



HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten

Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts
Stand: Ende 2005*

Menschen, die Ende 2005 mit HIV/AIDS leben:	~ 49.000
Männer:	~ 39.500
Frauen:	~ 9.500
Kinder :	~ 300
darunter Menschen, die mit AIDS leben:	~ 8.000
Verteilung nach Infektionsrisiko	
Männer, die Sex mit Männern haben:	~ 31.000
Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben:	~ 5.500
Personen aus sog. Hochprävalenzregionen:	~ 5.500
(Personen, die aus sog. Hochprävalenzregionen stammen, haben sich überwiegend in ihren Herkunftsländern und dort über heterosexuelle Kontakte mit HIV infiziert. Die Abschätzung der Größe dieser Personengruppe ist mit der höchsten Unsicherheit behaftet, da zu wenig Angaben darüber verfügbar sind, wie hoch der Anteil der Personen aus dieser Gruppe ist, die nach ihrer HIV-Diagnose dauerhaft in Deutschland bleiben)	
i.v. Drogengebraucher:	~ 6.000
Hämophile und Bluttransfusionsempfänger:	~ 600
(Infektion erfolgte über kontaminierte Blutkonserven und Gerinnungsfaktorenkonzentrate überwiegend in der Zeit vor 1986)	
Mutter-Kind-Transmission:	~ 300
(Kinder, die vor, während oder nach ihrer Geburt die HIV-Infektion über ihre Mutter erworben haben)	
Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland* im Jahr 2005:	~ 2.600
Männer:	~ 2.250
Frauen:	~ 350
Kinder :	~ 20
Infektionswege (geschätzt):	
Männer, die Sex mit Männern haben:	70 %
Heterosexuelle Kontakte:	20 %
i.v. Drogengebrauch:	9 %
Mutter-Kind-Transmission:	1 %
Neue AIDS-Erkrankungen* im Jahr 2005:	~ 850
Männer:	~ 680
Frauen:	~ 170
Kinder :	< 5
Todesfälle bei HIV-Infizierten* im Jahr 2005:	~ 750
Gesamtzahl der HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie:	~ 75.000
Gesamtzahl der AIDS-Erkrankungen* seit Beginn der Epidemie:	~ 31.500
Männer:	~ 27.000
Frauen:	~ 4.300
Kinder:	~ 200
Gesamtzahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten* seit Beginn der Epidemie:	~ 26.000

* Die vom Robert Koch-Institut zusammengestellten Eckdaten sind Schätzungen, die jährlich auf dem jeweilig aktuellen Stand der Erkenntnisse aktualisiert werden. Sie stellen keine automatische Fortschreibung früher publizierter Eckdaten dar. Die jeweils angegebenen Zahlenwerte können daher nicht direkt mit früher publizierten Schätzungen verglichen werden.



Zur Methodik der Schätzwermittlung

HIV/AIDS-Todesfälle: Die Schätzung der Zahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten beinhaltet auch die Todesfälle bei HIV-Infizierten, die nicht direkt durch die HIV-Infektion verursacht sind. Basis für die Schätzwermittlung ist die Todesursachenstatistik der Statistischen Landesämter (StaLA). Um der bekannten Untererfassung von HIV-Todesfällen bei den StaLA Rechnung zu tragen werden diese Ausgangswerte mit einem Korrekturfaktor versehen. Der Korrekturfaktor wird ermittelt, indem die Meldungen an das RKI (für Regionen mit guter Todesfallerfassung im HIV/AIDS-Todesfallregister des RKI) mit denen an die StaLAs verglichen werden.

AIDS-Fälle (AIDS-Inzidenz): Basis für die Schätzwermittlung der neu aufgetretenen AIDS-Fälle sind Bundesländer mit einer hohen Vollständigkeit der AIDS-Fallmeldungen. Die Schätzwerte für die übrigen Bundesländer (mit niedrigem Erfassungsgrad) werden proportional ihrem Anteil an den bundesweiten HIV/AIDS-Todesfällen im Verhältnis zu den Ländern mit hoher Vollständigkeit der AIDS-Fall-Erfassung kalkuliert.

HIV-Neuinfektionen (HIV-Inzidenz): Da Infektionszeitpunkt und HIV-Test zeitlich weit auseinander liegen können, erlauben die Meldungen über HIV-Neudiagnosen keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt. Zur Schätzung der HIV-Inzidenz werden daher verschiedene Verfahren angewendet. Die Abschätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Jahr basiert für den Zeitraum 1979-1990 auf einem mathematischen Rückrechnungsmodell. Auf Basis der bis 1995 beobachteten AIDS-Fälle und der aus Kohortenstudien bekannten Verteilung der Zeitspanne zwischen HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung (Latenzzeit) bei unbehandelten HIV-Infizierten wird die Zahl und Zeitverteilung der HIV-Infektionen zurückgerechnet. Nach 1995 ist das Rückrechnungsmodell wegen der nicht abschätzbaren Therapieeffekte auf die Latenzzeit nicht mehr anwendbar. Von 1990 bis 1993 wird der letzte Wert der mittels des Rückrechnungsmodells ermittelten HIV-Inzidenz fortgeschrieben. Ab 1993 (differenzierte Erfassung von HIV-Erstdiagnosen, siehe auch Technische Anmerkungen Halbjahresbericht HIV/AIDS) bildet die Zahl der mittels der Laborberichtspflicht gemeldeten HIV-Erstdiagnosen die Basis für die weitere Abschätzung. Basisannahme dafür ist, daß die Zahl der Erstdiagnosen (zeitverzögert) ungefähr die Anzahl der Neuinfektionen reflektiert (nicht enthalten: HIV-Infektionen, die bei Personen aus sog. Hochprävalenzregionen diagnostiziert werden).

Für den Zeitraum von 1993 bis 2001 (Einführung einer fallbezogenen Verschlüsselung nach § 10 Abs. 2 IfSG zur Erkennung von Doppelmeldungen) wird von den als HIV-Erstdiagnosen ausgewiesenen Meldungen ein aus den Erfahrungen seit Einführung der Kodierung ermittelter Anteil von 10% nicht erkannter Doppelmeldungen abgezogen. Problematisch ist die Abschätzung des Anteils von Erstdiagnosen unter der - nicht unbeträchtlichen - Zahl von Meldungen, bei denen nicht angegeben wird, ob es sich um eine HIV-Erstdiagnose oder eine Wiederholungsuntersuchung handelt. Ein bislang nicht genau bestimmbarer Anteil dieser Meldungen muss als nicht angegebene HIV-Erstdiagnose angesehen werden. Die bislang in den Halbjahresberichten des RKI als Mindestwert für die tatsächlich erfolgten HIV-Neudiagnosen angegebene Zahl von „gesicherten“ HIV-Erstdiagnosen ist daher für eine Abschätzung der tatsächlichen Zahl von Neuinfektionen nach oben korrigiert worden. Für die hier präsentierte Abschätzung wurde dieses Problem folgendermaßen angegangen:

Für die Jahre 1993-1997 wurde die Zahl der ausgewiesenen HIV-Erstdiagnosen nicht korrigiert, da davon ausgegangen wird, daß 1) ein erheblicher Anteil der Erstdiagnosen in diesen Jahren sich auf Infektionen bezieht, die noch in den Jahren vor 1990 erfolgt sind und damit bereits durch das Rückrechnungsmodell erfaßt werden, und daß 2) es in diesen Jahren in erheblichem Umfang Patientenbewegungen zwischen den Behandlern gab, die zu Mehrfachtestungen führten. Ein hoher Anteil solcher Mehrfachtestungen kann in der Kategorie der Meldungen mit unbekanntem Meldestatus enthalten sein.

Für die Jahre 1998 bis 2001 (1998 Einführung eines neuen Meldebogens, der sowohl vom Labor als auch vom behandelnden Arzt auszufüllen ist) wird die Zahl der ausgewiesenen Erstdiagnosen nach Abzug von 10% unerkannter Doppelmeldungen um 20% nach oben korrigiert, um den Anteil nicht ausgewiesener Erstmeldungen unter den Meldungen mit unbekanntem Meldestatus zu berücksichtigen.

Ab 2001 erfolgt wegen des durch die Einführung der fallbezogenen Verschlüsselung möglichen Abgleichs auf Doppelmeldungen kein Abzug mehr von den ausgewiesenen Erstdiagnosen und der Korrekturfaktor für den Anteil nicht ausgewiesener Erstmeldungen wird auf 30% erhöht. Dieser Wert stellt nach den Ergebnissen erster noch vorläufiger Analysen einen Mindestwert dar und kann sich durch Ergebnisse weitergehender Analysen möglicherweise noch erhöhen.

Sobald neue Daten für eine verbesserte Abschätzung der verschiedenen Parameter verfügbar sind, werden sie in das Abschätzungsmodell übernommen. Die Schätzwerte können sich bei jeder Aktualisierung daher auch retrospektiv verändern und zu anderen Ergebnissen führen.

Ergebnisgenauigkeit: Da es sich um gerundete Ergebnisse handelt, können die Summen der Einzelwerte von den dargestellten Gruppensummen geringfügig abweichen.