



# Epidemiologisches Bulletin

30. September 2005 / Sonderausgabe B AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland

Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 01.09.2005)  
Halbjahresbericht I/2005 aus dem Robert Koch-Institut

### Vorbemerkung

In den vergangenen Monaten wurde für die HIV-Meldungen ein verbesserter Algorithmus zum Ausschluss von Mehrfachmeldungen entwickelt und angewendet. Durch die rückwirkende Bereinigung von Doppelmeldungen haben sich die bisher publizierten HIV-Erstdiagnosezahlen für die Jahre 1998–2003 leicht reduziert. Durch die erstmalige Anwendung dieses Algorithmus kommt es aber auch rückwirkend zu Änderungen der bereits für das Jahr 2005 im *Epidemiologischen Bulletin* publizierten monatlichen aktuellen Meldedaten, die für die einzelnen Monate zu Abnahmen oder Anstiegen führen. Für das erste Halbjahr 2005 ist in der Summe ein Anstieg gegenüber den bisher in den Monatstabellen im *Epidemiologischen Bulletin* ausgewiesenen HIV-Meldedaten zu verzeichnen. Durch den neuen verbesserten Algorithmus konnte die Qualität der HIV-Meldedaten weiter verbessert werden.

### Analyse der Entwicklungen und Trends bei den neu diagnostizierten HIV-Infektionen

Bis zum 01.09.2005 wurden dem RKI für das 1. Halbjahr 2005 insgesamt 1.164 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet (s. Tab. 1, 2). Dies sind 20% mehr als im Vergleichszeitraum des Vorjahres, so dass auch im Jahr 2005 wieder mit einer deutlichen Zunahme von HIV-Erstdiagnosen gerechnet werden muss. Am stärksten steigen die Diagnosezahlen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Die Zahl der HIV-Erstdiagnosen in dieser Betroffenenengruppe, die im Jahr 2001 mit ca. 300 pro Halbjahr einen Tiefststand erreicht hatte – wobei eine gewisse Untererfassung, die wahrscheinlich durch fehlende Ausweisung von Erstdiagnosen bedingt war, berücksichtigt werden muss – erreicht mittlerweile ein Niveau von 550 Neudiagnosen pro Halbjahr (s. Tab. 3, Abb. 3). Das stellt eine Steigerung um 80% innerhalb von 4 Jahren dar. Ein Teil dieser Zunahme könnte durch eine frühzeitigere Diagnosestellung bei den HIV-Infizierten erklärbar sein. Der Mittelwert der CD4-Zellzahl zum Zeitpunkt der Diagnose (Angaben dazu liegen für etwa ein Drittel der Meldungen vor) steigt von 2001 zum letzten 12-Monatszeitraum um ca. 100 Zellen/ml an. Dennoch muss angesichts des Umfangs der Zunahme von Erstdiagnosen dieser Anstieg als sicheres Anzeichen für eine deutliche Zunahme von HIV-Neuinfektionen in den letzten Jahren gewertet werden.

Auch bei den Personen, bei denen ein heterosexueller Übertragungsweg angegeben wird, setzt sich ein bereits im 2. Halbjahr 2004 zu beobachtender Anstieg der Erstdiagnosen verstärkt fort. Dieser Anstieg ist zwar noch nicht statistisch signifikant, die Zahl der pro Halbjahr neu diagnostizierten HIV-Infektionen in dieser Gruppe steigt jedoch von ca. 115 pro Halbjahr in der Zeit vor 2004 auf ca. 160 pro Halbjahr in den letzten beiden Halbjahren. In dieser Personenengruppe geben die Mittelwerte der CD4-Zellzahlen zum Diagnosezeitpunkt (Angaben liegen bei ca. einem Viertel der Meldungen vor) keinen Anhalt dafür, dass die Diagnose durchschnittlich zu einem früheren Zeitpunkt im Verlauf der Infektion erfolgt.

Sonderausgabe B/2005

HIV-Infektionen/AIDS:  
Halbjahresbericht I/2005  
Stand: 01.09.2005

- ▶ Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland: Analyse der Entwicklungen und Trends
- ▶ AIDS-Erkrankungen in Deutschland – Zur Entwicklung – Zur regionalen Zuordnung von AIDS-Fällen
- ▶ Was ist neu am HIV/AIDS-Halbjahresbericht?
- ▶ Zu erweiterten Datenabfragemöglichkeiten im Internet
- ▶ HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland im Einzelnen
- ▶ Technische Anmerkungen
- ▶ Inhaltsverzeichnis



Auch in den übrigen Betroffenenengruppen der intravenösen Drogengebraucher, der Migranten aus Hochprävalenzregionen und der Gruppe von Personen, bei denen keine Angaben zum Infektionsrisiko vorliegen, ist trotz leicht rückläufiger Anteile an der Gesamtzahl der Erstdiagnosen auf Grundlage der Zahlen des ersten Halbjahres im laufenden Jahr mit einer gleichbleibenden oder leicht zunehmenden absoluten Zahl von Erstdiagnosen gegenüber dem Vorjahr zu rechnen.

Betrachtet man die Altersverteilung der Erstdiagnosen in den verschiedenen Betroffenenengruppen (Abb. 4), so zeigt sich, dass die Zahl der Erstdiagnosen bei MSM in allen Altersgruppen deutlich ansteigt. Dabei nimmt in den letzten 12 Monaten im Vergleich mit den Vorjahren der Anteil der 25- bis 29-Jährigen sowie der 40- bis 49-Jährigen zu Lasten des Anteils der 30- bis 39-Jährigen leicht zu. Bei Drogengebern nimmt bei gleichbleibender Zahl von Erstdiagnosen der Anteil der 40- bis 49-Jährigen leicht zu. Bei Personen mit Angabe eines heterosexuellen Infektionsrisikos betrifft die in den letzten 12 Monaten zu beobachtende Zunahme von Erstdiagnosen fast gleichmäßig alle Altersgruppen. Bei Personen aus Hochprävalenzländern steigt – bei gleichbleibender Zahl von Erstdiagnosen – in den letzten zwei Jahren der Anteil der über 40-Jährigen leicht an.

Berechnet man die altersgruppenspezifischen HIV-Inzidenzen (ohne Berücksichtigung der HIV-Erstdiagnosen bei Personen aus Hochprävalenzländern), so ergeben sich auf Grund der demographischen Entwicklung (Pillenknicke) und der daraus resultierenden unterschiedlich starken Geburtsjahrgänge die höchsten HIV-Erstdiagnose-Inzidenzen für Frauen und Männer in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen. Die am nächst stärksten betroffenen Altersgruppen sind bei den Männern die 35- bis 39-Jährigen, gefolgt von den 30- bis 34- und den 40- bis 44-Jährigen. Bei Frauen stellen die 20- bis 24-Jährigen die am zweitstärksten betroffene Altersgruppe dar, gefolgt von den 30- bis 34-Jährigen, den 35- bis 39-Jährigen und den 40- bis 44-Jährigen (s. Abb. 3A).

Analysiert man die Meldungen des ersten Halbjahres 2005 mit Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland ( $n=950$ , 82 % aller Meldungen), so zeigt sich, dass sich fast alle MSM (96 %) in Deutschland infiziert haben. Bei intravenösen Drogengebern und Personen mit heterosexuellem Übertragungsrisiko erfolgten jeweils 77 % der Infektionen in Deutschland.

Bei Drogengebern spielen bei den ausländischen Infektionsregionen insbesondere Osteuropa (46 %) und westeuropäische Länder (23 %) eine größere Rolle, bei Heterosexuellen erfolgten im Ausland erworbene Infektionen vorwiegend in Südostasien (29 %), Subsahara-Afrika (26 %) und Zentral- und Osteuropa (26 %).

Die Entwicklungen der letzten Jahre weisen damit auf einen deutlichen Anstieg sexuell übertragener HIV-Infektionen in Deutschland hin. Sichtbar wurde dieser Anstieg zuerst bei MSM, inzwischen steigt aber auch die Zahl der HIV-Erstdiagnosen bei Heterosexuellen erkennbar an. Diese Zunahme geht einher mit nachlassendem Schutzverhalten im sexuellen Bereich, was sich durch Ergebnisse entsprechender Untersuchungen und Befragungen zum Kondom-

gebrauch belegen lässt. Die Zunahme erfolgt, obwohl ein relativ großer Teil der in Deutschland lebenden und bereits diagnostizierten HIV-Infizierten (nach RKI-Schätzung 65–70 %) mit antiretroviralen Medikamenten behandelt wird und die Effektivität der Behandlung (gemessen am Anteil der Behandelten, bei denen die Viruslast unter die Nachweisgrenze gedrückt werden kann) in den letzten Jahren nochmals deutlich verbessert werden konnte.

Zwar liegen bisher in Deutschland noch keine Ergebnisse aus Untersuchungen vor, die Aufschluss darüber geben könnten, in welchem Kontext verstärkt Neuinfektionen stattfinden, aber die angeführten Beobachtungen sprechen dafür, dass Neuinfektionen insbesondere verstärkt durch relativ frisch infizierte Personen weitergegeben werden, die entweder von ihrer Infektion noch nicht wissen oder die zwar von ihrer Infektion wissen, aber bisher weder eine antiretrovirale Behandlung erhalten noch in wünschenswertem Maße ihr Sexualverhalten im Sinne der Vermeidung von Übertragungsrisiken (Safer Sex) verändert haben.

Der Aufrechterhaltung, besser noch einer Ausweitung niedrigschwelliger Testangebote (kostenloser und anonymer HIV-Test) in Verbindung mit einer kompetenten Beratung kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu.

#### Entwicklung der HIV-Melddaten

Einen Anhaltspunkt für die Dynamik der Entwicklung in den verschiedenen Bundesländern und Großstädten liefert der Vergleich der Meldezahlen der letzten 12 Monate mit den Meldezahlen der davor liegenden 120 Monate (drittletzte und letzte Spalte in Tabelle 4). Besonders stark fallen die Zunahmen in den östlichen Bundesländern und Berlin aus, aber auch einige mittlere Großstädte in Westdeutschland wie Mannheim und Münster weisen im Vergleich zum Mittelwert der Vorjahre deutliche Steigerungen auf. Die Inzidenz von Erstdiagnosen in ostdeutschen Großstädten wie Leipzig, Dresden und Halle hat mittlerweile – bei weiterhin deutlich niedrigerer HIV-Prävalenz – dasselbe Niveau wie in Städten vergleichbarer Größe in Westdeutschland wie z. B. Essen, Dortmund, Nürnberg, Bremen oder Wiesbaden erreicht.

Unter den Bundesländern sind – abgesehen von den drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen – drei Inzidenzniveaus unterscheidbar. Am niedrigsten mit ca. 1 HIV-Erstdiagnose/100.000 Einwohner liegen die relativ bevölkerungsarmen ostdeutschen Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen, aber auch Niedersachsen weist mit 1,3/100.000 eine nur geringfügig höhere Inzidenz auf. Zwischen 1,6 und 1,9 Erstdiagnosen/100.000 Einwohner liegen die Inzidenzen in Sachsen und den kleineren westlichen Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein). In den bevölkerungsreicheren Flächenländern Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Hessen werden Inzidenzen zwischen 2,5 und 3,0 HIV-Erstdiagnosen/100.000 Einwohner erreicht.

Aufgrund der starken Zunahme von HIV-Erstdiagnosen bei MSM in den letzten Jahren ist der Anteil der Frauen

unter den Erstdiagnosen – bei gleich bleibenden absoluten Zahlen – von 26 % im Jahre 2000 auf unter 20 % im ersten Halbjahr 2005 abgesunken (s. Tab. 2).

Bei proportionaler Aufteilung der HIV-Erstmeldungen mit unbekanntem Infektionsrisiko auf die übrigen Betroffenenengruppen ergibt sich für das erste Halbjahr 2005 folgende Verteilung der Infektionsrisiken: MSM 58 %, Personen, die sich bei heterosexuellen Kontakten infiziert haben, 17 %, Personen aus Hochprävalenzregionen 18 % und intravenöse Drogenkonsumenten 6 %.

### Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen

Zwischen dem 01.07.2004 und dem 30.06.2005 sind insgesamt 1.177 Berichte über neu an AIDS erkrankte Personen eingegangen. Die gemeldeten Erkrankungen verteilen sich auf mehrere Diagnosejahre. Damit steigt die Gesamtzahl der an das Robert Koch-Institut berichteten seit Beginn der Epidemie mit dem Vollbild AIDS erkrankten Personen auf insgesamt 24.124 (Tab. 5). Wie Abbildung 5b und Tabelle 7 zeigen, bleibt die Zahl der berichteten AIDS-Fälle in einigen Regionen deutlich hinter den zu erwartenden Zahlen zurück. Relativ vollständig werden die AIDS-Fälle aus Berlin, Hamburg und Frankfurt berichtet. Auch die Zahl der aus Schleswig-Holstein, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern berichteten Fälle entspricht weitgehend den Erwartungen. Regional unterschiedlich stellt sich die Situation in Nordrhein-Westfalen dar. Insbesondere die Zahl der aus Köln berichteten Fälle erscheint zu niedrig. Leichte bis deutliche Untererfassung lässt die Zahl der Berichte aus Niedersachsen und Bremen vermuten. Eine erhebliche Untererfassung von AIDS-Fällen – mit lokalen Ausnahmen – muss für alle südlichen Bundesländer, d. h. Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen angenommen werden.

Angesichts der anzunehmenden Untererfassung bei den AIDS-Fällen muss die Schätzung zur tatsächlichen Anzahl der neu diagnostizierten AIDS-Fälle pro Jahr an Stelle der bisher geschätzten 700 Fälle auf eine Zahl in der Größenordnung von wohl eher 800 Fällen korrigiert werden.

Um Verzerrungen auf Grund des hohen Meldeverzugs zu vermeiden, werden hinsichtlich der Geschlechts- und Risikoverteilung bei den neu aufgetretenen AIDS-Fällen in der Tabelle 8 die gemeldeten Erkrankungen der letzten 36 Monate zusammengefasst. Unter den zwischen 01.07.2002 und 30.06.2005 neu an AIDS Erkrankten waren 80 % Männer und 20 % Frauen.

Unter den in den letzten 36 Monaten an AIDS erkrankten Männern stellen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), mit 60 % die größte Gruppe dar. Für 21 % der berichteten AIDS-Fälle bei Männern liegen keine verlässlichen Angaben zum Infektionsrisiko vor. Diese 21 % verteilen sich zu unbekanntem Anteil auf MSM, Drogengebraucher und Männer mit heterosexuellem Infektionsrisiko. Mit 11 % liegt bei den Männern Drogengebrauch an zweiter Stelle unter den bekannten Infektionsrisiken, gefolgt von der Herkunft aus einem Land mit einer hohen HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung (Hochprävalenzländer, HPL) mit 6 % und einer Infektion über heterosexuelle Kontakte mit 3 %.

Ganz anders stellt sich die Risikoverteilung bei Frauen dar. 38 % der AIDS-Fälle bei Frauen werden bei Frauen aus Hochprävalenzregionen diagnostiziert. Für 28 % der berichteten AIDS-Fälle bei Frauen fehlt eine verlässliche Angabe zum Infektionsrisiko. Diese 28 % verteilen sich zu unbekanntem Anteil im Wesentlichen auf Drogengebraucherinnen und Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben. Mitgeteilt wurden entsprechende Risiken für 21 % (Drogengebrauch) bzw. 13 % (heterosexuelle Kontakte) der in den letzten 36 Monaten diagnostizierten AIDS-Fälle bei Frauen.

### Anmerkungen zur regionalen Zuordnung von AIDS-Fällen

Ab diesem Halbjahresbericht erfolgt die regionale Zuordnung von AIDS-Fällen grundsätzlich jeweils auf Grundlage des letzten zu dem entsprechenden Fall mitgeteilten Postleitbereiches (in früheren Halbjahresberichten erfolgte die Zuordnung auf Grundlage der ersten Angabe). Die Zuordnung reflektiert damit stärker die aktuelle Versorgungssituation und nicht mehr den Wohnort zur Zeit der ersten AIDS-Diagnose. Durch die neue Zuordnung können sich leichte regionale Verschiebungen ergeben.

Als zweite Veränderung bei der regionalen Zuordnung erfolgt die Bundeslandzuordnung für bundeslandübergreifende Postleitbereiche nach einem automatisierten Algorithmus. Die Auswirkungen auf die Fallzahlen der einzelnen Bundesländer sind in der Regel vernachlässigbar. Ausnahmen können Grenzregionen zwischen alten und neuen Bundesländern bilden. Auf Grund der immer noch deutlich niedrigeren AIDS-Inzidenzen in den neuen Bundesländern können Verschiebungen bereits relativ kleiner Zahlen von AIDS-Fällen von einem alten in eines der neuen Bundesländer dort die AIDS-Inzidenz merklich beeinflussen.

### Was ist neu am neuen HIV/AIDS-Halbjahresbericht?

Der HIV/AIDS-Halbjahresbericht wurde seit dem Jahr 2000 in gleich bleibender Form als Sonderausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* veröffentlicht. Die Anforderungen, die von Präventions- und Versorgungsseite aus an die HIV/AIDS-Epidemiologie gestellt werden, haben sich aber seitdem gewandelt. Um diesen veränderten Anforderungen besser zu entsprechen, haben wir den Halbjahresbericht einer gründlichen Überarbeitung unterzogen. Im Folgenden erläutern wir kurz die vorgenommenen Veränderungen.

Bisher wurde in den Halbjahresberichten jeweils der **Datenstand** am 31.12. bzw. 30.06. eines Jahres wiedergegeben. Aufgrund der Zeitverzögerungen bei der Übermittlung und Eingabe der HIV-Meldungen repräsentierten die zu diesen Zeitpunkten registrierten Meldungen noch nicht alle tatsächlich bis zu diesem Zeitpunkt diagnostizierten Fälle. Durch Meldeverzugsberechnungen wurde versucht, dem Rechnung zu tragen. Mittlerweile ist das HIV-Meldev erfahren so gut etabliert, dass mit einem Meldeverzug von weniger als 8 Wochen gerechnet werden kann. Wir haben uns daher entschieden, in Zukunft die Halbjahresberichte auf Grundlage des Datenstandes vom 01.03. bzw. 01.09. des jeweiligen Jahres zu erstellen. Zu diesen Zeitpunkten

kann davon ausgegangen werden, dass nahezu alle in dem vorangegangenen Halbjahr diagnostizierten Fälle von HIV-Infektionen auch tatsächlich gemeldet und in der Datenbank erfasst sind. Meldeverzugsberechnungen werden dadurch unnötig und die berichteten Jahresendzahlen entsprechen damit den auch im *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch* des RKI ausgewiesenen HIV-Zahlen. Das aktuelle Jahr bzw. Halbjahr kann nunmehr ohne Berücksichtigung noch zu erwartender Nachmeldungen mit den jeweiligen Vorjahren bzw. Vorhalbjahren verglichen werden. Im Unterschied zu den HIV-Meldungen muss bei den AIDS-Fallberichten jedoch weiterhin mit z. T. erheblichem Meldeverzug gerechnet werden.

Die Reihenfolge der Darstellung wurde umgekehrt: statt erst AIDS-Daten und danach HIV-Meldungen werden jetzt erst die HIV-Meldungen dargestellt, dann folgen die AIDS-Fälle. Dies reflektiert zum einen die gestiegene Bedeutung der HIV-Erfassung für die Beschreibung des Verlaufs der HIV/AIDS-Epidemie seit der deutlichen Verbesserung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten ab 1996, zum anderen aber auch die Verbesserung der HIV-Melddaten.

Bei der Darstellung von **Zeitreihen** für HIV-Diagnosezahlen werden im Halbjahresbericht in Zukunft nur noch die letzten zehn Jahre separat ausgewiesen, d. h. erstes separat ausgewiesenes Diagnosejahr im aktuellen Bericht ist 1996. Die Diagnosezahlen für den Zeitraum 1993–1995 werden kumuliert angegeben.

**Es entfallen** die frühere

- ▶ Tab. 3 (AIDS-Fälle nach Registrierungszeitraum – ein Teil der enthaltenen Informationen wurde in die neue Tab. 7 integriert),
- ▶ Tab. 9 (AIDS-Fälle und HIV-Erstdiagnosen nach Geschlecht und Altersgruppe – Informationen zur Altersverteilung bei den HIV-Erstdiagnosen in den wichtigsten Betroffenenengruppen enthält die neu aufgenommene Abb. 4),
- ▶ Tab. 10 (HIV-Erstdiagnosen nach Bundesländern und Diagnosejahr – diese Angaben finden sich nunmehr detaillierter in der neuen Tab. 4)
- ▶ Abb. 4 (Anzahl der HIV-Meldungen pro Jahr).

**Unverändert, revidiert oder neu aufgenommen** wurden

- ▶ Tab. 1: revidiert (früher Tab. 6) – Anzahl der HIV-Meldungen pro Jahr, Mehrfachmeldungen werden nicht mehr ausgewiesen
- ▶ Tab. 2: revidiert (früher Tab. 7) – Meldungen nach Geschlecht, Tabelle beinhaltet jetzt alle Meldungen, inklusive der Kinder < 13 Jahre
- ▶ Abb. 1 und Abb. 2: unverändert (früher Abb. 5 u. Abb. 6)
- ▶ Tab. 3: unverändert (früher Tab. 8)
- ▶ Abb. 3: neu – HIV-Erstdiagnose-Verlaufskurven für die vier wichtigsten Betroffenenengruppen, ermöglicht die rasche Erkennung von Verlaufstrends in den einzelnen Gruppen
- ▶ Abb. 4: neu – Verteilung der HIV-Erstdiagnosen auf Altersgruppen in den vier wichtigsten Betroffenenengruppen in den fünf vorangehenden 12-Monatszeiträumen. Ermöglicht die Erkennung von Verschiebungen in der Altersstruktur bei HIV-Erstdiagnosen.
- ▶ Tab. 4: neu – HIV-Erstdiagnosen in den vorangegangenen 12 Monaten nach Infektionsrisiko in Bundesländern und Großstädten > 250.000 Einwohner mit Angabe der Inzidenzrate (Anzahl von Erstdiagnosen/100.000 Einw.). Als Referenzzahl wird die kumulierte Zahl der Meldungen aus dem entsprechenden Bundesland/der entsprechenden Großstadt in den davor liegenden 120 Monaten angegeben. Der Vergleich zwischen den letzten 12 Monaten und den davor liegenden 120 Monaten ermöglicht eine grobe Abschätzung der aktuellen Dynamik der Entwicklung.
- ▶ Abb. 5 a + b: unverändert (früher Abb. 3a/b) – HIV und AIDS-Inzidenzkarten
- ▶ Tab. 5: revidiert (frühere Tab. 1/Teile von Tab. 3) – Anzahl der berichteten AIDS-Fälle nach Berichtszeitraum – Tabelle enthält Einwohnerzahlen, Inzidenzrate der Meldungen der letzten 12 Monate und kumulierte Inzidenzwerte (Elemente aus der ansonsten wegfallenden früheren Tabelle 3); Berlin wird nicht mehr getrennt nach West und Ost ausgewiesen.

- ▶ Tab. 6: unverändert (frühere Tab. 2)
- ▶ Tab. 7: revidiert (frühere Tab. 4) – berichtete AIDS-Fälle nach Risiko in den letzten 36 Monaten für Bundesländer und Großstädte > 250.000 Einwohner, Referenzwert kumulierte Fallzahlen seit Beginn der Erfassung (1982), Anzahl der als verstorbenen berichteten Fälle; im Unterschied zur alten Tabelle 4 ist die Zahl der ausgewiesenen Städte reduziert worden und die Zahl der AIDS-Meldungen wird nicht mehr für den Gesamt-Erfassungszeitraum kumuliert für die einzelnen Betroffenenengruppen angegeben, sondern kumuliert für die vorangehenden 36 Monate. Dadurch wird das aktuelle Erkrankungsgeschehen besser dargestellt, es fallen aber auch aktuelle Meldedefizite stärker auf.
- ▶ Abb. 6: unverändert (frühere Abb. 2)
- ▶ Tab. 8: revidiert – berichtete AIDS-Fälle nach Risiko und Geschlecht in den letzten 36 Monaten; als Referenzwerte werden die kumulierten Zahlen seit Beginn der Erfassung angegeben. Im Unterschied zur früheren Tabelle 5 werden auf Grund des z.T. sehr hohen Meldeverzugs bei den AIDS-Fallberichten und der daraus resultierenden geringen Fallzahlen nicht mehr die Diagnosezahlen für die beiden vorangehenden 12-Monatszeiträume und die kumulierten Zahlen ausgewiesen, sondern nur noch kumulierte Zahlen für die vorangehenden 36 Monate und den gesamten Erfassungszeitraum.
- ▶ Abb. 7: revidiert – 36-Monatsinzidenz von AIDS-Meldungen nach Risiko/100.000 Einw. in Bundesländern und ausgewählten Großstädten. Im Unterschied zur vorherigen Abbildung 1 Beschränkung auf den Zeitraum der letzten 36 Monate. (Die Abbildung entfällt in diesem Halbjahresbericht.)
- ▶ Abbildungen und Tabellen zu wechselnden Aspekten werden als Abb./Tab. X A, X B usw. eingefügt.

### Hinweis zu erweiterten Datenabfragemöglichkeiten im Internet

Unter der Internetadresse „[www3.rki.de/SurvStat/](http://www3.rki.de/SurvStat/) > Meldekategorie: Nichtnamentlich direkt an das RKI“ können HIV-Melddaten voraussichtlich ab Mitte Oktober nicht nur wie bisher für Postleitregionen (PLZ-Zweisteller), sondern auch für Bundesländer, Regierungsbezirke und alle Großstädte mit mehr als 100.000 Einwohnern nach verschiedenen selbst auswählbaren Kriterien abgefragt werden. Noch nicht möglich ist eine Abfrage über die Variable Infektionsrisiko.

#### Anmerkungen zur Bewertung des Melde- und Diagnosezeitraums sowie der Meldeverzugskorrektur

Für die Darstellung des zeitlichen Verlaufs der AIDS-Erkrankungen in Deutschland können entweder die in einem bestimmten Zeitraum berichteten (gemeldeten) Fälle (unabhängig davon, wann diese AIDS-Erkrankungen diagnostiziert wurden) betrachtet werden oder man kann die in einem bestimmten Zeitraum diagnostizierten Fälle (unabhängig davon, wann diese berichtet werden) untersuchen. Beide Betrachtungsweisen haben Vor- und Nachteile. Bei der Darstellung nach dem Berichtszeitraum können – bedingt durch das Berichtsverhalten – artifizielle Trends auftreten, die keine wirkliche Zu- oder Abnahme, sondern nur ein Mehr oder Weniger an eingegangenen Berichten widerspiegeln. Bei der Betrachtung des Diagnosezeitraums treten solche meldebedingten Verzerrungen nicht auf, aber erfahrungsgemäß vergeht zwischen dem Zeitpunkt der Diagnose und dem des Berichts (der Meldung) eine gewisse Zeitspanne (Meldeverzug). Auf der Basis des Berichts- bzw. Meldeverhaltens vergangener Jahre kann die Zahl der für den aktuellen Diagnosezeitraum noch zu erwartenden Berichte (Meldungen) mit Hilfe mathematischer Verfahren abgeschätzt werden. Allerdings sind die Ergebnisse der Meldeverzugskorrekturen auch vom Meldeverhalten abhängig und liefern nur bei einem relativ konstanten Meldeverhalten zuverlässige Abschätzungen der noch zu erwartenden Berichte (Meldungen).

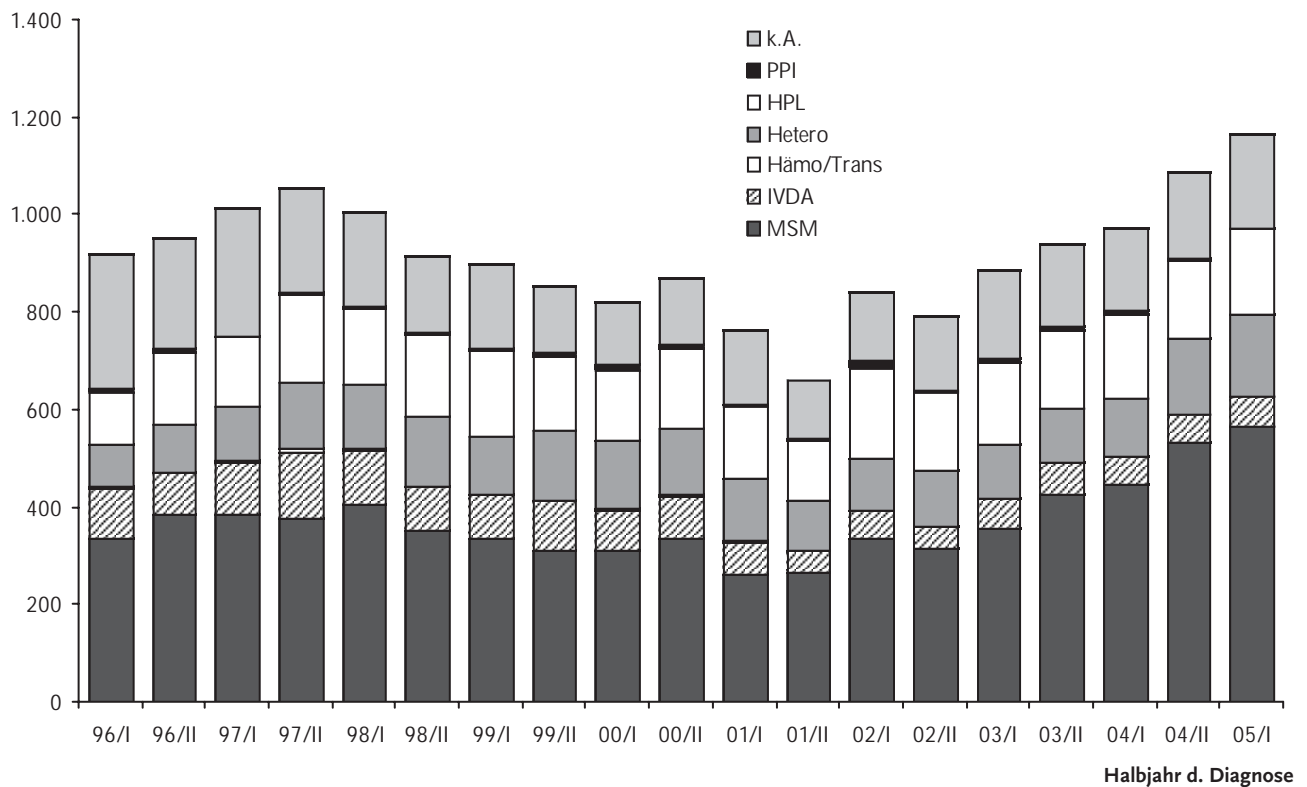
## Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland

**Tabelle 1:** Ab 1993 eingegangene Meldungen über bis zum 30.06.2005 bestätigt positive HIV-Antikörpertests<sup>1,2</sup> in der Bundesrepublik Deutschland nach Meldestatus<sup>3</sup> und Jahr der Diagnose<sup>4</sup> (ohne Mehrfachmeldungen)

Jahr der Diagnose	HIV-Antikörpertests		
	Erstdiagnosen	Meldestatus unbekannt	Gesamt
<1996	6.854	9.254	16.108
1996	1.871	3.060	4.931
1997	2.070	2.765	4.835
1998	1.923	2.507	4.430
1999	1.752	2.767	4.519
2000	1.690	2.633	4.323
2001	1.425	2.641	4.066
2002	1.635	2.707	4.342
2003	1.827	2.572	4.399
2004	2.058	2.215	4.273
2005	1.164	1.058	2.222
<b>Gesamt</b>	<b>24.269</b>	<b>34.179</b>	<b>58.448</b>

Stand: 01.09.2005

**Anzahl d. HIV-Erstdiagnosen**



**Abbildung 1:** HIV in der Bundesrepublik Deutschland  
HIV-Erstdiagnosen<sup>3</sup> nach Halbjahr der Diagnose und Infektionsrisiko<sup>5,6,7</sup> ab 1996

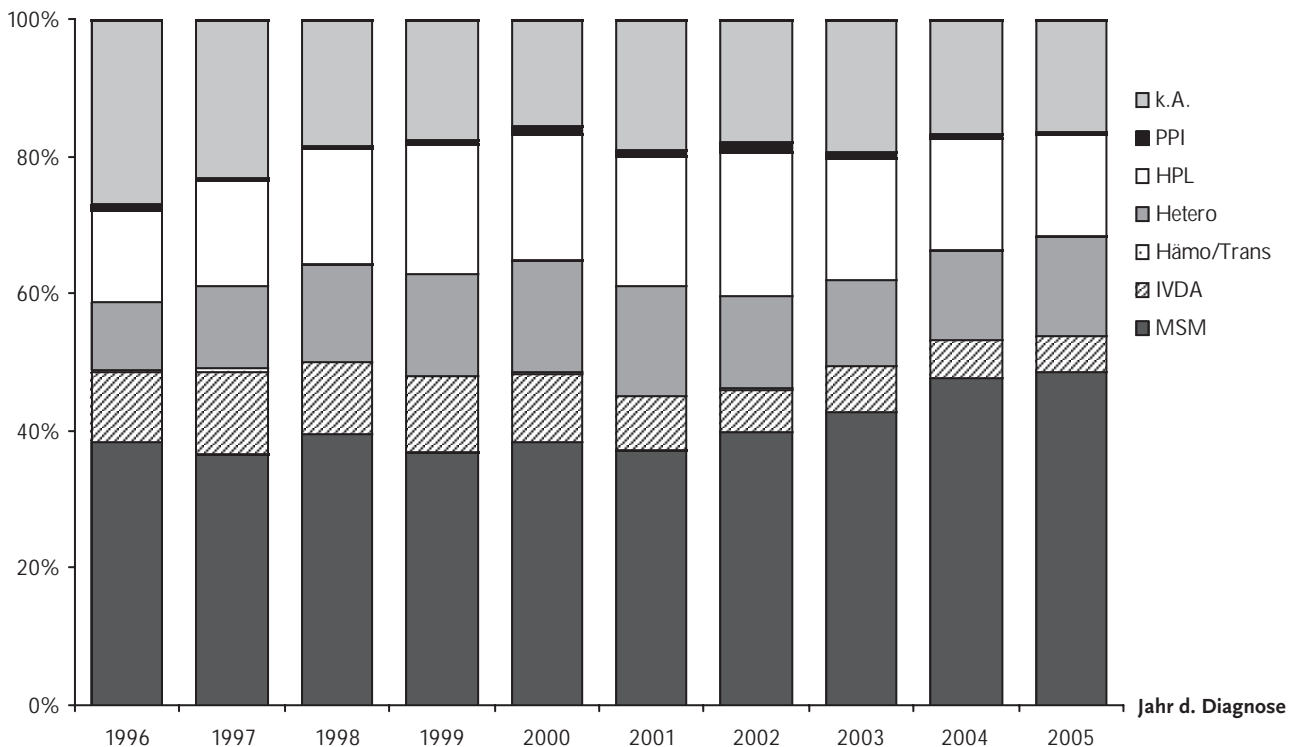
Stand: 01.09.2005

**Tabelle 2:** Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests<sup>1,2</sup> in der Bundesrepublik Deutschland HIV-Erstdiagnosen<sup>3,4</sup> vom 01.01.1993 bis 30.06.2005 nach Jahr der Diagnose und Geschlecht

Jahr d. Diagnose	Geschlecht						Gesamt
	männlich		weiblich		k. A.		
< 1996	5.225	76,2%	1.300	19,0%	329	4,8%	6.854
1996	1.409	75,3%	411	22,0%	51	2,7%	1.871
1997	1.589	76,8%	443	21,4%	38	1,8%	2.070
1998	1.445	75,1%	440	22,9%	38	2,0%	1.923
1999	1.278	72,9%	429	24,5%	45	2,6%	1.752
2000	1.225	72,5%	432	25,6%	33	2,0%	1.690
2001	1.066	74,8%	341	23,9%	18	1,3%	1.425
2002	1.209	73,9%	405	24,8%	21	1,3%	1.635
2003	1.416	77,5%	380	20,8%	31	1,7%	1.827
2004	1.595	77,5%	438	21,3%	25	1,2%	2.058
2005	916	78,7%	229	19,7%	19	1,6%	1.164
Gesamt	18.373	75,7%	5.248	21,6%	648	2,7%	24.269

Stand: 01.09.2005

**Anteil d. HIV-Erstdiagnosen**

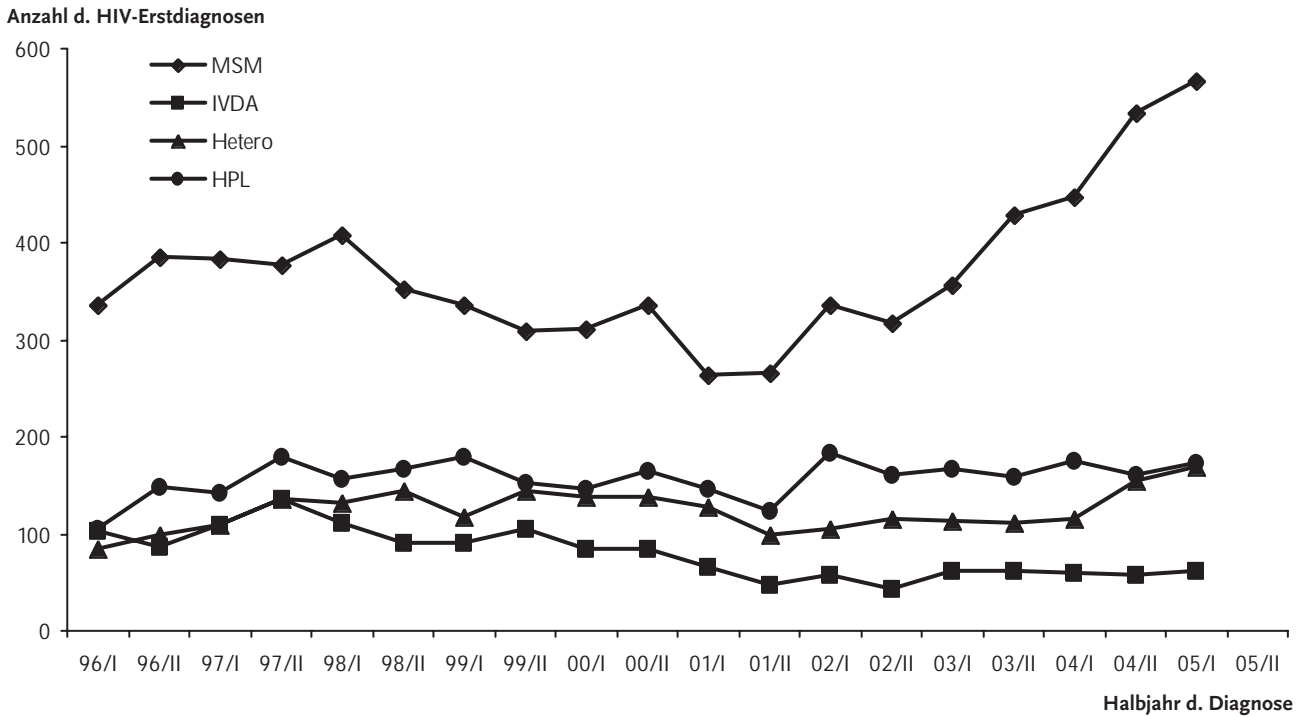


**Abbildung 2:** HIV in der Bundesrepublik Deutschland Anteil der HIV-Erstdiagnosen vom 01.01.1996 bis 30.06.2005 nach Infektionsrisiken<sup>5,6,7</sup> und Jahr der Diagnose

Stand: 01.09.2005

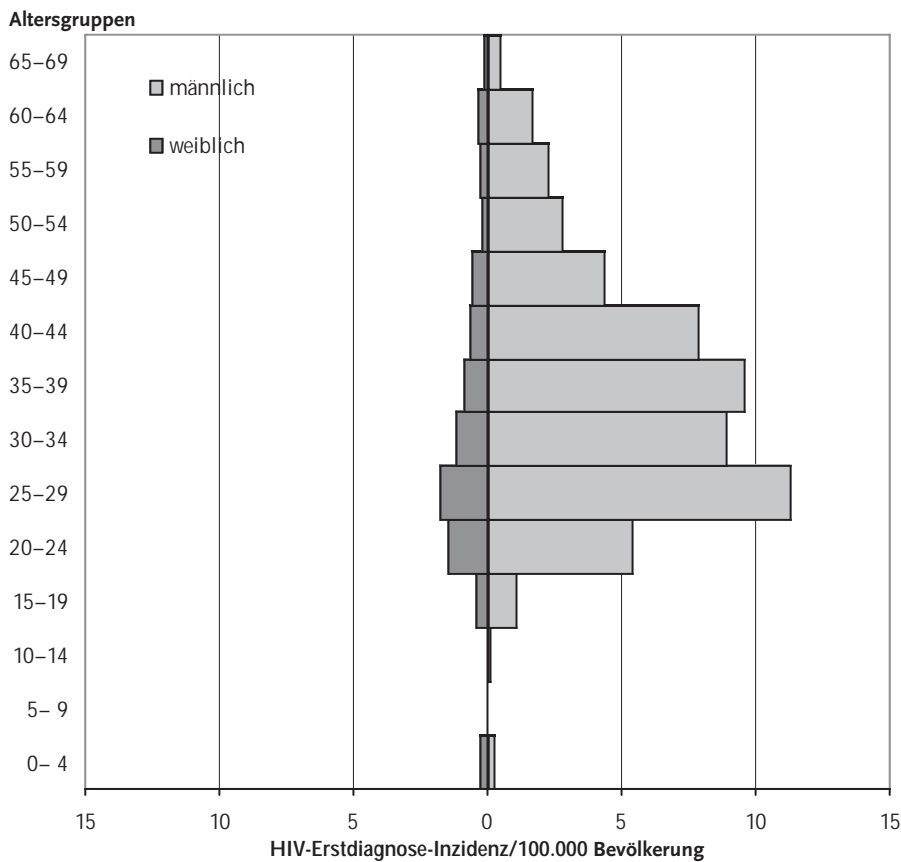
**Tabelle 3:** Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests<sup>1,2</sup> in der Bundesrepublik Deutschland  
HIV-Erstdiagnosen<sup>3,4</sup> vom 01.01.1993 bis 30.06.2005 nach Jahr der Diagnose und Infektionsrisiko<sup>5,6,7</sup>

Infektions- risiko	Jahr der Diagnose											Gesamt
	<1996	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
<b>MSM</b>	<b>2.074</b>	<b>722</b>	<b>762</b>	<b>760</b>	<b>647</b>	<b>648</b>	<b>530</b>	<b>654</b>	<b>785</b>	<b>982</b>	<b>568</b>	<b>9.132</b>
	30,3%	38,6%	36,8%	39,5%	36,9%	38,3%	37,2%	40,0%	43,0%	47,7%	48,8%	37,6%
<b>IVDA</b>	<b>769</b>	<b>189</b>	<b>245</b>	<b>202</b>	<b>197</b>	<b>170</b>	<b>113</b>	<b>101</b>	<b>123</b>	<b>116</b>	<b>61</b>	<b>2.286</b>
	11,2%	10,1%	11,8%	10,5%	11,2%	10,1%	7,9%	6,2%	6,7%	5,6%	5,2%	9,4%
IVDA/m	535	122	173	139	136	127	78	73	88	81	45	1.597
IVDA/w	213	65	66	55	54	38	34	27	34	32	13	631
IVDA/u	21	2	6	8	7	5	1	1	1	3	3	58
<b>Hämo</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Trans</b>	<b>75</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>96</b>
	1,1%	0,3%	0,3%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Trans/m	44	5	3	1	0	2	2	1	0	0	0	58
Trans/w	31	1	3	2	0	1	0	0	0	0	0	38
Trans/u	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Hetero</b>	<b>715</b>	<b>183</b>	<b>246</b>	<b>276</b>	<b>261</b>	<b>277</b>	<b>227</b>	<b>222</b>	<b>226</b>	<b>271</b>	<b>169</b>	<b>3.073</b>
	10,4%	9,8%	11,9%	14,4%	14,9%	16,4%	15,9%	13,6%	12,4%	13,2%	14,5%	12,7%
Hetero/m	376	106	123	135	132	132	129	124	126	164	98	1.645
Hetero/w	324	77	120	137	126	138	94	96	97	104	70	1.383
Hetero/u	15	0	3	4	3	7	4	2	3	3	1	45
<b>HPL</b>	<b>580</b>	<b>255</b>	<b>322</b>	<b>323</b>	<b>331</b>	<b>312</b>	<b>270</b>	<b>344</b>	<b>327</b>	<b>335</b>	<b>174</b>	<b>3.573</b>
	8,5%	13,6%	15,6%	16,8%	18,9%	18,5%	18,9%	21,0%	17,9%	16,3%	14,9%	14,7%
HPL/m	300	102	158	146	135	120	111	128	121	113	54	1.488
HPL/w	271	146	159	164	174	179	151	206	186	215	114	1.965
HPL/u	9	7	5	13	22	13	8	10	20	7	6	120
<b>PPI</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>144</b>
	0,3%	0,9%	0,3%	0,4%	0,6%	1,1%	0,8%	1,3%	0,8%	0,6%	0,3%	0,6%
PPI/m	8	8	6	5	4	6	9	8	9	7	1	71
PPI/w	12	7	1	2	5	12	3	13	6	6	1	68
PPI/u	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
<b>k.A.</b>	<b>2.616</b>	<b>500</b>	<b>476</b>	<b>352</b>	<b>306</b>	<b>261</b>	<b>271</b>	<b>292</b>	<b>351</b>	<b>341</b>	<b>189</b>	<b>5.955</b>
	38,2%	26,7%	23,0%	18,3%	17,5%	15,4%	19,0%	17,9%	19,2%	16,6%	16,2%	24,5%
k.A./m	1.885	344	358	259	224	189	207	221	287	248	150	4.372
k.A./w	449	115	94	80	70	64	59	63	57	81	31	1.163
k.A./u	282	41	24	13	12	8	5	8	7	12	8	420
<b>Gesamt</b>	<b>6.854</b>	<b>1.871</b>	<b>2.070</b>	<b>1.923</b>	<b>1.752</b>	<b>1.690</b>	<b>1.425</b>	<b>1.635</b>	<b>1.827</b>	<b>2.058</b>	<b>1.164</b>	<b>24.269</b>
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



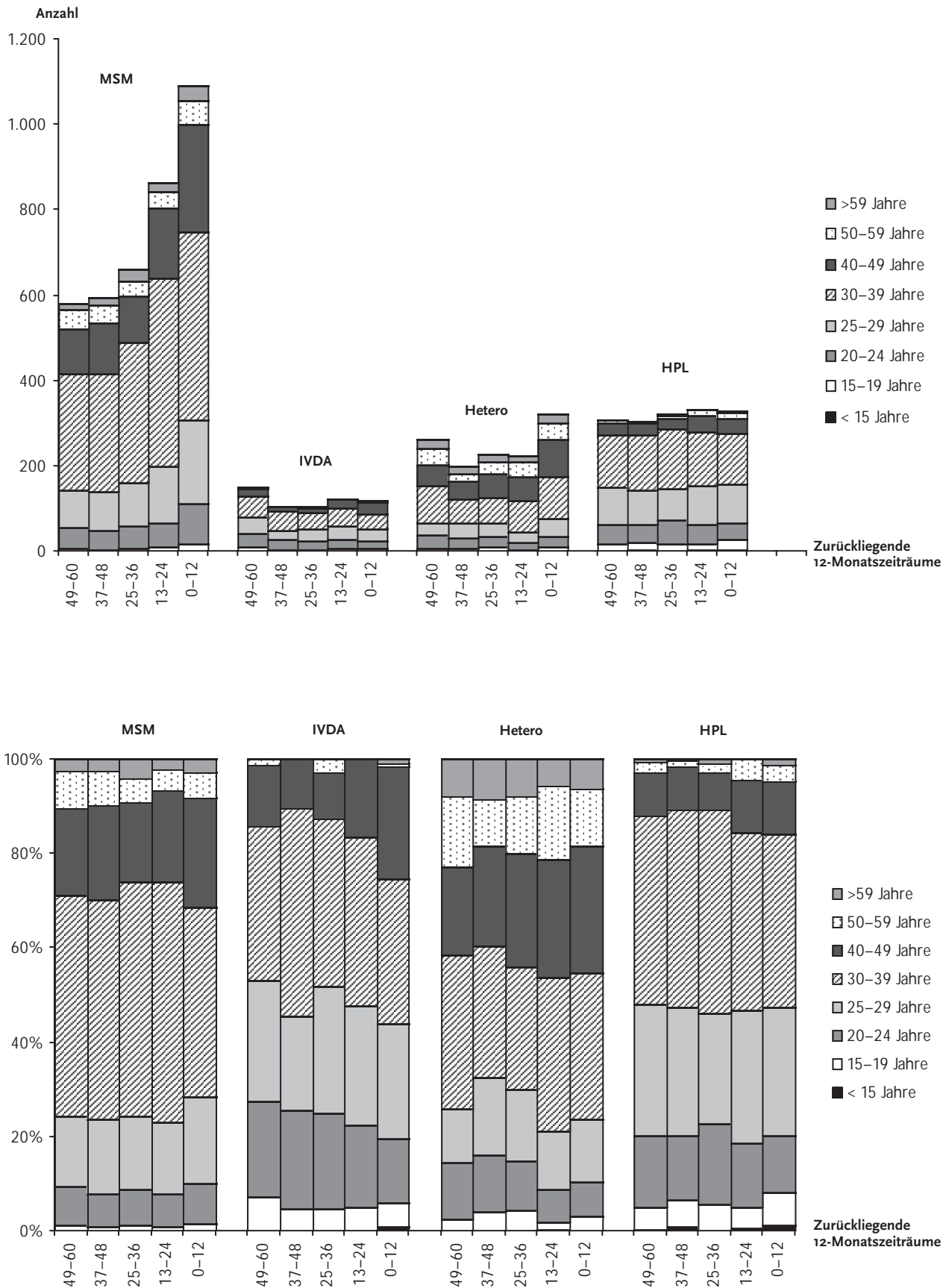
**Abbildung 3:** HIV in der Bundesrepublik Deutschland  
Anzahl der HIV-Erstdiagnosen<sup>1,3</sup> pro Halbjahr der Diagnose<sup>4</sup> in den vier wichtigsten Betroffenenengruppen<sup>5</sup> im Verlauf der letzten zehn Jahre

Stand: 01.09.2005



**Abbildung 3A:** HIV in der Bundesrepublik Deutschland  
HIV-Erstdiagnosen<sup>1,3</sup> pro 100.000 Bevölkerung (ohne Erstdiagnosen bei Personen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen) im Zeitraum 01.07.2004 bis 30.06.2005 nach Altersgruppen und Geschlecht

Stand: 01.09.2005



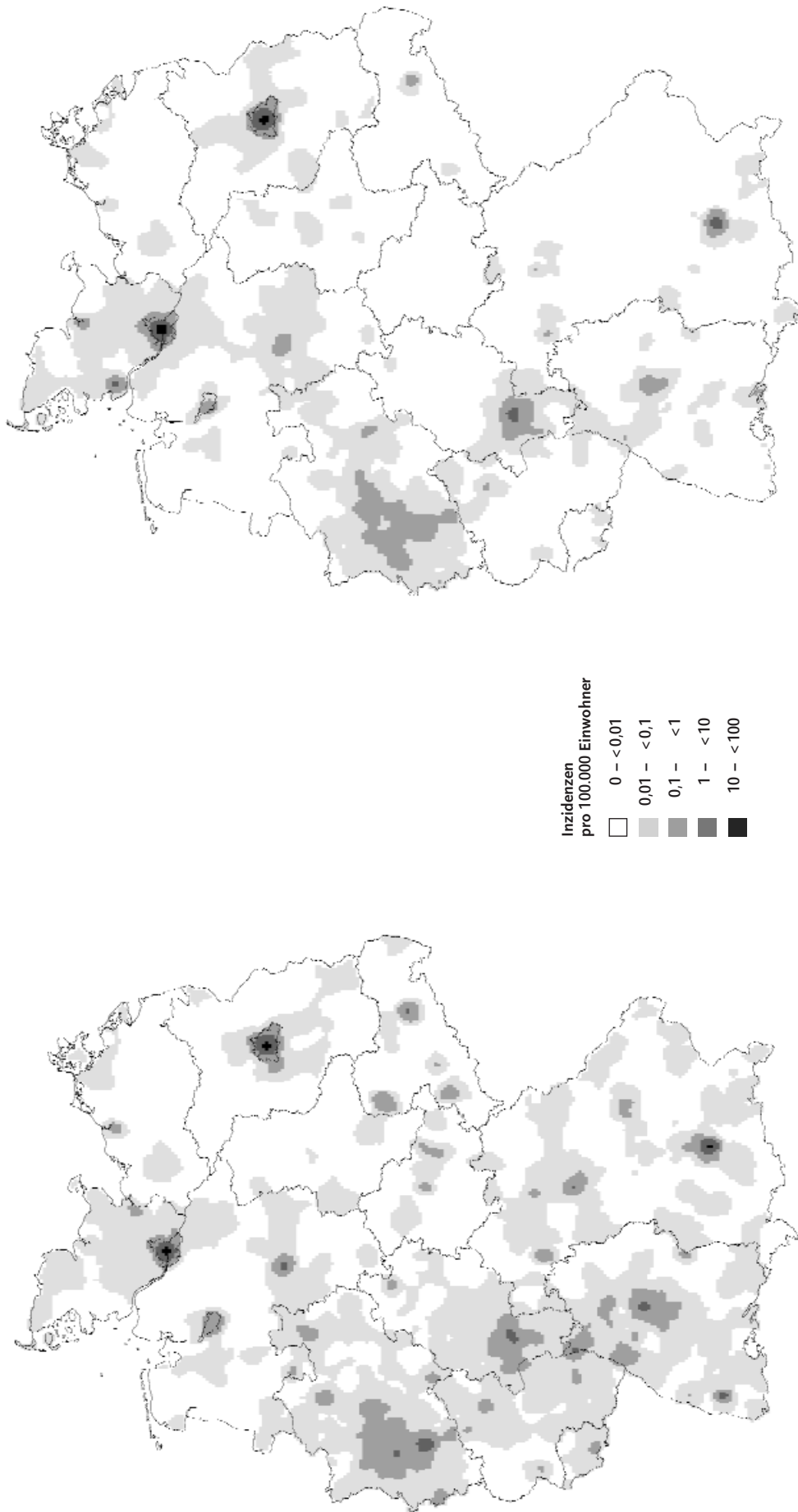
**Abbildung 4:** Verteilung der HIV-Erstdiagnosen<sup>1,3</sup> vom 01.07.2000 bis 30.06.2005 in den vier wichtigsten Betroffenengruppen<sup>5</sup> nach Altersgruppen in den fünf letzten 12-Monatszeiträumen  
**Oben:** Anzahl der Meldungen in den jeweiligen Betroffenengruppen nach Altersgruppe  
**Unten:** Anteil der angegebenen Altersgruppen an der Gesamtzahl der Meldungen in den angegebenen Betroffenengruppen

**Tabelle 4:** HIV in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen<sup>1,3</sup> in den letzten 12 Monaten nach Infektionsrisiko<sup>5,6,7</sup>, Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen<sup>1,3</sup> pro 100.000 Einw. sowie Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen<sup>1,3</sup> in den letzten 10 Jahren nach Bundesländern und Großstädten über 250.000 Einwohner<sup>8</sup>

	01.07.2004–30.06.2005							01.07.1995	Gesamt
	Infektionsrisiko							–30.06.2005	
	MSM	IVDA	Hetero	HPL	PPI	k.A./andere	Gesamt	Inzidenz/100.000	
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>106</b>	<b>15</b>	<b>47</b>	<b>56</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	<b>270</b>	<b>2,53</b>	<b>2.308</b>
Stuttgart	18	9	9	6	0	4	46	7,81	536
Mannheim	16	1	4	0	0	5	26	8,43	170
Karlsruhe	2	1	3	23	0	2	31	10,97	254
übriges Land	70	4	31	27	1	34	167	1,76	1.348
<b>Bayern</b>	<b>146</b>	<b>13</b>	<b>53</b>	<b>45</b>	<b>2</b>	<b>64</b>	<b>323</b>	<b>2,60</b>	<b>2.681</b>
München	82	1	18	11	0	21	133	10,66	1.156
Nürnberg	14	3	4	3	0	6	30	6,08	211
Augsburg	3	0	0	0	0	1	4	1,54	81
übriges Land	47	9	31	31	2	36	156	1,50	1.233
<b>Berlin</b>	<b>241</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>44</b>	<b>339</b>	<b>10,00</b>	<b>2.750</b>
<b>Brandenburg</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>1,13</b>	<b>184</b>
<b>Bremen</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>38</b>	<b>5,73</b>	<b>316</b>
Bremen (Stadt)	17	6	7	4	0	4	38	6,97	301
übriges Land	0	0	0	0	0	0	0	0,00	15
<b>Hamburg</b>	<b>83</b>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>34</b>	<b>166</b>	<b>9,57</b>	<b>1.242</b>
<b>Hessen</b>	<b>75</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>41</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>185</b>	<b>3,04</b>	<b>1.519</b>
Frankfurt a.M.	34	3	10	11	1	3	62	9,64	613
Wiesbaden	6	0	1	5	0	2	14	5,15	112
übriges Land	35	5	25	25	0	19	109	2,11	794
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>1,21</b>	<b>169</b>
<b>Niedersachsen</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>103</b>	<b>1,29</b>	<b>1.224</b>
Hannover	19	5	6	6	0	8	44	3,91	477
übriges Land	20	6	11	13	0	9	59	0,86	747
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>259</b>	<b>43</b>	<b>58</b>	<b>92</b>	<b>3</b>	<b>62</b>	<b>517</b>	<b>2,86</b>	<b>4.088</b>
Köln	90	0	7	11	0	12	120	12,42	907
Düsseldorf	29	6	5	5	1	4	50	8,73	512
Essen	13	5	4	0	1	2	25	4,24	185
Dortmund	11	13	4	4	0	0	32	5,43	271
Duisburg	7	1	2	2	0	2	14	2,76	113
Bochum	12	0	1	1	0	1	15	3,87	99
Wuppertal	3	1	1	5	1	2	13	3,59	131
Bielefeld	2	0	0	3	0	0	5	1,52	65
Gelsenkirchen	4	0	0	2	0	1	7	2,57	38
Bonn	6	0	1	2	0	1	10	3,21	112
Mönchengladbach	1	0	0	3	0	1	5	1,91	35
Münster	16	1	2	3	0	1	23	8,53	150
Aachen	2	0	1	7	0	1	11	4,29	96
übriges Land	63	16	30	44	0	34	187	1,51	1.374
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>75</b>	<b>1,85</b>	<b>706</b>
<b>Saarland</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>1,79</b>	<b>168</b>
<b>Sachsen</b>	<b>42</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>70</b>	<b>1,62</b>	<b>412</b>
Leipzig	18	1	4	1	0	4	28	5,63	126
Dresden	13	0	2	1	0	1	17	3,52	84
Chemnitz	3	0	1	2	0	0	6	2,40	89
übriges Land	8	2	2	4	0	3	19	0,61	113
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>21</b>	<b>0,83</b>	<b>268</b>
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>51</b>	<b>1,81</b>	<b>317</b>
<b>Thüringen</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>24</b>	<b>1,01</b>	<b>125</b>

Stand: 01.09.2005



**Abbildung 5 a:** HIV in der Bundesrepublik Deutschland

Inzidenz der im Zeitraum vom 01.07.2004 bis 30.06.2005 diagnostizierten HIV-Erstmeldungen<sup>13</sup> pro 100.000 Einwohner (N = 2.251) (bezogen auf die Einwohnerzahl der dreistelligen Postleitzbereiche, geglättet)

Stand: 01.09.2005

**Abbildung 5 b:** AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Inzidenz der im Zeitraum vom 01.07.2002 bis 30.06.2005 diagnostizierten AIDS-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (N = 1.402) (bezogen auf die Einwohnerzahl der dreistelligen Postleitzbereiche, geglättet)

Stand: 01.09.2005

## AIDS-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland

**Tabelle 5:** AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der berichteten AIDS-Fälle<sup>9</sup> nach Geschlecht, Inzidenz pro 100.000 Einw. sowie berichtete Todesfälle nach Bundesländern bzw. ausgewählten Großstädten<sup>8</sup> und aufgeführten Zeiträumen der Registrierung

Bundesländer/ Großstädte	Einw. (Mio.)	01.07.2004–30.06.2005				Gesamt (seit 1982)				
		Gesamt	männl.	weibl.	Berichte/ 100.000 Einw.	Gesamt	männl.	weibl.	Berichte/ 100.000 Einw.	Verstorben berichtet
Baden-Württemberg	10,69	28	22	6	0,26	1.703	1.349	354	15,93	911
Bayern (ohne M)	11,18	24	18	6	0,21	1.252	1.038	214	11,20	713
München (M)	1,25	23	20	3	1,84	1.793	1.644	149	143,68	1.157
Berlin	3,39	259	209	50	7,64	5.139	4.564	575	151,52	3.124
Brandenburg	2,57	12	11	1	0,47	103	85	18	4,00	24
Bremen	0,66	5	4	1	0,75	287	237	50	43,28	121
Hamburg	1,73	352	316	36	20,30	2.519	2.295	224	145,26	1.182
Hessen (ohne F)	5,45	46	34	12	0,84	1.251	1.046	205	22,97	739
Frankfurt/Main (F)	0,64	49	38	11	7,62	1.374	1.210	164	213,54	905
Mecklenbg.-Vorp.	1,73	7	5	2	0,40	60	55	5	3,46	24
Niedersachsen	7,99	99	82	17	1,24	1.221	1.044	177	15,28	703
NRW (ohne K/D)	16,54	140	96	44	0,85	3.715	3.110	605	22,46	1.645
Köln (K)	0,97	26	23	3	2,69	1.163	1.065	98	120,40	725
Düsseldorf (D)	0,57	25	19	6	4,37	860	770	90	150,22	414
Rheinland-Pfalz	4,06	14	9	5	0,34	671	547	124	16,53	372
Saarland	1,06	1	1	0	0,09	217	186	31	20,45	132
Sachsen	4,32	7	4	3	0,16	59	47	12	1,37	20
Sachsen-Anhalt	2,52	10	7	3	0,40	52	43	9	2,06	17
Schleswig-Holstein	2,82	50	43	7	1,77	662	589	73	23,45	345
Thüringen	2,37	0	0	0	0,00	23	19	4	0,97	12
<b>Gesamt</b>	<b>82,53</b>	<b>1.177</b>	<b>961</b>	<b>216</b>	<b>1,43</b>	<b>24.124</b>	<b>20.943</b>	<b>3.181</b>	<b>29,23</b>	<b>13.285</b>
		<b>100,0%</b>	<b>81,6%</b>	<b>18,4%</b>		<b>100,0%</b>	<b>86,8%</b>	<b>13,2%</b>		<b>55,1%</b>

Stand: 30.06.2005

**Tabelle 6:** AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der berichteten AIDS-Fälle<sup>9</sup> nach Bundesländern bzw. ausgewählten Großstädten<sup>8</sup> und Diagnosejahr sowie nach Korrektur für den Meldeverzug<sup>10</sup> zu erwartende Fälle

Bundesländer/ Großstädte	Jahr der Diagnose														Gesamt	
	< 1996	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003		2004		2005			
Baden-Württemberg	1.243	136	90	62	49	29	29	22	19	21	22	28	2	32	1.703	1.741
Bayern (ohne M)	886	103	68	56	41	26	29	14	10	13	19	23	0	6	1.252	1.265
München (M)	1.455	104	57	41	39	33	19	20	13	16	12	15	0	8	1.793	1.807
Berlin	3.407	321	198	190	188	204	168	150	142	172	166	222	5	111	5.139	5.331
Brandenburg	29	10	7	9	8	8	5	11	8	8	8	10	0	2	103	107
Bremen	220	17	18	5	1	7	8	7	3	4	1	1	0	1	287	289
Hamburg	1.580	182	144	93	102	79	92	89	90	117	68	138	0	34	2.519	2.650
Hessen (ohne F)	875	65	42	54	52	33	40	37	24	32	24	29	5	29	1.251	1.288
Frankfurt/M. (F)	996	75	49	37	40	55	37	28	22	24	30	36	5	29	1.374	1.406
Mecklenbg.-Vorp.	16	6	4	2	5	5	7	7	4	5	4	5	0	2	60	64
Niedersachsen	878	79	45	31	32	27	35	35	31	40	28	42	0	22	1.221	1.266
NRW (ohne K/D)	2.229	279	195	216	167	165	152	126	125	160	54	82	7	49	3.715	3.820
Köln (K)	829	74	59	47	40	26	32	25	21	26	10	15	0	6	1.163	1.179
Düsseldorf (D)	581	69	40	45	27	39	12	20	17	23	9	15	1	6	860	877
Rheinland-Pfalz	455	57	34	32	23	22	19	14	8	9	5	6	2	9	671	680
Saarland	157	20	13	11	9	1	3	2	1	1	0	0	0	0	217	217
Sachsen	25	8	6	4	4	2	2	5	1	1	0	1	2	2	59	60
Sachsen-Anhalt	14	2	6	0	1	5	6	3	8	10	5	7	2	5	52	59
Schleswig-Holst.	395	49	23	35	36	24	24	24	26	34	26	38	0	15	662	697
Thüringen	12	4	2	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	23	23
<b>Gesamt</b>	<b>16.282</b>	<b>1.660</b>	<b>1.100</b>	<b>972</b>	<b>864</b>	<b>791</b>	<b>719</b>	<b>641</b>	<b>573</b>	<b>716</b>	<b>491</b>	<b>713</b>	<b>31</b>	<b>368</b>	<b>24.124</b>	<b>24.826</b>

Grau unterlegt = nach Korrektur für den Meldeverzug zu erwartende Fälle

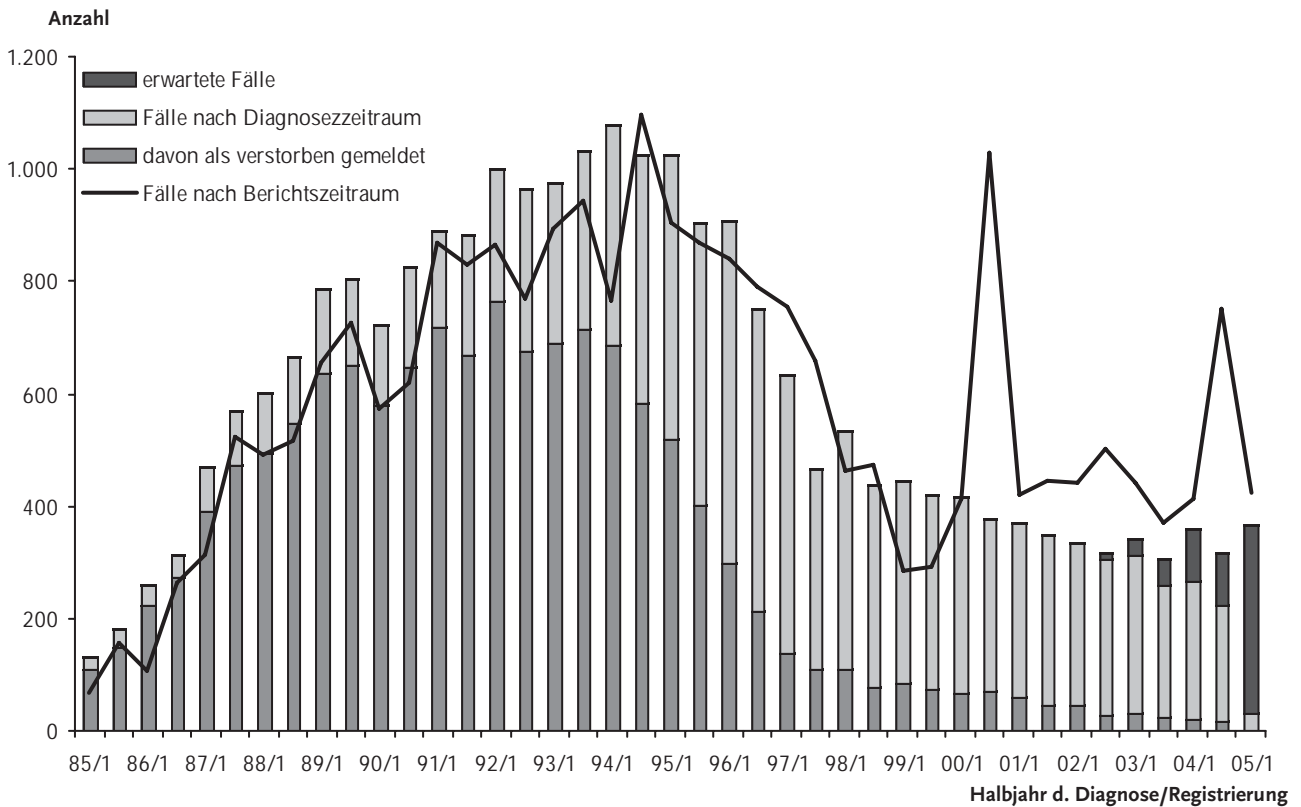
Stand: 30.06.2005

**Tabelle 7:** AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der in den letzten 36 Monaten berichteten AIDS-Fälle<sup>9</sup> nach Infektionsrisiko<sup>5,11</sup>,  
Inzidenz pro 100.000 Einw. sowie Anzahl der seit Erfassungsbeginn (1982) berichteten Fälle mit Anzahl  
der als verstorben berichteten Fälle nach Bundesländern und Großstädten über 250.000 Einwohner<sup>8</sup>

	01.07.2002–30.06.2005									Seit Erfassungsbeginn	
	Infektionsrisiko								Inzidenz/ 100.000	Gesamt	davon verstorben berichtet
	MSM	IVDA	Hämo/ Trans	Hetero	HPL	PPI	k.A./ andere	Gesamt			
<b>Baden-Württembg.</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>57</b>	<b>0,53</b>	<b>1.703</b>	<b>911</b>
Stuttgart	4	3	0	1	2	0	2	12	2,04	342	175
Mannheim	1	0	0	0	0	0	0	1	0,32	128	77
Karlsruhe	3	0	0	0	2	0	1	6	2,12	183	113
übriges Land	12	2	0	5	6	0	13	38	0,40	1.050	546
<b>Bayern</b>	<b>39</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>70</b>	<b>0,56</b>	<b>3.045</b>	<b>1.870</b>
München	22	3	0	2	5	0	3	35	2,80	1.793	1.157
Nürnberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	195	131
Augsburg	1	0	0	0	0	0	0	1	0,39	84	49
übriges Land	16	4	0	2	3	0	9	34	0,33	973	533
<b>Berlin</b>	<b>173</b>	<b>68</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>109</b>	<b>377</b>	<b>11,12</b>	<b>5.139</b>	<b>3.124</b>
<b>Brandenburg</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>0,85</b>	<b>103</b>	<b>24</b>
<b>Bremen</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>1,36</b>	<b>287</b>	<b>121</b>
Bremen (Stadt)	1	3	0	0	2	0	3	9	1,65	280	118
übriges Land	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	7	3
<b>Hamburg</b>	<b>120</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>201</b>	<b>11,59</b>	<b>2.519</b>	<b>1.182</b>
<b>Hessen</b>	<b>61</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>140</b>	<b>2,30</b>	<b>2.625</b>	<b>1.644</b>
Frankfurt a.M.	33	12	0	7	12	0	8	72	11,19	1.374	905
Wiesbaden	0	0	0	0	1	0	1	2	0,74	186	135
übriges Land	28	6	1	7	11	0	13	66	1,28	1.065	604
<b>Mecklenburg-Vorp.</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>0,64</b>	<b>60</b>	<b>24</b>
<b>Niedersachsen</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>78</b>	<b>0,98</b>	<b>1.221</b>	<b>703</b>
Hannover	10	4	0	1	5	0	4	24	2,13	390	255
übriges Land	17	8	0	7	6	0	16	54	0,79	831	448
<b>Nordrhein-Westf.</b>	<b>154</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>56</b>	<b>0</b>	<b>64</b>	<b>324</b>	<b>1,79</b>	<b>5.738</b>	<b>2.784</b>
Köln	27	3	0	0	4	0	6	40	4,14	1.163	725
Düsseldorf	16	6	0	0	5	0	11	38	6,64	860	414
Essen	4	2	0	0	1	0	1	8	1,36	325	148
Dortmund	8	3	0	1	3	0	5	20	3,39	320	142
Duisburg	8	3	0	0	1	0	2	14	2,76	208	111
Bochum	8	1	0	1	3	0	3	16	4,13	73	13
Wuppertal	5	1	0	1	5	0	1	13	3,59	188	73
Bielefeld	0	0	0	0	1	0	0	1	0,30	83	51
Gelsenkirchen	2	1	0	0	1	0	1	5	1,84	70	26
Bonn	4	2	0	0	4	0	0	10	3,21	208	80
Mönchengladbach	6	1	0	0	1	0	4	12	4,57	93	36
Münster	4	0	0	0	1	0	0	5	1,85	91	53
Aachen	2	0	0	0	3	0	1	6	2,34	145	76
übriges Land	60	12	0	12	23	0	29	136	1,10	1.911	836
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>0,47</b>	<b>671</b>	<b>372</b>
<b>Saarland</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,19</b>	<b>217</b>	<b>132</b>
<b>Sachsen</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>0,16</b>	<b>59</b>	<b>20</b>
Leipzig	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	10	4
Dresden	2	0	0	0	2	0	0	4	0,83	9	5
Chemnitz	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	8	1
übriges Land	2	0	0	0	0	0	1	3	0,10	32	10
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>0,63</b>	<b>52</b>	<b>17</b>
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>2,37</b>	<b>662</b>	<b>345</b>
<b>Thüringen</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,08</b>	<b>23</b>	<b>12</b>

Stand: 30.06.2005

**Abbildung 6:** AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Anzahl der gemeldeten AIDS-Fälle<sup>9</sup> nach Halbjahr der Diagnose/Registrierung, korrigiert<sup>10</sup>, mit Anteil der als verstorben gemeldeten Fälle

Stand: 30.06.2005

**Tabelle 8:** AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Berichtete AIDS-Fälle<sup>9</sup> bei männlichen und weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko<sup>5,11</sup> und Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Infektionsrisiko	01.07.2002–30.06.2005			Gesamt		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
MSM	663 59,5%	0 0,0%	663 47,3%	15.013 71,7%	1 0,0%	15.014 62,2%
IVDA	117 10,5%	59 20,6%	176 12,6%	2.438 11,6%	1.260 39,6%	3.698 15,3%
Hämo/Trans	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%	748 3,6%	158 5,0%	906 3,8%
Hetero	29 2,6%	37 12,9%	66 4,7%	532 2,5%	704 22,1%	1.236 5,1%
HPL	66 5,9%	110 38,3%	176 12,6%	487 2,3%	560 17,6%	1.047 4,3%
PPI	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	46 0,2%	51 1,6%	97 0,4%
k. A.	239 21,4%	81 28,2%	320 22,8%	1.679 8,0%	447 14,1%	2.126 8,8%
Gesamt	1.115 100,0%	287 100,0%	1.402 100,0%	20.943 100,0%	3.181 100,0%	24.124 100,0%

Stand: 30.06.2005

## Technische Anmerkungen zum Halbjahresbericht HIV/AIDS

- Es werden nur die Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests ausgewiesen. Nach § 4 Abs. 2 IfSG legt das RKI die Falldefinitionen für die HIV-Meldungen fest. Nach der Gemeinsamen Stellungnahme des Diagnostikausschusses der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und der Kommission für Virologische Diagnostik der Gesellschaft für Virologie (GFV)<sup>3</sup> 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 71 Infektionen, bei denen eine Doppelinfektion mit HIV-1 und HIV-2 anhand von Bandenmustern sicher belegt werden konnte. Bei weiteren 76 HIV-Meldungen, bei denen sowohl der Nachweis von Antikörpern gegen HIV-1 als auch gegen HIV-2 angegeben war, konnte nicht geklärt werden, ob es sich um Kreuzreaktionen oder tatsächlich um Doppelinfektionen handelt. Eine isolierte HIV-2-Infektion konnte in 24 Fällen durch Bandenmuster sicher belegt werden, bei weiteren 31 HIV-2-Meldungen liegen keine Bandenmuster vor.
- Nach der Verordnung über die Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungstests (Laborberichtsverordnung, LabVo) waren Laborärzte ab 1987 verpflichtet, jeden bestätigt positiven HIV-Antikörpertest in Form eines anonymen Berichtes an das Robert Koch-Institut zu melden. Bis 1992 konnten Mehrfachmeldungen nur dann erkannt werden, wenn das meldende Labor auf dem Berichtsbogen vermerkt hatte, dass die untersuchte Blutprobe von einer bereits als HIV-positiv bekannte Person stammt. Erst ab 1993 erlaubt die veränderte Erfassung eine Differenzierung zwischen „gesicherten“ Erstdiagnosen und Meldungen, bei denen dem Labor keine Informationen über einen eventuell früher durchgeführten positiven HIV-Test vorlagen („Meldestatus unbekannt“). Soweit nicht anders vermerkt, werden in den Tabellen nur die als „gesicherte Erstdiagnosen“ gekennzeichneten Meldungen ausgewiesen, d. h. nur die Meldungen, bei denen eine frühere bestätigt positive Testung auf HIV definitiv nicht bekannt ist. Nach dem In-Kraft-Treten (01.01.2001) des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erfolgen die Meldungen (§ 7 Abs. 3 Nr. 2 IfSG und § 10 Abs. 2 IfSG) mit einer fallbezogenen Verschlüsselung, die bei Wahrung der Anonymität das Auffinden von Mehrfachmeldungen ermöglicht.
- Es wird der Zeitpunkt der HIV-Diagnose (Durchführung des Bestätigungstestes) wiedergegeben. Direkte Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Infektion sind in den meisten Fällen nicht möglich, da Infektion und Test zeitlich weit auseinander liegen können. Die Meldungen über HIV-Neudiagnosen dürfen daher weder mit der HIV-Inzidenz (Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit) noch mit der HIV-Prävalenz (Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden HIV-Infektionen) gleichgesetzt werden. Faktoren, die den Zeitpunkt des Testes und damit der Diagnose beeinflussen können, sind das Bewusstsein gefährdeter Personen, ein Infektionsrisiko eingegangen zu sein, das Auftreten und die Schwere von Symptomen, das Diagnoseverhalten der Ärzte, das Angebot von Testmöglichkeiten und die Inanspruchnahme solcher Testangebote durch gefährdete Personen. Insbesondere Veränderungen dieser Parameter im Zeitverlauf können die Interpretation der Daten erschweren.  
In Abwesenheit anderer Datenquellen zur HIV-Inzidenz bieten die Meldungen über HIV-Neudiagnosen, unter der Voraussetzung, dass sich keine tiefgreifenden Veränderungen im Test- und Meldeverhalten ereignen, die derzeit bestmögliche Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.
- Es wird das nach allen vorliegenden Informationen als wahrscheinlichster Infektionsweg eingestufte Infektionsrisiko angegeben. Männer, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i. v. Drogenkonsum angegeben wird, werden unter der Kategorie „IVDA“ subsummiert. In der Kategorie „Trans“ werden Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (die nicht Hämophile sind) sowie Empfänger von Transplantaten – einschließlich Patienten, die die Transfusion im Ausland erhalten haben – zusammengefasst. Personen, die aus Hochprävalenzländern stammen (HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung > 1 %) und für die kein anderes Infektionsrisiko angegeben wurde, werden unter der Kategorie „HPL“ geführt. Fälle, bei denen Angaben zum Infektionsrisiko fehlen und Fälle, bei denen kein Infektionsrisiko erfragt werden konnte, werden unter der Kategorie „k. A.“ zusammengefasst.
- Es wurde eine Meldung erfasst (1993), bei der die berufliche Exposition als wahrscheinlicher Infektionsweg anzusehen ist, ohne dass dies zweifelsfrei gesichert ist. Eine weitere Meldung betrifft eine wahrscheinlich durch Stichverletzung in Berufsausübung erworbene HIV-Infektion (2001), die im *Epid. Bull.* 42/2001 publiziert wurde. Beide Fälle wurden unter der Kategorie „Keine Angaben/Sonstige“ subsummiert.
- Für Kinder von HIV-infizierten Müttern unter 18 Monaten werden seit dem Halbjahresbericht I/2003 nur noch die gesicherten Infektionen ausgewiesen. Veränderte Zahlen im Vergleich zu früheren Berichten ergeben sich daraus, dass bisher sowohl infizierte als auch exponierte Kinder (d. h. Mutter HIV-infiziert) ausgewiesen wurden. Seit 1998 werden – zusätzlich zu den infizierten Kindern – jährlich zwischen 250 und knapp 300 exponierte Kinder gemeldet. In diesen Zahlen können noch unerkannte Mehrfachmeldungen enthalten sein.
- Die Einwohnerzahlen der Bundesländer und ausgewählter Städte entsprechen der von den Statistischen Landesämtern bekanntgegebenen Jahresendbevölkerung 2003.
- Seit 1982 werden die freiwilligen und anonymen Fallberichte der behandelnden Ärzte über AIDS-Erkrankungs- und -Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland in einem zentralen Fallregister zusammengetragen und ausgewertet. Dieser Bericht gibt den jeweils zum Halbjahresende aktuellen Informationsstand wieder. In das AIDS-Fallregister werden nur Erkrankte aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und die der geltenden Falldefinition für die epidemiologische Überwachung von AIDS<sup>1</sup> 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.
- Zur Berechnung der durch den Meldeverzögerung in Zukunft noch zu erwartenden AIDS-Fallberichte wird das vom *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS* verwandte Verfahren von Heisterkamp und Downs<sup>2</sup> eingesetzt.
- 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:

- 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
- Heisterkamp SH, Jager JC, Downs AM, Van Druten JAM, Ruitenberg EJ: Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Statistics in Medicine* 1989; 8: 963–976
- 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

### Verwendete Abkürzungen (Infektionsrisiko):

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

## HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland Aktuelle epidemiologische Daten (Stand v. 30.06.2005)

Halbjahresbericht I/2005 aus dem Robert Koch-Institut

<b>Anmerkungen zur Bewertung der Situation in Deutschland</b> .....	I
▶ Zu Entwicklungen und Trends bei den neu diagnostizierten HIV-Infektionen .....	I
▶ Zur Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen .....	3
<b>Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland</b> .....	5
Tab. 1: HIV-Bestätigungstests nach Meldestatus und Diagnosezeitraum	5
Abb. 1: HIV-Erstdiagnosen nach Halbjahr der Diagnose und Infektionsrisiko .....	5
Tab. 2: HIV-Erstdiagnosen nach Diagnosezeitraum und Geschlecht	6
Abb. 2: HIV-Erstdiagnosen nach Jahr der Diagnose und Infektionsrisiko	6
Tab. 3: HIV-Erstdiagnosen nach Infektionsrisiko, Geschlecht und Jahr der Diagnose .....	7
Abb. 3: HIV-Erstdiagnosen nach Halbjahr der Diagnose und Betroffenengruppen .....	8
Abb. 3A: HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner nach Altersklassen und Geschlecht .....	8
Abb. 4: Verteilung der HIV-Erstdiagnosen in den vier wichtigsten Betroffenengruppen nach Altersgruppen in den fünf letzten 12-Monatszeiträumen .....	9
Tab. 4: HIV-Erstdiagnosen nach Bundesländern, Großstädten und Infektionsrisiko .....	10
Abb. 5a: Inzidenz der vom 01.07.2004 bis zum 30.06.2005 diagnostizierten gesicherten HIV-Erstmeldungen nach Postleitregionen	11
<b>AIDS-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland</b> .....	12
Abb. 5b: Inzidenz der vom 1.7.2002 bis zum 30.6.2005 diagnostizierten und berichteten AIDS-Erkrankungen nach Postleitregionen	11
Tab. 5: Verteilung der neu registrierten AIDS-Fälle nach Bundesländern, Großstädten und Geschlecht sowie berichtete Todesfälle	12
Tab. 6: Verteilung der AIDS-Fälle nach Bundesländern, Großstädten und Jahr der Diagnoses .....	12
Tab. 7: Verteilung der AIDS-Fälle nach Bundesländern, Großstädten und Infektionsrisiko .....	13
Abb. 6: AIDS-Fälle nach Halbjahr der Diagnose/Registrierung mit Korrektur für den Meldeverzögerung .....	14
Tab. 8: Verteilung der berichteten AIDS-Fälle nach Infektionsrisiko und Geschlecht .....	14
<b>Technische Anmerkungen zum Halbjahresbericht HIV/AIDS</b> .....	15
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	16

Dieser Bericht enthält Daten und Informationen, die im Fachgebiet 34 der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts gesammelt und ausgewertet wurden. Grundlage sind die bis zum 31.12.2004 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 **Einzelexemplare** beim Robert Koch-Institut (RKI, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet 34, Seestraße 10, 13353 Berlin; Tel.: 01888.754-3402, Fax: 01888.754-3533) angefordert werden. Der Bericht wird auch im Internet (<http://www.rki.de>) angeboten.

**Ansprechpartner** sind Herr Dr. O. Hamouda und Herr Dr. U. Marcus (inhaltliche Fragen zum Bericht; Tel.: 01888.754-3420 bzw. -3467) sowie Frau Dr. L. Voß (speziell zu HIV-Infektionen; Tel.: 01888.754-3421). Anfragen zu speziellen statistischen Angaben können an Herrn C. Kollan (Tel.: 01888.754-3423) gerichtet werden.

### Impressum

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 01888.754-0  
Fax: 01888.754-2628  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto:EpiBull@rki.de)

#### Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)  
unter Mitarbeit von  
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und  
Dr. med. Ulrich Marcus  
Tel.: 01888.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)  
E-Mail: [SteffensI@rki.de](mailto:SteffensI@rki.de);  
[KiehlW@rki.de](mailto:KiehlW@rki.de); [MarcusU@rki.de](mailto:MarcusU@rki.de)

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455  
Fax.: 01888.754-2459  
E-Mail: [FehrmannS@rki.de](mailto:FehrmannS@rki.de)

#### Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff  
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg  
Abo-Tel.: 030.948781-3

#### Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen 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 dabei vorausgesetzt.

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

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter [www.rki.de](http://www.rki.de), Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

#### Druck

die partner, karl-heinz kronauer, berlin

#### Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A 14273