Wohnortes, Geburtsland, Aufenthaltsstatus, Einreisejahr), Organbeteiligung, Labordiagnostik (mikroskopische, kulturelle, histologische oder molekularbiologische Untersuchung [mittels Nukleinsäure-Amplifikations-Technik, NAT] der klinischen Probe) und die in vitro Mykobakterien-Empfindlichkeit gegenüber Antituberkulotika ausgewertet. Die Langzeit-Trends der TB-Inzidenz von 2015-2025 (=Meldezahl pro 100.000 Einwohner:innen) wurden mittels Regressionsanalysen modelliert. Bevölkerungsdaten stammen von Statistik Austria gemäß Angaben für die Bevölkerungsstruktur am Beginn des jeweiligen Folgejahres. Für die Clusteranalyse im Rahmen der integrierten genomischen Surveillance wurden die Daten der Sequenzierungsdatenbank der Nationalen Referenz Zentrale für TB herangezogen. Die genomische Typisierung erfolgte mittels Core-Genome Multilocus Sequence Typing (cgMLST) nach dem Ridom SeqSphere+™-Schema.

Ergebnisse

Anzahl der Fälle und Inzidenz in der Langzeitbeobachtung

Im Jahr 2025 wurden 384 Fälle einer TB-Erkrankung neu in Österreich registriert, dies entspricht einer Inzidenz von 4,2 pro 100.000 Einwohner:innen. In 335 Fällen (87%) wurden die Kriterien eines bestätigten Falles laut österreichischer Falldefinition erfüllt. Weitere 32 Fälle (8%) konnten als wahrscheinliche und 17 Fälle (4%) als mögliche Fälle eingeordnet werden. Bei 286 Erkrankungsfällen (75%) lag eine pulmonale TB (d.h. Lunge, Kehlkopf oder Atemwege betreffende TB) vor. Im Vergleich zu 390 gemeldeten Fällen des Vorjahres ergab sich eine Abnahme der absoluten Anzahl um 6 Fälle (relative Fallzahländerung: -2%). Anhand des Langzeittrends seit 2015 kann insgesamt ein Rückgang der TB-Inzidenz um 66% gemessen werden (Abbildung 1).

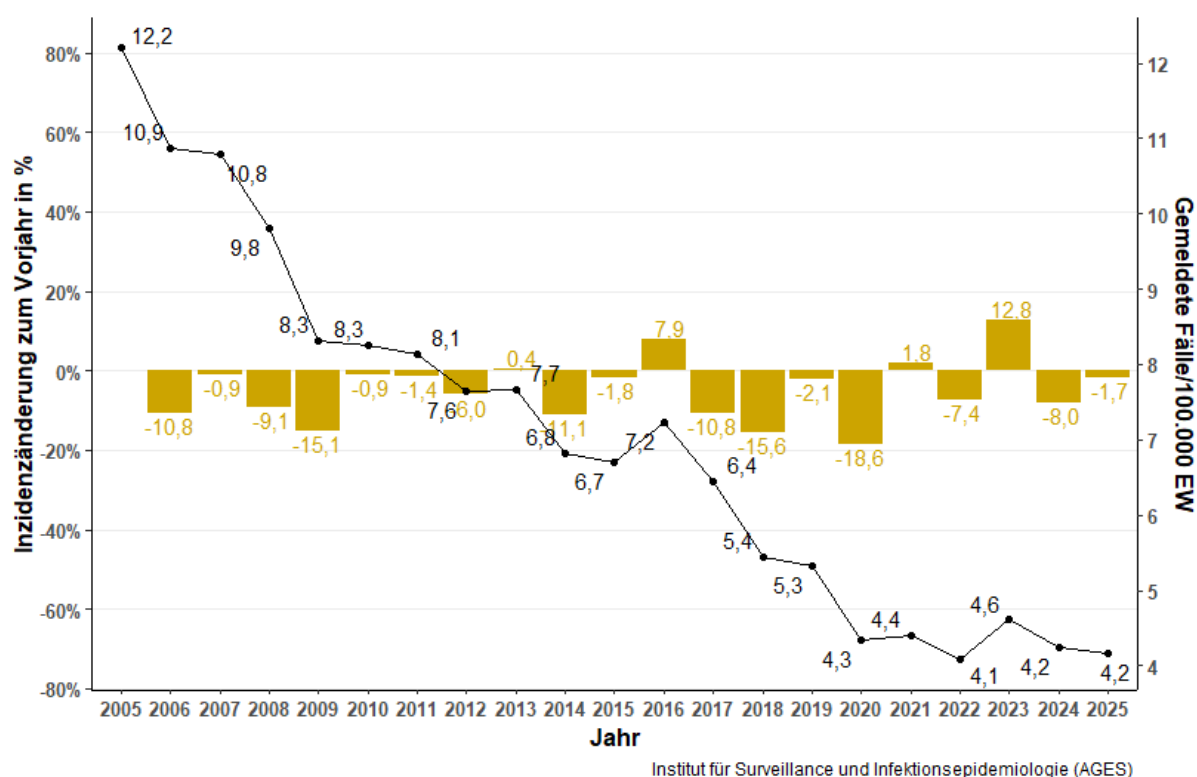


Abbildung 1: Zeitlicher Verlauf der TB-Inzidenz pro 100.000 Einwohner:innen in Österreich und deren prozentuelle Änderungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr, 2005-2025.

Anzahl der Fälle und Inzidenz nach Geburtsland

Von den 384 Fällen wurden 104 (27%) bei Personen, die in Österreich geboren wurden, und 280 (73%) bei Personen, die nicht in Österreich geboren wurden, festgestellt. Im Jahr 2025 wurden 152 Fälle (40%) bei Personen mit Geburtsland in der WHO-Region Europa (ohne Österreich) gemeldet. 128 (33%) Fälle wurden in Österreich bei Personen mit Geburtsland außerhalb der WHO-Region Europa registriert. Von 2015 bis einschließlich 2025 nahm die TB-Inzidenz in der österreichischen Gesamtbevölkerung jährlich im Durchschnitt um 0,31 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen ab (Abbildung 2). Im gleichen Zeitraum nahm die Inzidenz bei in Österreich geborenen Personen im Durchschnitt um 0,13 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen ab, bei nicht in Österreich Geborenen nahm die Inzidenz von 2015 bis 2025 durchschnittlich um 1,36 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen ab.

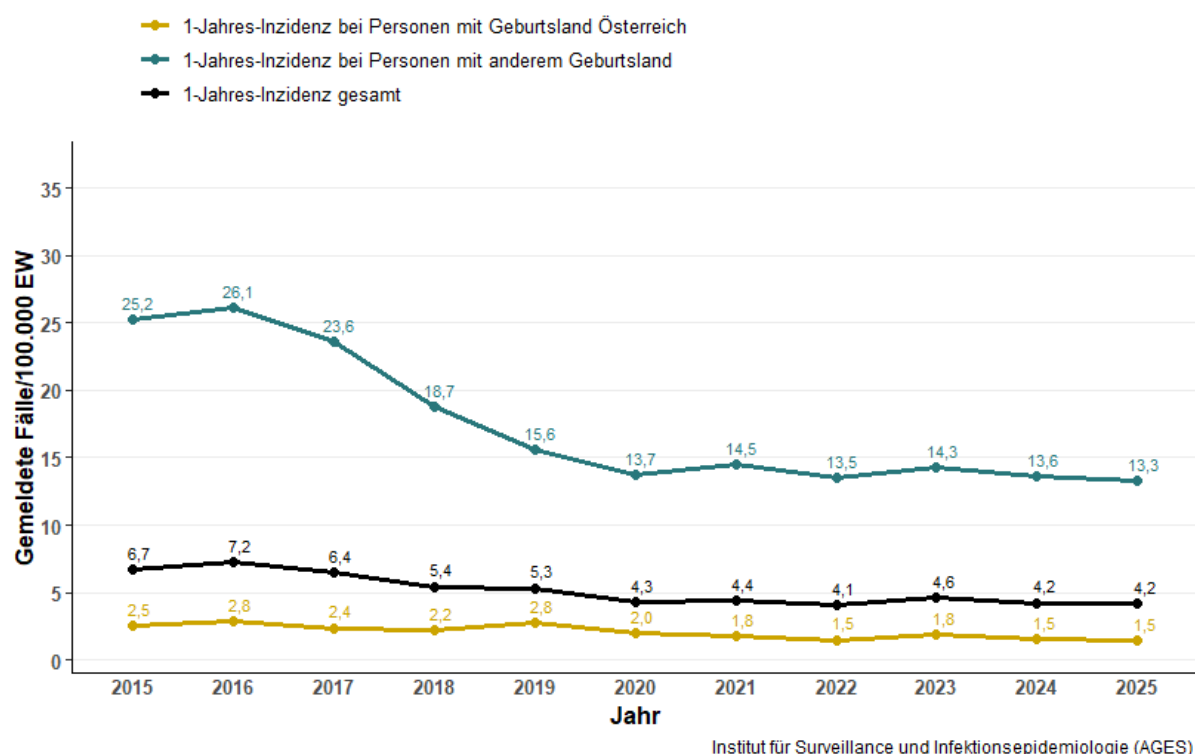


Abbildung 2: 1-Jahres-Inzidenz der TB bei Personen mit Geburtsland Österreich, sowie bei Personen mit anderem Geburtsland, Österreich, 2015-2025.

Der Anteil der Fälle bei in Österreich Geborenen ist in Betrachtung des Gesamttrends seit 2015 rückläufig und lag 2025 bei 27%. Der Anteil der Fälle bei nicht in Österreich Geborenen mit Geburtsland in der WHO-Region Europa (ausgenommen Österreich) betrug 40% und bei nicht in Österreich Geborenen mit Geburtsland in der WHO-Region Östliches Mittelmeer lag bei 22%. Fälle bei Personen mit Geburtsländern aus den übrigen Regionen machten 12% der 2025-Fallkohorte aus (Abbildung 3).

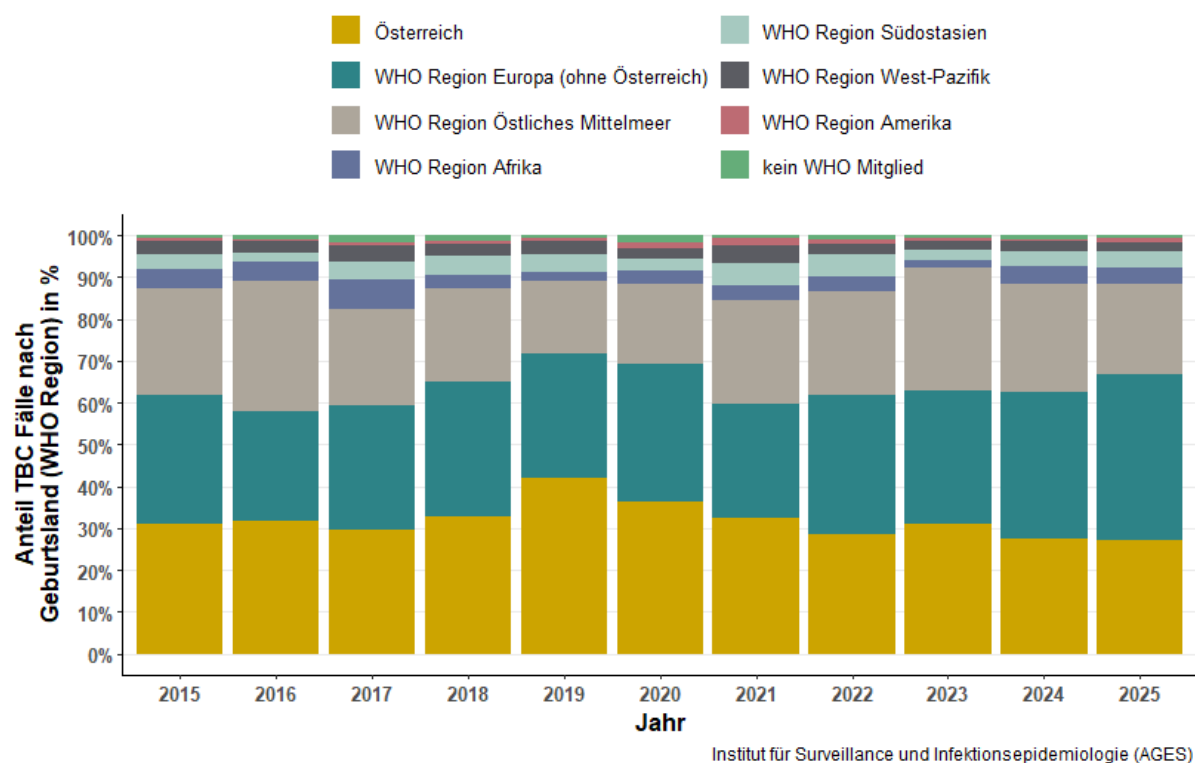


Abbildung 3: Anteilsmäßige Verteilung der in Österreich registrierten TB-Fälle nach WHO-Region des Geburtslandes mit separater Darstellung des Fallanteils der Personen mit Geburtsland Österreich, 2015-2025.

Alters- und Geschlechtsverteilung nach Geburtsland, 2025

Im Jahr 2025 erkrankten Männer 1,6-mal häufiger an TB als Frauen. Bei in Österreich Geborenen zeigte sich bezogen auf die Altersverteilung die höchste Inzidenz mit 3,8 pro 100.000 Einwohnern in der Gruppe der männlichen ≥ 65 -Jährigen. Die höchste Inzidenz wurde bei nicht in Österreich Geborenen in der Altersgruppe der männlichen 15-24-Jährigen mit 29,7 pro 100.000 Einwohnern registriert (Abbildung 4).

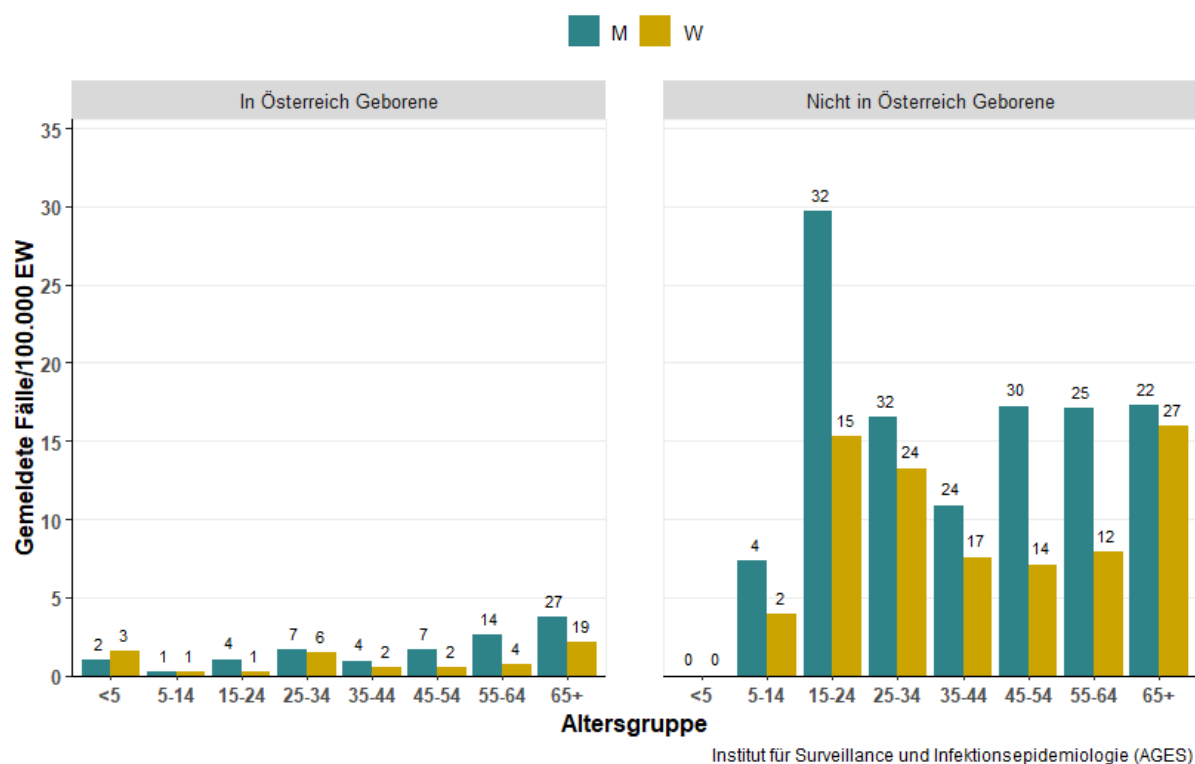


Abbildung 4: Inzidenz pro 100.000 Einwohner:innen und Fallzahl von TB nach Geschlecht und Altersgruppe bei in Österreich Geborenen nicht in Österreich Geborenen, Österreich, 2025¹.

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

Laborergebnisse und TB-Erreger

Bei 326 von 384 TB-Fällen konnte im Jahr 2025 ein kultureller Nachweis von tuberkulösen Mykobakterien erbracht werden, davon wurden 324 (92%) Isolate ganzgenomsequenziert. In 314 Fällen (96%) konnte *M. tuberculosis*, in 5 Fällen *M. africanum* und in 4 Fällen *M. bovis*, *ssp. bovis* spezifiziert werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl und prozentuale Verteilung der Fälle von TB nach Erreger, Österreich, 2025.

Charakteristika	N	%	n	%
Mikroskopie-Resultat angegeben	266	69,3		
Mikroskopie-Resultat positiv			130	49
Kultur-Resultat angegeben	354	92,2		
Kultur-Resultat positiv			326	92
Kultur-Resultat positiv mit Sequenzierungsnummer			324	92
Mykobakterium Spezies	326	84,9	0	0,0
<i>M. tuberculosis</i>			314	96
<i>M. bovis ssp. bovis</i>			4	1
<i>M. africanum</i>			5	2
<i>M. tuberculosis</i> complex (nicht spezifiziert)			3	1

Quelle: Institut für Surveillance und Infektionsepidemiologie (AGES)

Ergebnisse der Resistenzprüfung

Angaben zur Mykobakterien-Resistenz waren für 321 der 384 (84%) gemeldeten TB-Fälle des Jahres 2025 vorhanden. Es wurde insgesamt ein Fall einer Rifampicin resistenten TB (RR-TB) (0,3%), 4 Fälle (1,2%) einer multiresistenten TB (MDR-TB) und 2 Fälle (0,6%) einer prä-extensiv-resistenten TB (XDR-TB) an der Nationalen Referenzzentrale bestätigt. Im Jahr 2025 wurde in Österreich kein Fall einer extrem-resistenten TB (XDR-TB) nachgewiesen. Die Gesamtinzidenz betrug 2025 in Österreich für RR-T 0,01 pro 100.000 Einwohner:innen, für MDR-TB 0,04 pro 100.000 Einwohner:innen und für prä-XDR-TB 0,02 pro 100.000 Einwohner:innen. Im Langzeitverlauf seit 2025 kann ein Rückgang der Gesamtanzahl von resistenten TB-Fällen beobachtet werden (Abbildung 7).

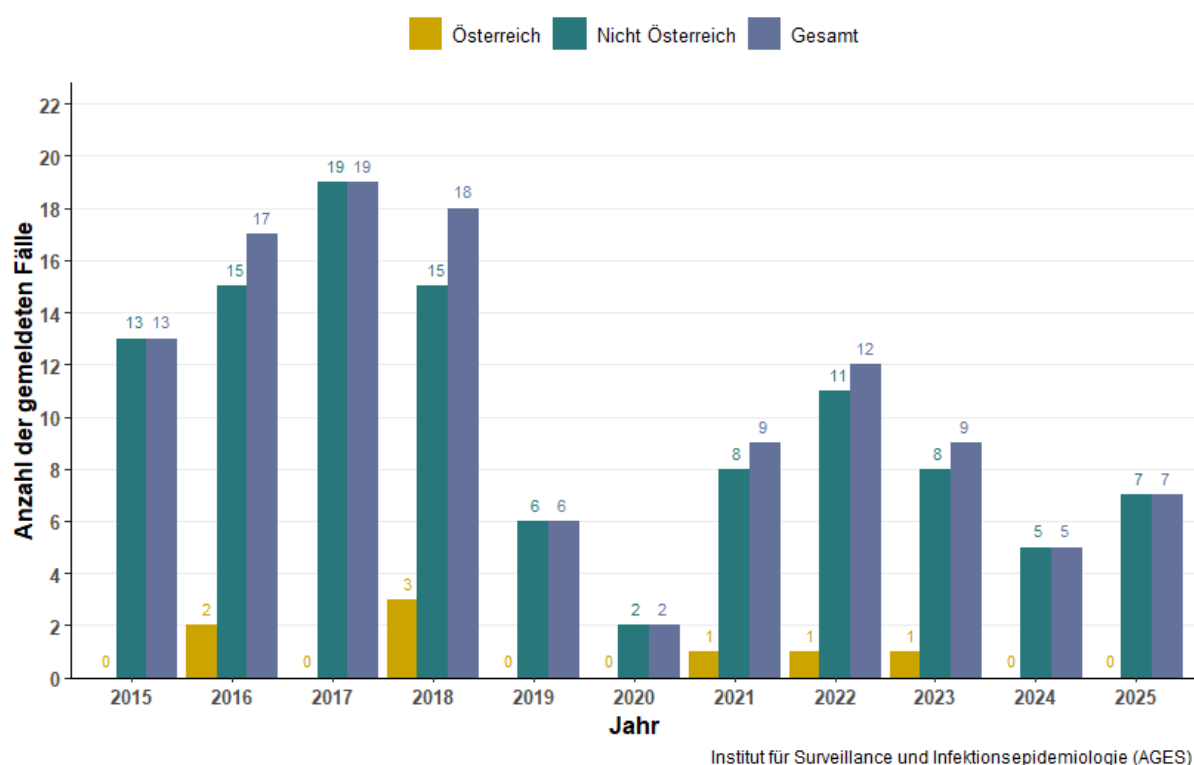


Abbildung 7: RR/MDR/prä-XDR/XDR-TB Fälle in Österreich nach Herkunft (Geburtsland), Österreich, 2015-2025.

Tabelle 2 fasst die Fallzahlen und Inzidenzwerte von resistenter TB bei in Österreich Geborenen im Vergleich zu nicht in Österreich Geborenen zusammen. Im Jahr 2025 wurde bei in Österreich Geborenen kein Fall medikamentenresistente resistenter TB registriert, bei nicht in Österreich geborenen ein Fall einer RR-TB, 4 Fälle einer MDR-TB und 2 Fälle einer prä-XDR-TB festgestellt. Bei nicht in Österreich Geborenen wurde für RR-TB eine Inzidenz von 0,05 pro 100.000 Einwohner:innen (n=1), für MDR-TB eine Inzidenz von 0,19 pro 100.000 Einwohner:innen (n=4) und für prä-XDR-TB eine Inzidenz von 0,09 pro 100.000 Einwohner:innen (n=2) registriert.

Tabelle 2: Anzahl der Fälle und Inzidenz per 100.000 Einwohner:innen von medikamentenresistenter (RR/MDR/prä-XDR/XDR)-TB nach Geburtsland, Österreich, 2025.

Resistenzmuster	In Österreich Geborene		Nicht in Österreich Geborene	
	n	Inzidenz ¹	n	Inzidenz ¹
RR-TB	0	-	1	0,05
MDR-TB	0	-	4	0,19
prä-XDR-TB	0	-	2	0,09
XDR-TB	0	-	0	-
Total	0	-	7	0,33

Quelle: Institut für Surveillance und Infektionsepidemiologie (AGES)

¹Meldezahl pro 100.000 Einwohner:innen

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

Das Bundesland Wien verzeichnete im Jahr 2025 die höchste TB-Inzidenz (7,6 pro 100.000 Einwohner:innen) gefolgt von Salzburg (6,2 pro 100.000 Einwohner:innen) und Oberösterreich (4,3 pro 100.000 Einwohner:innen). Die Bundesländer Burgenland, Vorarlberg, Tirol, Steiermark, Niederösterreich und Kärnten verzeichneten Inzidenzen unter 4 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen. Die höchste Anzahl Fällen von medikamentenresistenter (RR/MDR/prä-XDR/XDR)-TB wurde in Wien mit 4 Fällen registriert, in Kärnten, Niederösterreich und Salzburg trat jeweils ein einer medikamentenresistenten (RR/MDR/prä-XDR/XDR)-TB auf. Abbildung 5 zeigt die altersstandardisierten, bundeslandspezifischen TB-Inzidenzen für 2025 sowie die regionale Verteilung der Fälle von medikamentenresistenter TB nach Bundesland des Wohnortes (Wohnort zum Zeitpunkt der letzten Meldung).

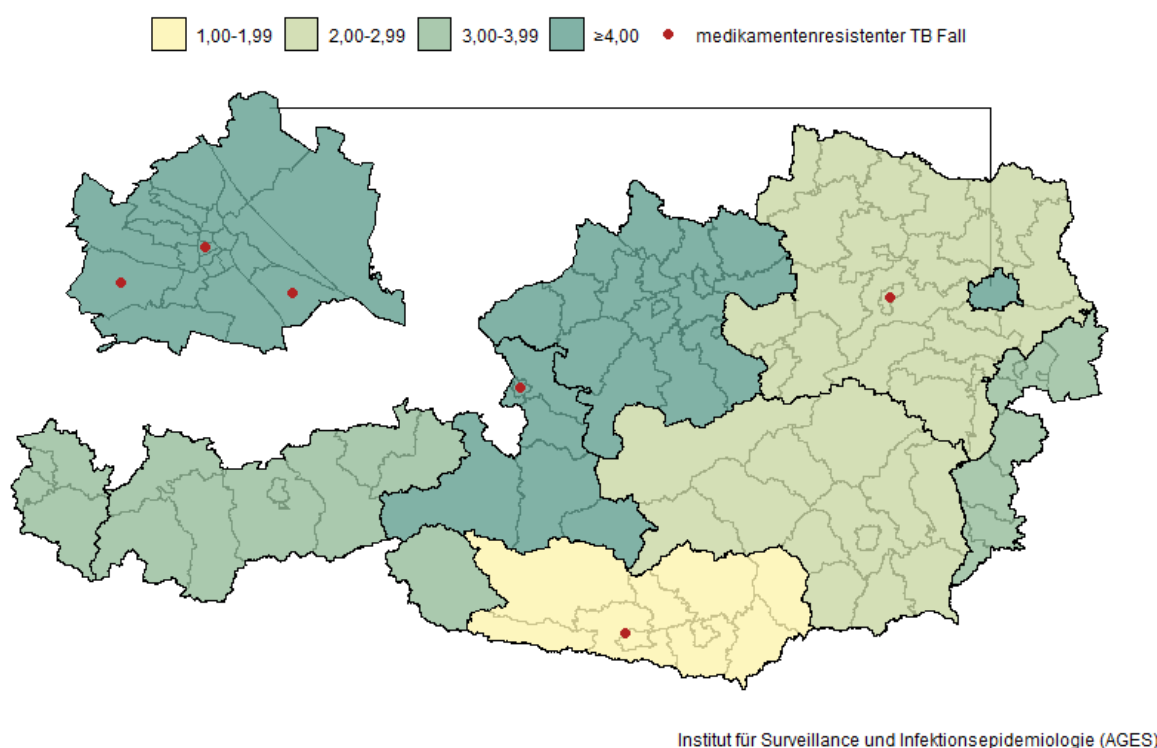


Abbildung 5: Altersstandardisierte bundesländerspezifische TB-Inzidenz und medikamentenresistente (RR/MDR/prä-XDR/XDR)-TB Fälle nach Wohnort¹, Österreich, 2025.

¹Aufgrund der räumlichen Überlagerung repräsentiert der Punkt im 7. Wiener Gemeindebezirk zwei Fälle.

Behandlungsausgang der Fälle von 2022 bis 2025

Durch die lange Behandlungsdauer von TB sind finale Informationen über den Behandlungsausgang erst mit entsprechender Verzögerung verfügbar. Tabelle 3 enthält aktualisierte Fallzahlen der Jahre 2022 bis 2024, sowie die verfügbaren Zahlen für 2025 nach Ausgang der Behandlung zum Analyse-Stichtag 15.04.2026. Mit Analyse Stichtag wiesen 79 der 384 Fälle (21%) im Jahr 2025 eine abgeschlossene Behandlung auf, weitere 169 Fälle (44%) befanden sich noch in Behandlung. Insgesamt wurden 20 Todesfälle in Zusammenhang mit TB bei den Meldungen des Jahres 2025 registriert. Das entspricht einem Fall-Verstorbenen-Anteil von 5%. Die proportionale Verteilung der Fälle nach Behandlungsausgang ist in Abbildung 6 dargestellt.

Tabelle 3: Anzahl der TB-Fälle nach Behandlungsausgang, Österreich, 2022 – 2025.

Behandlungsausgang	2022	2023	2024	2025
Geheilt/Behandlung abgeschlossen	286	347	323	79
Behandlung laufend	0	0	7	169
(noch) keine Angabe	0	0	1	84
Behandlungsabbruch (= Unterbrechung)	3	5	1	3
Nicht weiter verfolgbar	59	41	32	14
Tod an TB	10	4	8	20
Tod anderer Ursache	12	22	16	13
Tod unbekannter Ursache	2	3	2	2
Quelle: Institut für Surveillance und Infektionsepidemiologie (AGES)				

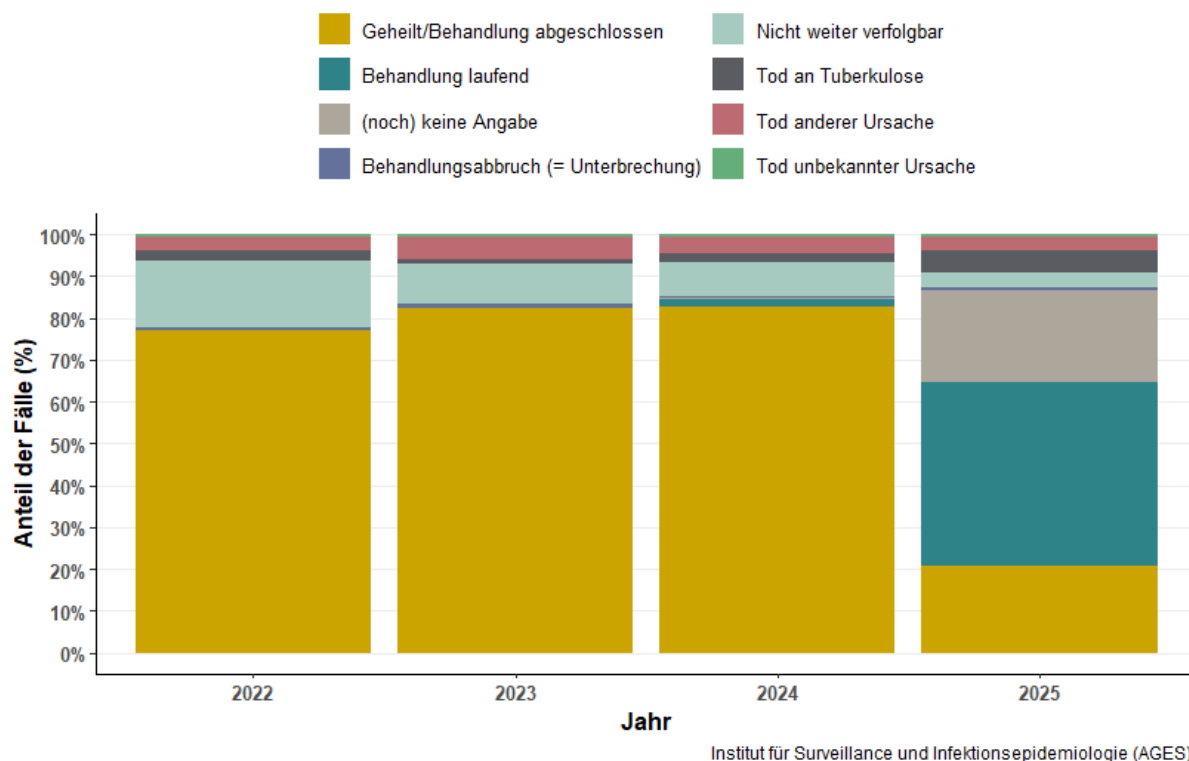


Abbildung 6: Anteil der TB-Fälle nach Behandlungsausgang, Österreich, 2022 – 2025.

Integrierte genomische Surveillance – TB-Cluster 2025

Im Jahr 2025 wurden von 384 gemeldeten TB-Fällen 132 (34%) Fälle einem genomischen Cluster zugeordnet. Insgesamt wurden 60 Cluster detektiert, die die genomischen und epidemiologischen Clusterkriterien erfüllten (Annex 5 und 6). Davon wurden 34 Cluster (57%) aufgrund ihrer epidemiologischen Relevanz als priorisiert eingestuft und an die Gesundheitsbehörden übermittelt. In 85% der priorisierten epidemiologischen Cluster betrug die Fallzahl zwischen zwei und neun Fällen, wobei die Isolate von gemeldeten TB-Fällen in Österreich aus den Jahren 2015-2025 stammen.

Insgesamt wurden 78 der in 2025 gemeldeten TB-Fälle priorisierten Clustern zugeordnet. Das Geschlechtsverhältnis betrug 59 Männer zu 19 Frauen. Von den Fällen entfielen 58 (74%) auf nicht in Österreich Geborene und 20 (26%) auf in Österreich Geborene. Der Altersmedian betrug 28,5 Jahre (21,3-38 Jahre). Die meisten TB-Fälle, die priorisierten Cluster zugeordnet werden konnten, traten in Wien (n=32, 41%), gefolgt von Oberösterreich (n=14, 18%), Tirol (n=12, 15%) und Salzburg (n=11, 14%) auf.

Tabelle 4: Anzahl und Anteil genetischer TB-Cluster in Österreich nach epidemiologischen Clusterkriterien, Priorisierungskriterien und Fallzahl, Österreich, 2025¹.

Charakteristika	N	n	%
Genetische Cluster mit epidemiologischen Kriterien²	60		
Zeitlicher Zusammenhang		50	83
Größe		32	53
Kind		4	7
Resistenz		16	27
Priorisierte epidemiologische Cluster²	34		
Dynamik		9	27
Rezente Transmission		30	88
Kind		4	12
Resistenz		3	9
Manuelle Priorisierung		1	3
Fallzahl in priorisierten epidemiologischen Clusters³			
2-4		16	47
5-9		13	38
10-14		2	6
15-19		0	0
20+		3	9

¹Die den Analysen zugrunde liegenden Clusterkriterien sind in Annex 5 und Annex 6 definiert.

²Die Zuordnung zu einer Kategorie schließt eine zusätzliche Zuordnung zu weiteren Kategorien nicht aus. Ein Cluster kann daher mehreren Kriterien gleichzeitig entsprechen.

³Cluster können Isolate von gemeldeten TB-Fällen in Österreich aus den Jahren 2015-2025 enthalten.

Diskussion

Im Jahr 2025 kam es mit insgesamt 384 Fällen im Vergleich zum Vorjahr zu einem Rückgang um 1,2% an neu registrierten TB-Fällen. Die TB-Inzidenz blieb mit 4,2 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen gegenüber 2024 unverändert und lag geringfügig über dem im Jahr 2021 registrierten Tiefststand von 4,1 pro 100.000 Einwohner:innen. Damit lag die TB-Inzidenz in Österreich 2025 deutlich unter dem EU/EWR-Durchschnitt des Jahres 2024 von 8,4 pro 100.000 Einwohner:innen (7). Seit 2015 wurde in Österreich insgesamt ein Rückgang der TB-Inzidenz von rund 66% registriert. Damit wurde das definierte Zwischenziel der Vereinten Nationen, die TB-Inzidenz gegenüber 2015 um 50% zu reduzieren, erreicht (8). Bis 2030 sieht die End-TB-Strategie eine weitere Reduktion der Inzidenz um insgesamt 80% gegenüber dem Referenzjahr 2015 vor (8). Für Österreich würde dies einer Zielinzidenz von 2,4 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen entsprechen.

Im Vergleich zum Vorjahr wurde ein geringer Rückgang der TB-Inzidenz bei nicht in Österreich geborenen Personen beobachtet. Der Anteil der Neuerkrankungen bei in Österreich geborenen Personen blieb im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert. Dagegen wurde bei Personen mit Geburtsland in der WHO-Region Europa ein Anstieg des Anteils an den Neuerkrankungen in Österreich um rund 5% registriert. Europaweit stieg zwischen 2022 und 2024 der Anteil der Tuberkulosefälle bei Personen, die außerhalb des jeweiligen berichtenden Landes geboren wurden, von 33 % auf 38 % (7).

Bei der TB-Inzidenz in Österreich zeigten sich 2025 regional weiterhin deutliche Unterschiede. Die höchste altersstandardisierte Inzidenz wurde, wie bereits in den Vorjahren, in Wien mit 7,6 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen registriert. Gegenüber dem Vorjahr kam es dort zu einem Anstieg um 1,1 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen (9). In Salzburg war eine Zunahme der TB-Inzidenz auf 6,5 pro 100.000 Einwohner:innen zu verzeichnen, wodurch das Bundesland nach Wien 2025 die zweithöchste TB-Inzidenz Österreichs aufwies. Neben Oberösterreich und Tirol zählten auch Wien und Salzburg zu jenen Bundesländern mit dem höchsten Anteil an Clusterfällen. Dies deutet auf eine verstärkte lokale Transmission in diesen Regionen hin.

Tuberkuloseerkrankungen wurden 2025 häufiger bei Männern als bei Frauen registriert. Das Männer-Frauen-Verhältnis ging jedoch von 2,2 im Vorjahr auf 1,6 zurück. Wie bereits in den Vorjahren beobachtet, variierte die TB-Inzidenz deutlich nach Altersgruppe und Herkunft. Bei in Österreich geborenen Männern wurde die höchste Erkrankungsrate weiterhin in der Altersgruppe der ≥ 65 -Jährigen verzeichnet. Unter nicht in Österreich geborenen Personen waren hingegen wie im Vorjahr insbesondere männliche Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren betroffen. Für die EU-/EWR-Region wurde zwischen 2015 und

2023 ein Anstieg der TB-Inzidenz bei Kindern im Alter von ≤ 5 Jahren beschrieben, der sich 2024 wieder abnehmend darstellte (7). In Österreich wurden im Jahr 2025 insgesamt 13 Tuberkulosefälle in dieser Altersgruppe registriert. Die Fallzahl blieb somit annähernd gleichbleibend gegenüber dem Jahr 2024 ($n=12$) (9).

Der Anteil an medikamentenresistenter TB von knapp 2% an der Gesamtfallzahl in Österreich lag deutlich unter dem EU/EWR Durchschnitt von 4,6% des Jahres 2024 und Österreich damit unter den fünf Ländern mit dem geringsten Anteil an medikamentenresistenter Tuberkulose in der EU/EWR (9). Bei in Österreich geborenen Personen wurden im Jahr 2025 keine medikamentenresistenten Tuberkulose-Stämme nachgewiesen. Fälle einer Neuerkrankung an XDR-TB wurden in Österreich bislang nicht registriert.

Im Hinblick auf die Erkrankungsausgänge blieb Österreich anhand der Daten der Jahre 2022 bis 2024 unter dem Zielwert des WHO-Aktionsplans für Europa von mindestens 90% erfolgreich abgeschlossener Behandlungen bei registrierten Tuberkulosefällen (6). Für das Jahr 2025 liegt aufgrund unvollständiger Daten zu noch laufenden Behandlungen derzeit keine abschließende Bewertung vor. Die Zahl der nicht weiter verfolgbaren Fälle setzte ihren rückläufigen Trend fort. Gleichzeitig nahm die Zahl der TB-bedingten Todesfälle gegenüber dem Vorjahr von sechs auf 20 Fälle zu. Dies entspricht einem Anstieg der krankheitsbezogenen Sterblichkeit von 1% auf 5%.

Danksagung

Die Nationale Referenzzentrale für TB, AGES möchte sich hiermit ganz herzlich bei allen Sanitätsbehörden und involvierten Lungenfachärzten Österreichs für deren Bemühungen bedanken, ohne die eine erfolgreiche Bekämpfung der TB in Österreich nicht möglich wäre.

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 Microbio*. 53: 1785-1789.
3. Proding W.M., Brandstätter A., Naumann L., Pacciarini M., Kubica T., Boschioli M.L., Aranaz A., Nagy G., Cvetnic Z., Ocepek 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. *Global tuberculosis report 2023*. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. *Tuberculosis action plan for the WHO European Region, 2023–2030*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2025 – 2024 data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2025.
8. United Nations. *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York (NY): United Nations; 2015. Verfügbar unter: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
9. Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose. *Tuberkulose – Jahresbericht 2024*. Wien: Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES); 2025. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:8569e846-291c-4b69-bf08-152be24c804c/TB_Jahresbericht_2024_final_pdfUA.pdf

Annex

Annex 1: EU-Falldefinitionen und Fallklassifikation, 2008/426/EG adaptiert gemäß „Tuberculosis Reporting Protocol 2015“, ECDC, 2025.

Falldefinition	
Klinisches Kriterium	Mit aktiver TB vereinbare Zeichen, Symptome und/oder radiologische Befunde UND Beschluss eines Kliniklers, eine vollständige TBbehandlung durchzuführen; ODER ein post-mortem entdeckter Fall mit pathologischem Befund, der mit aktiver TB vereinbar ist und der eine Indikation für eine antibiotische TBbehandlung gebildet hätte, wenn die Diagnose vor dem Tod des Patienten gestellt worden wäre.
Laborkriterien für einen bestätigten Fall	Kultureller Nachweis von tuberkulösen Mykobakterien (außer <i>Mycobacterium-bovis</i> -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 TB 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 TB 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	$\geq 20/100.000$ Personen
Niedrig Inzidenz-Länder nach ECDC	$< 20/100.000$ Personen
Hoch Inzidenz-Länder außerhalb der EU	$\geq 40/100.000$ Personen
Niedrig Inzidenz-Länder außerhalb der EU	$< 40/100.000$ Personen
Hoch MDR-Morbidität-Länder nach WHO	Geschätzte Gesamtzahl von ≥ 4.000 MDR TB-Fälle/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

Annex 5: Genomische und epidemiologische Clusterkriterien zur Clusterdetektion in der integrierten genomischen Surveillance.

Genomische Clusterkriterien	
Größe	Die Alleldifferenz zwischen zwei Isolaten im cgMLST beträgt maximal 12 Allele.
Epidemiologische Clusterkriterien	
Größe	Das Cluster umfasst mindestens 5 Fälle.
Zeitlicher Zusammenhang	Zwischen einem neu hinzukommenden Fall und dem zuletzt registrierten Fall desselben Clusters liegen maximal 24 Monate.
Kind	Der neu hinzukommende Fall betrifft ein Kind im Alter von höchstens 15 Jahren.
Resistenz	Bei mindestens einem Clusterfall wurde eine phänotypische Resistenz gegenüber mindestens einem Antibiotikum nachgewiesen.

Annex 6: Priorisierungskriterien für die Meldung epidemiologischer TB-Cluster an die zuständige Gesundheitsbehörde.

Priorisierungskriterien für epidemiologische Cluster	
Kind	Der Alert-Fall betrifft ein Kind im Alter von höchstens 15 Jahren und weist zu mindestens einem weiteren Clusterfall eine Alleldifferenz von ≤ 5 auf.
Resistenz	Beim Alert-Fall wurde eine relevante Arzneimittelresistenz nachgewiesen (MDR-TB, prä-XDR-TB, XDR-TB oder RR-TB).
Kind	In den 24 Monaten vor dem Alert-Fall wurde mindestens ein weiterer Fall registriert zu dem die Alleldifferenz ≤ 2 beträgt.
Resistenz	In den 24 Monaten vor dem Alert-Fall wurden mindestens vier weitere Clusterfälle registriert und zu mindestens einem dieser Fälle beträgt die Alleldifferenz ≤ 5 .
Manuelle Priorisierung	Der Cluster wurde aufgrund epidemiologischer Auffälligkeiten für eine Meldung priorisiert, obwohl die definierten Priorisierungskriterien nicht erfüllt waren.