



Epidemiologisches Bulletin

25. Mai 2009 / Nr. 21

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland

Jahresbericht zur Entwicklung im Jahr 2008 aus dem Robert Koch-Institut

Ein wesentliches Ziel der epidemiologischen Überwachung (Surveillance) von Infektionskrankheiten ist das Erkennen von aktuellen Entwicklungen des Infektionsgeschehens. Die Bestimmung der Anzahl der **HIV-Neuinfektionen** pro Zeiteinheit (HIV-Inzidenz) ist methodisch schwierig und aufwändig. Die im Folgenden dargestellten Meldungen über **HIV-Neudiagnosen** dürfen weder mit der HIV-Inzidenz noch mit der HIV-Prävalenz (Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden HIV-Infektionen) gleichgesetzt werden. Die Meldungen über HIV-Neudiagnosen erlauben auch keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt, da HIV-Infektion und -Test zeitlich weit auseinander liegen können. Weitere Faktoren, die die Meldedaten beeinflussen können, sind das Angebot von Testmöglichkeiten, die Inanspruchnahme solcher Testangebote und das Meldeverhalten der Ärzte. Insbesondere Veränderungen dieser Parameter im Zeitverlauf können die Interpretation der Daten erschweren. Andere Datenquellen zur Abschätzung der HIV-Inzidenz sind rar, daher bieten die Meldungen über HIV-Neudiagnosen, trotz aller Einschränkungen, die derzeit bestmögliche Grundlage zur Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens. Eine vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführte und vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte deutschlandweite Studie zur Bestimmung des Anteils der kürzlich erworbenen HIV-Infektionen unter den HIV-Neudiagnosen ist zu Beginn des Jahres 2008 angelaufen. Erste vorläufige Ergebnisse werden voraussichtlich Mitte 2009 vorliegen.

Entwicklung der HIV-Meldedaten

Bis zum 01.03.2009 wurden dem RKI für das Jahr 2008 insgesamt 2.806 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet (s. Tab. 1 und 2). Gegenüber dem Jahr 2007 (n=2.774) bedeutet dies keine nennenswerte Veränderung bei der Gesamtzahl der HIV-Neudiagnosen. Der seit dem Jahr 2001 beobachtete Anstieg der HIV-Neudiagnosen hat sich damit deutlich verlangsamt.

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen blieb in Deutschland sowohl bei Frauen (n=459) wie auch bei Männern (n=2.317) im Jahr 2008 verglichen mit dem Vorjahr 2007 (Frauen: n=448; Männer: n=2.302) nahezu unverändert. Der Anteil der Frauen unter den HIV-Neudiagnosen betrug 2008 in Deutschland 16,4% und stabilisiert sich damit auf einem niedrigeren Niveau als noch vor wenigen Jahren, als der Anteil sich noch zwischen 20 und 25% bewegte. Der in den letzten Jahren rückläufige Frauenanteil beruhte auf der stärkeren Zunahme bei den Männern.

Angaben zum Infektionsweg lagen für 85% der im Jahr 2008 neu diagnostizierten HIV-Infektionen vor. Von denjenigen mit Angaben zum Infektionsweg stellen MSM mit 65% unverändert die größte Gruppe. Der Anteil der nicht aus HPL stammenden Personen, die angaben, ihre HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben zu haben, bleibt ebenfalls unverändert bei 17%. Der Anteil der Personen, die aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung (HPL) stammen, steigt im Jahr 2008 wieder leicht auf 12% (Vorjahr 11%) der HIV-Neudiagnosen an. Es ist anzunehmen, dass der größte Teil der Personen aus HPL sich in ihren Herkunftsländern infiziert hat. Der Anteil der Personen, die eine HIV-Infektion wahrscheinlich über IVD erworben haben, geht auf 5% zurück.

Entwicklung in den einzelnen Gruppen

HIV-Neudiagnosen bei MSM: Die absolute Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM hat im Jahr 2008 erstmals seit dem Jahr 2000 verglichen mit dem Vorjahr nicht weiter zugenommen (1.552 Meldungen im Jahr 2007 vs. 1.555 Meldungen im Jahr 2008, s. Abb. 2, Abb. 3 und Tab. 3). Als Untermauerung dieses

Woche

21/2009

**HIV-Infektionen/AIDS:
Jahresbericht 2008
Stand: 01.03.2009**

- ▶ Entwicklung der HIV-Meldedaten
- ▶ Entwicklung in den Hauptbetroffenengruppen
- ▶ HIV bei Migranten aus Ost- und Zentraleuropa
- ▶ Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen
- ▶ HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland im Einzelnen
- ▶ Technische Anmerkungen
- ▶ Inhaltsverzeichnis

Publikationshinweis
Vorabveröffentlichung im Internet zur Neuen Influenza A (H1N1)



Trends bleibt auch die Zahl der Syphilis-Neudiagnosen bei MSM bundesweit auf demselben Niveau. Abweichend von dieser erfreulichen Entwicklung musste für Berlin von 2007 auf 2008 eine Zunahme der HIV-Neudiagnosen bei Männern um 7% festgestellt werden, die mit einer Steigerung der Gesamtzahl der Syphilis-Neudiagnosen um 46% einhergeht. Die neue, nicht nur in Berlin sondern auch in Hamburg zu beobachtende Syphiliswelle folgt jeweils auf eine dreijährige Periode rückläufiger Meldezahlen. Dies könnte eine Warnung sein, dass eine Zunahme der Syphilisinzidenz auch in anderen Regionen in den kommenden Jahren wieder zu einem Ansteigen der HIV-Neudiagnosezahlen führen kann.

Ein weiterer bemerkenswerter Aspekt der Entwicklung ist der kontinuierlich zunehmende Anteil von HIV-Neudiagnosen in den Altersgruppen ab 40 Jahre (s. Abb. 4). Diese Entwicklung ist zum Teil durch das Schrumpfen der Alterskohorten nach dem „Pillenknicke“ in den 1970er Jahren bedingt. Vergleicht man die Inzidenz von HIV-Neudiagnosen (Anzahl Neudiagnosen/100.000 Einw.) mit der Absolutzahl der Neudiagnosen in verschiedenen Altersgruppen so zeigt sich, dass trotz höherer HIV-Inzidenz in der Altersgruppe der 20–29-jährigen Männer die Absolutzahl der HIV-Neudiagnosen in der Gruppe der 40–49-jährigen mittlerweile größer ist (s. Abb. 3a und 3b). Die bei den über 40-jährigen im Unterschied zu den unter 40-jährigen weiter steigenden Neudiagnosezahlen sind zumindest teilweise dadurch erklärbar, dass die HIV-Testfrequenz im höheren Alter zurückgeht, d.h. Neuinfektionen werden mit etwas größerer zeitlicher Verzögerung diagnostiziert (s. Tab. 3a).

Die Gesamtzahl der **HIV-Neudiagnosen mit Angabe eines heterosexuellen Übertragungsrisikos (ohne HPL)** ging von 2007 bis 2008 leicht von 418 auf 403 Fälle zurück. Es gab jedoch regional unterschiedliche Entwicklungen. Ein deutlicher Rückgang erfolgte z. B. in Baden-Württemberg (von 55 auf 27 Fälle), ein deutlicher Anstieg in Berlin/Brandenburg (von 34 auf 56 Fälle). Das Verhältnis zwischen Frauen und Männern hat sich nicht erkennbar verändert, der Anteil der Männer beträgt 60%. Als Infektionsland wird in mehr als 2/3 der Fälle Deutschland angegeben. Bei den ausländischen Infektionsregionen spielt für Männer Südostasien die größte Rolle (12%), in Subsahara-Afrika werden bei Männern wie Frauen etwa 5% der Infektionen erworben und bei Frauen fällt Osteuropa mit ebenfalls 5% ins Gewicht.

Der Wiederanstieg der Zahl der **HIV-Neudiagnosen bei Personen aus HPL** von 253 im Jahr 2007 auf 296 im Jahr 2008 beruht in erster Linie auf einer Zunahme von Neudiagnosen bei Frauen (Anstieg von 155 auf 190 Fälle, bei Männern nur von 88 auf 91 Fälle). Möglicherweise reflektiert dieser Anstieg bei Frauen ein verstärktes HIV-Testangebot in der Schwangerschaft nach der Veränderung der HIV-Testempfehlungen in den Schwangerschaftsrichtlinien, die 2008 in Kraft getreten sind. Bei 10–15% der neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei Menschen aus HPL wird als wahrscheinliches Infektionsland Deutschland angegeben.

Die Zahl der **HIV-Neudiagnosen bei IVD** ist nach einem transienten Spitzenwert von 163 Meldungen im Jahr 2006

wieder im Sinken begriffen. Mit 123 HIV-Neudiagnosen wurden 2008 genau 31 Fälle weniger als im Vorjahr diagnostiziert. Die meisten Neudiagnosen erfolgten mit 49 Fällen wieder in NRW, aber dies waren immerhin 20 weniger als im Vorjahr. In NRW hat sich der regionale Schwerpunkt der HIV-Neudiagnosen bei IVD durch einen Rückgang im Raum Dortmund in den Raum Düsseldorf/Köln verlagert (s. Tab. 4). Der Anteil der HIV-Neudiagnosen mit einem Infektionsrisiko über IVD bei denen als Herkunftsregion Osteuropa angegeben wird, erreichte im Jahr 2008 mit 22% seinen bisherigen Spitzenwert.

Bis zum Stichtag für den Jahresendstand 2008, dem 01.03.2009, waren 11 HIV-Infektionen bei **Kindern und Neugeborenen diagnostiziert, die sich über ihre Mutter infiziert haben**. Mittlerweile sind 10 weitere Fälle, die zunächst mit unbekanntem Risiko oder Risiko-HPL eingegeben waren, nachrecherchiert. Dadurch erhöht sich die Zahl der infizierten Kinder auf 21 (1%). Davon wurden elf in Deutschland geboren und zehn Kinder sind bereits infiziert nach Deutschland eingereist. Bei sechs der elf in Deutschland geborenen Kinder war kein HIV-Test in der Schwangerschaft durchgeführt worden, die Schwangerschaften waren in den Jahren 2006, 2007 und 2008. In diesem Zusammenhang soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Dezember 2007 eine aktualisierte Mutterschaftsrichtlinie veröffentlicht hat und die betreuenden Ärzte nunmehr verpflichtet sind, den HIV-Test im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen anzubieten. Nach Angabe der kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde bei ca. 80% der im ersten Halbjahr 2008 entbundenen Schwangeren ein HIV-Test in der Schwangerschaft durchgeführt. In anderen europäischen Ländern werden Testraten von >95% erreicht.

In fünf Fällen war die Infektion der Mutter in der Schwangerschaft bekannt. Es erfolgten, z. T. jedoch unvollständige, prophylaktische Maßnahmen. Frühgeburtlichkeit und später Prophylaxebeginn konnten als Risikofaktoren für das Versagen der Maßnahmen identifiziert werden.

HIV bei Migranten aus Ost- und Zentraleuropa

Wenn über HIV und Migration in Deutschland oder der Europäischen Union geredet und geschrieben wird stehen meist Migranten aus den sog. HPL, d.h. aus Subsahara-Afrika, Teilen Südostasiens und der Karibik im Vordergrund. Nicht nur, aber gerade auch in Deutschland stellen Menschen aus anderen europäischen Ländern einen viel höheren Anteil an Personen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung als die vergleichsweise kleine Gruppe von Menschen aus Subsahara-Afrika.

Angaben zu Infektionsregionen und Infektionsrisiko

Vergleicht man die Angaben zum vermutlichen Infektionsland bei Männern und Frauen mit Herkunft aus Ost- und Zentraleuropa, so fällt auf, dass bei Männern und Frauen aus Zentraleuropa überwiegend Deutschland als Infektionsland angegeben wird, bei Männern und Frauen aus Osteuropa dagegen die Herkunftsregionen. Interessant ist auch,

Datenbasis: Aus Datenschutzgründen werden bei den HIV-Meldungen weder das Geburtsland noch die Staatsangehörigkeit erfasst. Stattdessen werden seit 2001 in Deutschland bei den Meldungen von HIV-Infektionen systematisch Herkunfts- und Infektionsland erfasst. Herkunftsland ist dabei definiert als das Land, in dem der größte Teil des bisherigen Lebens verbracht wurde. Herkunftsland ist also weder gleichzusetzen mit Geburtsland noch mit Staatsangehörigkeit. Rein definitionsgemäß wäre für Menschen türkischer Herkunft, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, als Herkunftsland Deutschland anzugeben, während für Spätaussiedler, die in Osteuropa geboren wurden und – meist in den frühen 90er Jahren – nach Deutschland eingewandert sind, je nach Alter und Zeitpunkt der Migration nach Deutschland, als Herkunftsregion entweder Osteuropa oder Deutschland anzugeben wäre. Es muss davon ausgegangen werden, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit die auf den HIV-Meldungen gemachten Angaben zum Herkunftsland nicht in allen Fällen der vorgesehenen Definition des Herkunftslandes entspricht. Eine gewisse Unschärfe wird dabei jedoch in Kauf genommen, da unter den gegebenen Umständen der Begriff „Herkunftsland“ am ehesten die soziokulturelle Herkunft widerspiegelt. Auch die Angabe eines Infektionslandes ist mit vergleichbaren Unschärfen behaftet. Insbesondere wenn keine gesicherten Informationen zu HIV-negativen Vorbefunden vorliegen und/oder Betroffene zwischen Deutschland und ihren Herkunftsländern hin- und herreisen kann eine zweifelsfreie Bestimmung des Infektionslandes unmöglich sein.

dass der Anteil von Männern zu Frauen bei den HIV-Erstdiagnosen aus verschiedenen Regionen sich unterscheidet: Bei den Osteuropäern ist das Verhältnis von Männern zu Frauen etwa 2:1, bei den Zentraleuropäern etwa 4:1.

Betrachtet man die Angaben zu Herkunftsländern und Infektionsrisiken bei in Deutschland mit HIV diagnostizierten Männern aus Ost- und Zentraleuropa (s. Abb. A), so fallen deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Zentraleuropäischen Herkunftsländern auf: In den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion dominiert das IVD-assoziierte Übertragungsrisiko, in Zentraleuropa dominiert das MSM-Risiko. Eine Zwischenposition nehmen die drei baltischen Republiken Estland, Lettland und Litauen ein: Bei einer insgesamt relativ kleinen Zahl von betroffenen Männern ist das Verhältnis zwischen MSM- und IVD-as-

soziierten Risiken etwa ausgeglichen. Auffällig ist weiterhin ein relativ hoher Anteil angegebener heterosexueller Übertragungsrisiken bei Männern aus der Türkei und den Nachfolgestaaten Ex-Jugoslawiens. Eine Erklärung dafür könnte in der stärkeren Stigmatisierung homosexueller Kontakte in diesen Ländern liegen. Interessant in diesem Zusammenhang ist noch, dass bei Männern mit Angabe einer türkischen Herkunft in 89 von 105 Fällen Deutschland als Infektionsland angegeben wurde.

Eine weitere Differenzierung der vermuteten Infektionsregion für Männer aus Ost- und Zentraleuropa nach angegebenem Infektionsrisiko zeigt, dass sich etwa die Hälfte der aus Osteuropa stammenden Männer mit Drogen-assoziiertem Risiko in Osteuropa, die andere Hälfte in Deutschland infiziert haben, bei den aus Zentraleuropa stammenden Männern haben sich etwa 1/3 in der Herkunftsregion, 2/3 in Deutschland infiziert.

Bei Männern, bei denen ein MSM-Risiko angegeben wird, hat sich die große Mehrheit in Deutschland infiziert, bei Männern aus Zentraleuropa im Verhältnis 8:1, bei Männern aus Osteuropa im Verhältnis 3:1.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Durch das Erhebungsinstrument der Meldepflicht für HIV-Neudiagnosen kann der Migrationshintergrund bei den betroffenen Personen nicht vollständig erfasst und dargestellt werden. Abgesehen von Migranten aus HPL, die in Deutschland etwas mehr als die Hälfte der HIV-Neudiagnosen mit erkennbarem Migrationshintergrund ausmachen, spielen bei Migranten aus Ost- und Zentraleuropa die Infektionsrisiken MSM und IVD die größte Rolle. Sofern die Angaben zum Infektionsland auf den Infektionsmeldungen zutreffen, wird die HIV-Infektion bei männlichen Migranten vorwiegend in Deutschland erworben, bei Frauen vorwiegend im Herkunftsland. Für die Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund in

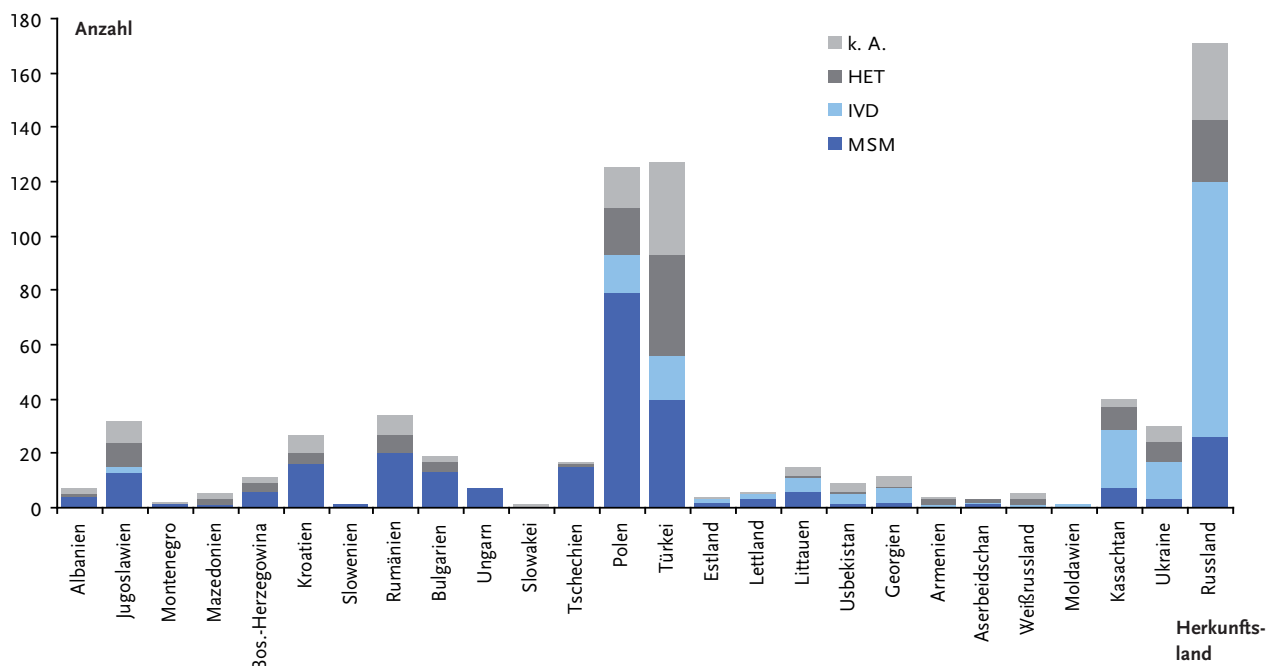


Abb. A: HIV-Neudiagnosen bei Männern aus Ost- und Zentraleuropäischen Herkunftsländern, Deutschland, 2001–2008

Deutschland ist zu beachten, dass gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte insbesondere für die Migrantenpopulation aus Ost- und Zentraleuropa tabubehaftet sind, so dass Männer aus diesen Bevölkerungsgruppen, die Sexualkontakte mit gleichgeschlechtlichen Partnern haben, möglicherweise durch auf offen homosexuelle Männer ausgerichtete Präventionsmaßnahmen schlechter oder gar nicht erreicht werden. In westeuropäischen Ländern erworbene HIV-Infektionen könnten wesentlich zur Dynamik der HIV-Epidemie in Zentraleuropa beitragen. Daraus resultiert in einem zusammenwachsenden Europa eine Verantwortung der westeuropäischen Länder, durch ihre HIV-Präventionsstrategien für MSM auch Migranten aus Zentral- und Osteuropa anzusprechen.

Drogenkonsum-assoziierte HIV-Infektionen wurden bei in Deutschland lebenden Menschen osteuropäischer Herkunft in den letzten Jahren etwa zur Hälfte in Osteuropa, zur Hälfte in Deutschland erworben. Dies unterstreicht, dass Deutschland auch aus eigenem Interesse auf eine Verbesserung der HIV-Prävention im Drogenbereich in Osteuropa hinwirken sollte und dass die HIV-Präventionsanstrengungen im Drogenbereich in Deutschland einen besonderen Fokus auf Migrantengruppen mit Herkunft aus Osteuropa legen sollten.

Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen

Zwischen dem 01.01.2008 und dem 31.12.2008 sind insgesamt 615 Berichte über neu an AIDS erkrankte Personen eingegangen. Die gemeldeten Erkrankungen verteilen sich auf mehrere Diagnosejahre. Damit steigt die Gesamtzahl der an das RKI berichteten, seit Beginn der Epidemie mit dem Vollbild AIDS erkrankten Personen auf insgesamt 26.837 (s. Tab. 5). Bezüglich der Vollständigkeit der Meldung von AIDS-Fällen gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Abbildung 5 b, Tabelle 6 und Tabelle 7 zeigen, dass die Zahl der berichteten AIDS-Fälle in einigen Regionen deutlich hinter den auf Basis der in der Todesursachenstatistik erfassten HIV-assoziierten Todesfälle und der geschätzten HIV-Prävalenz zu erwartenden Zahlen zurückbleibt. Relativ vollständig werden AIDS-Fälle aus Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen berichtet. Auch die Zahl der aus Schleswig-Holstein, Brandenburg, und Mecklenburg-Vorpommern berichteten Fälle entspricht weitgehend den Erwartungen. Leichte bis deutliche Untererfassung lässt die Zahl der Berichte aus Niedersachsen, Hessen und Rheinland-Pfalz vermuten. Eine erhebliche Untererfassung von AIDS-Fällen – mit lokalen Ausnahmen – muss für Bremen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie alle südlichen Bundesländer, d. h. Bayern, Baden-Württemberg, Saarland, und Sachsen angenommen werden.

Bis zu den Halbjahresberichten des Jahres 2006 wurden in Tabelle 6 für das aktuelle und die beiden vorangegangenen Jahre auf Grundlage des bisher beobachteten Meldeverzugs Abschätzungen der noch zu erwartenden Meldungen vorgenommen. Diese Meldeverzugskorrektur ist jedoch nicht in der Lage, strukturelle Meldedefizite in bestimmten Regionen wie z. B. Süddeutschland abzuschätzen. Daher wird seit dem vorletzten Bericht (1. Halbjahr 2007) für das laufende Jahr sowie kumulativ seit Beginn der Epidemie statt der Meldeverzugskorrektur eine Abschätzung der Gesamtzahl (d. h. berichteter und nicht berichteter) zu erwartender bzw. aufgetretener AIDS-

Fälle in den Bundesländern und Großstädten vorgenommen, welche das Ausmaß der strukturellen Meldedefizite deutlicher erkennbar werden lässt. Die Gesamtzahl der in 2008 erwarteten AIDS-Fälle wird dabei auf 1.100, die kumulative Gesamtzahl seit Beginn der Epidemie auf 35.200 geschätzt. Um Verzerrungen auf Grund des hohen Meldeverzugs zu vermeiden, werden hinsichtlich der Geschlechts- und Risikoverteilung bei den neu aufgetretenen AIDS-Fällen die gemeldeten Erkrankungen der letzten 36 Monate zusammengefasst (s. Tab. 8).

Unter den zwischen 01.01.2006 und 31.12.2008 neu an AIDS Erkrankten waren 82% Männer und 18% Frauen. Unter den im angegebenen 36-Monatszeitraum an AIDS erkrankten Männern stellten MSM mit 56% die größte Gruppe dar. Für 18% der berichteten AIDS-Fälle bei Männern liegen keine Angaben zum Infektionsrisiko vor. Mit 12% lagen bei den Männern Infektionen über heterosexuelle Kontakte an zweiter Stelle unter den bekannten Infektionsrisiken, gefolgt von IVD mit 8% und der Herkunft aus einem Land mit einer hohen HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung mit 7%.

Ganz anders stellt sich die Risikoverteilung bei Frauen dar. 41% der AIDS-Fälle bei Frauen wurden bei Frauen aus HPL diagnostiziert. Heterosexuelle Kontakte wurden für 26%, IVD für 18% der in den letzten 36 Monaten diagnostizierten weiblichen AIDS-Fälle als wahrscheinlichstes Infektionsrisiko angegeben. Für 14% der gemeldeten AIDS-kranken Frauen fehlte eine Angabe zum Infektionsrisiko. Diese 14% verteilen sich zu unbekanntem Anteil im Wesentlichen auf IVD und Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben.

Zusammenfassung

Die Zahl der (geschätzten) AIDS-Fälle in Deutschland bleibt mit 1.100 Fällen pro Jahr unakzeptabel hoch (s. Tab. 6). Zwar kann in vielen dieser Fälle durch eine effektive antiretrovirale Therapie wieder eine deutliche klinische Verbesserung erreicht werden, trotzdem wird die langfristige Prognose in diesen Fällen durch den einmal erreichten schweren Immundefekt und den späten Behandlungsbeginn beeinträchtigt. Die Beweggründe für die fehlende Wahrnehmung von HIV-Testangeboten bzw. ein zu langes Hinauszögern des Behandlungsbeginns in den verschiedenen Betroffenengruppen sollten daher gezielt erhoben und analysiert werden. Es gilt, geeignete Strategien zu entwickeln, um zu gewährleisten, dass einem größeren Teil der Betroffenen die Fortschritte in der Behandlung rechtzeitig zur Verfügung stehen. AIDS ist heute eine weitgehend vermeidbare Komplikation einer HIV-Infektion. Um AIDS-Erkrankungen zu vermeiden, muß eine HIV-Infektion aber rechtzeitig diagnostiziert und konsequent behandelt werden.

Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 1: Ab 1993 eingegangene Meldungen über bis zum 31.12.2008 bestätigt positive HIV-Antikörpertests^{1,2} in der Bundesrepublik Deutschland nach Meldestatus³ und Jahr der Diagnose⁴ (ohne Mehrfachmeldungen)

Jahr der Diagnose	HIV-Antikörpertests		
	Erstdiagnosen	Meldestatus unbekannt	Gesamt
<1999	12.719	17.587	30.306
1999	1.746	2.767	4.513
2000	1.689	2.636	4.325
2001	1.443	2.616	4.059
2002	1.718	2.606	4.324
2003	1.977	2.421	4.398
2004	2.223	2.055	4.278
2005	2.505	1.942	4.447
2006	2.663	1.761	4.424
2007	2.774	1.641	4.415
2008	2.806	1.690	4.496
Gesamt	34.263	39.722	73.985

Stand: 01.03.2009

Anzahl der HIV-Erstdiagnosen

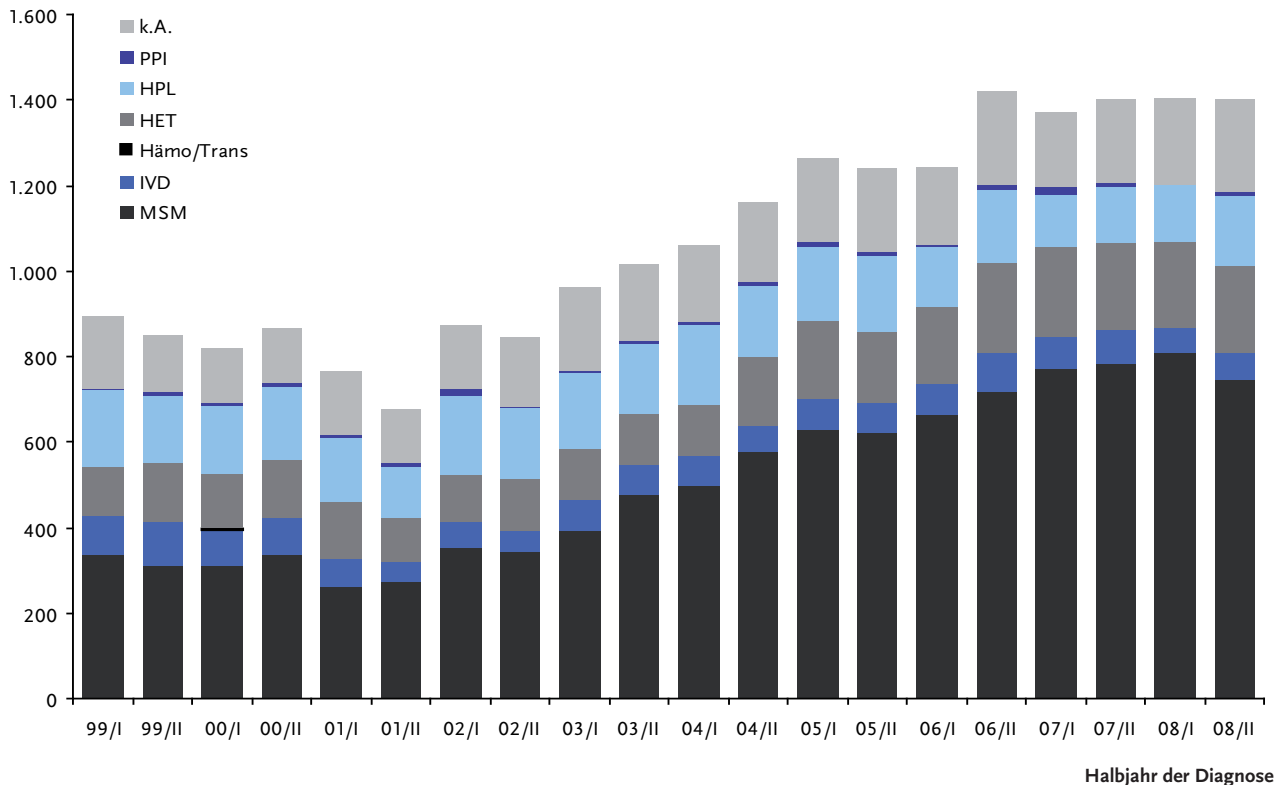


Abbildung 1: HIV in der Bundesrepublik Deutschland
HIV-Erstdiagnosen³ nach Halbjahr der Diagnose und Infektionsrisiko^{5,6,7} der letzten 10 Jahre

Stand: 01.03.2009

Tabelle 2: Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests^{1,2} in der Bundesrepublik Deutschland HIV-Erstdiagnosen^{3,4} vom 01.01.1993 bis 31.12.2008 nach Jahr der Diagnose und Geschlecht

Jahr d. Diagnose	Geschlecht						Gesamt
	männlich		weiblich		k. A.		
<1999	9670	76,0%	2593	20,4%	456	3,6%	12.719
1999	1271	72,8%	430	24,6%	45	2,6%	1.746
2000	1224	72,5%	432	25,6%	33	2,0%	1.689
2001	1078	74,7%	345	23,9%	20	1,4%	1.443
2002	1276	74,3%	419	24,4%	23	1,3%	1.718
2003	1547	78,2%	398	20,1%	32	1,6%	1.977
2004	1738	78,2%	456	20,5%	29	1,3%	2.223
2005	1985	79,2%	484	19,3%	36	1,4%	2.505
2006	2134	80,1%	505	19,0%	24	0,9%	2.663
2007	2302	83,0%	448	16,1%	24	0,9%	2.774
2008	2317	82,6%	459	16,4%	30	1,1%	2.806
Gesamt	26542	77,5%	6969	20,3%	752	2,2%	34.263

Stand: 01.03.2009

Anteil der HIV-Erstdiagnosen

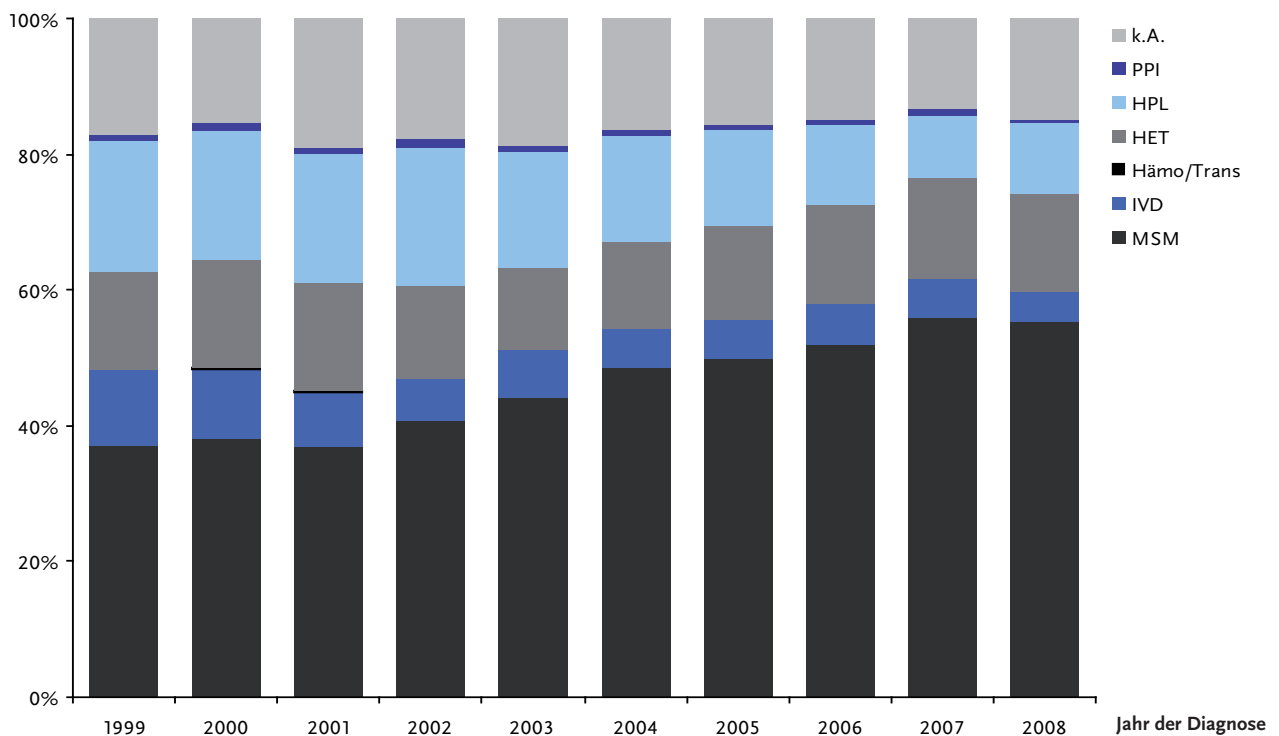


Abbildung 2: HIV in der Bundesrepublik Deutschland Anteil der HIV-Erstdiagnosen der letzten 10 Jahre nach Infektionsrisiken^{5,6,7} und Jahr der Diagnose

Stand: 01.03.2009

Tabelle 3: Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests^{1,2} in der Bundesrepublik Deutschland
HIV-Erstdiagnosen^{3,4} vom 01.01.1993 bis 31.12.2008 nach Jahr der Diagnose und Infektionsrisiko^{5,6,7}

Infektions- risiko	Jahr der Diagnose											Gesamt
	< 1999	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
MSM	4318	646	646	533	699	871	1077	1251	1383	1552	1555	14531
	33,9%	37,0%	38,2%	36,9%	40,7%	44,1%	48,4%	49,9%	51,9%	55,9%	55,4%	42,4%
IVD	1406	197	170	115	108	140	131	140	163	154	123	2847
	11,1%	11,3%	10,1%	8,0%	6,3%	7,1%	5,9%	5,6%	6,1%	5,6%	4,4%	8,3%
IVD/m	970	136	127	80	75	99	89	103	116	109	91	1995
IVD/w	399	54	38	34	32	40	38	32	42	41	29	779
IVD/u	37	7	5	1	1	1	4	5	5	4	3	73
Hämo	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5
	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trans	90	0	3	2	1	0	1	0	0	1	0	98
	0,7%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Trans/m	53	0	2	2	1	0	0	0	0	1	0	59
Trans/w	37	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	39
Trans/u	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HET	1413	250	269	232	231	238	280	349	388	418	403	4471
	11,1%	14,3%	15,9%	16,1%	13,4%	12,0%	12,6%	13,9%	14,6%	15,1%	14,4%	13,0%
HET/m	737	127	130	131	129	134	169	202	227	256	240	2482
HET/w	656	120	133	97	100	101	108	141	158	157	154	1925
HET/u	20	3	6	4	2	3	3	6	3	5	9	64
HPL	1487	340	323	273	350	341	349	351	309	253	296	4672
	11,7%	19,5%	19,1%	18,9%	20,4%	17,2%	15,7%	14,0%	11,6%	9,1%	10,5%	13,6%
HPL/m	710	137	124	111	131	126	120	118	88	88	91	1844
HPL/w	741	181	185	152	209	194	220	221	213	155	190	2661
HPL/u	36	22	14	10	10	21	9	12	8	10	15	167
PPI	52	10	18	12	22	17	19	24	20	25	11	230
	0,4%	0,6%	1,1%	0,8%	1,3%	0,9%	0,9%	1,0%	0,8%	0,9%	0,4%	0,7%
PPI/m	27	4	6	9	9	11	11	11	10	8	6	112
PPI/w	22	5	12	3	13	6	8	12	10	16	5	112
PPI/u	3	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5
k.A.	3950	303	259	276	307	370	366	390	399	371	418	7409
	31,1%	17,4%	15,3%	19,1%	17,9%	18,7%	16,5%	15,6%	15,0%	13,4%	14,9%	21,6%
k.A./m	2852	221	188	212	232	306	272	300	309	288	334	5514
k.A./w	738	70	63	59	65	57	81	78	82	79	81	1453
k.A./u	360	12	8	5	10	7	13	12	8	4	3	442
Gesamt	12.719	1.746	1.689	1.443	1.718	1.977	2.223	2.505	2.663	2.774	2.806	34.263
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anzahl der HIV-Erstdiagnosen

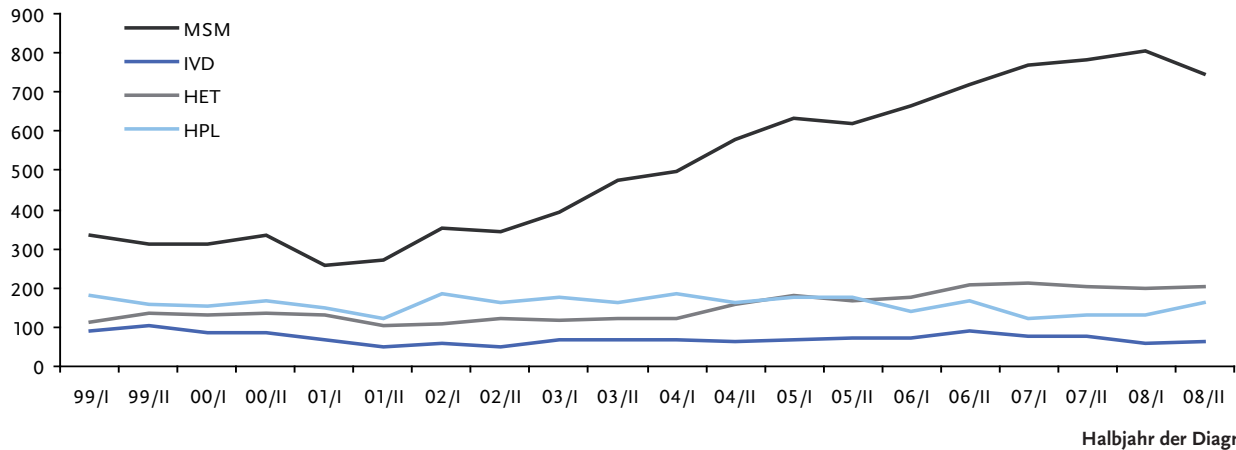


Abbildung 3: HIV in der Bundesrepublik Deutschland
Anzahl der HIV-Erstdiagnosen^{1,3} pro Halbjahr der Diagnose⁴ in den vier wichtigsten Betroffenenengruppen⁵ im Verlauf der letzten zehn Jahre
Stand: 01.03.2009

Zahl der HIV-Neudiagnosen pro 100.000 Einw.

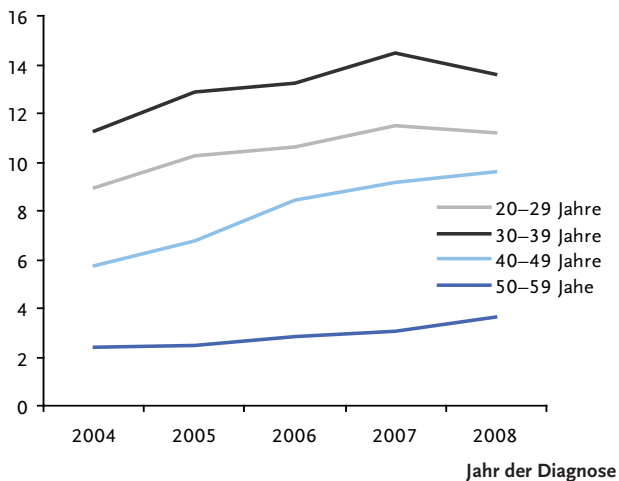


Abbildung 3a: HIV in der Bundesrepublik Deutschland
Inzidenz von HIV-Neudiagnosen pro 100.000 bei Männern nach Altersgruppen, 2004–2008
Stand: 01.03.2009

Anzahl der HIV-Neudiagnosen

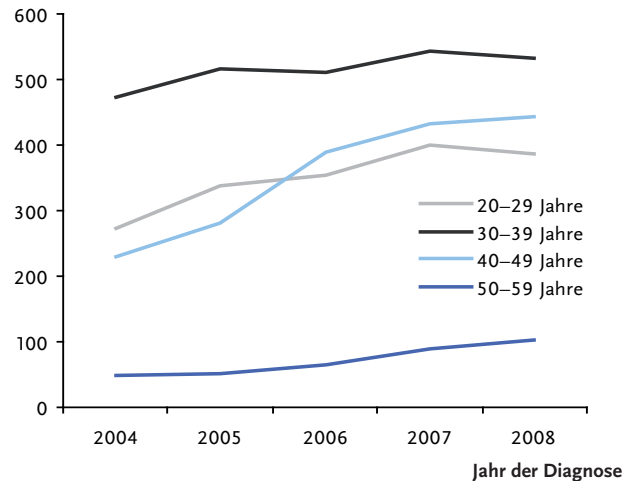


Abbildung 3b: HIV in der Bundesrepublik Deutschland
Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei Männern nach Altersgruppen, 2004–2008
Stand: 01.03.2009

Tabelle 3a: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

Mittlerer Abstand zu einem negativen Vortest bei neu mit HIV diagnostizierten Männern in Deutschland (ohne Männer aus HPL), 2001–2008
Stand: 01.03.2009

	Mittlerer Abstand ^a zum neg. HIV-Vortest in Jahren	% der HIV-Neudiagnosen mit Zeitangabe zu neg. Vorbefund ^b	Gesamtzahl der HIV-Neudiagnosen 2001–2008
20–24 Jahre	1,27	41 %	1.068
25–29 Jahre	1,87	45 %	2.060
30–39 Jahre	2,44	42 %	5.034
40–49 Jahre	3,07	39 %	3.344
50–59 Jahre	3,96	23 %	1.008
60–69 Jahre	3,80	22 %	485

^a Im Zeitverlauf zwischen 2001 und 2008 können Schwankungen des mittleren Abstands zu einem negativen Vortest in den verschiedenen Altersgruppen beobachtet werden, ohne dass klare zu- oder abnehmende Trends erkennbar werden.

^b Geringer werdende Anteile mit berichtetem negativem Vorbefund dürfen nicht ohne weiteres als Beleg für höhere Anteile ungetesteter Personen interpretiert werden. Die niedrigeren Anteile in höheren Altersgruppen können auch darauf beruhen, dass die länger zurückliegenden Vorteste bei anderen Ärzten durchgeführt wurden und/oder im Arzt-Patient-Gespräch Angaben darüber nicht erhoben werden.

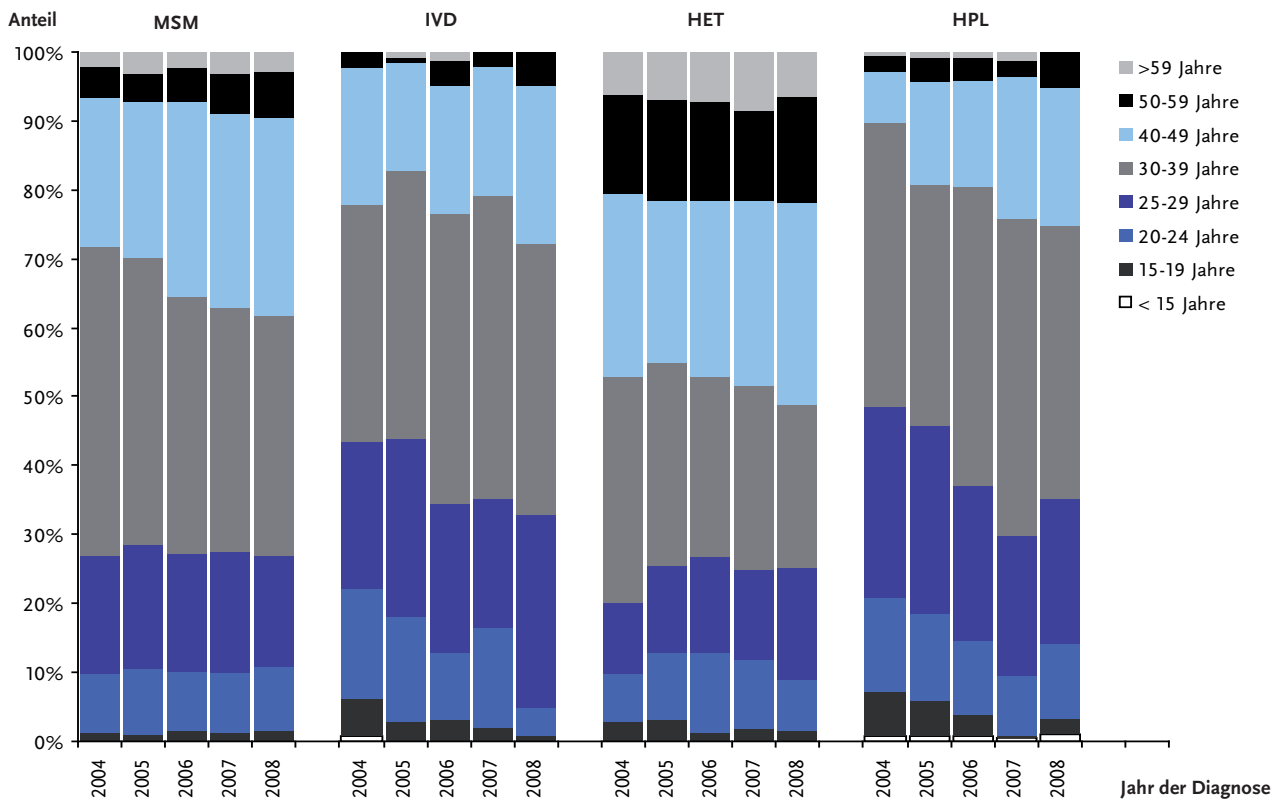
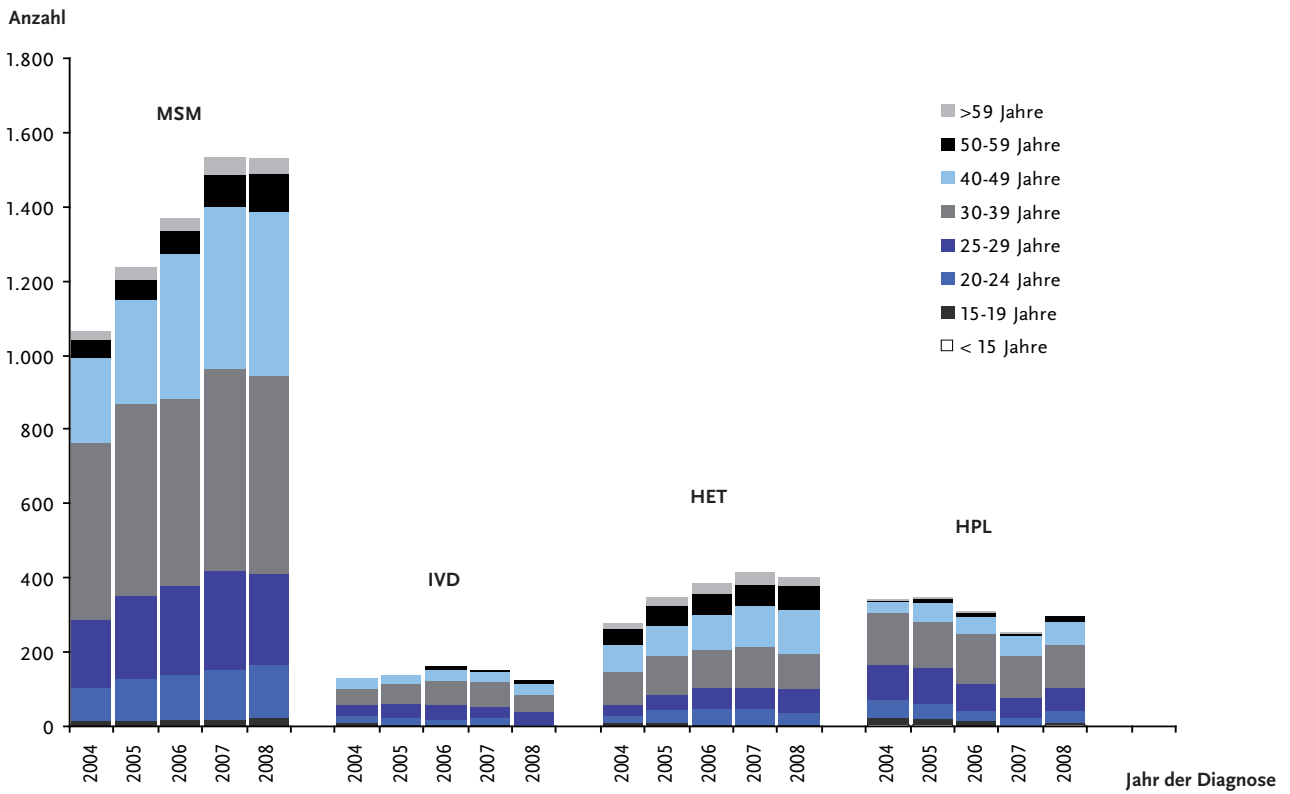


Abbildung 4: Verteilung der HIV-Erstdiagnosen^{1,3} vom 01.01.2004 bis 31.12.2008 in den vier wichtigsten Betroffenenengruppen⁵ nach Altersgruppen in den letzten fünf Jahren

Oben: Anzahl der Meldungen in den jeweiligen Betroffenenengruppen nach Altersgruppe

Unten: Anteil der angegebenen Altersgruppen an der Gesamtzahl der Meldungen in den angegebenen Betroffenenengruppen

Tabelle 4: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen^{1,3} in den letzten 12 Monaten nach Infektionsrisiko^{5,6,7}, Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen^{1,3} pro 100.000 Einw. sowie Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen^{1,3} in den letzten 10 Jahren nach Bundesländern und Großstädten über 250.000 Einwohner⁸

	01.01.2008–31.12.2008								01.01.1999
	Infektionsrisiko								–31.12.2008
	MSM	IVD	HET	HPL	PPI	k.A./andere	Gesamt	Inzidenz/100.000	Gesamt
Baden-Württemberg	145	12	27	40	1	51	276	2,57	2.528
Stuttgart	53	5	4	5	0	10	77	12,89	535
Mannheim	24	2	2	3	0	3	34	10,97	207
Karlsruhe	11	1	2	11	0	4	29	10,04	275
übriges Land	57	4	19	21	1	34	136	1,42	1.511
Bayern	188	9	52	29	2	62	342	2,73	3.159
München	94	4	18	12	1	23	152	11,59	1.310
Nürnberg	20	0	4	2	1	5	32	6,36	299
Augsburg	9	0	1	1	0	2	13	4,94	91
übriges Land	65	5	29	14	0	32	145	1,39	1.459
Berlin	329	5	47	29	1	41	452	13,23	3.156
Brandenburg	17	0	9	11	0	5	42	1,66	259
Bremen	17	8	5	3	0	8	41	6,18	313
Bremen (Stadt)	17	7	5	2	0	8	39	7,12	300
übriges Land	0	1	0	1	0	0	2	1,73	13
Hamburg	92	6	28	30	1	22	179	10,11	1.551
Hessen	130	11	46	22	1	39	249	4,10	1.725
Frankfurt a.M.	48	3	11	7	1	4	74	11,23	623
Wiesbaden	14	0	6	3	0	4	27	9,79	160
übriges Land	68	8	29	12	0	31	148	2,88	942
Mecklenburg-Vorpommern	19	2	8	4	0	6	39	2,32	243
Niedersachsen	82	7	31	17	1	31	169	2,12	1.314
Hannover	27	5	11	1	0	11	55	4,87	476
übriges Land	55	2	20	16	1	20	114	1,67	838
Nordrhein-Westfalen	373	49	92	77	4	92	687	3,82	5.044
Köln	120	7	18	11	0	9	165	16,58	1.232
Düsseldorf	37	8	5	3	2	6	61	10,50	486
Essen	21	7	5	5	0	4	42	7,21	244
Dortmund	13	9	5	3	0	4	34	5,79	320
Duisburg	4	0	1	0	0	6	11	2,21	143
Bochum	9	0	3	2	0	3	17	4,46	135
Wuppertal	5	1	0	0	0	2	8	2,24	127
Bielefeld	7	0	3	6	0	3	19	5,85	94
Gelsenkirchen	0	0	1	0	0	2	3	1,13	40
Bonn	14	0	3	5	0	2	24	7,58	117
Mönchengladbach	7	0	2	1	0	0	10	3,85	56
Münster	8	0	2	1	0	4	15	5,50	146
Aachen	5	0	1	2	0	0	8	3,09	94
übriges Land	123	17	43	38	2	47	270	2,19	1.810
Rheinland-Pfalz	31	7	19	13	0	24	94	2,32	670
Saarland	15	1	7	4	0	5	32	3,09	182
Sachsen	52	0	11	3	0	13	79	1,87	522
Leipzig	23	0	5	1	0	3	32	6,27	180
Dresden	15	0	0	1	0	5	21	4,14	125
Chemnitz	0	0	0	1	0	2	3	1,22	58
übriges Land	14	0	6	0	0	3	23	0,78	159
Sachsen-Anhalt	23	2	7	7	0	4	43	1,78	325
Schleswig-Holstein	26	4	14	5	0	11	60	2,11	393
Thüringen	16	0	0	2	0	4	22	0,96	160
Gesamt	1.555	123	403	296	11	418	2.806	3,41	21.544

Stand: 01.03.2009

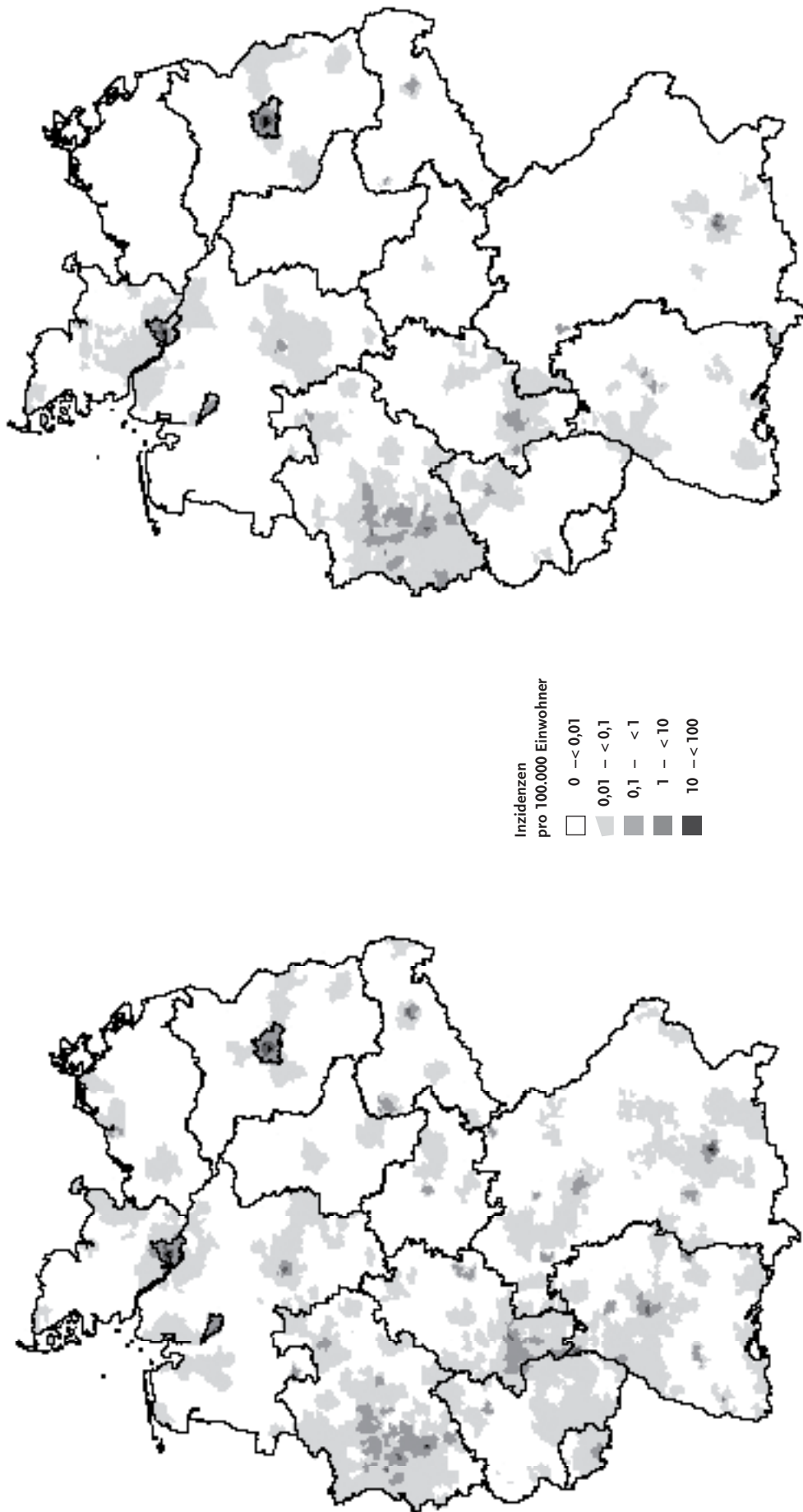


Abbildung 5 a: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

Inzidenz der im Zeitraum vom 01.01.2008 bis 31.12.2008 diagnostizierten HIV-Erstmeldungen^{1,3} pro 100.000 Einwohner (n=2.806) (bezogen auf die Einwohnerzahl der dreistelligen Postleitbereiche, geglättet)

Stand: 01.03.2009

Abbildung 5 b: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Inzidenz der im Zeitraum vom 01.01.2006 bis 31.12.2008 diagnostizierten AIDS-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (n=1.485) (bezogen auf die Einwohnerzahl der dreistelligen Postleitbereiche, geglättet)

Stand: 31.12.2008

AIDS-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 5: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der berichteten AIDS-Fälle⁹ nach Geschlecht, Inzidenz pro 100.000 Einw. sowie berichtete Todesfälle nach Bundesländern bzw. ausgewählten Großräumen⁸ und aufgeführten Zeiträumen der Registrierung

Bundesländer/ Großräume	Einw. (Mio.)	01.01.2008–31.12.2008				Gesamt (seit 1982)				
		Gesamt	männl.	weibl.	Berichte/ 100.000 Einw.	Gesamt	männl.	weibl.	Berichte/ 100.000 Einw.	Verstorben berichtet
Baden-Württembg.	10,74	20	17	3	0,19	1.787	1.420	367	16,64	919
Bayern (ohne M)	11,20	14	12	2	0,13	1.351	1.112	239	12,06	720
München (M)	1,29	23	22	1	1,78	1.899	1.741	158	146,69	1.176
Berlin	3,40	146	124	22	4,29	5.991	5.286	705	176,00	3.375
Brandenburg	2,55	10	7	3	0,39	174	135	39	6,83	37
Bremen	0,66	3	2	1	0,45	321	261	60	48,34	126
Hamburg	1,75	37	29	8	2,11	2.487	2.232	255	141,78	1.251
Hessen (ohne F)	5,42	28	22	6	0,52	1.353	1.128	225	24,95	742
Frankfurt/Main (F)	0,65	39	31	8	5,98	1.547	1.353	194	237,05	929
Mecklenbg.-Vorp.	1,69	5	5	0	0,30	82	74	8	4,84	25
Niedersachsen	7,98	44	36	8	0,55	1.362	1.158	204	17,06	734
NRW (ohne K/D)	16,46	162	127	35	0,98	4.286	3.540	746	26,04	1.765
Köln (K)	0,99	35	34	1	3,54	1.307	1.191	116	132,05	772
Düsseldorf (D)	0,58	9	6	3	1,56	924	823	101	160,00	436
Rheinland-Pfalz	4,05	7	4	3	0,17	734	591	143	18,11	378
Saarland	1,04	1	1	0	0,10	249	214	35	23,87	154
Sachsen	4,25	12	11	1	0,28	116	96	20	2,73	33
Sachsen-Anhalt	2,44	2	1	1	0,08	74	58	16	3,03	25
Schleswig-Holstein	2,83	21	19	2	0,74	768	685	83	27,10	369
Thüringen	2,31	0	0	0	0,00	25	21	4	1,08	13
Gesamt	82,31	618	510	108	0,75	26.837	23.119	3.718	32,60	13.979
		100,0%	82,5%	17,5%		100,0%	86,1%	13,9%		52,1%

Stand: 31.12.2008

Tabelle 6: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der berichteten AIDS-Fälle⁹ nach Bundesländern bzw. ausgewählten Großräumen⁸ und Diagnosejahr sowie nach Korrektur für Unterfassung (Grau unterlegt) für das Jahr 2008 sowie kumulativ geschätzte Gesamtzahl der Fälle

Bundesländer/ Großräume	Jahr der Diagnose											Gesamt	Gesamt	
	<1999	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008			
Baden-Württemberg	1.526	49	34	38	24	20	29	28	18	16	5	120	1.787	3.500
Bayern (ohne M)	1.118	43	27	33	24	16	29	19	20	13	9	45	1.351	1.800
München (M)	1.674	42	32	18	22	21	25	21	14	16	14	75	1.974	2.900
Berlin	4.253	202	220	173	173	171	196	177	187	172	67	200	5.991	6.600
Brandenburg	58	9	10	7	14	11	14	6	19	23	3	20	174	230
Bremen	261	2	8	8	10	3	5	4	13	7	0	20	321	700
Hamburg	1.862	76	73	71	70	77	79	62	53	48	16	70	2.487	2.700
Hessen (ohne F)	1.036	52	36	42	44	34	30	27	23	20	9	40	1.353	2.000
Frankfurt/Main (F)	1.176	46	57	46	34	33	45	43	38	19	10	60	1.547	2.200
Mecklenbg.-Vorp.	27	4	3	8	7	9	8	7	4	3	2	10	82	100
Niedersachsen	1.041	34	27	34	34	34	38	34	33	36	17	70	1.362	2.400
NRW (ohne K/D)	2.865	173	170	167	150	154	136	131	139	131	70	160	4.286	4.600
Köln (K)	1.025	42	33	34	31	35	24	31	19	25	8	40	1.307	1.400
Düsseldorf (D)	733	29	36	16	23	19	21	20	18	9	0	20	924	1.000
Rheinland-Pfalz	567	24	27	30	19	14	6	16	18	9	4	40	734	1.000
Saarland	230	9	2	2	4	2	0	0	0	0	0	10	249	440
Sachsen	55	8	6	5	6	2	2	12	7	10	3	20	116	220
Sachsen-Anhalt	27	1	5	6	2	8	8	5	8	3	1	10	74	150
Schleswig-Holstein	517	39	23	25	22	31	31	27	27	18	8	30	768	1.000
Thüringen	16	1	1	0	2	1	0	1	3	0	0	5	25	90
Gesamt	20.067	885	830	763	715	695	726	671	661	578	246	1.100	26.837	35.200

Stand: 31.12.2008

Tabelle 7: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland
Anzahl der in den letzten 36 Monaten berichteten AIDS-Fälle⁹ nach Infektionsrisiko^{5,10},
Inzidenz pro 100.000 Einw. sowie Anzahl der seit Erfassungsbeginn (1982) berichteten Fälle mit Anzahl
der als verstorben berichteten Fälle nach Bundesländern und Großstädten über 250.000 Einwohner⁸

	01.01.2006–31.12.2008									Seit Erfassungsbeginn	
	Infektionsrisiko							Gesamt	Inzidenz/ 100.000	Gesamt	davon verstorben berichtet
	MSM	IVD	Hämo/ Trans	HET	HPL	PPI	k.A./ andere				
Baden-Württembg.	13	4	0	8	2	0	12	39	0,36	1.766	916
Stuttgart	3	1	0	2	0	0	2	8	1,35	365	179
Mannheim	0	0	0	1	0	0	1	2	0,65	127	75
Karlsruhe	1	0	0	1	0	0	1	3	1,05	191	111
übriges Land	9	3	0	4	2	0	8	26	0,27	1.083	551
Bayern	51	6	1	6	12	0	10	86	0,69	3.208	1.890
München	27	0	0	6	7	0	4	44	3,40	1.873	1.172
Nürnberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	197	130
Augsburg	3	1	0	0	0	0	0	4	1,52	88	49
übriges Land	21	5	1	0	5	0	6	38	0,36	1.050	539
Berlin	193	64	0	49	36	0	84	426	12,51	5.794	3.328
Brandenburg	13	1	0	12	9	0	10	45	1,77	161	35
Bremen	8	5	0	2	1	0	4	20	3,01	317	125
Bremen (Stadt)	8	5	0	2	1	0	4	20	3,65	310	122
übriges Land	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	7	3
Hamburg	58	10	0	18	12	0	19	117	6,67	2.420	1.228
Hessen	67	10	0	11	18	0	13	119	1,96	2.830	1.665
Frankfurt a. M.	41	9	0	6	6	0	5	67	10,27	1.504	924
Wiesbaden	5	0	0	1	0	0	0	6	2,18	193	135
übriges Land	21	1	0	4	12	0	8	46	0,89	1.133	606
Mecklenburg-Vorp.	2	0	0	2	1	0	4	9	0,53	77	25
Niedersachsen	26	8	0	17	11	0	24	86	1,08	1.307	726
Hannover	9	2	0	2	3	0	9	25	2,21	419	259
übriges Land	17	6	0	15	8	0	15	61	0,89	888	467
Nordrhein-Westf.	200	27	1	61	76	2	52	419	2,32	6.223	2.907
Köln	37	1	0	6	6	0	2	52	5,25	1.251	754
Düsseldorf	12	3	0	2	3	0	7	27	4,68	907	433
Essen	8	2	0	2	4	0	0	16	2,74	362	156
Dortmund	14	7	0	2	6	0	3	32	5,45	342	149
Duisburg	12	2	0	4	5	0	2	25	5,01	231	113
Bochum	9	0	0	1	1	0	2	13	3,39	82	16
Wuppertal	4	1	0	3	1	0	0	9	2,51	192	75
Bielefeld	5	2	0	3	0	0	2	12	3,68	96	52
Gelsenkirchen	5	0	0	1	0	0	1	7	2,62	70	25
Bonn	6	1	0	5	2	0	2	16	5,09	209	81
Mönchengladbach	3	0	0	0	2	0	1	6	2,30	101	41
Münster	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	101	59
Aachen	9	2	0	1	3	0	0	15	5,80	172	81
übriges Land	76	6	1	31	43	2	30	189	1,53	2.107	872
Rheinland-Pfalz	12	2	0	7	4	0	6	31	0,76	722	372
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	246	154
Sachsen	10	2	0	4	1	0	3	20	0,47	107	29
Leipzig	2	0	0	0	0	0	1	3	0,59	17	5
Dresden	5	0	0	2	1	0	1	9	1,78	30	9
Chemnitz	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	9	1
übriges Land	3	2	0	2	0	0	1	8	0,27	51	14
Sachsen-Anhalt	7	1	0	0	2	0	2	12	0,49	72	25
Schleswig-Holst.	20	7	1	12	4	0	9	53	1,87	738	365
Thüringen	0	1	0	2	0	0	0	3	0,13	25	13
Gesamt	680	148	3	211	189	2	252	1.485	1,80	26.013	13.803

Stand: 31.12.2008

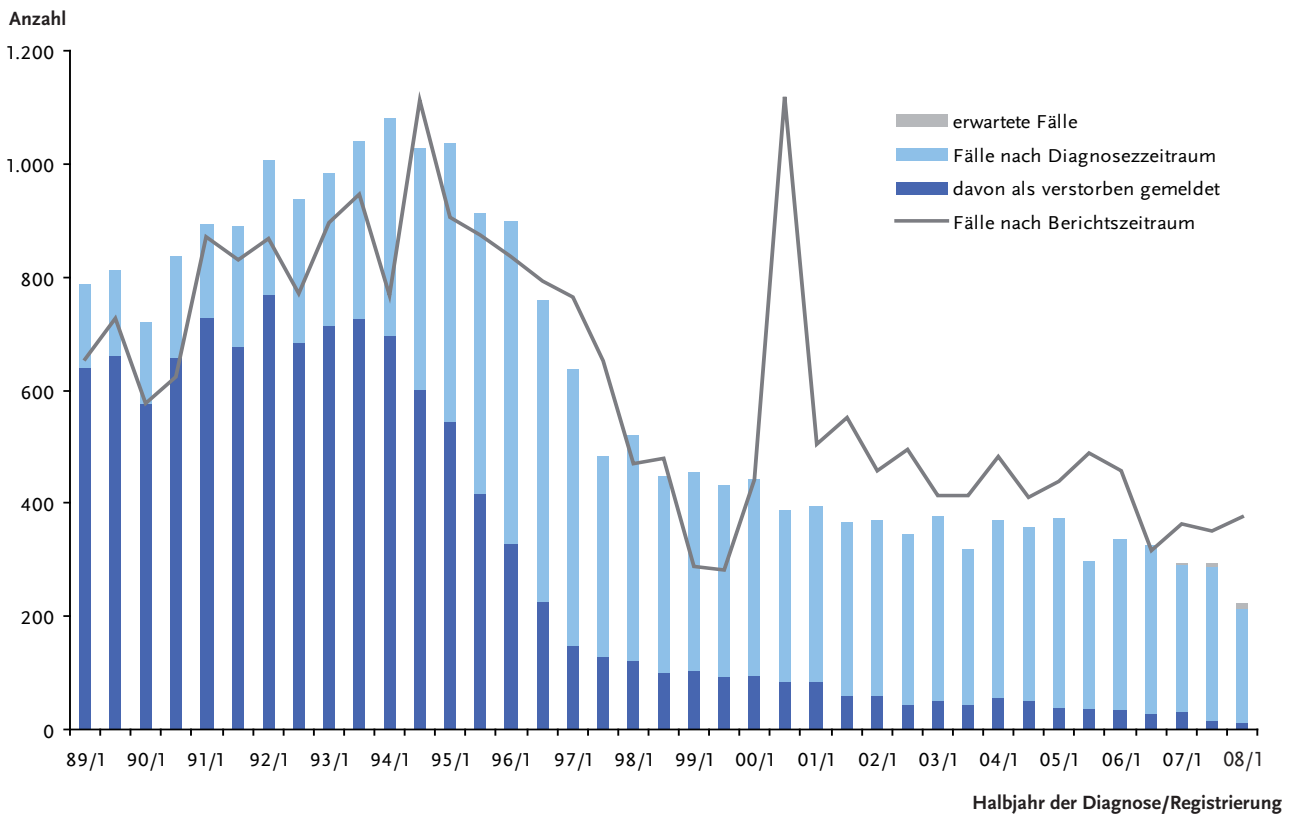


Abbildung 6: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland
Anzahl der gemeldeten AIDS-Fälle⁹ nach Halbjahr der Diagnose/Registrierung mit Anteil der als verstorben gemeldeten Fälle (2. Halbjahr 2008 wegen Meldeverzugs nicht dargestellt)

Stand: 31.12.2008

Tabelle 8: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland
Berichtete AIDS-Fälle⁹ bei männlichen und weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko^{5,10} und Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Infektionsrisiko	01.01.2006–31.12.2008			Gesamt		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
MSM	680 55,7%	0 0,0%	680 45,8%	16.156 69,9%	0 0,0%	16.156 60,2%
IVD	100 8,2%	48 18,2%	148 10,0%	2.623 11,3%	1.358 36,5%	3.981 14,8%
Hämo/Trans	2 0,2%	1 0,4%	3 0,2%	745 3,2%	151 4,1%	896 3,3%
HET	142 11,6%	69 26,1%	211 14,2%	849 3,7%	816 21,9%	1.665 6,2%
HPL	82 6,7%	107 40,5%	189 12,7%	650 2,8%	799 21,5%	1.449 5,4%
PPI	0 0,0%	2 0,8%	2 0,1%	52 0,2%	52 1,4%	104 0,4%
k. A.	215 17,6%	37 14,0%	252 17,0%	2.044 8,8%	542 14,6%	2.586 9,6%
Gesamt	1.221 100,0%	264 100,0%	1.485 100,0%	23.119 100,0%	3.718 100,0%	26.837 100,0%

Stand: 31.12.2008

Technische Anmerkungen zum Halbjahresbericht HIV/AIDS

- Es werden nur die Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests ausgewiesen. Nach § 4 Abs. 2 IfSG legt das RKI die Falldefinitionen für die HIV-Meldungen fest. Nach der Gemeinsamen Stellungnahme des Diagnostikausschusses der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und der Kommission für Virologische Diagnostik der Gesellschaft für Virologie (GfV)¹ basiert die routinemäßige Diagnostik einer Infektion mit HIV-1 oder HIV-2 auf der Bestimmung von Antikörpern im Serum oder Plasma durch einen Suchtest wie dem Enzymimmunoassay (EIA), der bei einem reaktiven oder grenzwertigen Ergebnis durch einen Bestätigungstest, wie den Immunoblot oder Immunfluoreszenztest, zu bestätigen ist. Ein bestätigt positives Ergebnis ist mit einer zweiten unabhängig gewonnenen Probe zu verifizieren. Nukleinsäure-Nachweistechiken (NAT) sind für bestimmte Fragestellungen der HIV-Diagnostik unentbehrlich, können jedoch Antikörpernachweise zum routinemäßigen Nachweis von HIV-Infektionen nicht ersetzen.
- Unter den Erstmeldungen seit 1993 sind 79 Infektionen, bei denen eine Doppelinfektion mit HIV-1 und HIV-2 anhand von Bandenmustern sicher belegt werden konnte. Bei weiteren 80 HIV-Meldungen, bei denen sowohl der Nachweis von Antikörpern gegen HIV-1 als auch gegen HIV-2 angegeben war, konnte nicht geklärt werden, ob es sich um Kreuzreaktionen oder tatsächlich um Doppelinfektionen handelt. Eine isolierte HIV-2-Infektion konnte in 30 Fällen durch Bandenmuster sicher belegt werden, bei weiteren 37 HIV-2-Meldungen liegen keine Bandenmuster vor.
- Nach der Verordnung über die Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungstests (Laborberichtsverordnung, LabVo) waren Laborärzte ab 1987 verpflichtet, jeden bestätigt positiven HIV-Antikörpertest in Form eines anonymen Berichtes an das Robert Koch-Institut zu melden. Bis 1992 konnten Mehrfachmeldungen nur dann erkannt werden, wenn das meldende Labor auf dem Berichtsbogen vermerkt hatte, dass die untersuchte Blutprobe von einer bereits als HIV-positiv bekannten Person stammt. Erst ab 1993 erlaubt die veränderte Erfassung eine Differenzierung zwischen „gesicherten“ Erstdiagnosen und Meldungen, bei denen dem Labor keine Informationen über einen eventuell früher durchgeführten positiven HIV-Test vorlagen („Meldestatus unbekannt“). Soweit nicht anders vermerkt, werden in den Tabellen nur die als „gesicherte Erstdiagnosen“ gekennzeichneten Meldungen ausgewiesen, d. h. nur die Meldungen, bei denen eine frühere bestätigt positive Testung auf HIV definitiv nicht bekannt ist. Nach dem In-Kraft-Treten (01.01.2001) des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erfolgen die Meldungen (§ 7 Abs. 3 Nr. 2 IfSG und § 10 Abs. 2 IfSG) mit einer fallbezogenen Verschlüsselung, die bei Wahrung der Anonymität das Auffinden von Mehrfachmeldungen ermöglicht.
- Es wird der Zeitpunkt der HIV-Diagnose (Durchführung des Bestätigungstestes) wiedergegeben. Direkte Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Infektion sind in den meisten Fällen nicht möglich, da Infektion und Test zeitlich weit auseinander liegen können. Die Meldungen über HIV-Neudiagnosen dürfen daher weder mit der HIV-Inzidenz (Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit) noch mit der HIV-Prävalenz (Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden HIV-Infektionen) gleichgesetzt werden. Faktoren, die den Zeitpunkt des Testes und damit der Diagnose beeinflussen können, sind das Bewusstsein gefährdeter Personen, ein Infektionsrisiko eingegangen zu sein, das Auftreten und die Schwere von Symptomen, das Diagnoseverhalten der Ärzte, das Angebot von Testmöglichkeiten und die Inanspruchnahme solcher Testangebote durch gefährdete Personen. Insbesondere Veränderungen dieser Parameter im Zeitverlauf können die Interpretation der Daten erschweren.
In Abwesenheit anderer Datenquellen zur HIV-Inzidenz bieten die Meldungen über HIV-Neudiagnosen, unter der Voraussetzung, dass sich keine tiefgreifenden Veränderungen im Test- und Meldeverhalten ereignen, die derzeit bestmögliche Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.
- Es wird das nach allen vorliegenden Informationen als wahrscheinlichster Infektionsweg eingestufte Infektionsrisiko angegeben. Männer, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i. v. Drogenkonsum angegeben wird, werden unter der Kategorie „IVD“ subsumiert. In der Kategorie „Trans“ werden Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (die nicht Hämophile sind) sowie Empfänger von Transplantaten – einschließlich Patienten, die die Transfusion im Ausland erhalten haben – zusammengefasst.

Personen, die aus Hochprävalenzländern stammen (HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung >1%) und für die kein anderes Infektionsrisiko angegeben wurde, werden unter der Kategorie „HPL“ geführt. Fälle, bei denen Angaben zum Infektionsrisiko fehlen und Fälle, bei denen kein Infektionsrisiko erfragt werden konnte, werden unter der Kategorie „k. A.“ zusammengefasst.

- Es wurde eine Meldung erfasst (1993), bei der die berufliche Exposition als wahrscheinlicher Infektionsweg anzusehen ist, ohne dass dies zweifelsfrei gesichert ist. Eine weitere Meldung betrifft eine wahrscheinlich durch Stichverletzung in Berufsausübung erworbene HIV-Infektion (2001), die im *Epid. Bull.* 42/2001 publiziert wurde. Beide Fälle wurden unter der Kategorie „Keine Angaben/Sonstige“ subsumiert.
- Für Kinder von HIV-infizierten Müttern unter 18 Monaten werden seit dem Halbjahresbericht I/2003 nur noch die gesicherten Infektionen ausgewiesen. Veränderte Zahlen im Vergleich zu früheren Berichten ergeben sich daraus, dass bisher sowohl infizierte als auch exponierte Kinder (d. h. Mutter HIV-infiziert) ausgewiesen wurden. Seit 1998 werden – zusätzlich zu den infizierten Kindern – jährlich zwischen 70 und 100 bis 110 exponierte Kinder gemeldet. Die tatsächliche Zahl exponierter Kinder dürfte jedoch deutlich höher liegen.
- Die Einwohnerzahlen der Bundesländer und ausgewählter Städte entsprechen der von den Statistischen Landesämtern bekanntgegebenen Jahresendbevölkerung 2006.
- Seit 1982 werden die freiwilligen und anonymen Fallberichte der behandelnden Ärzte über AIDS-Erkrankungs- und -Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland in einem zentralen Fallregister zusammengetragen und ausgewertet. Dieser Bericht gibt den jeweils zum Halbjahresende aktuellen Informationsstand wieder. In das AIDS-Fallregister werden nur Erkrankte aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und die der geltenden Falldefinition für die epidemiologische Überwachung von AIDS² genügen. Berichte, bei denen unverzichtbare Angaben unvollständig sind, werden recherchiert und gegebenenfalls später aufgenommen. Durch die fortlaufenden Recherchen können sich Veränderungen in der Zahl oder der Zuordnung der bereits in der Vergangenheit gemeldeten Fälle ergeben. Verminderungen der Gesamtzahl können entstehen, wenn bisher unerkannte Mehrfachmeldungen des gleichen Falles als solche identifiziert werden.
- Eine berufliche Exposition bzw. ein Infektionsrisiko im Rahmen der medizinischen Versorgung von HIV-Patienten wurde bei insgesamt 17 AIDS-Fallmeldungen vom meldenden Arzt als wahrscheinlicher oder möglicher Infektionsweg genannt. Bei 5 Meldungen ist dieser Infektionsweg als wahrscheinlich anzusehen. In einem Fall ist der Übertragungsweg zweifelsfrei gesichert. Diese Fälle werden unter der Kategorie „Keine Angaben/Sonstiges“ subsumiert.

Literatur:

- Mitteilungen der Kommission für Virologische Diagnostik der Gesellschaft für Virologie: Indikationen für den Einsatz von Nukleinsäure-Nachweistechiken in der virologischen Diagnostik. *J Lab Med* 1998; 22 (2): 113–116
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS: 1993 revision of the European AIDS Surveillance case definition. *AIDS Surveillance in Europe, Quarterly report.* 1993; 37: 23–28

Verwendete Abkürzungen (Infektionsrisiko):

MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
IVD	i. v. Drogenabhängige
Hämo/Trans	Hämophile/Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophilen)
HET	Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus HPL-Ländern)
HPL	Personen aus Hochprävalenzländern (HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung >1%), in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Subsahara-Afrika)
PPI	Prä- oder perinatale Infektion
k. A.	Keine Angaben/Sonstige
/m	Geschlecht männlich
/w	Geschlecht weiblich
/u	Geschlecht unbekannt

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland

Jahresbericht 2008 aus dem Robert Koch-Institut, Stand v. 01.03.2009

Anmerkungen zur Bewertung der Situation in Deutschland	203
▶ Entwicklung der HIV-Melddaten	203
▶ Entwicklung in den Hauptbetroffenengruppen.....	203
▶ Entwicklung in der Migrantengruppe aus Ost- u. Zentraleuropa.....	204
▶ Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen	206
Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland	207
Tab. 1: HIV-Bestätigungstests nach Meldestatus und Diagnosezeitraum ..	207
Abb. 1: HIV-Erstdiagnosen nach Halbjahr der Diagnose und Infektionsrisiko.....	207
Tab. 2: HIV-Erstdiagnosen nach Diagnosezeitraum und Geschlecht	208
Abb. 2: HIV-Erstdiagnosen nach Jahr der Diagnose und Infektionsrisiko..	208
Tab. 3: HIV-Erstdiagnosen nach Infektionsrisiko, Geschlecht und Jahr der Diagnose	209
Abb. 3: HIV-Erstdiagnosen nach Halbjahr der Diagnose und Betroffenengruppen	210
Abb. 3a: Inzidenz von HIV-Neudiagnosen pro 100.000 bei Männern nach Altersgruppen u. Jahr d. Diagnose, 2004–2008	210
Abb. 3b: Anzahl der HIV-Erstdiagnosen bei Männern nach Altersgruppen u. Jahr d. Diagnose, 2004–2008.....	210
Tab. 3a: HIV-Erstdiagnosen, Abstand zum negativen HIV-Vortest.....	210
Abb. 4: Verteilung der HIV-Erstdiagnosen in den vier wichtigsten Betroffenengruppen nach Altersgruppen in den fünf letzten Zwölfmonatszeiträumen	211
Tab. 4: HIV-Erstdiagnosen nach Bundesländern, Großstädten und Infektionsrisiko	212
Abb. 5a: Inzidenz der vom 01.01.2007 bis 31.12.2007 diagnostizierten gesicherten HIV-Erstmeldungen nach Postleitbereichen.....	213
AIDS-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland	213
Abb. 5b: Inzidenz der vom 1.1.2005 bis zum 31.12.2007 diagnostizierten und berichteten AIDS-Erkrankungen nach Postleitbereichen	213
Tab. 5: Verteilung der neu registrierten AIDS-Fälle nach Bundesländern, Großstädten und Geschlecht sowie berichtete Todesfälle	214
Tab. 6: Verteilung der AIDS-Fälle nach Bundesländern, Großstädten und Jahr der Diagnose	214
Tab. 7: Verteilung der AIDS-Fälle nach Bundesländern, Großstädten und Infektionsrisiko.....	215
Abb. 6: AIDS-Fälle nach Halbjahr der Diagnose/Registrierung mit Anteil der als verstorben gemeldeten Fälle.....	216
Tab. 8: Verteilung der AIDS-Fälle nach Infektionsrisiko/Geschlecht.....	216
Technische Anmerkungen zum Jahresbericht HIV/AIDS	217
Inhaltsverzeichnis	218

Dieser Bericht enthält Daten und Informationen, die im Fachgebiet 34 der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts gesammelt und ausgewertet wurden. Grundlage sind die bis zum 01.03.2009 eingegangenen freiwilligen Berichte behandelnder Ärzte über AIDS-Erkrankungen sowie Meldungen über bestätigt positive Antikörpertests gemäß § 7 Abs. 3 IfSG.

Außer den Beziehern des *Epidemiologischen Bulletins* wird der Bericht allen, die Daten zu ihm beisteuern, kostenfrei zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus können **Einzel Exemplare** beim Robert Koch-Institut (RKI, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet 34, Seestraße 10, 13353 Berlin; Tel.: 030 18.754-34 02, Fax: 030 18.754-3533) angefordert werden. Der Bericht wird auch im Internet (<http://www.rki.de>) angeboten.

Ansprechpartner sind Dr. Osamah Hamouda und Dr. Ulrich Marcus (inhaltliche Fragen zum Bericht; Tel.: 030 18.754-34 20 bzw. -34 67) sowie Dr. Lieselotte Voß (speziell zu HIV-Infektionen; Tel.: 030 18.754-34 21). Anfragen zu speziellen statistischen Angaben können an Christian Kollan (Tel.: 030 18.754-34 23) gerichtet werden.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-23 28
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

Redaktion

▶ Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-23 24
E-Mail: SeedatJ@rki.de
▶ Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de
▶ Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann
Tel.: 030.18754-24 55
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax: 030.18754-24 59

Vertrieb und Abonnentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16356 Ahrensfelde
Tel.: 030.9487813
Fax: 030.9484781-50
E-Mail: info@pvsberlin.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** unter 030 18.754-22 65 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273