



Epidemiologisches Bulletin

30. Juni 2014 / Nr. 26

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland –

Bericht zur Entwicklung im Jahr 2013 aus dem Robert Koch-Institut

Vorbemerkung

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** (Definition siehe Technische Anmerkungen Punkt 3, Seite 231) 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 keine direkten Rückschlüsse auf die Infektionszeitpunkte, 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. Die Meldedaten liefern insofern kein unmittelbares und unverzerrtes Abbild des aktuellen Infektionsgeschehens. Trotz dieser Einschränkungen bilden die Meldungen über HIV-Neudiagnosen die wichtigste Grundlage für Modellierungen des aktuellen Infektionsgeschehens (s. *Epid. Bull.* 45/2013). Sie bedürfen aber einer sorgfältigen Interpretation.

Allgemeine Entwicklung der HIV-Meldedaten in 2013

Dem Robert Koch-Institut (RKI) wurden bis zum 1.3.2014 für das Jahr 2013 insgesamt 3.263 gesicherte HIV-Neudiagnosen übermittelt. In 2012 wurden im Vergleich dazu 2.976 gesicherte HIV-Neudiagnosen übermittelt. Dies bedeutet eine Zunahme von 287 Neudiagnosen (ca. 10 %) im Jahr 2013 (s. Tab. 1 und Abb. 1, Seite 219). Bei fast gleichbleibender Gesamtzahl eingegangener HIV-Meldungen ist die Zahl der gesicherten HIV-Neudiagnosen in 2013 gestiegen. Dieser Anstieg der HIV-Neudiagnosen beruht daher z. T. auf einer verbesserten Datenqualität und verstärkten Recherchen bei den meldenden Ärzten (d. h. ein größerer Anteil der eingehenden Meldungen konnte als HIV-Neudiagnosen bestätigt werden). Es gibt aber auch eine reale Zunahme von HIV-Neudiagnosen. Der Anstieg der HIV-Neudiagnosen kann wiederum zum einen auf vermehrter Wahrnehmung von Testangeboten, zum anderen auf einer realen Zunahme von HIV-Neuinfektionen beruhen.

Die absolute Zahl der gesicherten HIV-Neudiagnosen lag bei Frauen in Deutschland in 2013 bei 593 und erhöhte sich im Vergleich zu 2012 um 140 Neudiagnosen (2012: n = 453). Dies entspricht einem Anstieg um 31 % gegenüber dem Vorjahr. Bei den Männern stieg die Zahl der HIV-Neudiagnosen um 6 % von 2.521 Fällen in 2012 auf 2.668 im Jahr 2013 an. Angaben zum Geschlecht fehlten in 2013 bei zwei HIV-Neudiagnosen (s. Tab. 2, Seite 220).

Die vom RKI publizierten Schätzungen zur Zahl der HIV-Neuinfektionen (s. *Epid. Bull.* 45/2013) sind in der Regel höher als die in den Jahresberichten

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend lediglich die männliche Form genannt. Gemeint sind aber immer sowohl die männliche als auch die weibliche Form.

Diese Woche 26/2014

HIV-Infektionen/AIDS Jahresbericht 2013

- ▶ Entwicklung der HIV-Meldedaten
- ▶ Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen
- ▶ HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland im Einzelnen
- ▶ Technische Anmerkung
- ▶ Inhaltsverzeichnis



wiedergegebene Zahl der gesicherten HIV-Neudiagnosen. Hauptgrund dafür ist, dass in die Schätzung der HIV-Neuinfektionen eine größere Zahl von HIV-Diagnosen eingeht als die Zahl der gesicherten HIV-Neudiagnosen. Für die Abschätzung der Gesamtzahl der HIV-Neudiagnosen in Deutschland wird angenommen, dass jeweils ca. 50 % der jährlich eingehenden HIV-Meldungen mit unbekanntem Meldestatus ebenfalls HIV-Neudiagnosen sind (s. Tab. 1, Seite 219). Das würde bedeuten, dass zu den gesicherten HIV-Neudiagnosen im Jahr 2013 noch 50 % der HIV-Meldungen mit unbekanntem Status hinzugerechnet werden müssen um die Zahl der geschätzten HIV-Neudiagnosen zu erhalten. Geschätzt würde dies bedeuten, dass im Jahr 2013 ca. 3.800 Personen in Deutschland neu mit HIV diagnostiziert worden sind. Dies wären ca. 300 HIV-Neudiagnosen mehr als die für das Vorjahr 2012 geschätzten HIV-Neudiagnosen.

Entwicklung der HIV-Neudiagnosen nach Übertragungsriskiken

Betrachtet man die Entwicklung der HIV-Neudiagnosen in den verschiedenen Übertragungskategorien, so stieg die absolute Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) im Jahr 2013 gegenüber 2012 nur geringfügig um 27 Fälle an (von 1.708 auf 1.735). Damit stellte die Gruppe der MSM mit 53 % die größte Gruppe unter den HIV-Neudiagnosen. Die absolute Zahl der Personen für die ein heterosexuelles Transmissionsrisiko (HET) angegeben wurde stieg im Vergleich zum Vorjahr um 109 Neudiagnosen deutlich an (484 in 2012 auf 593 in 2013). Der relative Anteil dieser Gruppe an den HIV-Neudiagnosen in 2013 beträgt 18 %. Bei den Konsumenten intravenös verabreichter Drogen (IVD), die in 2013 neu mit einer HIV-Infektion diagnostiziert wurden, stieg die Zahl ebenfalls an (82 in 2012 auf 100 in 2013). Dies führte jedoch nicht zu einer Veränderung des relativen Anteils der IVD unter den HIV-Neudiagnosen (3 %). Die Zahl der Mutter-Kind-Übertragungen veränderte sich kaum (20 in 2012 auf 21 in 2013). Die Zahl der HIV-Neudiagnosen ohne eine ausreichende Angabe zum Übertragungsweg stieg deutlich von 682 in 2012 um 132 auf 814 in 2013 an und umfasst somit 25 % der HIV-Neudiagnosen (s. Abb. 1, Seite 219 und Tab. 3, Seite 221).

Berücksichtigt man ausschließlich die Meldungen, die über ausreichende Angaben zum Infektionsweg verfügen, so nimmt die Gruppe der MSM den größten Anteil ein (71 %), gefolgt von der Gruppe, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert hat (24 %) und der Gruppe der IVD mit 4 %.

HIV-Neudiagnosen mit Angaben zum Herkunftsland und zum Infektionsland

Allgemeine Entwicklung

Betrachtet man alle Meldungen mit ausreichenden Angaben zum Infektionsland ($n = 2.796$), so haben sich 78 % der Personen in Deutschland infiziert. Bei 22 % wurde angegeben, dass die HIV-Infektion im Ausland erworben wurde.

Die Zahl der Männer mit Angaben zum Infektionsland stieg an (Gesamtzunahme um 83 HIV-Neudiagnosen). Von diesen 83 im Vergleich zu 2012 zusätzlichen Infektionen

wurden 59 im Ausland, davon 41 im europäischen Ausland erworben. Bei Frauen mit Angaben zum Infektionsland stieg die Zahl der HIV-Infektionen ebenso an (Gesamtzunahme um 123 HIV-Neudiagnosen). Von den zusätzlichen Infektionen wurden 70 im Ausland, davon 54 in Subsahara-Afrika erworben.

Von den 3.000 in 2013 an das RKI übermittelten HIV-Neudiagnosen, die ausreichende Informationen zur Herkunft der infizierten Person beinhalteten, stammen 68 % der Personen aus Deutschland, 10 % aus Subsahara-Afrika und 15 % aus Europa.

Bei den HIV-Neudiagnosen mit fehlenden Angaben zum Übertragungsweg sind auch die Angaben zur Herkunft und zum Infektionsland unvollständig. Bei 22 % dieser Meldungen fehlen Angaben zum Herkunftsland, bei 37 % auch Angaben zum Infektionsland.

Entwicklung nach Transmissionsgruppen

Bei den Meldungen bezüglich des Anteils der im Ausland erworbenen Infektionen liegen erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Transmissionsgruppen vor. Berücksichtigt man nur die Meldungen mit Angaben zum Infektionsort ist der Anteil der im Ausland erworbenen Infektionen bei den MSM am niedrigsten mit 8 %, gefolgt von der Gruppe der IVD mit ca. 35 %. Der Anteil der im Ausland erworbenen HIV-Neuinfektionen in der Gruppe der HET ist mit 62 % am höchsten (s. Abb. 2, Seite 220).

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM): In der Gruppe der MSM lag bei 4 % der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2013 keine Angabe zum Herkunftsland vor. 78 % der HIV-Neudiagnosen in der Gruppe der MSM stammen in 2013 aus Deutschland. 18 % der MSM stammen aus dem Ausland, wobei sich dieser Anteil im Vergleich zum Vorjahr um 2 % erhöht hat (von 267 auf 306). Von den aus dem Ausland stammenden MSM haben sich mindestens 68 % wahrscheinlich in Deutschland infiziert. Bei 9 % ist das Infektionsland unklar.

Konsumenten intravenös verabreichter Drogen (IVD): In der Gruppe der neu mit HIV-diagnostizierten i. v. Drogengebraucher fehlte bei 4 % der Personen eine Angabe zur Herkunft. Aus Deutschland stammen 52 %, 44 % stammen aus dem Ausland, wovon sich 23 % in Deutschland mit HIV infizierten. 64 % der als IVD gemeldeten HIV-Neuinfektionen mit Angabe zum Infektionsland erfolgten in Deutschland ($n = 62$). Die meisten anderen erfolgten im europäischen (33 %) – insbesondere ost- und zentraleuropäischen – Ausland (26 %).

Personen mit einem heterosexuellen Transmissionsrisiko (HET): In der Gruppe der Personen, die auf heterosexuellem Weg eine HIV-Infektion erworben haben, stammt der größte Teil (71 %) aus dem Ausland. Knapp ein Drittel der Personen stammt aus Deutschland. Eine Herkunftsangabe fehlte in dieser Gruppe bei 2 % aller Personen. Bei der

Gruppe von Personen, die nicht aus Deutschland stammt, kommen zwei Drittel aus Subsahara-Afrika. Von allen aus dem Ausland stammenden Heterosexuellen haben sich wahrscheinlich 19 % in Deutschland infiziert ($n = 78$), die meisten anderen (48 %) in Subsahara-Afrika. Von den aus Deutschland stammenden Heterosexuellen haben sich 72 % auch in Deutschland infiziert ($n = 117$), die wichtigsten ausländischen Infektionsregionen waren Asien (12 %) und Subsahara-Afrika (10 %). Insgesamt wurden 34 % ($n = 200$) der im Jahr 2013 neu diagnostizierten, wahrscheinlich auf heterosexuellem Wege übertragenen Infektionen in Deutschland erworben, 37 % in Subsahara-Afrika, 8 % in Asien (s. auch Abb. 4 und Tab. 4 b, Seite 222–223).

Mutter-Kind-Transmission (PPI): Von den 21 gemeldeten Mutter-Kind-Übertragungen sind 12 Kinder bereits infiziert nach Deutschland eingereist. Acht dieser Kinder stammen aus Subsahara-Afrika. In 2013 wurden 9 Kinder von HIV-infizierten Müttern in Deutschland geboren. In 7 Fällen war der Schwangeren kein HIV-Test angeboten worden. Die Frauen stammten aus Subsahara-Afrika, Russland, Rumänien und Deutschland. Diese Geburten erfolgten zwischen 2001 und 2012.

Unbekanntes Übertragungsrisiko: Bei den Meldungen, bei denen keine ausreichenden Angaben zur Ermittlung des Übertragungsrisikos vorliegen, sind auch die Angaben zur Herkunft und zum Infektionsland unvollständig. Angaben zum Herkunftsland fehlen bei 22 % dieser Meldungen, Angaben zum Infektionsland bei 37 %. Von den Personen mit Herkunftsangabe stammen 70 % aus Deutschland, 10 % und 9 % aus Ost- und Zentraleuropa. Von den Personen mit Angabe eines Infektionslandes haben sich 74 % in Deutschland, 18 % im europäischen Ausland infiziert. Die Personengruppe besteht zu 85 % aus Männern und zu 15 % aus Frauen. Ein Anstieg der Meldungen ohne ausreichende Angaben zum Übertragungsrisiko gegenüber dem Vorjahr (von 682 auf 814) wird in gleichem Umfang bei Männern und Frauen beobachtet. Der Anstieg betrifft bei Männern insbesondere die Altersgruppen 25–29 Jahre (Anstieg von 40 auf 70 Meldungen) sowie 50–59 Jahre (Anstieg von 66 auf 99 Meldungen), bei Frauen insbesondere die Altersgruppen 25 bis 39 Jahre (Anstieg von 34 auf 48 Meldungen). Die wahrscheinlich in Deutschland erworbenen Infektionen steigen in vergleichbarem Umfang wie die wahrscheinlich im Ausland erworbenen Infektionen.

Entwicklung in den einzelnen Risikogruppen – nach Bundeslandverteilung und Altersgruppen

Bei der Interpretation von Trends in einzelnen Altersgruppen (s. Abb. 5 a und 5 b, Seite 224 u. 225) ist zu berücksichtigen, dass nur in der Gruppe der MSM die Fallzahlen in den einzelnen Altersgruppen groß genug sind, um Änderungen von einem Jahr zum anderen sinnvoll interpretieren zu können. In den anderen Betroffenen-Gruppen sollten Änderungen in einzelnen Altersgruppen nur im mehrjährigen Verlauf bzw. bei gleichsinn-

gen Trends in mehreren aufeinanderfolgenden Altersgruppen betrachtet werden.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM): Die absolute Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben, ist, wie oben berichtet, im Jahr 2013 nur geringfügig um 27 Fälle angestiegen (s. Abb. 1, Seite 219 und Abb. 3, Seite 222, sowie Tab. 3, Seite 221). In der Hälfte der Bundesländer stiegen die Diagnosezahlen an – überwiegend leicht –, in der anderen Hälfte gingen die Zahlen zurück. Die stärksten Anstiege waren in Berlin (+80 Fälle, von 279 auf 359) und Hessen (+22 Fälle, von 121 auf 143) zu verzeichnen. Bundesweit stieg die Zahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen bei MSM pro 100.000 männliche Bevölkerung in den Altersgruppen 30–39 Jahre und bei den über 50-jährigen an. In allen anderen Altersgruppen ging die Zahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen bei MSM pro 100.000 männliche Bevölkerung leicht zurück (s. Abb. 5a, Seite 224). Von dem Anstieg in Berlin waren alle Altersgruppen bis auf die 25–29-jährigen Männer betroffen.

Personen mit einem heterosexuellen Transmissionsrisiko

(HET): Bei Personen mit heterosexuellem Übertragungsweg stieg die Zahl der HIV-Neudiagnosen insbesondere in den Altersgruppen 30–49 Jahre an (s. Abb. 5b, Seite 225). Ein Anstieg wurde nur bei Frauen, nicht bei Männern beobachtet. Die größten Anstiege wurden aus den Bundesländern Berlin, Bayern und Baden-Württemberg gemeldet. Ein erheblicher Anstieg erfolgte bei den Meldungen von Personen mit Herkunft aus Subsahara-Afrika (von 209 auf 287), während die Zahl der auf heterosexuelle Kontakte zurückzuführenden HIV-Neudiagnosen bei Personen deutscher Herkunft leicht zurückging (von 171 auf 163). Differenziert man die HIV-Neudiagnosen bei Personen mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Infektionsregion zeigen sich unterschiedlich ausgeprägte Anstiege. Bei den neu diagnostizierten HIV-Infektionen mit heterosexuellem Übertragungsweg, die in Deutschland erworben wurden stieg die Zahl der Neudiagnosen insgesamt von 226 auf 246 an. Der Anstieg beschränkte sich im Wesentlichen auf Großstädte mit über 500.000 Einwohnern.

Bei den HIV-Neudiagnosen mit heterosexuellem Übertragungsweg, die im Ausland erworben wurden stieg die Zahl von 204 in 2012 auf 281 in 2013. Der Anstieg erfolgte insbesondere bei den über 30-jährigen und in allen Ortsgrößen (s. Abb. 4, Seite 222).

Konsumenten intravenös verabreichter Drogen (IVD):

Die absolute Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Gebrauchern intravenös konsumierter Drogen (IVD) stieg, wie oben berichtet, im Jahr 2013 um 18 Fälle an. Zunahmen lassen sich in den Altersgruppen der 25–39-jährigen registrieren. Sowohl die Zahl der in Deutschland wie auch die Zahl der im Ausland erworbenen Infektionen stiegen in gleichem Umfang an. (s. Abb. 5a, Seite 224). Da in den meisten Bundesländern die Zahl der jährlich diagnostizierten Infektionen bei i. v. Drogenkonsumenten im einstelligen Bereich liegt (s. Tab. 5, Seite 226), können Schwan-

kungen schwer interpretiert werden. In Nordrhein-Westfalen stieg die Zahl der Diagnosen von 2012 zu 2013 von 29 auf 36, in Bayern blieb die Zahl der Meldungen mit 13 unverändert.

Diskussion und zusammenfassende Bewertung

Anstieg der HIV-Neudiagnosen

Auffällig ist die Zunahme der im Ausland erworbenen, nach Deutschland mitgebrachten HIV-Infektionen im vergangenen Jahr. Dies ist am stärksten ausgeprägt bei den auf heterosexuellem Wege erworbenen Infektionen, betrifft aber auch MSM und Personen ohne Angabe eines Infektionsrisikos (s. Abb. A). Eine der Ursachen dafür ist die verstärkte Zuwanderung nach Deutschland sowie die Verdopplung der Asylbewerberzahlen gegenüber dem Vorjahr. Es stellt sich jedoch die Frage, warum eine Zunahme von HIV-Infektionen bei Migranten aus Subsahara-Afrika bisher nur bei Frauen und nicht auch bei Männern zu beobachten ist. Einer der Gründe könnte sein, dass Frauen aus Subsahara-Afrika häufiger getestet werden als Männer. Ursachen für eine häufigere Testung ist zum einen die Schwangerschaft, da den meisten Frauen in der Schwangerschaft ein HIV-Test angeboten wird, wie im Mutterpass vorgesehen. Zum anderen haben Frauen möglicherweise einen direkteren und einfacheren Zugang zur Gesundheitsversorgung und gehen eher zum Arzt als Männer.

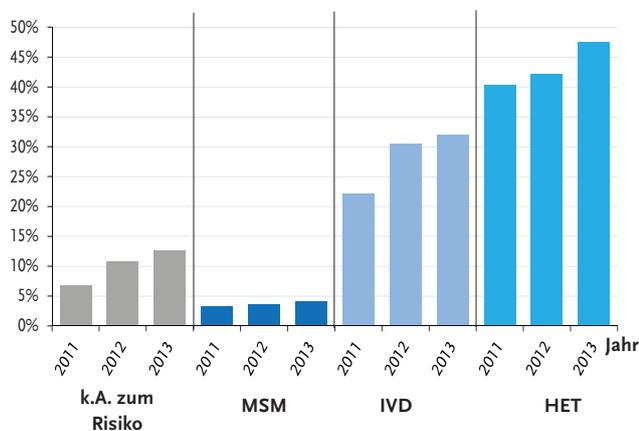


Abb. A: Anteile der im Ausland erworbenen HIV-Infektionen in den Jahren 2011–2013 nach Infektionsrisiko

Man muss davon ausgehen, dass bei einer Zunahme legaler Einwanderung auch die illegale Einwanderung zunimmt. Eine unvermeidliche Begleiterscheinung von Einwanderung ist, dass sich unter den Immigranten auch Menschen mit HIV-Infektion befinden.

Der Nationale AIDS-Beirat (NAB) stellt zum Problem der Gesundheitsversorgung von HIV-infizierten Immigranten in seinem soeben veröffentlichten Votum „Zugang zu ärztlicher Versorgung, Beratung und HIV-Therapie“¹ fest: „Die Forderung nach einem universellen Zugang zu medizinischer Versorgung und leitliniengerechter Behandlung für Menschen mit HIV ergibt sich aus dem menschenrechtlichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung und der Erkenntnis, dass eine effektive

antiretrovirale Therapie HIV-Übertragungen verhindern kann.

Der NAB stellt mit Sorge fest, dass in Deutschland dieser Zugang für bestimmte Gruppen nicht oder nur eingeschränkt gewährleistet ist. Dies betrifft Menschen im Asylverfahren mit einer Aufenthaltsgestattung, Geduldete, Menschen ohne Aufenthaltsstatus (Menschen ohne Papiere) und in Deutschland lebende Unionsbürger aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Zugangshindernisse ergeben sich vor allem aus dem Aufenthaltsrechtlichen Status, Bestimmungen des Asylrechtes und aus der komplexen Rechtslage hinsichtlich des Krankenversicherungszugangs und -schutzes für Unionsbürger. Hinzu kommen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der allgemeinen Versicherungspflicht und der Durchsetzung von Leistungsansprüchen in der Praxis...“.

Unterschiedliche Entwicklungen bei MSM in verschiedenen Regionen

Schwer zu interpretieren ist die Entwicklung bei MSM. Bundesweit scheint die Entwicklung weitgehend stabil. In den östlichen Bundesländern werden noch immer Zunahmen beobachtet, die zu einer weiteren Angleichung der Inzidenzen zwischen westlichen und östlichen Bundesländern führen. Bezogen auf die männliche Gesamtbevölkerung werden in Sachsen inzwischen ebenso viele HIV-Neudiagnosen bei MSM gemeldet wie in Bayern oder Nordrhein-Westfalen (s. Abb. B).

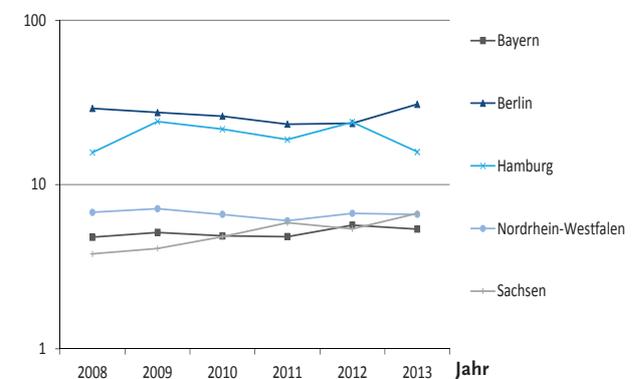


Abb. B: Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM pro 100.000 männliche Bevölkerung in ausgewählten Bundesländern im Zeitverlauf (Cavel logarithmische Skalierung der Größenachse)

Überraschend und unerklärt bleibt die Entwicklung in Berlin. Prinzipiell kann eine steigende Zahl von Neudiagnosen nicht nur durch eine Zunahme von Neuinfektionen, sondern auch durch eine steigende Testbereitschaft bedingt sein. Im Vergleich zu den Vorjahren stieg die mediane CD₄-Zellzahl bei Diagnose an (von 390 Zellen/ μ l in 2012 auf 420 Zellen/ μ l in 2013; bei über 50% der Meldungen aus Berlin liegen Angaben zur CD₄-Zellzahl vor). Eine solche Veränderung könnte aber sowohl durch eine vermehrte Testung und frühere Diagnose von Infektionen als auch durch einen Anstieg der Zahl der zeitnah diagnostizierten Neuinfektionen bedingt sein. Nun ist die Testbereitschaft in Großstädten ohnehin höher als in anderen Gebieten. Die verfügbaren Daten liefern

daher keine befriedigende Erklärung für den deutlichen Anstieg von HIV-Neudiagnosen bei MSM in Berlin. Weder bezüglich der Testbereitschaft noch bezüglich des Eingehens von Infektionsrisiken unterschieden sich berliner Teilnehmer an der letzten großen Internet-basierten Befragung deutscher MSM, die von November 2013 bis Januar 2014 durchgeführt wurde,² wesentlich von Männern in anderen deutschen Großstädten.

Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen

Zwischen dem 1.1.2011 und dem 31.12.2013 sind insgesamt 1.162 Berichte über neu an AIDS erkrankte Personen eingegangen. Damit steigt die Gesamtzahl der an das Robert Koch-Institut berichteten, seit Beginn der Epidemie mit dem Vollbild AIDS erkrankten Personen auf insgesamt 29.800 (s. Tab. 7 und Abb. 7, Seite 228 u. 230).

Von diesen 1.162 an AIDS erkrankten Personen wurden ca. drei viertel im selben Jahr oder im Jahr vor der AIDS-Diagnose mit HIV diagnostiziert. Diesbezüglich gibt es erhebliche Unterschiede zwischen Personen, die sich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben und Personen, die sich auf sexuellem Wege infiziert haben: Bei den mit einer AIDS-Erkrankung diagnostizierten Drogengebrauchern war bei 60% die HIV-Infektion schon lange bekannt (s. Abb. C). Dies deutet darauf hin, dass der Zugang zum medizinischen Versorgungsangebot teilweise unzureichend auf die besonderen Bedarfe dieser spezifischen Patientengruppe zugeschnitten ist oder durch andere Maßnahmen – zum Beispiel Inhaftierung – unterbrochen wird. Weitere Untersuchungen wären sinnvoll um genauer zu klären, ob und wenn mit welchen Maßnahmen die medizinische Versorgung verbessert werden kann. Im Vergleich zu allen anderen Infektionsrisiken ist die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem an AIDS erkrankten Drogenkonsumenten die HIV-Infektion schon lange bekannt war fast 6-fach höher (OR = 5,6; 95% KI 3,5–8,8).

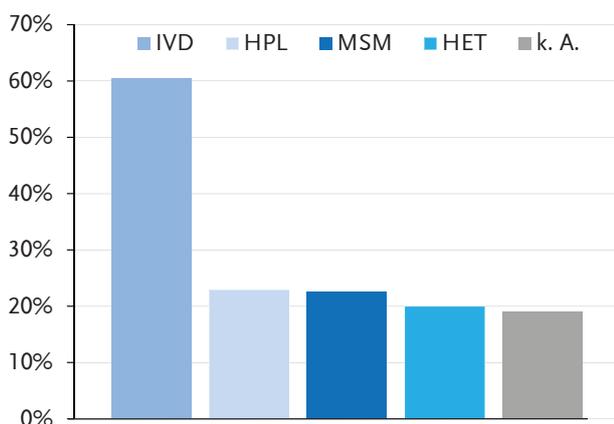


Abb. C: Anteil der AIDS-Fälle in den Jahren 2011–2013, bei denen die HIV-Diagnose länger als ein Jahr vor der AIDS-Diagnose erfolgte

Bei mindestens 943 Personen (11% aller Meldungen, 16% aller Meldungen mit Angabe des klinischen Stadiums), die im Zeitraum zwischen dem 1.1.2011 und dem 31.12.2013 erstmals mit HIV diagnostiziert wurden, wurde im HIV-Melderegister ein klinisches Stadium C nach CDC-Klassifikation zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose berichtet. Ein

individueller Abgleich zwischen (freiwilligen) AIDS-Fallmeldungen an das AIDS-Fallregister und HIV-Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfolgt nicht, es ist aber von einer großen Überlappung zwischen HIV-Meldungen im Stadium CDC C und den AIDS-Fallmeldungen mit gleichzeitiger oder nur kurz zurückliegender HIV-Erstdiagnose auszugehen. Weder die absolute Zahl noch der Anteil der erst im Stadium CDC C diagnostizierten HIV-Infektionen ist in den letzten Jahren substantiell zurückgegangen. Der Anteil von Spätdiagnosen im klinischen Stadium CDC C steigt mit zunehmendem Alter und kleiner werdendem Wohnort kontinuierlich an: von ca. 5% bei unter 25-Jährigen auf 35% bei über 60-Jährigen, von knapp 15% in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern auf knapp 20% in Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern. Der Anteil von Spätdiagnosen ist deutlich überproportional bei Personen, bei denen keine Angaben zum Infektionsweg vorliegen und leicht überproportional bei Personen mit Angabe eines heterosexuellen Übertragungsrisikos.

Bezüglich der Vollständigkeit der Meldung von AIDS-Fällen gibt es deutliche regionale Unterschiede. Abbildung 6 b (s. Seite 227), Tabelle 6 (s. Seite 228) und Tabelle 8 (s. Seite 229) 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. Aktuell werden aus Hamburg und Köln AIDS-Fälle relativ vollständig berichtet. Auch die Zahl der aus Nord-Rhein-Westfalen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein berichteten Fälle entspricht weitgehend den Erwartungen (s. Abb. D, Seite 218). Für alle anderen Bundesländer muss von einer Untererfassung ausgegangen werden. Auf Grund der vollständigeren Meldung ist die Dreijahresinzidenz in Hamburg mit 7,4 neu diagnostizierten AIDS-Fällen pro 100.000 Einwohner am höchsten. Frankfurt am Main, Düsseldorf und Köln weisen mit 4,1 bis 7,3 AIDS-Fällen pro 100.000 Einwohner noch vergleichbar hohe und halbwegs realistische Inzidenzen auf. In den anderen Großstädten, in denen auf Grund der bisherigen Erfahrung von einer ähnlich hohen oder etwas niedrigeren Inzidenz an AIDS-Erkrankungen ausgegangen werden muss, liegen die Dreijahresinzidenzen bei maximal 2,7 pro 100.000 oder deutlich darunter (s. Tab. 6, Seite 228).

Um in der Darstellung Verzerrungen auf Grund des hohen Meldeverzugs zu vermeiden, werden hinsichtlich der Geschlechts- und Risikoverteilung bei den neu aufgetretenen AIDS-Fällen in der Tabelle 9 (s. Seite 230) die in den letzten 36 Monaten diagnostizierten und berichteten Erkrankungen zusammengefasst. Unter den zwischen dem 1.1.2011 und dem 31.12.2013 neu an AIDS Erkrankten waren 81% Männer und 19% Frauen. Dabei stellten unter den erkrankten Männern solche, die Sex mit Männern haben, mit 53% die größte Gruppe dar. Für 21% der berichteten AIDS-Fälle bei Männern liegen keine Angaben zum Infektionsrisiko vor. Mit 19% lagen bei den Männern Infektionen über heterosexuelle Kontakte an zweiter Stelle unter den bekannten Infektionsrisiken, gefolgt von i. v. Drogengebrauch mit 7%.

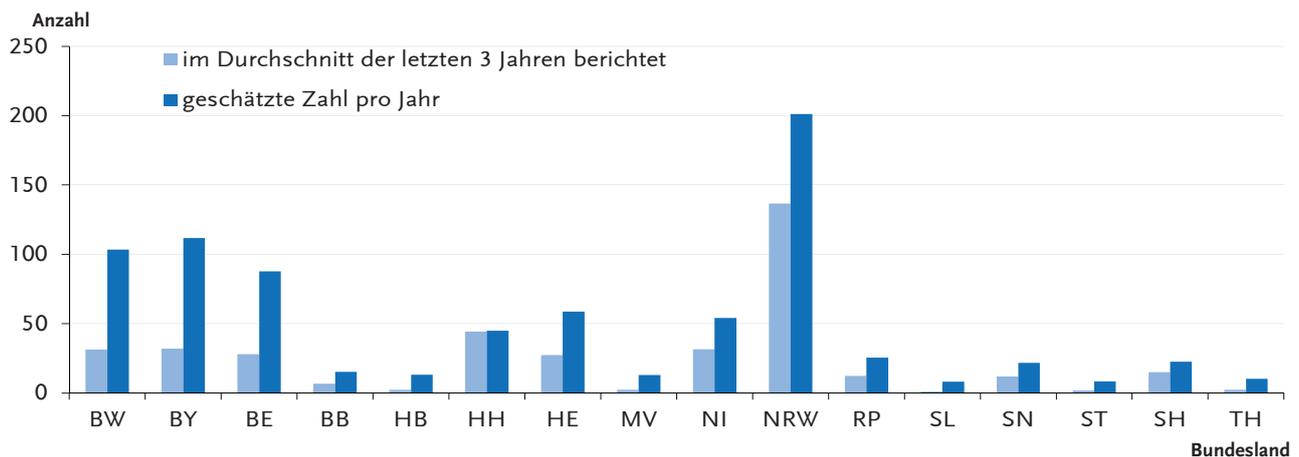


Abb. D: Berichtete und auf Basis der Verteilung von HIV-Spät Diagnosen geschätzte Zahl von AIDS-Erkrankungen in den Jahren 2011–2013 nach Bundesländern

Ganz anders stellt sich die Risikoverteilung bei Frauen dar. Bei 73% der AIDS-Fälle bei Frauen wurde ein heterosexuelles Übertragungsrisiko angegeben, i. v. Drogengebrauch wurde für 9% der in den letzten 36 Monaten diagnostizierten weiblichen AIDS-Fälle als wahrscheinlichstes Infektionsrisiko angegeben. Für 16% der gemeldeten AIDS-kranken Frauen fehlte eine Angabe zum Infektionsrisiko (s. Tab. 9, s. Seite 230). Da andere Infektionswege weitgehend ausgeschlossen werden können verteilen sich diese 16% im Wesentlichen auf i. v. Drogengebraucherinnen und Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben.

Im Unterschied zu den HIV-Meldungen liegen für die AIDS-Fälle keine Angaben zum vermutlichen Infektionsland, sondern nur Angaben zum Herkunftsland vor. Von allen 1.162 in den Jahren 2011 bis 2013 neu mit AIDS diagnostizierten und an das RKI berichteten Erkrankten stammten 70% aus Deutschland, 11% aus Subsahara-Afrika, 4,4% aus Mitteleuropa, 3,7% aus Osteuropa, 3,9% aus Südostasien, 2,5% aus Westeuropa und 1,6% aus Lateinamerika und der Karibik. Bei 1,8% der AIDS-Fallberichte fehlte eine Angabe zur Herkunftsregion. Von den nicht aus Deutschland stammenden an AIDS Erkrankten mit Herkunftsangabe kamen demnach 38% aus Subsahara-Afrika, 38% aus anderen europäischen Ländern und 14% aus Süd- oder Südostasien. Bei den MSM stammen 15% nicht aus Deutschland, bei IVD 30%, und bei HET sind es 55%.

Für das Jahr 2013 geht das RKI unter Berücksichtigung der Untererfassung für Deutschland von einer Zahl von etwa 800 neu diagnostizierten AIDS-Fällen aus. Diese Zahl scheint in den letzten Jahren gleich zu bleiben, d. h. sie nimmt nicht weiter ab. Die Erfassung der neu diagnostizierten AIDS-Fälle ist ein wichtiges Instrument zur Beurteilung der Gesundheitsversorgung von HIV-Patienten. Durch eine rechtzeitig begonnene und effektive antiretrovirale Therapie (ART) kann das Auftreten von AIDS-definierenden Erkrankungen heute weitgehend verhindert werden. Die beobachteten AIDS-Fälle zeigen also an, in welchen Gruppen es Probleme beim Zugang zum HIV-Test und zum medizinischen Versorgungssystem gibt. Zu AIDS-Erkrankungen kommt es dort, wo die HIV-Diagnose erst mit der AIDS-Erkrankung oder

kurz davor gestellt wird (sog. *late presentation*), oder bei Personen, die nach der HIV-Diagnose nicht den Weg in eine kompetente medizinische Betreuung finden oder aus einer solchen Betreuung vorübergehend wieder herausfallen. Letzteres scheint insbesondere bei intravenös Drogen gebrauchenden Menschen zu geschehen. Nur in wenigen Fällen treten unter einer ART noch AIDS-Erkrankungen auf, wenn auf Grund von Mehrfachresistenzen kein wirksames Behandlungsregime mehr zusammengestellt werden kann.

Fazit

Zahl und Anteil der Spät Diagnosen und AIDS-Fälle bleiben in den letzten Jahren im Wesentlichen unverändert. Das legt den Schluss nahe, dass mit den gegenwärtigen Untersuchungsangeboten der Anteil später Diagnosen und aus der späten Diagnose resultierender AIDS-Erkrankungen nicht mehr nennenswert verringert werden kann. Es sollte daher verstärkt darüber nachgedacht werden, wie insbesondere außerhalb von Großstädten lebende, ältere, und schlecht in das medizinische Versorgungssystem integrierte Personen mit erhöhten HIV-Infektionsrisiken durch Testangebote besser erreicht werden können.

Literatur

1. Nationaler AIDS-Beirat, Votum vom 19.3.2014 <http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-aids-beirat/nationaler-aids-beirat/votum-zum-zugang-zu-aerztlicher-versorgung-beratung-und-hiv-therapie.html>; www.bmg.bund.de > Prävention > Nationaler AIDS-Beirat > Votum zum Zugang zu ärztlicher Versorgung, Beratung und HIV-Therapie
2. „Schwule Männer und AIDS 2013“, Untersuchung durchgeführt durch Freie Universität Berlin, Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Wir möchten alle Behandler/innen von HIV-Patienten in der Klinik, in der niedergelassenen Praxis und auch die Mitarbeiter/innen in den Gesundheitsämtern auffordern AIDS-Erkrankungen und insbesondere auch Todesfälle bei HIV-Infizierten an das AIDS- und Todesfallregister am RKI zu berichten. Solche Meldungen liefern wertvolle Hinweise darauf, bei welchen Personengruppen vermehrt Anstrengungen zu einer früheren Diagnose unternommen werden müssen und welche Umstände und Begleiterkrankungen auch heute noch die Lebenserwartung von HIV-Infizierten merklich reduzieren. Meldeformulare für die Meldung von AIDS-Fällen und Todesfällen bei HIV-Infizierten können beim Robert Koch-Institut unter der E-Mail-Adresse AIDS-Fallbericht@rki.de oder per Fax (030-18754-3533) oder Telefon (030-18754-3402) angefordert werden.

Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 1: Ab 1993 eingegangene Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests^{1,2} in der Bundesrepublik Deutschland nach Meldestatus³ und Diagnosezeitraum⁴ (ohne Mehrfachmeldungen)

Jahr der Diagnose	HIV-Antikörpertests		
	Erstdiagnosen	Meldestatus unbekannt	Gesamt
< 2004	21.286	30.626	51.912
2004	2.224	2.055	4.279
2005	2.493	1.921	4.414
2006	2.644	1.755	4.399
2007	2.774	1.622	4.396
2008	2.831	1.649	4.480
2009	2.870	1.497	4.367
2010	2.715	1.353	4.068
2011	2.703	1.373	4.076
2012	2.976	1.063	4.039
2013	3.263	1.154	4.417
Gesamt	48.779	46.068	94.847

Stand: 1.3.2014

Anzahl der HIV-Erstdiagnosen

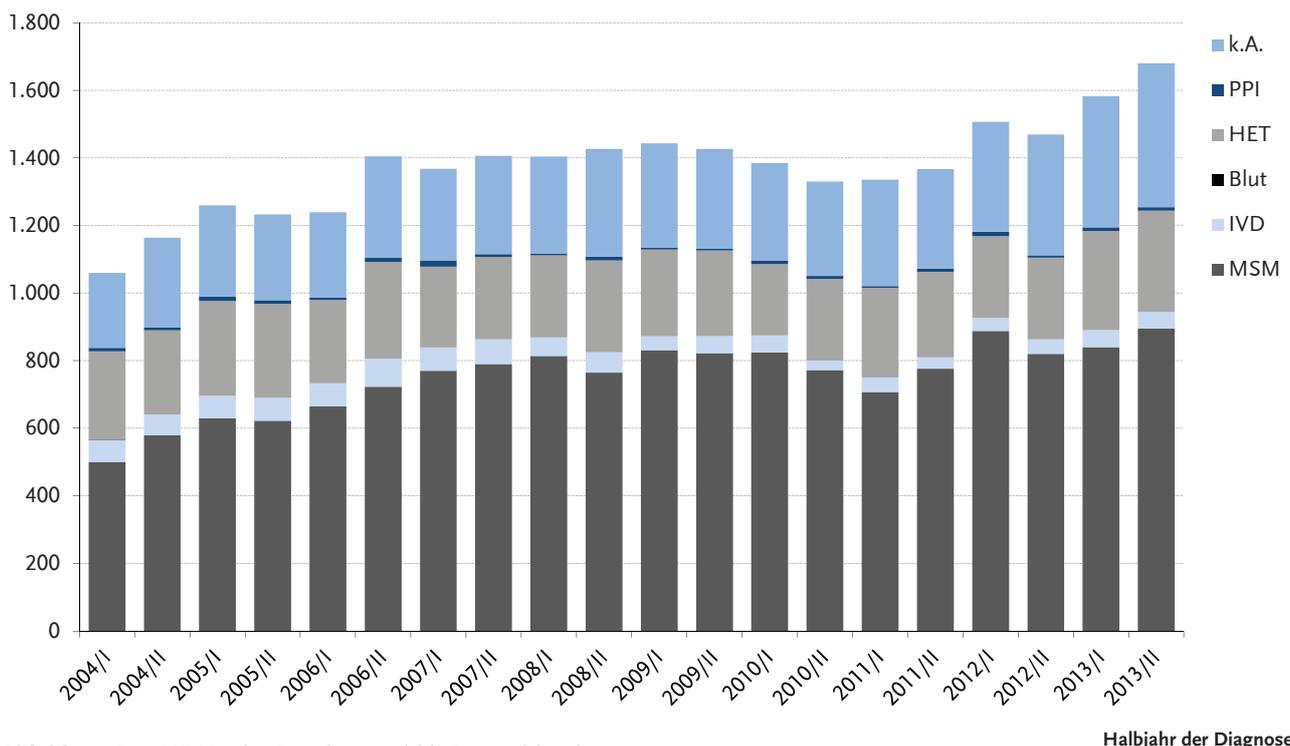


Abbildung 1: HIV in der Bundesrepublik Deutschland
HIV-Erstdiagnosen³ nach Halbjahr der Diagnose und Infektionsrisiko^{5,6,7}

Stand: 1.3.2014

Tabelle 2: Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests^{1,2} in der Bundesrepublik Deutschland HIV-Erstdiagnosen^{3,4} nach Diagnosezeitraum und Geschlecht

Jahr der Diagnose	Geschlecht						Gesamt
	männlich		weiblich		k. A.		
< 2004	16.066	75,5 %	4.613	21,7%	607	2,9%	21.286
2004	1.738	78,1%	456	20,5%	30	1,3%	2.224
2005	1.976	79,3%	481	19,3%	36	1,4%	2.493
2006	2.121	80,2%	500	18,9%	23	0,9%	2.644
2007	2.301	82,9%	449	16,2%	24	0,9%	2.774
2008	2.341	82,7%	465	16,4%	25	0,9%	2.831
2009	2.395	83,4%	459	16,0%	16	0,6%	2.870
2010	2.302	84,8%	402	14,8%	11	0,4%	2.715
2011	2.271	84,0%	425	15,7%	7	0,3%	2.703
2012	2.521	84,7%	453	15,2%	2	0,1%	2.976
2013	2.668	81,8%	593	18,2%	2	0,1%	3.263
Gesamt	38.700	79,3%	9.296	19,1%	783	1,6%	48.779

Stand: 1.3.2014

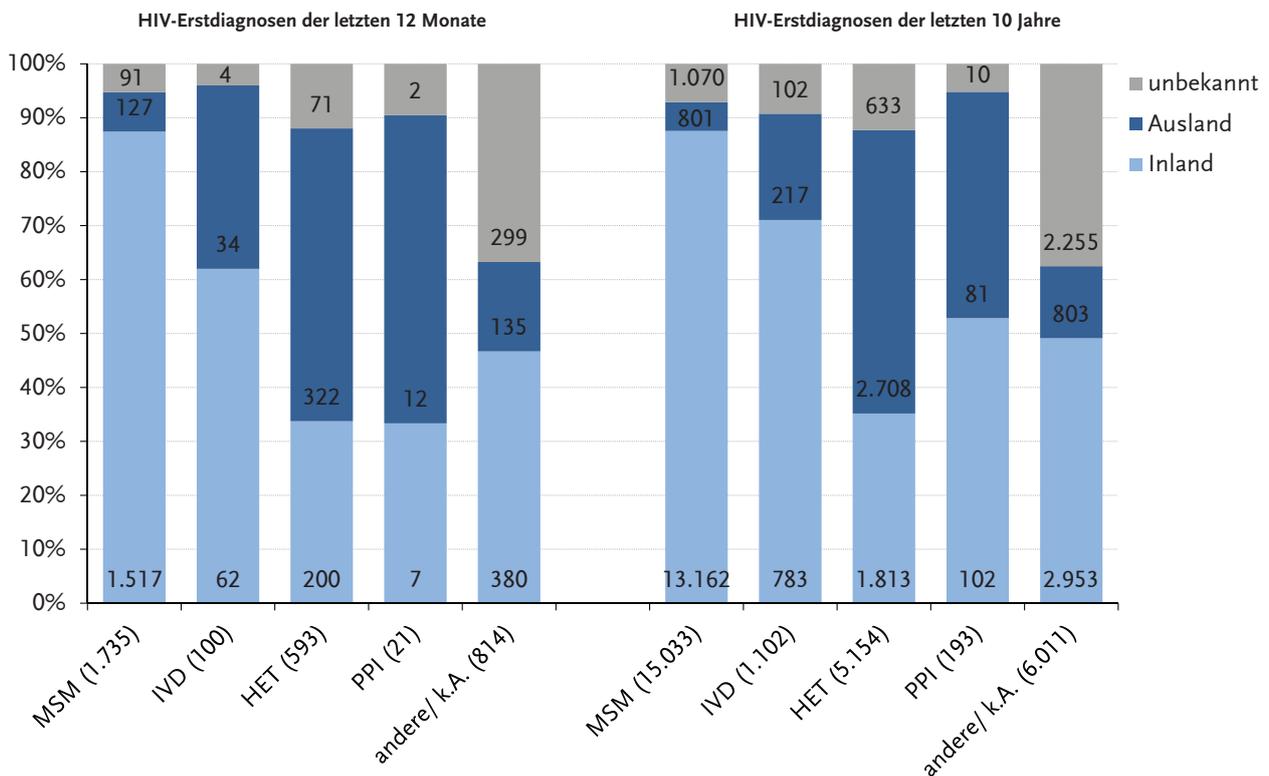


Abbildung 2: HIV-Erstdiagnosen³ nach wahrscheinlichem Infektionsweg^{5,6,7} und Infektionsregion

Stand: 1.3.2014

Tabelle 3: Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests^{1,2} in der Bundesrepublik Deutschland
HIV-Erstdiagnosen^{3,4} ab 1993 nach Jahr der Diagnose und Infektionsrisiko^{5,6,7}

Infektions- risiko	Diagnosejahr											Gesamt
	< 2004	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
MSM	7.736	1.079	1.252	1.388	1.560	1.579	1.653	1.596	1.483	1.708	1.735	22.769
	36,3 %	48,5 %	50,2 %	52,5 %	56,2 %	55,8 %	57,6 %	58,8 %	54,9 %	57,4 %	53,2 %	46,7 %
IVD	2.108	127	134	151	143	115	92	81	77	82	100	3.210
	9,9 %	5,7 %	5,4 %	5,7 %	5,2 %	4,1 %	3,2 %	3,0 %	2,8 %	2,8 %	3,1 %	6,6 %
IVD/m	1.461	85	97	105	99	84	65	59	57	65	71	2.248
IVD/w	596	38	32	42	40	29	24	22	20	17	29	889
IVD/u	51	4	5	4	4	2	3	0	0	0	0	73
Blut	101	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	104
	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
Blut/m	63	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	65
Blut/w	38	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
HET/Inland	270	134	162	203	169	193	204	172	208	168	200	2.083
	1,3 %	6,0 %	6,5 %	7,7 %	6,1 %	6,8 %	7,1 %	6,3 %	7,7 %	5,6 %	6,1 %	4,3 %
HET in/m	54	34	30	47	46	37	49	43	62	39	36	477
HET in/w	214	99	131	156	121	151	155	128	145	129	164	1.593
HET in/u	2	1	1	0	2	5	0	1	1	0	0	13
HET/Ausland	861	300	326	263	251	265	242	222	261	256	322	3.569
	4,0 %	13,5 %	13,1 %	9,9 %	9,0 %	9,4 %	8,4 %	8,2 %	9,7 %	8,6 %	9,9 %	7,3 %
HET aus/m	357	121	131	87	93	102	87	82	110	101	106	1.377
HET aus/w	473	175	180	168	150	157	149	137	151	155	216	2.111
HET aus/u	31	4	15	8	8	6	6	3	0	0	0	81
HET/unbek.	3.623	77	71	67	61	57	64	56	49	60	71	4.256
	17,0 %	3,5 %	2,8 %	2,5 %	2,2 %	2,0 %	2,2 %	2,1 %	1,8 %	2,0 %	2,2 %	8,7 %
HET unbek/m	1.375	23	25	23	21	11	19	29	18	21	20	1.585
HET unbek/w	2.162	50	46	43	40	43	45	27	29	39	51	2.575
HET unbek/u	86	4	0	1	0	3	0	0	2	0	0	96
PPI	132	19	24	19	27	16	11	20	16	20	21	325
	0,6 %	0,9 %	1,0 %	0,7 %	1,0 %	0,6 %	0,4 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %
PPI/m	66	11	11	10	9	8	6	10	8	6	12	157
PPI/w	62	8	12	9	17	8	5	10	8	14	9	162
PPI/u	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6
k. A.	6.455	487	524	553	562	606	604	567	609	682	814	12.463
	30,3 %	21,9 %	21,0 %	20,9 %	20,3 %	21,4 %	21,0 %	20,9 %	22,5 %	22,9 %	24,9 %	25,5 %
k. A./m	4.954	385	430	461	472	520	516	482	533	581	688	10.022
k. A./w	1.068	85	80	82	81	77	81	78	72	99	124	1.927
k. A./u	433	17	14	10	9	9	7	7	4	2	2	514
Gesamt	21.286	2.224	2.493	2.644	2.774	2.831	2.870	2.715	2.703	2.976	3.263	48.779
	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

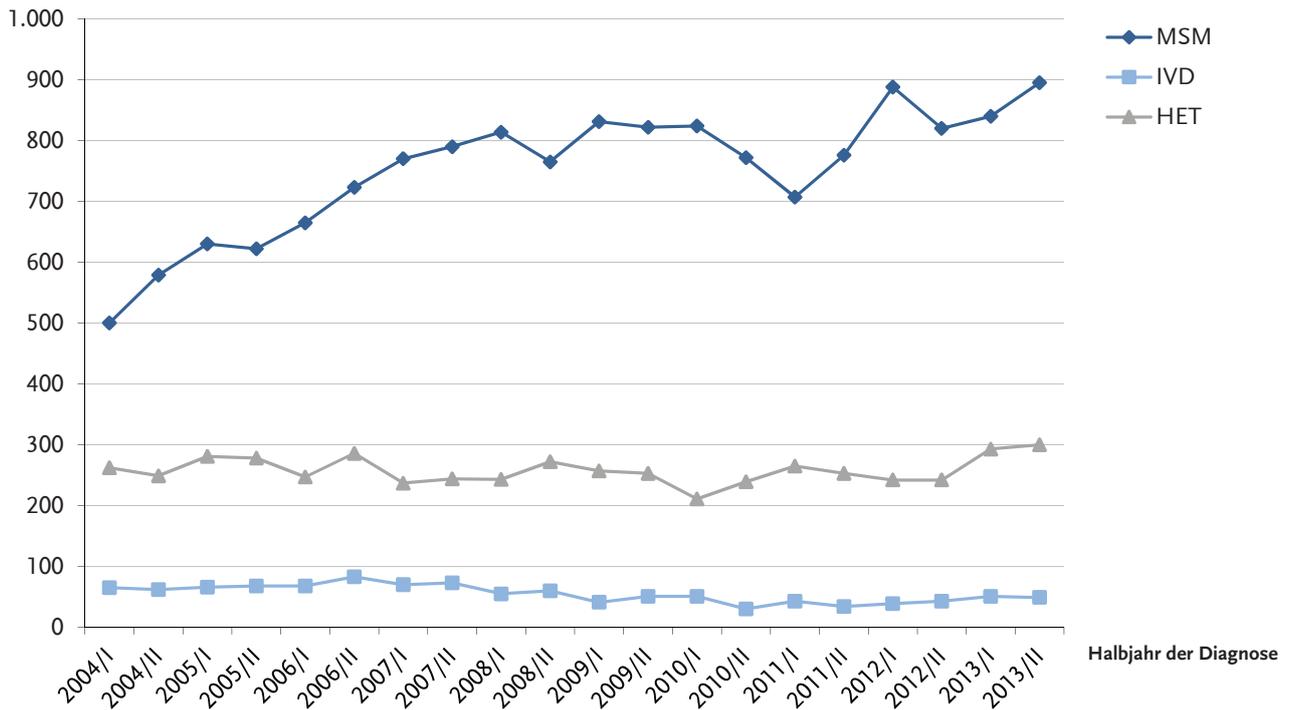


Abbildung 3: HIV in der Bundesrepublik Deutschland
 HIV-Erstdiagnosen³ nach Halbjahr der Diagnose⁴ und wahrscheinlichem Infektionsweg^{5,6,7}
 Stand: 1.3.2014

HIV-Erstdiagnosen

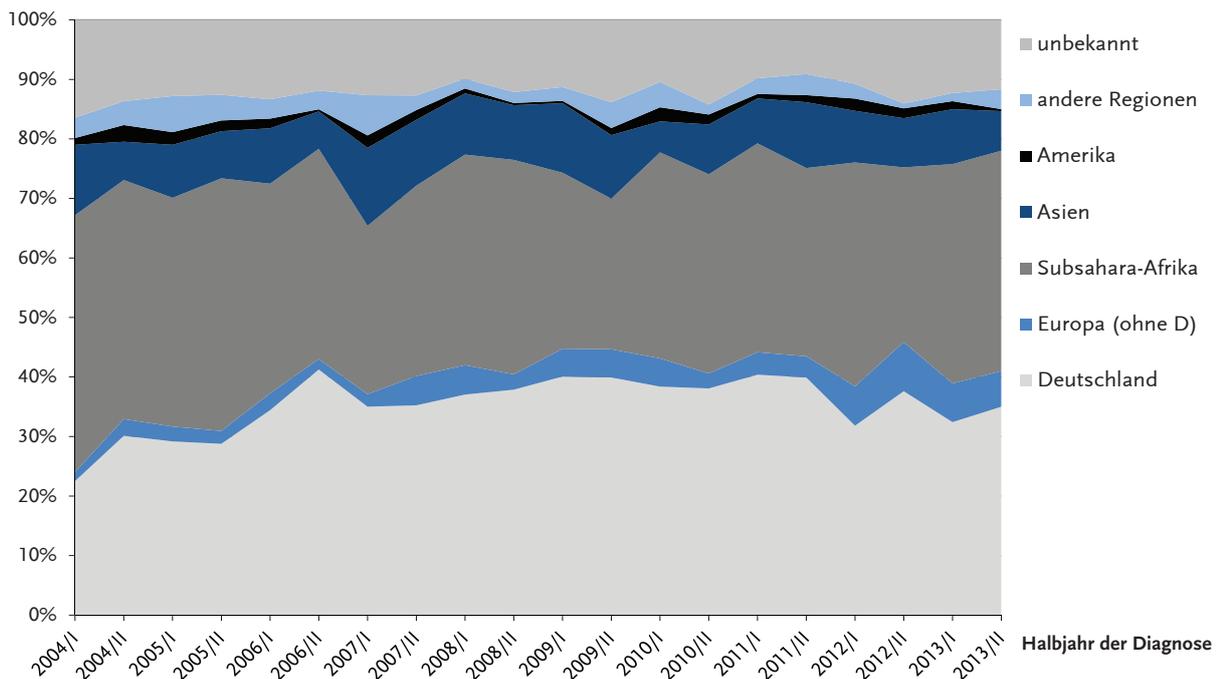


Abbildung 4: HIV in der Bundesrepublik Deutschland
 HIV-Erstdiagnosen³ der letzten 10 Jahre mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Infektionsort
 Stand: 1.3.2014

Tabelle 4 a: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

HIV-Erstdiagnosen der letzten 10 Jahre mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Herkunfts- und Infektionsort

		Ort der Infektion															
		Deutschland		Europa (ohne D)		Subsahara-Afrika		Asien		Amerika		andere Regionen		unbekannt		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ort der Herkunft	Deutschland	1.066	70,4	18	1,2	135	8,9	194	12,8	26	1,7	19	1,3	57	3,8	1.515	100
	Europa (ohne D)	106	53,3	60	30,2	5	2,5	3	1,5	3	1,5	2	1,0	20	10,1	199	100
	Subsahara-Afrika	331	14,4	19	0,8	1.604	69,7	1	0,0	1	0,0	17	0,7	328	14,3	2.301	100
	Asien	61	17,1	0	0,0	0	0,0	249	69,7	0	0,0	0	0,0	47	13,2	357	100
	Amerika	26	36,1	2	2,8	1	1,4	0	0,0	35	48,6	0	0,0	8	11,1	72	100
	andere Regionen	108	28,5	5	1,3	5	1,3	1	0,3	0	0,0	209	55,1	51	13,5	379	100
	unbekannt	115	34,7	1	0,3	53	16,0	23	6,9	5	1,5	12	3,6	122	36,9	331	100
Gesamt		1.813	35,2	105	2,0	1.803	35,0	471	9,1	70	1,4	259	5,0	633	12,3	5.154	100

Stand: 1.3.2014

Tabelle 4 b: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

HIV-Erstdiagnosen der letzten 12 Monate mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Herkunfts- und Infektionsort

		Ort der Infektion															
		Deutschland		Europa (ohne D)		Subsahara-Afrika		Asien		Amerika		andere Regionen		unbekannt		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ort der Herkunft	Deutschland	117	71,8	1	0,6	16	9,8	19	11,7	2	1,2	2	1,2	6	3,7	163	100
	Europa (ohne D)	18	48,6	12	32,4	1	2,7	1	2,7	1	2,7	1	2,7	3	8,1	37	100
	Subsahara-Afrika	34	11,8	5	1,7	201	70,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	46	16,0	287	100
	Asien	8	21,1	0	0,0	0	0,0	27	71,1	0	0,0	0	0,0	3	7,9	38	100
	Amerika	3	50,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	6	100
	andere Regionen	15	28,8	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	51,9	9	17,3	52	100
	unbekannt	5	50,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	40,0	10	100
Gesamt		200	33,7	20	3,4	219	36,9	47	7,9	5	0,8	31	5,2	71	12,0	593	100

Stand: 1.3.2014

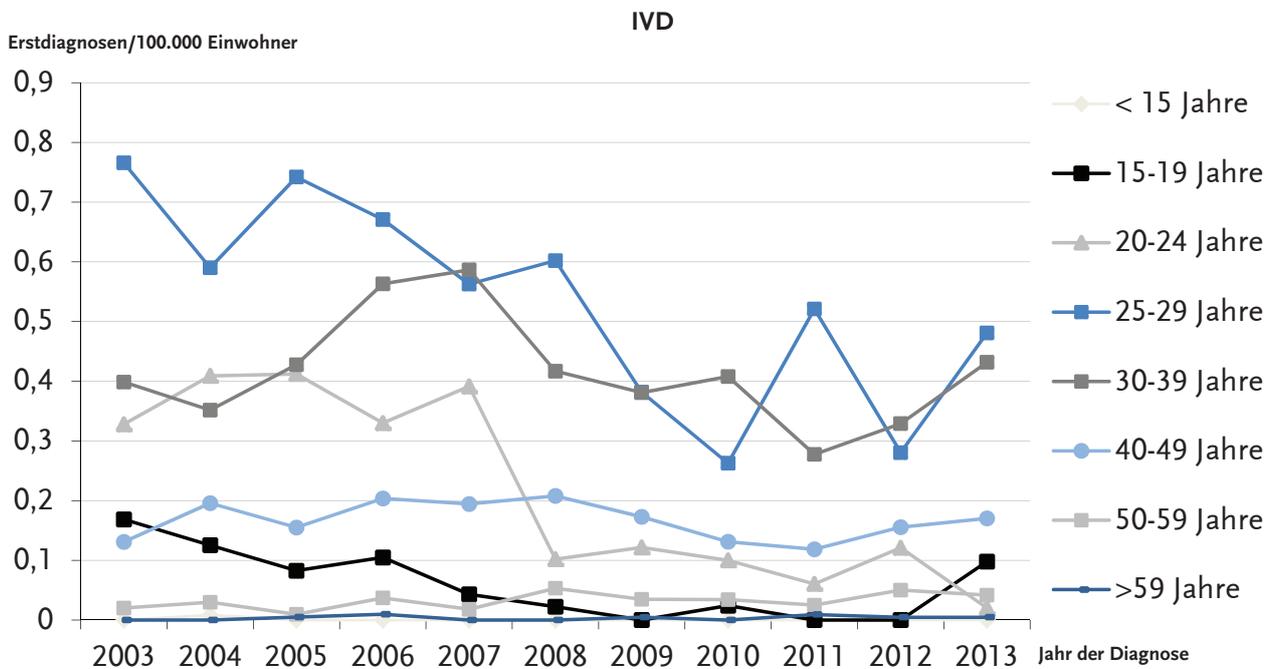
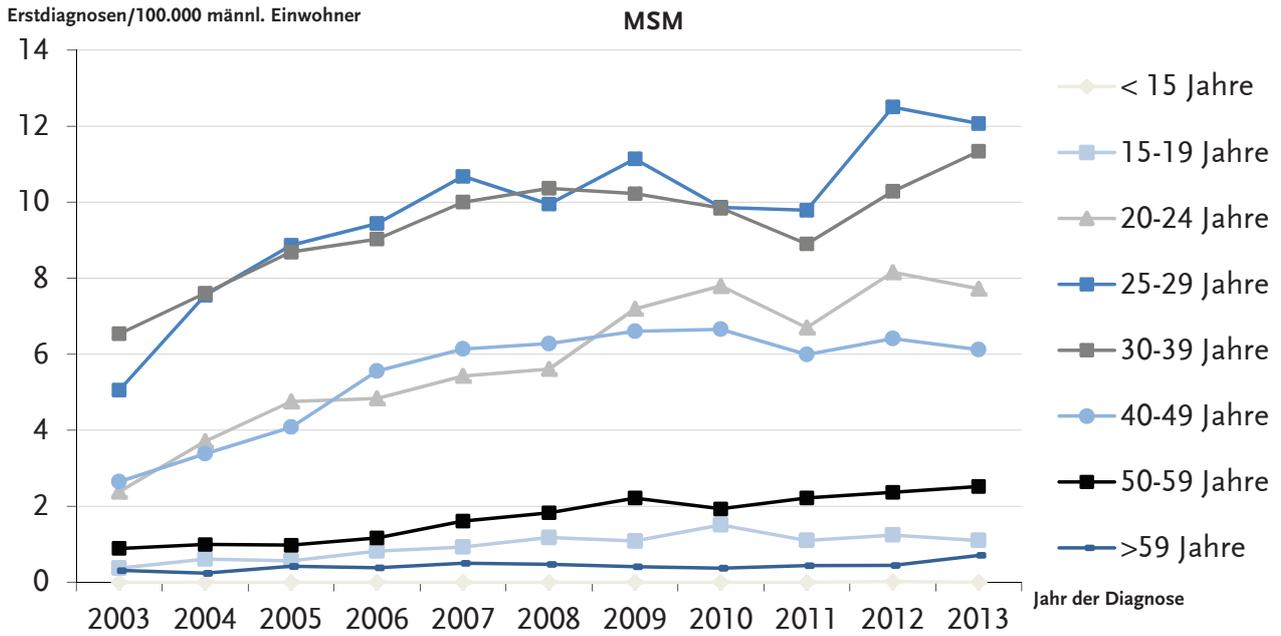


Abbildung 5 a: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen bei MSM und IVD nach Altersgruppen in den Jahren 2003 bis 2013 (Beachte unterschiedliche Größenskalen!)

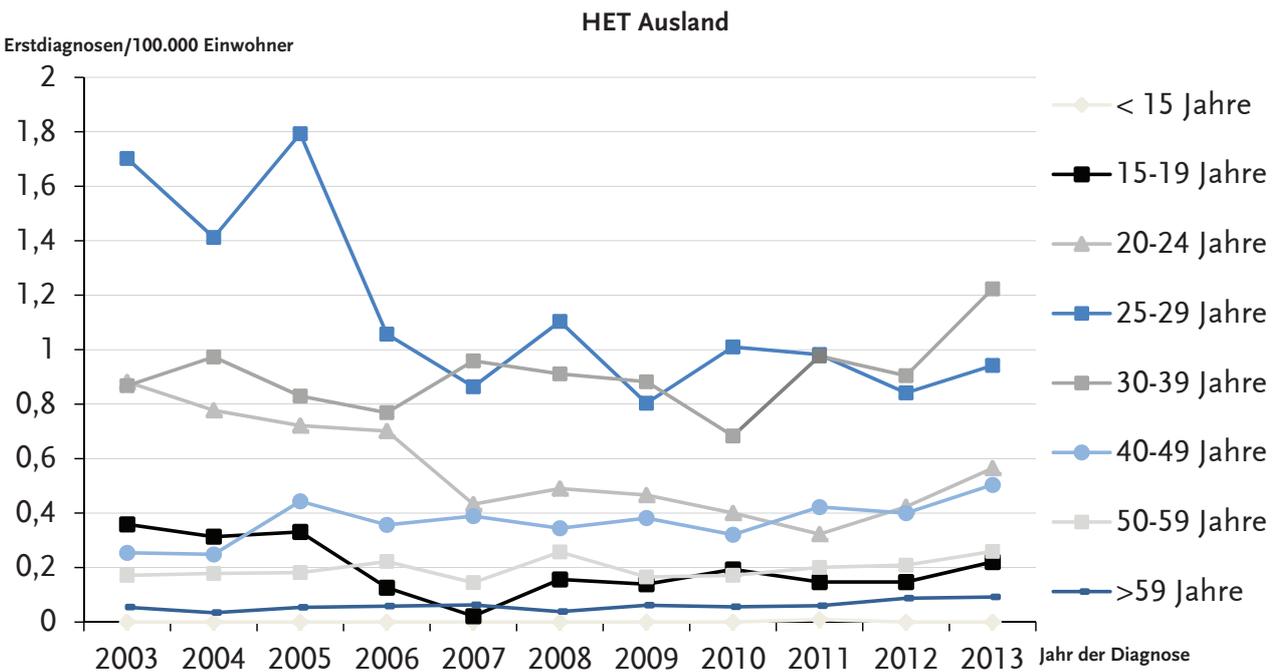
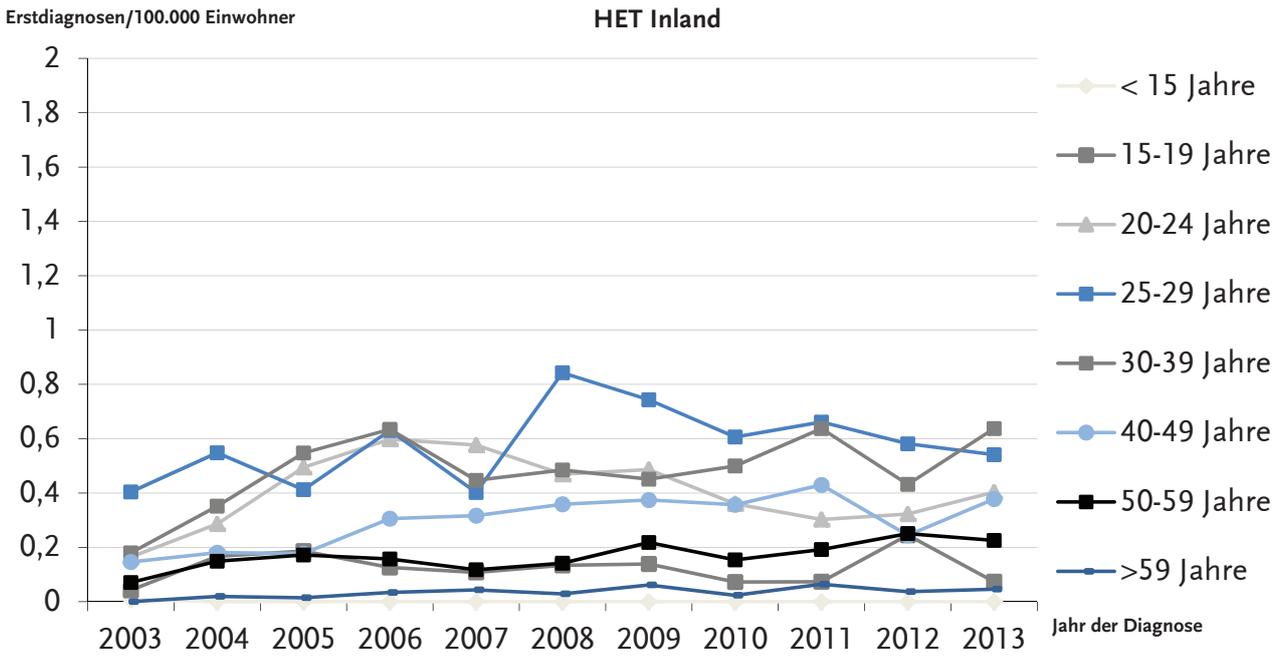


Abbildung 5 b: Inzidenz der HIV-Erst Diagnosen bei HET nach Infektionsregion und Altersgruppen in den Jahren 2003 bis 2013

Stand: 1.3.2014

Tabelle 5: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

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

Bundesländer/Großstädte	1.1.2013–31.12.2013									1.1.2004–
	Infektionsrisiko									31.12.2013
	MSM	IVD	HETin	HETaus	HETunb	PPI	k. A./andere	Gesamt	Inzidenz/100.000	Gesamt
Baden-Württemberg	145	9	26	35	8	1	94	318	3	2.842
Stuttgart	27	2	2	5	1	0	14	51	8	602
Mannheim	21	0	2	1	0	0	6	30	10	276
Karlsruhe	15	3	0	5	1	0	6	30	10	229
übriges Land	82	4	22	24	6	1	68	207	2	1.735
Bayern	217	13	21	76	14	3	109	453	4	3.768
München	107	2	11	36	5	1	29	191	14	1.531
Nürnberg	21	0	2	2	2	0	9	36	7	376
Augsburg	7	1	1	4	1	0	5	19	7	115
übriges Land	82	10	7	34	6	2	66	207	2	1.746
Berlin	359	5	35	30	7	1	81	518	15	4.149
Brandenburg	26	0	6	11	1	0	17	61	2	446
Bremen	24	4	5	3	2	0	11	49	7	363
Bremen (Stadt)	22	4	5	3	2	0	9	45	8	332
übriges Land	2	0	0	0	0	0	2	4	4	31
Hamburg	102	4	6	22	2	1	29	166	9	1.888
Hessen	143	7	15	32	8	4	65	274	4	2.290
Frankfurt a.M.	72	2	6	8	5	1	15	109	16	811
Wiesbaden	11	1	0	3	0	0	4	19	7	252
übriges Land	60	4	9	21	3	3	46	146	3	1.227
Mecklenburg-Vorpommern	24	0	4	2	4	0	15	49	3	311
Niedersachsen	91	9	8	18	6	2	70	204	3	1.643
Region Hannover	27	3	1	2	3	0	29	65	6	540
Braunschweig	4	0	1	4	1	1	7	18	7	94
übriges Land	60	6	6	12	2	1	34	121	2	1.009
Nordrhein-Westfalen	368	36	57	58	14	4	176	713	4	6.487
Köln	112	3	13	9	2	0	29	168	17	1.519
Düsseldorf	41	5	5	7	0	0	19	77	13	635
Essen	20	3	4	1	0	0	6	34	6	357
Dortmund	23	4	1	6	0	0	6	40	7	363
Duisburg	6	1	1	5	1	0	10	24	5	154
Bochum	8	2	1	5	1	0	3	20	5	196
Wuppertal	4	0	0	0	2	0	4	10	3	126
Bielefeld	7	1	1	1	0	0	4	14	4	137
Gelsenkirchen	1	0	0	1	3	0	5	10	4	62
Bonn	8	1	1	2	1	0	3	16	5	154
Mönchengladbach	5	1	1	1	1	0	2	11	4	88
Münster	14	1	4	1	0	0	5	25	9	154
Städteregion Aachen	4	1	1	2	0	0	8	16	3	156
übriges Land	115	13	24	17	3	4	72	248	2	2.386
Rheinland-Pfalz	46	4	5	8	1	0	37	101	3	829
Saarland	22	1	0	2	1	0	9	35	3	270
Sachsen	83	2	6	6	0	1	40	138	3	900
Leipzig	23	1	2	2	0	0	7	35	7	304
Dresden	25	0	2	0	0	0	7	34	6	223
Chemnitz	12	1	1	3	0	0	12	29	12	100
übriges Land	23	0	1	1	0	1	14	40	1	273
Sachsen-Anhalt	32	1	4	5	3	1	21	67	3	423
Schleswig-Holstein	33	3	2	10	0	2	28	78	3	654
Thüringen	20	2	0	4	0	1	12	39	2	230
Gesamt	1.735	100	200	322	71	21	814	3.263	4	27.493

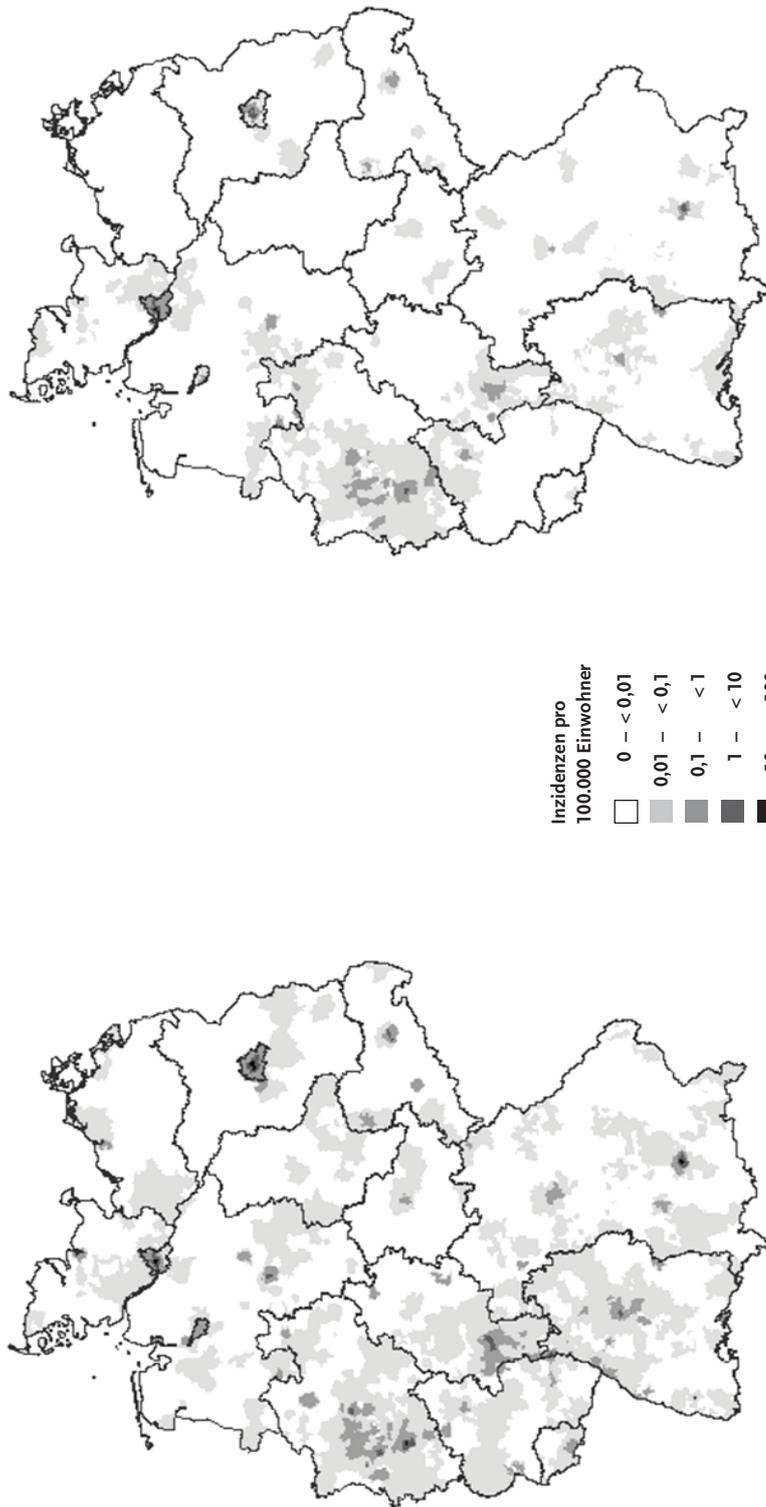


Abbildung 6a: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

Inzidenz der im Zeitraum vom 1. 1. 2013 bis 31. 12. 2013 diagnostizierten HIV-Erstmeldungen^{1,3} pro 100.000 Einwohner (n = 3.263) (bezogen auf die Einwohnerzahl der 3-stelligen Postleitzbereiche, geglättet)

Stand: 1. 3. 2014

Abbildung 6b: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Inzidenz der im Zeitraum vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2013 diagnostizierten AIDS-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (n = 1.162) (bezogen auf die Einwohnerzahl der 3-stelligen Postleitzbereiche, geglättet)

Stand: 1. 3. 2014

AIDS-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 6: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Berichtete AIDS-Fälle⁹ nach Geschlecht sowie berichtete Todesfälle nach Bundesländern bzw. ausgewählten Großräumen⁸ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Bundesländer/ Großräume	Einw. (Mio.)	1.1.2011 – 31.12.2013				Gesamt (seit 1982)				
		Gesamt	männl.	weibl.	Berichte/ 100.000 Einw.	Gesamt	männl.	weibl.	Berichte/ 100.000 Einw.	verstorben berichtet
Baden-Württemberg	10,79	94	74	20	0,87	1.958	1.551	407	18,15	936
Bayern (ohne M)	11,22	59	43	16	0,53	1.494	1.221	273	13,32	737
München (M)	1,38	37	34	3	2,68	1.989	1.821	168	144,32	1.191
Berlin	3,50	84	68	16	2,40	6.346	5.599	747	181,22	3.426
Brandenburg	2,50	20	19	1	0,80	226	183	43	9,06	41
Bremen	0,66	7	7	0	1,06	335	274	61	50,66	127
Hamburg	1,80	133	114	19	7,39	2.735	2.451	284	152,04	1.305
Hessen (ohne F)	5,40	53	45	8	0,98	1.575	1.302	273	29,16	807
Frankfurt/Main (F)	0,69	29	27	2	4,19	1.805	1.549	256	261,02	1.005
Mecklenbg.-Vorp.	1,63	7	6	1	0,43	110	98	12	6,73	28
Niedersachsen	7,91	95	73	22	1,20	1.600	1.348	252	20,22	775
NRW (ohne K/D)	16,23	312	249	63	1,92	4.918	4.033	885	30,30	1.889
Köln (K)	1,02	74	56	18	7,28	1.536	1.373	163	151,01	818
Düsseldorf (D)	0,59	24	18	6	4,05	966	857	109	163,07	421
Rheinland-Pfalz	4,00	37	31	6	0,93	813	660	153	20,33	404
Saarland	1,01	3	2	1	0,30	257	221	36	25,36	156
Sachsen	4,14	36	33	3	0,87	163	139	24	3,94	44
Sachsen-Anhalt	2,31	6	5	1	0,26	78	61	17	3,37	24
Schleswig-Holstein	2,84	45	36	9	1,59	860	759	101	30,31	389
Thüringen	2,22	7	6	1	0,32	36	29	7	1,62	13
Gesamt	81,84	1.162	946	216	1,42	29.800	25.529	4.271	36,41	14.536
		100,0%	81,4%	18,6%		100,0%	85,7%	14,3%		48,8%

Stand: 1.3.2014

Tabelle 7: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der berichteten AIDS-Fälle⁹ nach Bundesländern bzw. ausgewählten Großräumen⁸ und Jahr der Diagnose

Bundesländer/ Großräume	Jahr der Diagnose											Gesamt
	< 2004	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Baden-Württemberg	1.708	32	29	21	19	9	17	29	41	37	16	1.958
Bayern (ohne M)	1.267	30	21	22	21	25	25	24	28	20	11	1.494
München (M)	1.815	26	22	16	18	26	13	16	23	7	7	1.989
Berlin	5.176	196	181	185	175	124	161	64	34	33	17	6.346
Brandenburg	107	13	5	21	25	9	15	11	9	8	3	226
Bremen	294	4	5	13	8	2	1	1	2	2	3	335
Hamburg	2.188	73	54	60	57	42	68	60	59	55	19	2.735
Hessen (ohne F)	1.322	34	30	25	27	31	24	29	24	16	13	1.575
Frankfurt/Main (F)	1.528	56	47	46	32	22	23	22	18	8	3	1.805
Mecklenbg.-Vorp.	60	7	10	5	4	4	7	6	4	2	1	110
Niedersachsen	1.213	42	40	34	40	41	40	55	36	34	25	1.600
NRW (ohne K/D)	3.667	137	153	153	133	153	118	92	109	127	76	4.918
Köln (K)	1.235	31	45	30	30	28	35	28	25	32	17	1.536
Düsseldorf (D)	834	17	18	17	11	12	19	14	8	13	3	966
Rheinland-Pfalz	688	6	19	22	14	10	14	3	17	11	9	813
Saarland	250	1	0	0	0	1	1	1	2	1	0	257
Sachsen	83	3	12	7	10	4	4	4	14	12	10	163
Sachsen-Anhalt	46	9	5	8	2	1	1	0	1	4	1	78
Schleswig-Holstein	639	28	27	28	19	30	26	18	17	23	5	860
Thüringen	22	0	1	2	0	1	2	1	2	3	2	36
Gesamt	24.142	745	724	715	645	575	614	478	473	448	241	29.800

Stand: 1.3.2014

Tabelle 8: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

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

Bundesländer/ Großstädte	1.1.2011 – 31.12.2013							Seit Erfassungsbeginn		
	Infektionsrisiko						Gesamt	Inzidenz/ 100.000	Gesamt	davon verstorben berichtet
	MSM	IVD	Blut	HET	PPI	k. A./ andere				
Baden-Württemberg	38	6	0	40	0	10	94	0,87	1.958	936
Stuttgart	6	0	0	3	0	1	10	1,63	397	182
Mannheim	2	0	0	0	0	1	3	0,95	137	75
Karlsruhe	1	1	0	3	0	0	5	1,68	198	113
übriges Land	29	5	0	34	0	8	76	0,79	1.226	566
Bayern	45	2	0	30	0	19	96	0,76	3.483	1.928
München	25	2	0	6	0	4	37	2,68	1.989	1.191
Nürnberg	2	0	0	0	0	0	2	0,39	201	130
Augsburg	0	0	0	0	0	0	0	0,00	93	50
übriges Land	18	0	0	24	0	15	57	0,55	1.200	557
Berlin	39	1	0	23	0	21	84	2,40	6.346	3.426
Brandenburg	6	0	0	11	0	3	20	0,80	226	41
Bremen	4	0	0	1	1	1	7	1,06	335	127
Bremen (Stadt)	4	0	0	1	1	1	7	1,28	325	124
übriges Land	0	0	0	0	0	0	0	0,00	10	3
Hamburg	57	14	0	36	0	26	133	7,39	2.735	1.305
Hessen	38	8	0	12	0	24	82	1,35	3.380	1.812
Frankfurt a.M.	17	4	0	2	0	6	29	4,19	1.805	1.005
Wiesbaden	3	0	0	1	0	0	4	1,43	215	142
übriges Land	18	4	0	9	0	18	49	0,96	1.360	665
Mecklenburg-Vorpommern	2	1	0	2	0	2	7	0,43	110	28
Niedersachsen	31	13	0	30	0	21	95	1,20	1.600	775
Hannover	5	5	0	9	0	6	25	2,20	496	270
Braunschweig	2	0	0	0	0	1	3	1,20	83	33
übriges Land	24	8	0	21	0	14	67	1,03	1.021	472
Nordrhein-Westfalen	178	36	0	124	4	68	410	2,30	7.420	3.128
Köln	42	1	0	21	1	9	74	7,28	1.536	818
Düsseldorf	11	1	0	4	0	8	24	4,05	966	421
Essen	12	1	0	11	0	2	26	4,53	431	175
Dortmund	7	15	0	9	0	10	41	7,06	426	170
Duisburg	5	1	0	1	0	1	8	1,64	264	117
Bochum	4	0	0	1	0	1	6	1,60	111	23
Wuppertal	2	0	0	1	0	1	4	1,14	200	78
Bielefeld	5	2	0	4	0	0	11	3,40	127	62
Gelsenkirchen	3	1	0	1	0	1	6	2,34	95	25
Bonn	5	1	0	4	1	1	12	3,66	243	89
Mönchengladbach	0	0	0	3	0	3	6	2,33	113	44
Münster	4	0	0	0	0	2	6	2,06	111	63
Städteregion Aachen	2	0	0	5	1	1	9	1,59	251	112
übriges Land	76	13	0	59	1	28	177	1,49	2.546	931
Rheinland-Pfalz	22	2	0	8	0	5	37	0,93	813	404
Saarland	2	0	0	1	0	0	3	0,30	257	156
Sachsen	20	2	0	3	0	11	36	0,87	163	44
Leipzig	3	0	0	1	0	1	5	0,94	24	5
Dresden	6	1	0	1	0	5	13	2,45	53	15
Chemnitz	1	0	0	1	0	0	2	0,82	11	3
übriges Land	10	1	0	0	0	5	16	0,56	75	21
Sachsen-Anhalt	3	0	0	1	0	2	6	0,26	78	24
Schleswig-Holstein	17	3	0	10	0	15	45	1,59	860	389
Thüringen	3	0	0	3	0	1	7	0,32	36	13
Gesamt	505	88	0	335	5	229	1.162	1,42	29.800	14.536

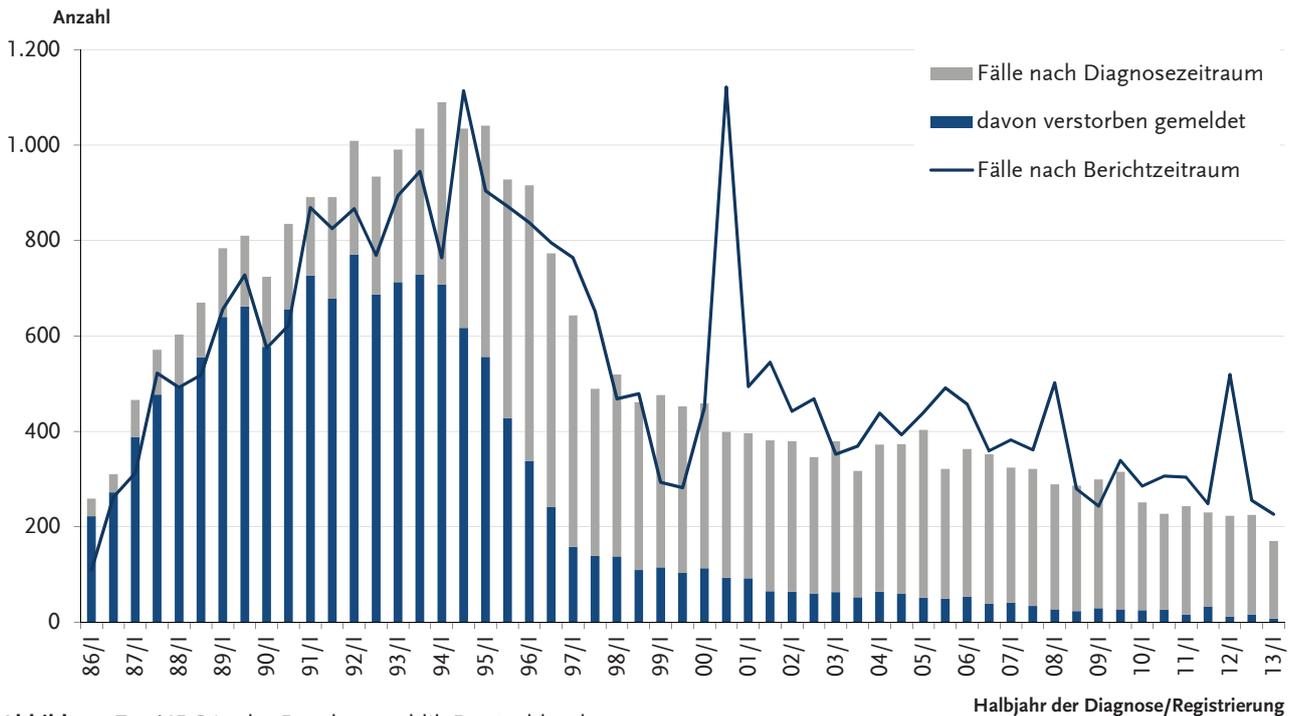


Abbildung 7: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der berichteten AIDS-Fälle⁹ nach Halbjahr der Diagnose/Registrierung mit Anteil der als verstorben berichteten Fälle (II. Halbjahr 2013 wegen Meldeverzugs nicht dargestellt)

Stand: 1.3.2014

Tabelle 9: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Berichtete AIDS-Fälle⁹ bei Männern und Frauen (> 12 Jahre) nach wahrscheinlichem Infektionsrisiko^{5,10} sowie Geschlecht und Diagnosezeitraum

Infektionsrisiko	1.1.2011–31.12.2013			Gesamt		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
MSM	505 53,4 %	0 0,0 %	505 43,5 %	17.580 68,9 %	0 0,0 %	17.580 59,0 %
IVD	68 7,2 %	20 9,3 %	88 7,6 %	2.801 11,0 %	1.444 38,8 %	4.245 14,2 %
Blut	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	748 2,9 %	149 3,5 %	897 3,0 %
HET	177 18,7 %	158 73,1 %	335 28,8 %	1.872 7,3 %	1.975 46,2 %	3.847 12,9 %
PPI	1 0,1 %	4 1,9 %	5 0,4 %	55 0,2 %	60 1,4 %	115 0,4 %
k. A.	195 20,6 %	34 15,7 %	229 19,7 %	2.473 9,7 %	643 15,1 %	3.116 10,5 %
Gesamt	946 100,0 %	216 100,0 %	1.162 100,0 %	25.529 100,0 %	4.271 100,0 %	29.800 100,0 %

Stand: 1.3.2014

Technische Anmerkungen zum Jahresbericht 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 109 Infektionen, bei denen eine Doppelinfektion mit HIV-1 und HIV-2 auf Grundlage von Bandenmustern vermutet wird. Bei weiteren 82 HIV-Meldungen, bei denen sowohl der Nachweis von Antikörpern gegen HIV-1 als auch gegen HIV-2 angegeben war, ist ungeklärt, ob es sich um Kreuzreaktionen oder tatsächlich um Doppelinfektionen handelt. Eine isolierte HIV-2-Infektion wird in 53 Fällen durch Bandenmuster nahegelegt, bei weiteren 42 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 RKI 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 (1.1.2001) des 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 „MSM“ subsummiert. In der Kategorie „Blut“ werden Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten sowie Empfänger von Transplantaten – einschließlich Patienten, die die Transfusion im Ausland erhalten haben – zusammengefasst. 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. Ein dritter Fall, bei dem eine Stichverletzung in Berufsausübung nachweislich zur HIV-Infektion geführt hat, wurde inzwischen von der Berufsgenossenschaft als Berufskrankheit anerkannt. Alle drei Fälle wurden unter der Kategorie „Keine Angaben/Sonstige“ subsummiert.
- Für Kinder von HIV-infizierten Müttern unter 18 Monaten werden seit dem Halbjahresbericht I/2003 nur noch die gesicherten Infektionen ausgewiesen.
- Die Einwohnerzahlen der Bundesländer und ausgewählter Städte entsprechen der von den Statistischen Landesämtern bekanntgegebenen Jahresendbevölkerung von 2011.
- 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 Jahresende 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 AIDS [2] 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“ subsummiert.

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
Blut	Hämophile/Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophilen)
HET	Heterosexuelle Kontakte
PPI	Prä- oder perinatale Infektion
k. A.	keine Angaben/Sonstige
m	männlich
w	weiblich
u	Geschlecht unbekannt

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland

Bericht für das Jahr 2013 aus dem Robert Koch-Institut, Stand vom 1.3.2014

Anmerkungen zur Bewertung der Situation in Deutschland	213
▶ Entwicklung der HIV-Melddaten	213
▶ Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen	217
Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland	219
Tab. 1: HIV-Bestätigungstests nach Jahr der Diagnose und Meldestatus..	219
Abb. 1: HIV-Erstdiagnosen der letzten 10 Jahre nach Halbjahr der Diagnose und Infektionsrisiko	219
Tab. 2: HIV-Erstdiagnosen nach Jahr der Diagnose und Geschlecht.....	220
Abb. 2: HIV-Erstdiagnosen nach Infektionsweg und Infektionsregion	220
Tab. 3: HIV-Erstdiagnosen nach Jahr der Diagnose und Infektionsrisiko	221
Abb. 3: HIV-Erstdiagnosen der letzten 10 Jahre nach Halbjahr der Diagnose und wahrscheinlichem Infektionsweg	222
Abb. 4: HIV-Erstdiagnosen der letzten 10 Jahre mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Infektionsregion.....	222
Tab. 4 a: HIV-Erstdiagnosen der letzten 10 Jahre mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Herkunfts- und Infektionsort	223
Tab. 4 b: HIV-Erstdiagnosen der letzten 12 Monate mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Herkunfts- und Infektionsort	223
Abb. 5 a: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen bei MSM und IVD nach Altersgruppen 2003 bis 2013	224
Abb. 5 b: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen bei HET nach Infektionsregion und Altersgruppen 2003 bis 2013.....	225
Tab. 5: HIV-Erstdiagnosen der letzten 12 Monate nach Infektionsrisiko, Bundesländern und Großstädten	226
Abb. 6 a: Inzidenz der vom 1.1.2013 bis 31.12.2013 diagnostizierten HIV-Erstmeldungen nach Postleitzahlenbereichen	227
AIDS-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland	228
Abb. 6 b: Inzidenz der vom 1.1.2011 bis 31.12.2013 diagnostizierten und berichteten AIDS-Erkrankungen nach Postleitzahlenbereichen.....	227
Tab. 6: Berichtete AIDS-Fälle nach Bundesländern/Großstädten und Geschlecht sowie berichtete Todesfälle.....	228
Tab. 7: Berichtete AIDS-Fälle nach Bundesländern/Großstädten und Jahr der Diagnose.....	228
Tab. 8: Berichtete AIDS-Fälle nach Bundesländern/Großstädten und Infektionsrisiko	229
Abb. 7: AIDS-Fälle nach Halbjahr der Diagnose/Registrierung mit Anteil der als verstorben berichteten Fälle.....	230
Tab. 9: Verteilung der AIDS-Fälle nach Infektionsrisiko/Geschlecht	230
Technische Anmerkungen zum Jahresbericht HIV/AIDS	231

Dieser Bericht enthält Daten und Informationen, die im Fachgebiet HIV/AIDS u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen (FG 34) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts gesammelt und ausgewertet wurden. Grundlage sind die bis zum 1.3.2014 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 **Einzellexemplare** beim Robert Koch-Institut (RKI, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet 34, Seestraße 10, 13353 Berlin; Tel.: 030. 18 754–34 02, Fax: 030. 18 754–35 33) angefordert werden. Der Bericht wird auch im Internet (<http://www.rki.de>) angeboten.

Ansprechpartner sind Dr. Viviane Bremer und Dr. Ulrich Marcus (inhaltliche Fragen zum Bericht; Tel.: 030. 18 754–34 87 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. 18 754–0
Fax: 030. 18 754–23 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. 18 754–23 24
E-Mail: Seedatj@rki.de
▶ Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de
▶ Redaktionsassistent: Francesca Smolinski,
Sylvia Fehrmann, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030. 18 754–24 55, Fax: –24 59
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030. 330 998 23, Fax: 030. 330 998 25
E-Mail: EpiBull@emd-germany.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 € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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)
PVKZ A-14273