

HIV-Jahresbericht 2017/2018

Gemäß § 7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der direkte oder indirekte Nachweis einer HIV-Infektion nichtnamentlich unmittelbar an das Robert Koch-Institut (RKI) zu melden.

Fallkriterien der HIV-Meldungen

Alle HIV-Meldungen sind labordiagnostisch gesicherte Nachweise von HIV-Infektionen. Als HIV-Neudiagnosen werden die Meldungen gezählt, bei denen es sich entweder nach Kenntnis des Labors oder des diagnostizierenden Arztes um eine Erstdiagnose handelt oder aber ein negativer HIV-Antikörper-Test nach dem Jahr 2001 angegeben wurde und bei denen bei einem Abgleich mit allen an das RKI gemeldeten Fällen keine frühere Meldung identifizierbar ist. Des Weiteren muss der Meldebogen des Labors, welches den Bestätigungstest durchgeführt hat, zwingend vorliegen und der ständige Wohnsitz des Gemeldeten darf sich nicht im Ausland befinden. Um Mehrfachmeldungen auszuschließen, werden die eingehenden Meldungen anhand eines seit 2018 automatisierten Algorithmus auf Doppelmeldungen geprüft. Bei diesem neuen Verfahren werden die Datensätze automatisch anhand festgelegter Kriterien miteinander verglichen. Durch die retrospektive Anwendung des neuen Verfahrens ändern sich in einzelnen Kategorien und Jahren die Angaben zur Anzahl von bestätigten HIV-Diagnosen im Vergleich zu früheren Veröffentlichungen zu den HIV-Melddaten.

Aktuelle HIV-Melddaten

Die hier berichteten HIV-Melddaten unterscheiden sich von den in der voranstehenden Schätzung berichteten Neuinfektions- und Diagnosezahlen. Unterschiede bei den berichteten Diagnosezahlen beruhen darauf, dass Diagnosen, bei denen unklar ist, ob es sich um Erstdiagnosen oder be-

reits früher berichtete Diagnosen handelt, bei den Melddaten nicht berücksichtigt sind, bei der Schätzung aber zu einem bestimmten Anteil miteinfließen. Außerdem wird in der Schätzung für Meldungen ohne Angabe zu Übertragungsrisiken oder anderen Angaben die wahrscheinliche Verteilung dieser Angaben im Rahmen einer multiplen Imputation simuliert.

Allgemeine Entwicklung der HIV-Melddaten 2017 und 2018

Dem RKI wurden bis zum 1. März 2019 für das Jahr 2018 insgesamt 2.818 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet. Im Vergleich dazu wurden dem RKI 3.144 gesicherte HIV-Neudiagnosen für das Jahr 2017 gemeldet. Dies entspricht einer Abnahme um 6,8% von 2016 auf 2017 und 10,4% von 2017 auf 2018 (s. Tab. 1, S. 498).

Unter den 2.818 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2018 lag die absolute Zahl von Männern bei 2.192, ein Rückgang um 12% gegenüber dem Vorjahr. Bei den Frauen fiel die Zahl der HIV-Neudiagnosen zwischen 2017 und 2018 um 4% auf 618. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen ohne Angaben zum Geschlecht lag jeweils bei fünf und acht im Jahr 2017 bzw. 2018 (s. Tab. 2, S. 498).

Im Jahr 2018 wurden die meisten HIV-Neudiagnosen aus Nordrhein-Westfalen gemeldet, gefolgt von Bayern (s. Tab. 3, S. 499). Im Jahr 2017 wurden in absoluten Zahlen die meisten HIV-Neudiagnosen ebenfalls aus Nordrhein-Westfalen und Bayern gemeldet. In fast allen Bundesländern konnten im Vergleich zum Jahr 2015, in dem bundesweit die meisten HIV-Diagnosen gemeldet wurden (s. Abb. 1), zum großen Teil deutliche Rückgänge der gemeldeten HIV-Diagnosen verzeichnet werden.

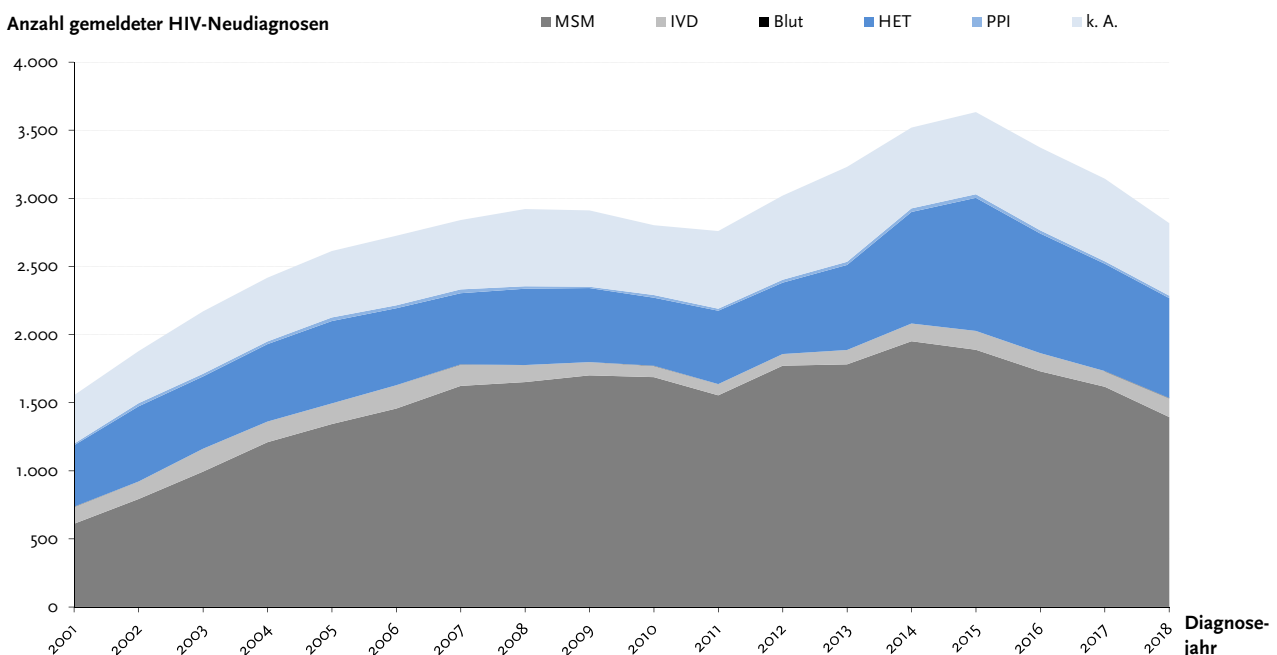


Abb. 1: HIV-Neudiagnosen nach Jahr der Diagnose und Transmissionsrisiko (2001–2018) (ohne unklare Meldungen)

Für Darstellungen des geschlechtsspezifischen Vergleichs, der Altersverteilung und der regionalen Verteilung der HIV-Neudiagnosen innerhalb Deutschlands verweisen wir auf das Kapitel zur HIV-Infektion im [Infektionsepidemiologischen Jahrbuch 2018](#) (S. 126–132).

Entwicklung der HIV-Neudiagnosen nach Transmissionswegen

Von den 2.818 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2018 entfielen 1.394 Neudiagnosen auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), ein Rückgang von 223 Neudiagnosen im Vergleich zum Vorjahr (s. Tab. 4, S. 500).

Bei 733 Neudiagnosen wurde 2018 als Übertragungsweg ein heterosexuelles Transmissionsrisiko (HET) angegeben. Von diesen entfielen 68% auf Frauen und 32% auf Männer, bei zwei Neudiagnosen mit Risiko HET konnte das Geschlecht nicht ermittelt werden.

Bei Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen (IVD) stiegen die absoluten Zahlen an HIV-Neudiagnosen von 115 im Jahr 2017 auf 140 im Jahr 2018 (+ 22%). Die Zahl der Mutter-Kind-Übertragungen (PPI) belief sich auf 18 Meldungen im Jahr 2017 und 19 Meldungen im Jahr 2018. Im Jahr 2018 wurde dem RKI keine HIV-Neudiagnose mit einem bestätigten beruflichen Risiko gemeldet.

Für 19% der HIV-Neudiagnosen in den Jahren 2017 und 2018 lagen keine ausreichenden Angaben zum Übertragungsweg vor.

Regionale Entwicklung der HIV-Neudiagnosen

In der überwiegenden Zahl der Bundesländer sind die Zahlen der Neudiagnosen bei MSM gesunken, die in absoluten Zahlen stärksten Rückgänge zwischen 2017 und 2018 waren in Bayern und in Nordrhein-Westfalen zu verzeichnen (s. Tab. 3, S. 499).

Die höchste Anzahl der Neudiagnosen bei MSM wurde bundesweit im Jahr 2014 gemeldet (s. Abb. 1, S. 493). Im Vergleich zu 2014 ging die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM in der

Mehrzahl der Bundesländer zurück. In Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Thüringen entsprach die Anzahl der Meldungen 2018 etwa der im Jahr 2014. Die prozentualen Rückgänge gegenüber dem Jahr 2014 reichten in den übrigen Bundesländern von 13% in Niedersachsen bis 68% in Sachsen-Anhalt, im Mittel ging die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM um 28,5% zurück.

In allen Großstädten sank in den letzten Jahren die Inzidenz von HIV-Neudiagnosen bei MSM – je größer die Stadt desto ausgeprägter der Rückgang. Außerhalb der Großstädte lässt sich dagegen kein Rückgang beobachten (s. Abb. 2). Während in den Metropolen die Zahl der HIV-Neudiagnosen in allen Infektionsstadien sinkt, bleibt die Zahl der späten und sehr späten HIV-Diagnosen außerhalb der Großstädte und in kleineren Großstädten weitgehend unverändert (Daten nicht gezeigt).

Die Anzahl der HIV-Diagnosen bei MSM, die außerhalb von Großstädten leben (< 100.000 Einw.) lag bis 2010 immer niedriger als die HIV-Neudiagnosen in den Metropolen (> 1 Million Einw.), danach überstieg sie in den letzten Jahren die Zahl derer in den Metropolen (s. Abb. 2).

Die HIV-Neudiagnosen bei HET sind im Jahr 2018 im Vergleich zu 2017 um 54 Neudiagnosen gesunken. Regional gesehen fand sich der stärkste Rückgang in Bayern, gefolgt von Baden-Württemberg. In Berlin gab es einen Zuwachs von 14 HIV-Neudiagnosen mit Risiko HET (s. Tab. 3, S. 499).

Gegenüber den Spitzenwerten im Jahr 2015 ging die Zahl der HIV-Neudiagnosen bis 2018 im Mittel um 24% zurück.

Die absolute Zahl der HIV-Neudiagnosen bei IVD ist im Gegensatz zum Vorjahr um 25 auf 140 gestiegen. Der Anstieg ist hauptsächlich in Nordrhein-Westfalen von 36 im Jahr 2017 auf 55 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2018 (+ 19) zu verzeichnen (s. Tab. 3, S. 499). Der Anstieg in Nordrhein-Westfalen ist zu einem wesentlichen Anteil auf ein größeres Infektionscluster in Köln zurückzuführen (s. Abb. 3, S. 495).

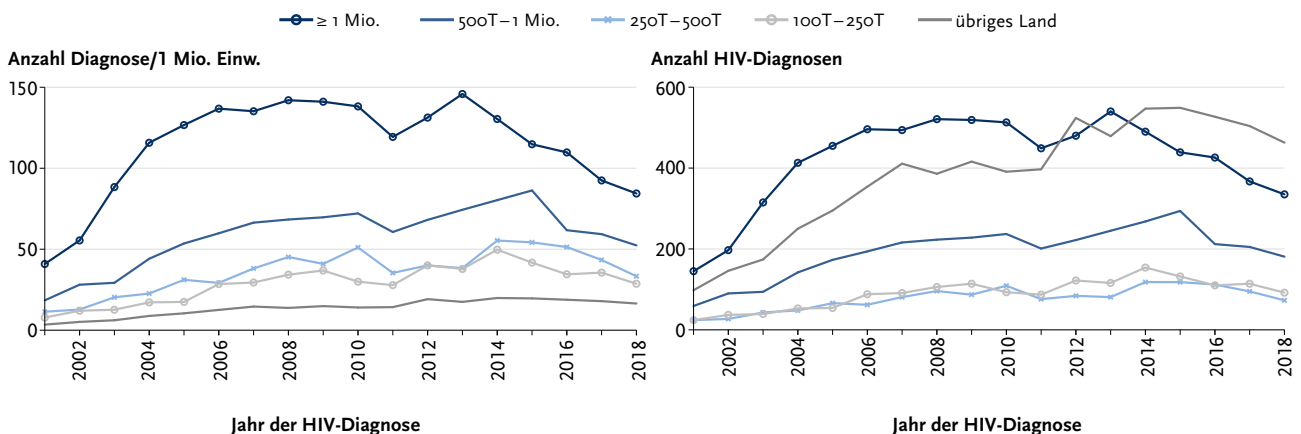


Abb. 2: HIV-Neudiagnose-Inzidenz (links) und Anzahl von HIV-Neudiagnosen bei MSM (rechts) nach Ortsgrößenklasse, 2001–2018 (beschränkt auf Meldungen, bei denen der Postleitzahlbereich des Patientenwohnorts vorliegt)

Anzahl HIV-Neudiagnosen bei Drogengebrauchern

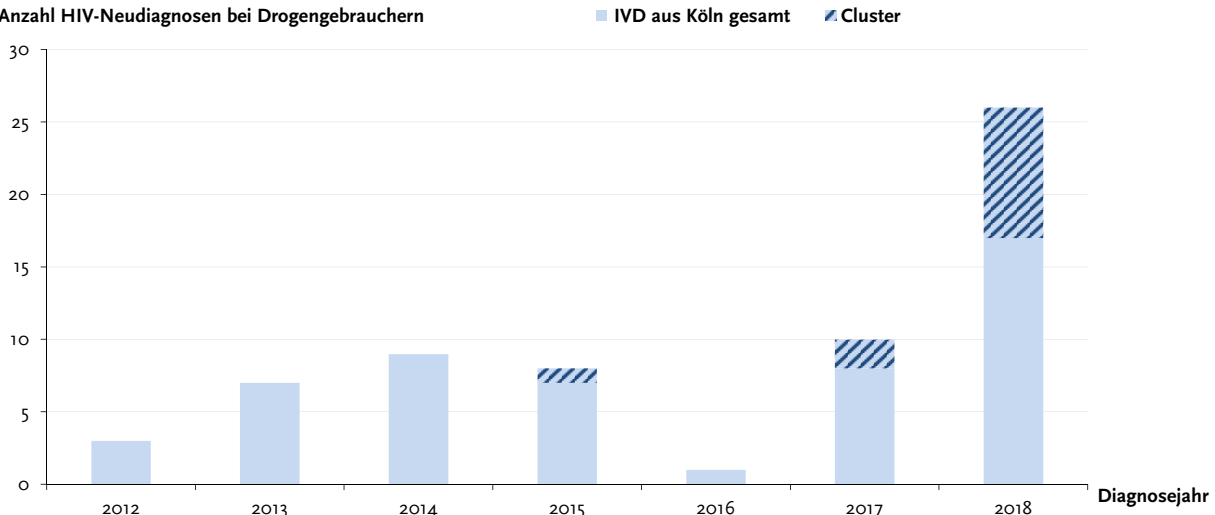


Abb. 3: HIV-Neudiagnosen mit Risiko IVD 2012–2018 in Köln und Umgebung (absolute Zahlen)

Übersicht zu Herkunfts- und Infektionsregionen und Betrachtung nach Geschlecht sowie nach Transmissionswegen

Herkunft

Von den 2.818 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2018 lagen für 2.659 Meldungen (Anteil von 94%) Angaben zum Herkunftsland vor. Bei 159 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2018 und 253 Neudiagnosen im Jahr 2017 konnten keine Informationen zur Herkunft ermittelt werden.

Die Anzahl der Neudiagnosen mit ausreichenden Angaben zum Herkunftsland stammten 2018 bei ca. 60% aus Deutschland, 16% aus Subsahara-Afrika, 9% aus West- und Zentraleuropa und 5% aus Osteuropa/Zentralasien. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen ging 2018 gegenüber dem Vorjahr 2017 für fast alle Herkunftsregionen mit Ausnahme der Regionen Süd-/Südostasien und Asien/Pazifik zurück.

Infektionsort

Bei 2.213 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2018 und 2.441 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2017 lagen Angaben zum Infektionsort vor, dies entspricht einem Anteil von 78,5% bzw. 77,6% aller HIV-Neudiagnosen in den Jahren 2018 bzw. 2017.

Davon war 2018 bei 70,6% als Infektionsland Deutschland angegeben. Im Jahr 2017 wurde bei 71,0% der Neudiagnosen Deutschland als Infektionsland genannt.

Knapp 42% der im Ausland erworbenen HIV-Infektionen 2018 erfolgte in Subsahara-Afrika, ähnlich wie im Jahr 2017 (40,5%). Bei den HIV-Neudiagnosen mit der Angabe Infektionsort Europa (Ost-, West- und Zentraleuropa) ist im Vergleich zum Vorjahr der relative Anteil von 33,0% auf 31,3% gefallen. Die übrigen Regionen wie Asien, Lateinamerika etc. wiesen wiederum relative Anteile zwischen unter 1–11% auf.

Herkunfts- und Infektionsregionen nach wahrscheinlichem Infektionsweg

Zwischen den verschiedenen Transmissionswegen gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede bezüglich der Herkunft und hinsichtlich des Anteils der im Ausland erworbenen Infektionen (s. Abb. 4). Berücksichtigt man nur die HIV-Neudiagnosen im Jahr 2018 mit Angaben zum Risiko und zum Herkunftsland (n = 2.199), so gab innerhalb der Gruppe der MSM der weitaus größte Anteil der Männer 2018 Deutschland als Herkunftsland an (78%; n = 1.036). Im Gegensatz zu den IVD (Anteil Herkunft Deutschland 51%;

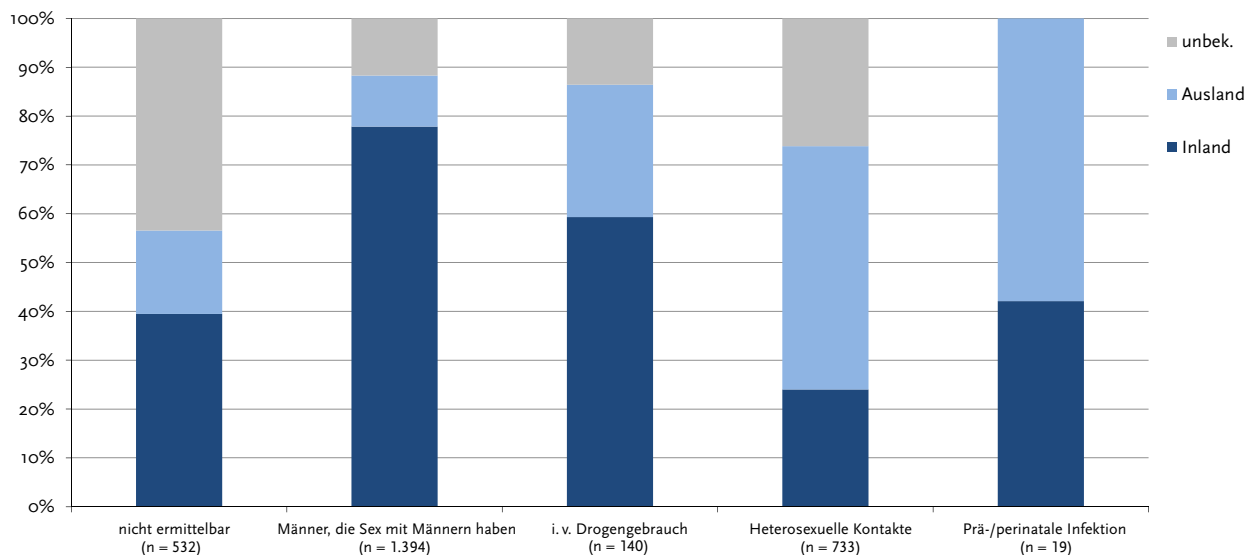


Abb. 4: HIV-Neudiagnosen nach wahrscheinlichem Transmissionsweg und Infektionsregion

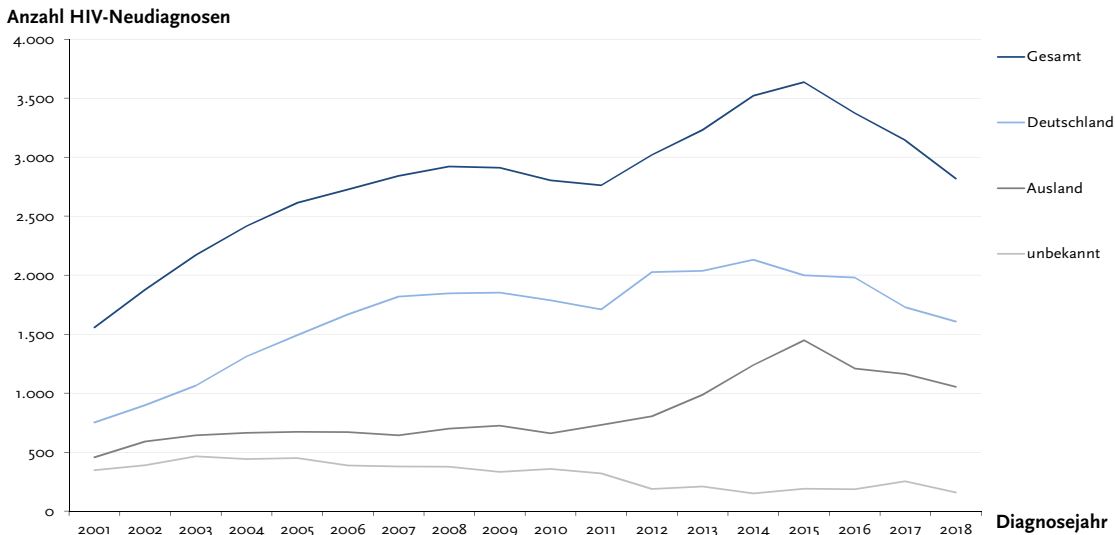


Abb. 5: Herkunftsangaben in den Jahren 2001–2018

n = 68) oder den HET, unter denen der Anteil mit Herkunft Deutschland bei 2,4 % (n = 173) lag.

Bei den HIV-Neudiagnosen mit einer Angabe zum Transmissionsweg (n = 2.286) fehlten die Angaben zum Herkunftsland bei 3,8 % (n = 87) und bei ca. 16 % (n = 374) fehlten Angaben zum Infektionsland.

Betrachtung der Herkunftsregionen im Zeitverlauf

Die Angabe eines Herkunftslandes außerhalb Deutschlands ist bis 2015 angestiegen und seitdem von Jahr zu Jahr gesunken. Meldungen mit der Angabe einer nicht deutschen Herkunft sind von 1.163 Neudiagnosen 2017 um 9,5 % gesunken. Die Zahl der Neudiagnosen ohne Angaben zum Herkunftsland ist von 253 im Jahr 2017 auf 159 im Jahr 2018 ebenso gesunken (s. Abb. 5). HIV-Neudiagnosen mit der Angabe Herkunftsregion Subsahara-Afrika fielen zwischen 2017 und 2018 um 8,7 % (s. Abb. 6).

Mutter-Kind-Transmission

In den Jahren 2017 und 2018 wurden 13 bzw. 17 sicher oder wahrscheinlich von Mutter zu Kind übertragene HIV-Infektionen bei Kindern diagnostiziert. Bei älteren Flüchtlings-

kindern (> 14 Jahre) aus Subsahara-Afrika ist die Bestimmung des wahrscheinlichen Übertragungsmodus bisweilen schwierig, insbesondere wenn Informationen zur Mutter und zum aktuellen Immunstatus bei Diagnose fehlen, und daher andere Übertragungswege nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können. Dies gilt für fünf Infektionen bei Kindern, die 2017 und eine Infektion, die 2018 diagnostiziert wurde. Sechs der 13 im Jahr 2017 diagnostizierten Kinder wurden in Deutschland geboren, und acht der 17 im Jahr 2018 diagnostizierten Kinder. Für fünf der in den Jahren 2017–2018 in Deutschland diagnostizierten Kinder wurde berichtet, dass den Müttern kein HIV-Test in der Schwangerschaft angeboten worden war. In drei Fällen scheint die HIV-Infektion der Mutter nach einem negativen Screening-Test in der Frühschwangerschaft erfolgt zu sein.

Übersicht CD4-T-Zellzahl

Von den 2.818 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2018 lagen für 853 Meldungen (30 %) auch Angaben zur CD4-T-Zellzahl vor. Der Median dieser übermittelten Werte lag insgesamt bei 313 Zellen/µl (IQR: 108–519 Zellen/µl). Bei MSM betrug der

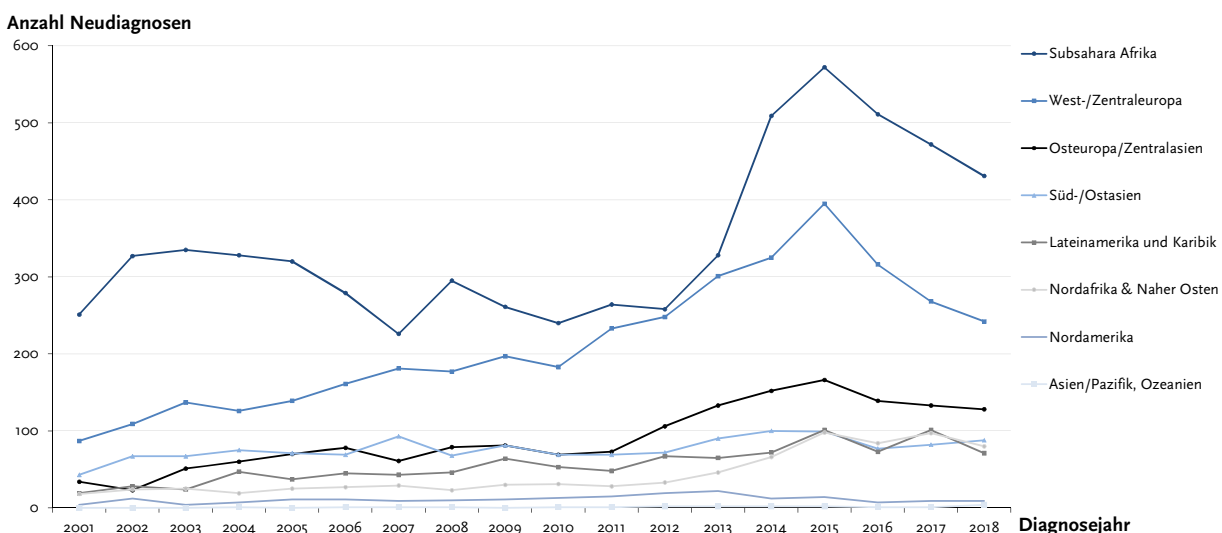


Abb. 6: Angaben zu nicht deutscher Herkunft in den Jahren 2001–2018

mediane CD4-Zellzahlwert 367 Zellen/ μ l, bei HET waren es 280 CD4-Zellen/ μ l und bei IVD 347 Zellen/ μ l. Von den 3.144 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2017 lagen für 838 Meldungen (27%) Angaben zur CD4-T-Zellzahl vor. Der Median dieser übermittelten Werte lag insgesamt bei 330 Zellen/ μ l (IQR: 115–527 Zellen/ μ l).

HIV-2/HIV-1 und HIV-2-Doppelinfektion

In den Jahren 2017 und 2018 betrafen jeweils 0,1% der HIV-Neudiagnosen eine Infektion mit HIV-2. Neudiagnosen mit Hinweisen auf eine Doppelinfektion mit HIV-1 und HIV-2 sowie Kreuzreaktionen wurden 2017 in zwei und 2018 in fünf Fällen beobachtet.

Diskussion

Bei der Bewertung der HIV-Meldezahlen ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der HIV-Neudiagnosen nicht mit der tatsächlichen HIV-Inzidenz gleichgesetzt werden kann, da zwischen der HIV-Infektion und der HIV-Diagnose ein individuell unterschiedlicher Zeitraum liegen kann und die Zahl der HIV-Neudiagnosen durch unterschiedliche Faktoren (Testangebote, Testverhalten etc.) beeinflusst wird.

HIV-Neudiagnosetrends bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)

Das HIV-Infektionsgeschehen in Deutschland wird primär durch die Entwicklung unter MSM geprägt. Der größte Teil der Infektionen bei MSM wird in Deutschland erworben, und der größte Teil der infizierten Personen ist deutscher Herkunft.

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM in Deutschland ist seit dem Jahr 2014 von einem Spitzenwert von knapp 2.000 HIV-Neudiagnosen kontinuierlich auf zuletzt knapp 1.400 Neudiagnosen gesunken. Das Ausmaß des Rückgangs unterscheidet sich u. a. nach Bundesland, Stadtgröße, und Altersgruppe. Ein Zusammenhang mit der möglichen Nutzung einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) lässt sich aus den Daten bislang nicht ableiten: Der Rückgang von HIV-Neudiagnosen ist weder besonders ausgeprägt in Städten noch in Altersgruppen in denen HIV-PrEP verstärkt genutzt wird, und bislang kann auch kein verstärkter Rückgang von HIV-Neudiagnosen mit zeitlich zunehmender Nutzung von HIV-PrEP festgestellt werden. Es bleibt bislang offen, welchen Einfluss die HIV-PrEP auf die HIV-Neudiagnosenzahlen in den Jahren 2017 und 2018 hatte.

Die Zahl der PrEP-Nutzer hat wahrscheinlich erst durch das Verfügbarwerden preisgünstiger Generika ab Herbst 2017 deutlich zugenommen, ist aber vermutlich im Laufe des Jahres 2018 noch innerhalb eines vierstelligen Bereichs geblieben.

Die wahrscheinlichste Erklärung für den bisherigen Rückgang von HIV-Neudiagnosen bei MSM scheinen die frühere Diagnose und der schnellere Behandlungsbeginn bei frisch diagnostizierten Infektionen zu sein.

HIV-Neudiagnosetrends bei Heterosexuellen

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen von Personen mit einem heterosexuellen Risiko (HET) ist bundesweit seit 2015 um

25% zurückgegangen. Aufgrund des hohen Anteils von Migranten unter den Personen mit heterosexuellem Infektionsrisiko für HIV muss die Entwicklung der Zahl der HIV-Neudiagnosen in dieser Transmissionsgruppe immer auch im Kontext von Migrationsbewegungen und Migrationspolitik gesehen werden. Der Gipfel der HIV-Neudiagnosen in dieser Transmissionsgruppe wurde im Jahr 2015 erreicht – zusammen mit einem Immigrationsgipfel in diesem Jahr. Jedoch unterscheiden sich die einzelnen Bundesländer bezüglich ihrer Testpolitik für Asylsuchende, was zu unterschiedlichen Trends geführt haben kann.

Der Hauptgrund für den Rückgang von HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit heterosexuellem Übertragungsrisiko ist wahrscheinlich der deutliche Rückgang von Asylsuchenden im Vergleich zum Jahr 2015. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit heterosexuellem Infektionsrisiko und deutscher Herkunft scheint sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert zu haben. Der Rückgang von HIV-Neudiagnosen in dieser Gruppe spiegelt am ehesten den deutlichen Rückgang von Migranten wider, die aus Hochprävalenzregionen nach Deutschland kommen (s. Tab. 5a/b, S. 501).

HIV-Neudiagnosetrends bei Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei IVD ist – auf niedrigem Niveau – angestiegen. In den letzten Jahren werden immer wieder transiente lokale Anstiege von HIV-Neudiagnosen bei Menschen, die intravenös Drogen konsumieren beobachtet. So wurde im Jahr 2016 eine deutliche Zunahme von Infektionen aus München berichtet, im Jahr 2017 und 2018 gab es ähnliche Beobachtungen in Köln und Berlin. Molekularepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Geschehnisse in München und Köln wesentlich auf zusammenhängenden frischen Infektionsclustern beruhen, bei denen sich ein bestimmtes Virus innerhalb weniger Monate rasch über Injektions- und teilweise auch sexuelle Netzwerke in einer suszeptiblen und vulnerablen Gruppe von Personen ausgebreitet hat. In München spielte möglicherweise die hochfrequente Injektion neuer psychoaktiver Substanzen und ein daraus resultierender Mangel an frischen sterilen Injektionsutensilien eine begünstigende Rolle für das Ausbruchsgeschehen. Für Köln konnten nähere Begleitumstände bislang nicht eruiert werden.

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 RKI gesammelt und ausgewertet wurden. Zugrunde gelegt wurden die bis zum 1. März 2019 eingegangene Meldungen über bestätigt positive Antikörpertests gemäß § 7 Abs. 3 IfSG.

■ Dr. Ulrich Marcus | Dr. Barbara Günsenheimer-Bartmeyer | Dr. Viviane Bremer | Christian Kollan

Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie | FG 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen
Inhaltliche Fragen zum Bericht (Tel.: 030.18.754–34.67);
Anfragen zu speziellen statistischen Angaben können an Christian Kollan (Tel.: 030.18.754–34.23) gerichtet werden.

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Marcus U, Günsenheimer-Bartmeyer B, Kollan C, Bremer V: HIV-Jahresbericht 2017/2018. *Epid Bull* 2019;46:493–501 | DOI 10.25646/6411

Anhang

Tabelle 1: Ab 1993 eingegangene Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland nach Meldestatus und Diagnosezeitraum (ohne Mehrfachmeldungen); Stand: 1. März 2019

Diagnosejahr	HIV-Antikörpertests		
	Erstdiagnosen	Meldestatus unbekannt	Gesamt
< 2009	35.345	38.706	74.051
2009	2.911	1.273	4.184
2010	2.803	1.145	3.948
2011	2.761	1.100	3.861
2012	3.020	933	3.953
2013	3.232	840	4.072
2014	3.521	644	4.165
2015	3.635	633	4.268
2016	3.373	685	4.058
2017	3.144	673	3.817
2018	2.818	791	3.609
Gesamt	66.563	47.423	113.986

Tabelle 2: Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland HIV-Erstdiagnosen nach Diagnosezeitraum und Geschlecht; Stand: 1. März 2019

Diagnosejahr	Geschlecht						Gesamt
	männlich	%	weiblich	%	k. A.	%	
< 2009	27.407	77,5 %	7.210	20,4 %	728	2,1 %	35.345
2009	2.415	83,0 %	482	16,6 %	14	0,5 %	2.911
2010	2.374	84,7 %	422	15,1 %	7	0,2 %	2.803
2011	2.324	84,2 %	431	15,6 %	6	0,2 %	2.761
2012	2.547	84,3 %	471	15,6 %	2	0,1 %	3.020
2013	2.653	82,1 %	577	17,9 %	2	0,1 %	3.232
2014	2.857	81,1 %	662	18,8 %	2	0,1 %	3.521
2015	2.884	79,3 %	748	20,6 %	3	0,1 %	3.635
2016	2.656	78,7 %	713	21,1 %	4	0,1 %	3.373
2017	2.496	79,4 %	643	20,5 %	5	0,2 %	3.144
2018	2.192	77,8 %	618	21,9 %	8	0,3 %	2.818
Gesamt	52.805	79,3 %	12.977	19,5 %	781	1,2 %	66.563

Tabelle 3: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen in den letzten 12 Monaten nach Infektionsrisiko, teilw. Infektionsort und Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner sowie Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen in den letzten 10 Jahren nach Bundesländern, Großstädten über 250.000 Einwohner

Bundesländer/Großstädte	1.1.2018–31.12.2018									1.1.2009–
	Infektionsrisiko									31.12.2018
	MSM	IVD	HETin	HETaus	HETunb	PPI	k.A./andere	Gesamt	Inzidenz/100.000	Gesamt
Baden-Württemberg	174	13	18	64	21	6	57	353	3,24	3.365
Stuttgart	28	4	2	8	2	0	3	47	7,54	606
Karlsruhe	11	0	0	3	1	1	2	18	5,85	213
Mannheim	12	0	0	0	0	0	2	14	4,58	301
übriges Land	123	9	16	53	18	5	50	274	2,84	2.245
Bayern	201	18	14	90	35	4	77	439	3,42	4.809
München	77	6	2	32	17	0	18	152	10,48	1.807
Nürnberg	16	2	1	2	1	0	4	26	5,10	378
Augsburg	6	0	0	1	1	0	7	15	5,24	150
übriges Land	102	10	11	55	16	4	48	246	2,32	2.474
Berlin	212	18	33	25	19	2	43	352	10,00	4.032
Brandenburg	19	1	8	16	2	0	13	59	2,37	592
Bremen	17	4	4	16	5	0	6	52	7,74	422
Bremen (Stadt)	13	4	4	16	5	0	6	48	8,61	372
übriges Land	4	0	0	0	0	0	0	4	3,51	50
Hamburg	82	3	9	13	12	0	19	138	7,72	1.858
Hessen	86	4	6	27	10	1	45	179	2,90	2.468
Frankfurt a. M.	31	2	0	5	0	0	15	53	7,23	877
Wiesbaden	7	1	0	0	0	0	2	10	3,62	257
übriges Land	48	1	6	22	10	1	28	116	2,24	1.334
Mecklenburg-Vorpommern	29	0	2	5	0	0	15	51	3,16	431
Niedersachsen	95	12	15	31	18	2	50	223	2,81	2.022
Region Hannover	26	6	3	5	3	0	6	49	4,28	518
Braunschweig	4	0	0	2	1	0	8	15	5,97	123
übriges Land	65	6	12	24	14	2	36	159	2,43	1.381
Nordrhein-Westfalen	297	55	44	61	23	2	128	610	3,41	7.058
Köln	66	21	6	2	4	0	15	114	10,75	1.366
Düsseldorf	30	2	3	1	1	0	6	43	7,02	604
Dortmund	8	5	1	3	2	0	7	26	4,44	327
Essen	25	3	3	4	1	0	7	43	7,38	454
Städteregion Aachen	7	0	2	2	0	0	5	16	2,89	177
Duisburg	6	2	0	4	1	0	1	14	2,85	171
Bochum	3	0	0	0	0	0	2	5	1,37	201
Wuppertal	4	2	1	0	2	0	3	12	3,43	154
Bielefeld	12	2	0	0	0	0	3	17	5,10	153
Bonn	9	0	1	6	3	0	3	22	6,90	170
Münster	4	1	0	1	0	0	3	9	2,90	154
Gelsenkirchen	6	1	0	0	0	0	1	8	3,07	85
Mönchengladbach	3	1	3	1	1	0	4	13	5,00	110
übriges Land	114	15	24	37	8	2	68	268	2,27	2.932
Rheinland-Pfalz	43	2	2	17	6	1	19	90	2,22	1.064
Saarland	13	0	3	2	0	0	6	24	2,41	295
Regionalver. Saarbrücken	9	0	0	1	0	0	4	14	4,28	164
übriges Land	4	0	3	1	0	0	2	10	1,50	131
Sachsen	72	4	9	19	1	1	23	120	2,94	1.267
Leipzig	30	1	3	0	0	1	8	48	8,56	438
Dresden	20	2	3	5	1	0	5	30	5,52	314
übriges Land	22	1	3	14	0	0	10	42	1,41	515
Sachsen-Anhalt	13	2	5	3	5	0	17	49	2,18	577
Schleswig-Holstein	22	3	3	2	2	0	7	45	1,57	635
Thüringen	19	1	0	0	0	0	7	34	1,57	323
Gesamt	1.394	140	176	396	161	19	532	2.818	3,43	31.218

Tabelle 5a: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

HIV-Erstdiagnosen der letzten 10 Jahre mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Herkunfts- und Infektionsort, Stand: 1. März 2019

		Ort der Infektion															
		Deutschland		Europa (ohne D)		Subsahara-Afrika		Asien		Amerika		andere Regionen		unbekannt		Gesamt	
Ort der Herkunft	Deutschland	1.239	68,0%	21	1,2%	165	9,1%	233	12,8%	26	1,4%	18	1,0%	120	6,6%	1.822	100,0%
	Europa (ohne D)	162	46,3%	136	38,9%	6	1,7%	5	1,4%	2	0,6%	1	0,3%	38	10,9%	350	100,0%
	Susahara-Afrika	362	10,2%	64	1,8%	2.410	67,9%	1	0,0%	1	0,0%	34	1,0%	678	19,1%	3.550	100,0%
	Asien	34	12,1%	1	0,4%	2	0,7%	204	72,3%	0	0,0%	0	0,0%	41	14,5%	282	100,0%
	Amerika	34	34,3%	2	2,0%	1	1,0%	0	0,0%	46	46,5%	0	0,0%	16	16,2%	99	100,0%
	andere Regionen	118	19,1%	7	1,1%	1	0,2%	3	0,5%	0	0,0%	390	63,0%	100	16,2%	619	100,0%
	unbekannt	77	37,9%	2	1,0%	33	16,3%	9	4,4%	2	1,0%	6	3,0%	74	36,5%	203	100,0%
Gesamt		2.026	29,3%	233	3,4%	2.618	37,8%	455	6,6%	77	1,1%	449	6,5%	1.067	15,4%	6.925	100,0%

Tabelle 5b: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

HIV-Erstdiagnosen der letzten 12 Monate mit heterosexuellem Übertragungsweg nach Herkunfts- und Infektionsort; Stand: 1. März 2019

		Ort der Infektion															
		Deutschland		Europa (ohne D)		Subsahara-Afrika		Asien		Amerika		andere Regionen		unbekannt		Gesamt	
Ort der Herkunft	Deutschland	115	66,5%	2	1,2%	17	9,8%	21	12,1%	2	1,2%	1	0,6%	15	8,7%	173	100,0%
	Europa (ohne D)	16	35,6%	18	40,0%	1	2,2%	1	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	9	20,0%	45	100,0%
	Susahara-Afrika	24	6,0%	6	1,5%	256	64,2%	1	0,3%	0	0,0%	8	2,0%	104	26,1%	399	100,0%
	Asien	2	9,1%	0	0,0%	1	4,5%	10	45,5%	0	0,0%	0	0,0%	9	40,9%	22	100,0%
	Amerika	3	37,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	62,5%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	andere Regionen	9	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	43	68,3%	11	17,5%	63	100,0%
	unbekannt	7	30,4%	0	0,0%	2	8,7%	1	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	13	56,5%	23	100,0%
Gesamt		176	24,0%	26	1,5%	277	37,8%	34	4,6%	7	1,0%	52	7,1%	161	22,0%	733	100,0%