Jahrespressekonferenz 2012

Presse-Information

„Schützen Medikamente vor HIV?"
Menschen mit HIV unter der Nachweisgrenze nicht mehr infektiös
AIDS-Hilfe NRW bekräftigt erfolgreiche Präventionsstrategien

Düsseldorf, 04.09.2012 (Sperrfrist 11.00 Uhr) – Menschen mit HIV sind unter gut verlaufender antiretroviraler Therapie nicht mehr infektiös. Darauf weist heute die AIDS-Hilfe NRW anlässlich ihrer Jahrespressekonferenz hin. Die antiretroviralen Therapien verbessern die Lebensqualität der circa 17.500 Menschen mit HIV in NRW und verlängern ihre Lebensdauer. „Die Schutzwirkung einer erfolgreichen Therapie darf aber nicht dazu führen, Menschen gegen ihren Willen und ohne medizinische Notwendigkeit vorzeitig zu einer Therapie zu überreden, um mögliche Ansteckungen zu verhindern", sagte Arne Kayser vom Vorstand der AIDS-Hilfe NRW. „Dafür stehen allen andere Präventionsmöglichkeiten zur Verfügung."

Andernorts groß angelegte Testscreenings machen in Deutschland keinen Sinn. Einerseits wird der überwiegende Teil (72%) der Neudiagnosen bei schwulen Männern festgestellt, andererseits wurden in den letzten Jahren hohe Standards für die Beratung vor und nach einem HIV-Test entwickelt, die eine fundierte Entscheidung für oder gegen einen Test und individuell passende Präventionsstrategien ermöglichen. „Staatlich verordneter Schutz hilft nicht, freiwilliger Schutz ist dagegen nachhaltig", erläutert Landesgeschäftsführer Patrik Maas. „Die deutsche HIV-Prävention ist im europäischen Vergleich so erfolgreich, weil sie auf Beteiligung und fundierte Informationen setzt."

Auch ohne staatlichen und medizinischen Druck sind knapp Dreiviertel der Menschen mit HIV in NRW in Therapie (ca. 12.600). „Diese hohe Zahl antiretroviraler Therapien wird mittel- bis langfristig einen epidemiologischen Effekt erzielen, ganz ohne Massenscreenings", ergänzte Maas. Die AIDS-Hilfe NRW geht davon aus, dass die Zahl der Neuinfektionen auch in den kommenden Jahren weiter stagniert.

In Nordrhein-Westfalen wurden 2011 in NRW 650 neue HIV-Diagnosen gemeldet, ein leichter Rückgang um 5%. Von den etwa 17.500 Menschen mit HIV in NRW sind 80% Männer und 20% Frauen.

Die Mitgliedsorganisationen der AIDS-Hilfe NRW hatten im Jahr 2011 mit ihren primärpräventiven Maßnahmen Kontakt zu rund 329.000 Menschen, über die Hälfte davon zu Jugendlichen unter 21 Jahren und ein Viertel zu Menschen mit Migrationshintergrund. Insgesamt erreichten sie mit ihren Angeboten der Prävention, Beratung und Betreuung etwa 358.000 Menschen.

AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

Schützen Medikamente vor HIV?

Redetext von
Arne Kayser - Vorstand der AIDS-Hilfe NRW
und Patrik Maas - Landesgeschäftsführer der AIDS-Hilfe NRW

Meine Damen und Herren,

im vergangenen Jahr informierten wir Sie an dieser Stelle hauptsächlich über die Lebenssituation der Menschen mit HIV. Noch nie lebten in Nordrhein-Westfalen so viele Menschen mit dem HI-Virus wie zurzeit, hieß es. Und in der Tat weisen die ständig korrigierten Zahlen des Robert-Koch-Instituts für Ende 2011 noch einmal mehr, insgesamt circa 17.500, HIV-positive Menschen aus, die in unserem Bundesland leben.

Ein großer Teil dieser Menschen profitiert von den stetig verbesserten antiretroviralen Therapien, die seit über einem Jahrzehnt zur Verfügung stehen. Sie verbessern die Lebensqualität spürbar und verlängern die Lebensdauer erheblich. Dies liegt unter anderem daran, dass durch die Medikamente die Viruslast oft bis unter die Nachweisgrenze gedrückt und so das Immunsystem gestärkt wird. Was vielen nicht bewusst ist, was aber an dieser Stelle noch einmal ganz deutlich formuliert werden muss: Menschen mit HIV unter gut verlaufender antiretroviraler Therapie, das heißt bei niedriger Viruslast, sind nicht mehr infektiös. Dies bestätigen verschiedene wissenschaftliche Studien aus den zurückliegenden Jahren.

Menschen mit HIV bei niedriger Viruslast nicht mehr infektiös

Man kann also sagen, dass Sex ohne Kondom unter gewissen Umständen auch sicher ist. Vielleicht verfolgen Sie die Gerichtsverfahren gegen Menschen mit HIV, die andere angeblich bewusst infiziert oder auch nur die Möglichkeit einer Infektion zugelassen haben. Die Schutzwirkung einer gut verlaufenden HIV-Therapie ist dabei zunehmend ausschlaggebend, die Beklagten freizusprechen. Wir vertreten, dass der Staatsanwalt sich grundsätzlich nicht einzumischen hat, wenn Erwachsene einvernehmlich Sex haben. Strafrechtliche Verfolgungen laufen einer wirkungsvollen HIV-Prävention absolut zuwider.

Der Sachverhalt, dass Menschen bei wirkungsvoller HIV-Therapie nicht infektiös sind, wird auf europäischer Ebene oft als Argument benutzt, Menschen mit HIV im Sinne eines Public-Health-Ansatzes rechtzeitig in eine Behandlung zu bringen. Das meint, dass individuelle Therapieentscheidungen einem kollektiven Gesundheitsgewinn untergeordnet werden. Die medizinische Behandlung mit der antiretroviralen Therapie soll somit Einfluss auf das primärpräventive Geschehen nehmen.

AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

Testscreenings machen in Deutschland keinen Sinn

Um dies zu erreichen, werden andernorts groß angelegte Screenings unternommen, um möglichst jeder HIV-Infektion auf die Spur zu kommen. Beispielsweise werden Tests bei der Aufnahme in stationäre Behandlung, bei amts- oder betriebsärztlichen Untersuchungen oder bei jeder Routine-Blutuntersuchung gemacht. In Deutschland machen groß angelegte Screenings keinen Sinn. Denn die HIV-Inzidenz, das heißt, die Verteilung der Infektionen auf bestimmte Gruppen, weist den größten Teil der Infektionen der Gruppe der Schwulen bzw. Männer, die Sex mit Männern haben, zu. Zudem sprechen andere Gründe gegen ein solches Vorgehen.

Erstens steht Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Staaten sehr gut da. In Westeuropa werden hier neben Finnland die geringsten HIV-Neudiagnosen registriert. Daher tun wir gut daran, an unserer erfolgreichen Lernstrategie festzuhalten und nicht weniger Erfolg versprechende Suchstrategien zu verfolgen.

Zweitens haben wir in den letzten Jahren Standards für HIV-Tests entwickelt, die für eine erfolgreiche Prävention unerlässlich sind. Eine persönliche Beratung der zu testenden Personen, und zwar vor und nach dem Test, ist unbedingt geboten. Jede und jeder, der in Deutschland einem HIV-Test unterzogen werden soll, muss über die Voraussetzungen und Folgen einer möglichen HIV-Infektion im Vorfeld informiert werden und kann erst daraufhin dem Test zustimmen oder ihn ablehnen. Darüber hinaus muss es möglich bleiben, sich anonym testen zu lassen, ohne dass das Testergebnis aktenkundig wird.

Drittens leben wir in einem Land, in dem die freie Selbstbestimmung eine hohe Priorität besitzt. Es gibt auch ein Recht auf Nichtwissen. Niemand darf ohne seine Zustimmung getestet, niemand darf zum Test gezwungen werden. Ebenso darf es bei Testablehnung zu keiner Diskriminierung kommen.

Und viertens schließlich gilt, dass ein Test nur dann sinnvoll und moralisch vertretbar ist, wenn die Testperson auch die sichere Möglichkeit einer antiretroviralen Therapie hat.

Umso erfreulicher, dass der im internationalen Vergleich sehr erfolgreichen deutschen HIV-Prävention auf der Welt-Aids-Konferenz im Juli in Washington großes Interesse entgegengebracht wurde.

Therapie nur bei medizinischer Indikation

Noch zugespitzter als routinemäßige Screenings verliefe die „Test and Treat"-Strategie. Hier soll im Anschluss an jedes positive Testergebnis unmittelbar eine Therapie eingeleitet werden, um die Gefahr weiterer HIV-Infektionen durch die Behandlung zu senken. Diese Strategie verstößt ganz klar gegen die Treatment Guidelines der European Aids Clinical Society, die jeder Patientin und jedem Patienten eine individuelle The-

AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

rapieentscheidung zubilligt und zudem die medizinische Indikation einer antiretroviralen Therapie an bestimmte Blutwerte bindet.

Wir sprechen uns eindeutig dagegen aus, kollektiven Nutzen, das heißt den Effekt von Therapien auf das allgemeine Infektionsgeschehen in Deutschland, dem individuellen Nutzen einer Therapie bzw. dem Gesundheitsgewinn Einzelner vorzuziehen. Es ist sowohl vom juristischen Standpunkt aus betrachtet als auch aus ethischer Sicht unzulässig, Menschen mit HIV individuell in eine medizinische Behandlung mit zum Teil erheblichen Nebenwirkungen zu bringen, um einen gesellschaftlichen oder gesundheitspolitischen Nutzen daraus zu ziehen. Nach Stand der Dinge verbietet es sich, Patientinnen und Patienten vor der Feststellung einer klaren medizinischen Indikation eine antiretrovirale Therapie zu verabreichen, nur um Public-Health-Strategien oder ökonomischen Interessen nachzukommen.

Unser Leitbild ist das mündiger Patientinnen und Patienten. Zumal Freiwilligkeit und Mitwirkung unabdingbar sind für jede Therapie. Denn wenn die Medikamente nicht korrekt und regelmäßig eingenommen werden, besteht die Gefahr, dass sich Resistenzen bilden, was wiederum nicht im Sinne von Public-Health-Strategien sein dürfte.

Schützen Medikamente vor HIV?

Die Frage, ob Medikamente vor HIV schützen, lässt sich demnach zweifach beantworten. Ja, Medikamente schützen die Sexpartner von Menschen mit HIV in Therapie. Sie sind nicht mehr infektiös. Andererseits ist es unzulässig, alle Menschen mit HIV sofort in Therapie zu bringen, um weitere Infektionen zu verhindern. Der strategische Einsatz von Medikamenten eignet sich nicht zur erfolgreichen Prävention.

Hinter den Public-Health-Strategien und Massentestungsplänen stehen aus unserer Sicht der Wunsch nach umfassenden staatlichem Schutz und die Phantasie, alles unter Kontrolle bringen zu können. Wer so denkt, irrt. Der Staat kann nicht vor HIV schützen, Prävention entwickelt sich in der jeweiligen Situation. Es kommt auf die jeweiligen Beteiligten an, ob das erlangte Wissen auch in der Realität angewandt wird, ob die bestehenden Risiken richtig eingeschätzt werden oder ob es tatsächlich zu einer Risikosituation kommt.

Das gleiche gilt für die Bereitschaft, sich testen zu lassen. Auch hier entscheiden die Beteiligten selbst, ob sie aus Angst oder im Wissen um die Risiken regelmäßig einen HIV-Test machen, ob sie sich nur nach konkreten Risikosituationen einem Test unterziehen oder ob sie gemäß dem Motto „Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß" die Risiken ausblenden oder verdrängen und einen Test verweigern. Die zahlreichen Testberatungen der Aidshilfen und Gesundheitsämter in NRW beraten ergebnisoffen und helfen, die jeweils passende Präventionsstrategie herauszufinden.

Und schließlich entscheiden positiv Getestete nach Abwägen aller Fakten selbst, ob sie sich sofort einer Therapie unterziehen möchten, zu einem

AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

späteren Zeitpunkt oder gar nicht. Es entscheidet die jeweilige Patientin oder der jeweilige Patient. Kriterien bei dieser Entscheidung sollten die Blutwerte sein, die allgemeine Verfassung und Lebenssituation sowie die Gewährleistung, die Therapie zukünftig kontinuierlich nehmen zu können. Zudem besteht tatsächlich bei vielen der Wunsch, nicht mehr infektiös sein zu wollen.

Nur freiwilliger Schutz wirkt

In der Bundesrepublik Deutschland haben wir in den zurückliegenden dreißig Jahren gute Erfahrung mit Lernstrategien in der HIV- und Aidsprävention gemacht. Staatlich verordneter Schutz hilft nicht. Vielmehr ist er kontraproduktiv, denn die meisten verlassen sich darauf, ohne sich der tatsächlichen individuellen Risiken bewusst zu werden. Freiwilliger Schutz ist dagegen nachhaltig und wird aus eigener Überzeugung gewählt. Die deutsche HIV-Prävention ist so erfolgreich, weil sie auf Beteiligung der am stärksten von HIV betroffenen Gruppen setzt und Diskriminierung entgegenwirkt.

Und das sei dann auch abschließend an dieser Stelle gesagt: Auch ohne Druck seitens des Staates oder seitens der Medizin sind die meisten Menschen mit HIV in unserem Land in Therapie, geschätzt 12.600, also knapp Dreiviertel. Somit wird diese hohe Zahl antiretroviraler Therapien mittel- bis langfristig auch einen epidemiologischen Effekt erzielen, ganz ohne Massenscreening und „Test and Treat"-Strategie.

Vielen Dank!

AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

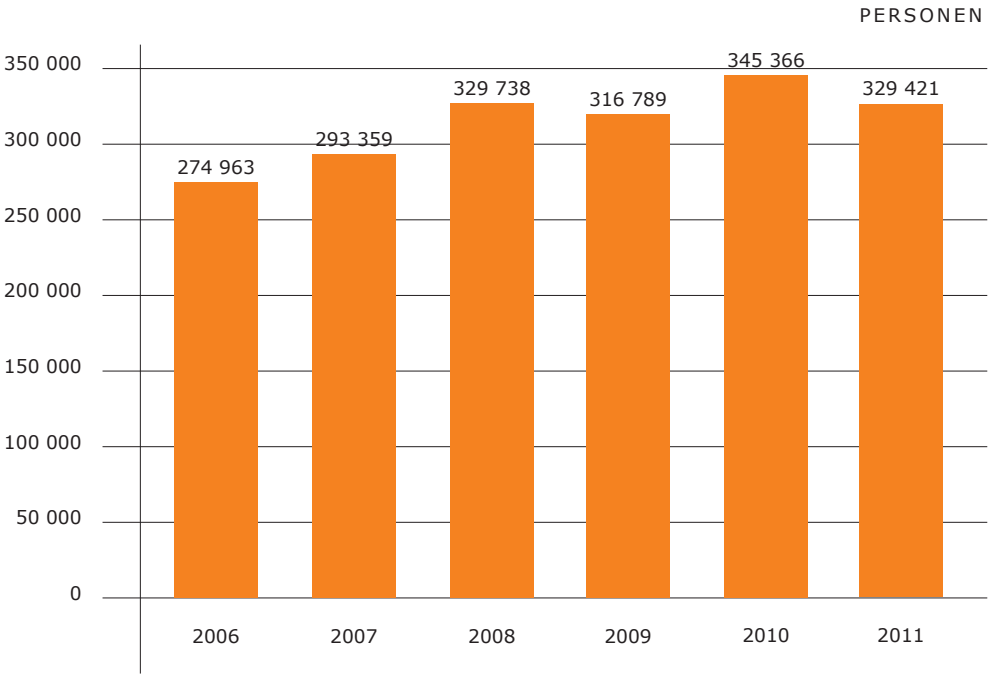
Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

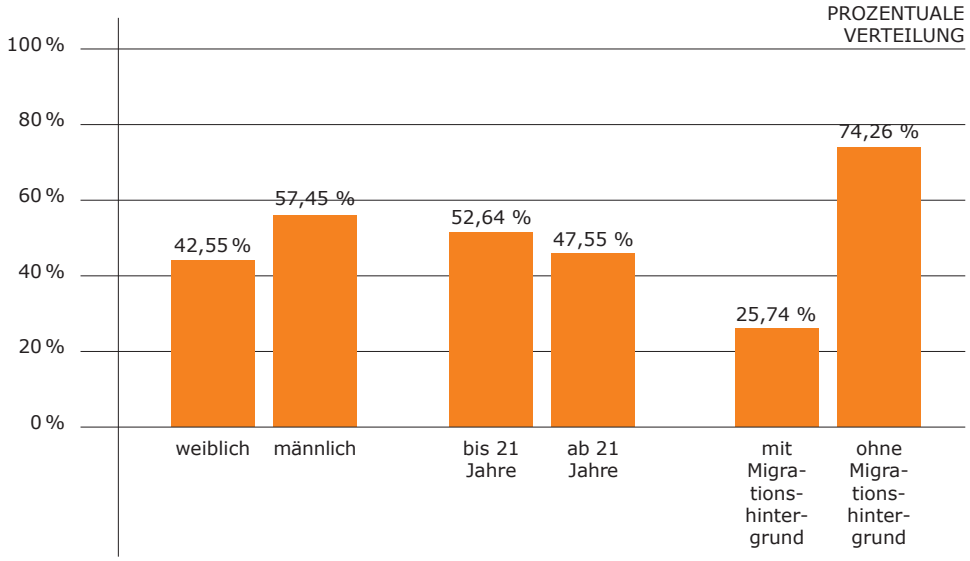
Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

Jahrespressekonferenz 2012

Leistungsprofil der Aidshilfen in NRW 2011

Primärprävention | erreichte Personen





AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

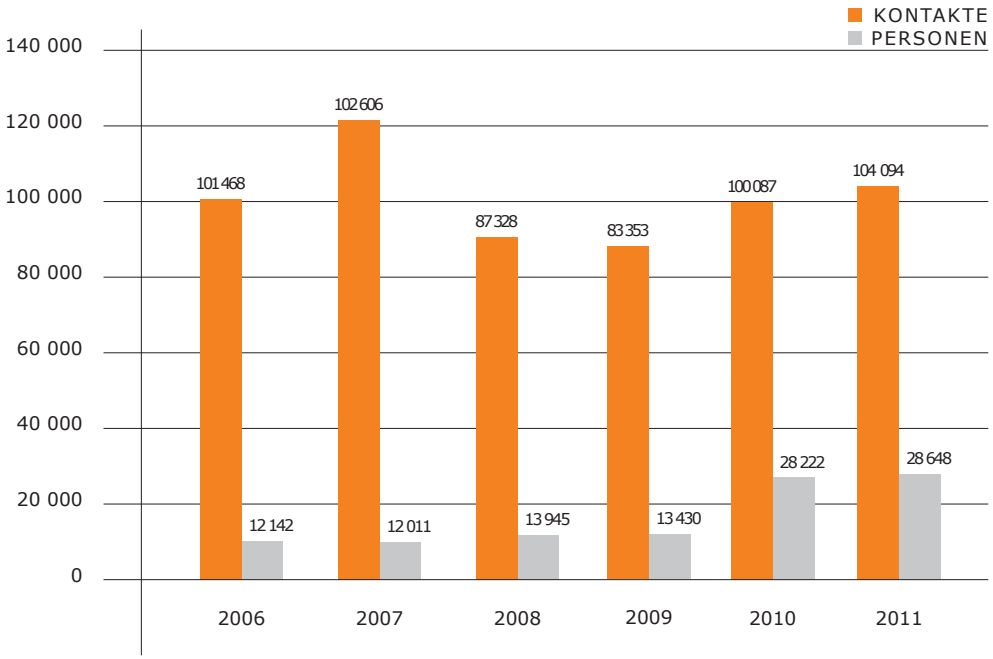
Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

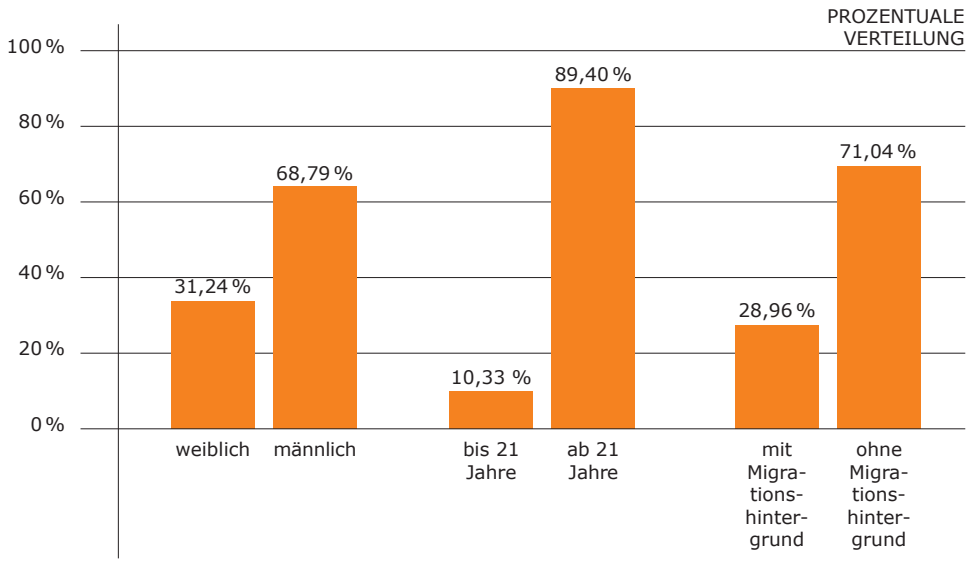
Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

Jahrespressekonferenz 2012

Leistungsprofil der Aidshilfen in NRW 2011

Sekundär- und Tertiärprävention | erreichte Personen





AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

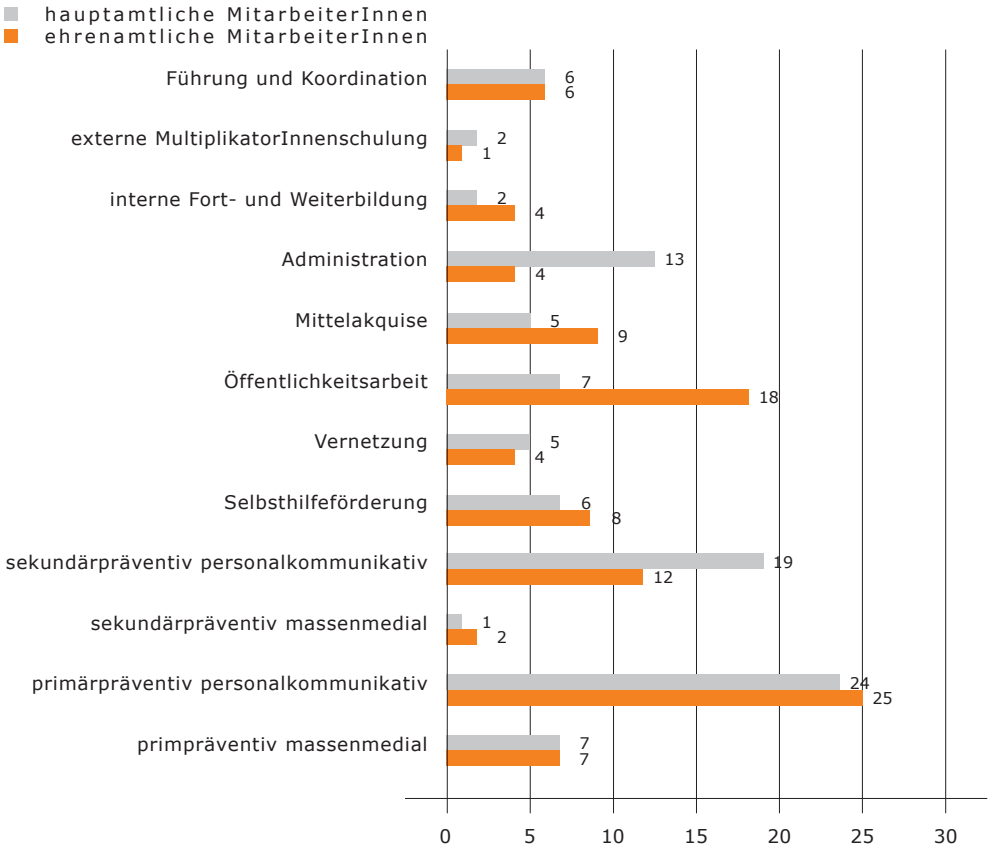
Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

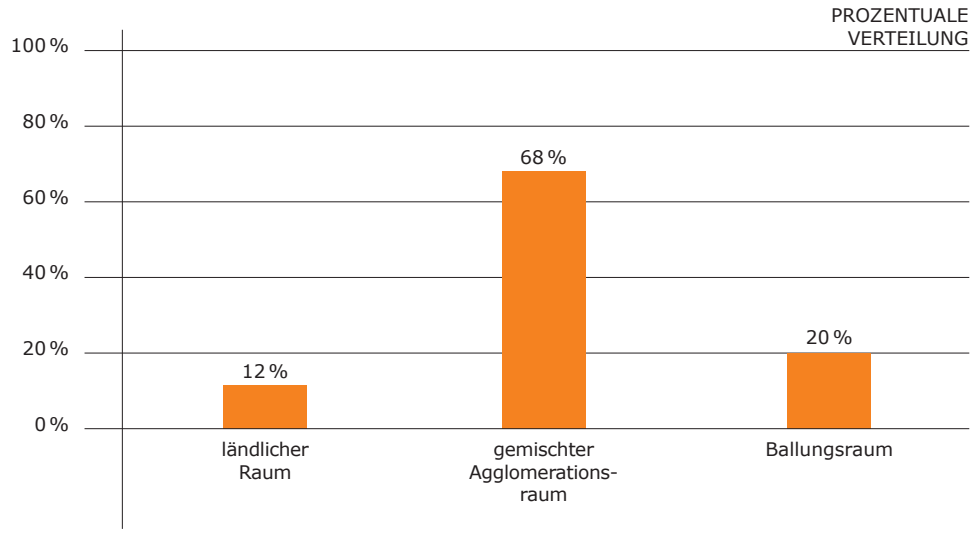
Jahrespressekonferenz 2012

Leistungsprofil der Aidshilfen in NRW 2011

Arbeitszeitaufwendungen



Haupttätigkeitsgebiet



AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

Jahrespressekonferenz 2012

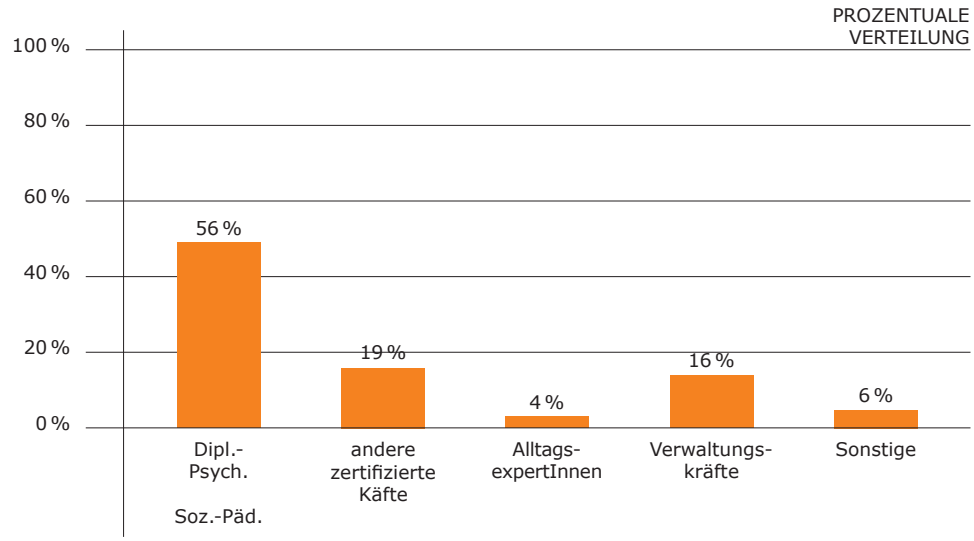
Leistungsprofil der Aidshilfen in NRW 2011

ehrenamtlich tätige MitarbeiterInnen	
ehrenamtliche MitarbeiterInnen insgesamt	1 487,0
durchnittlich pro Verein	36,3
ehrenamtlich geleistete Stunden	117 575,0
durchschnittlich pro Verein	2 867,7

hauptamtliche MitarbeiterInnen	
beschäftigte Personen	240,0
Vollzeitäquivalente	171,3

Honorarkräfte	
geleistete Stunden insgesamt	15 418,0
durchschnittlich pro Verein	377,6

Qualifikation der Beschäftigten



AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

Jahrespressekonferenz 2012

Weitere Informationen

HIV und Aids in NRW – Die Zahlen

Das Robert-Koch-Institut in Berlin schätzt die epidemiologische Situation für NRW folgendermaßen ein:
In Nordrhein-Westfalen leben zurzeit wie gesagt etwa 17.500 Menschen mit dem HI-Virus, 14.000 Männer und 3.500 Frauen. Die Zahl der Kinder mit HIV lag unter 50 landesweit.

Im vergangenen Jahr wurden 650 neue HIV-Infektionen gemeldet, ein leichter Rückgang von 5 Prozent. Der Anteil der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), lag nach wie vor bei etwa 72 Prozent. Der Anteil der Drogen gebrauchenden Menschen lag bei unter 8 Prozent und der Anteil der über heterosexuelle Kontakte Infizierten bei jetzt 20 Prozent.

Die Zahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten lag 2011 bei etwa 160. Insgesamt bewerten wir die aktuellen Zahlen als zufriedenstellend. Wie vor einigen Jahren von uns prognostiziert, stagnieren die Zahlen, nachdem sie Anfang des Jahrtausends deutlich angestiegen waren. Diese Entwicklung war der immer besseren statistischen Erhebung und der ansteigenden Testbereitschaft geschuldet. Es ist davon auszugehen, dass die Zahlen auch in den kommenden Jahren weiter stagnieren.

Mit Blick auf die Statistik sind unsere 42 Mitgliedsorganisationen mit ihren Serviceeinrichtungen und Beratungsstellen in ganz Nordrhein-Westfalen für Interessierte und Hilfesuchende nach wie vor gut erreichbar. 2011 haben sie mit primärpräventiven Maßnahmen vor Ort Kontakt zu circa 329.500 Menschen gehabt.

Der Anteil der primärpräventiven Kontakte mit Jugendlichen bis 21 Jahren beträgt 52 Prozent, in absoluten Zahlen rund 173.000. Mit Erwachsenen ab 22 Jahre beträgt der Anteil 48 Prozent ein, in absoluten Zahlen 156.500 Kontakte. Der Anteil primärpräventiver Kontakte zu Menschen mit Migrationshintergrund beträgt über 25 Prozent, das entspricht fast 85.000 Kontakten.

Darüber hinaus stand die Aidshilfe im vergangenen Jahr (2011) weiteren über 28.500 Menschen beratend oder begleitend zur Seite, der Mehrzahl sogar mehrmals im Jahr, so dass in 2011 über 104.000 Gespräche mit Menschen mit HIV, deren Angehörigen und Freunden verzeichnet werden konnten.

Insgesamt haben die Mitgliedsorganisationen der AIDS-Hilfe NRW im Jahr 2011 also schätzungsweise 358.000 Menschen mit ihren Angeboten der Prävention, Beratung und Betreuung erreicht.

Die AIDS-Hilfe NRW stärkt und ermöglicht nicht nur ehrenamtliches Engagement, sie braucht es. Wir sind stolz, dass sich im vergangenen Jahr 1.487 Ehrenamtliche insgesamt rund 117.600 Stunden für die Aidshilfe engagiert haben. Daneben sind gut 240 Angestellte tätig, die zusammengerechnet 167 Vollzeitstellen besetzen und durch das Land NRW, die jeweiligen Kommunen und aus Eigenmitteln finanziert werden.

AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

Betrachtet man den Zeitaufwand der Aidshilfen insgesamt, wenden wir etwa ein Drittel der Arbeit für die Primärprävention, knapp ein Viertel für die Beratung und Betreuung sowie die Förderung der Selbsthilfe auf. Etwa 28 Prozent Arbeitszeit investieren wir in die Öffentlichkeitsarbeit, die Vernetzung und die Fort- und Weiterbildung der Haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und nur 14 Prozent für die Verwaltung. Für die Akquise von Mitteln müssen unsere Mitgliedsorganisationen aber immer noch 7 Prozent ihrer Arbeitszeit investieren.

Daher weisen wir auch in diesem Jahr darauf hin, dass der Finanzbedarf bei den Aidshilfen ständig steigt, dass wir demnach immer mehr Drittmittel akquirieren müssen und für die gleichen Inhalte bei gleicher Förderhöhe immer mehr Arbeit zu leisten ist.

Die Studien

Eine Studie des „HIV Prevention Trials Networks" (HPTN 052) bestätigte 2011, dass die Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV durch die antiretroviralen Medikamente um 96 Prozent reduziert wird und damit eine Therapie. den HIV-negativen Partner praktisch vollständig vor einer HIV-Übertragung schützt. Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) und die Deutsche AIDS-Hilfe hatten bereits 2008 bzw. 2009 den Schluss gezogen, dass bei Positiv/Negativ-Paaren die Therapie (unter genau definierten Bedingungen) ausreicht, um vor einer Infektion zu schützen – und dafür zum Teil heftige Kritik aus dem Ausland geerntet. Diese Aussage wurde durch HPTN 052 bewiesen.

Eine weitere US-amerikanische Studie von Colleen F. Kelley et al. hatte ebenfalls 2011 gezeigt, dass in der Regel bei niedriger Viruslast im Blut auch die Viruslast im Rektum niedrig ist und dass unter effektiver Therapie auch bei Vorliegen von sexuell übertragbaren Krankheiten die Viruslast – anders als ohne Therapie – in der Regel nicht anzusteigen scheint.

Public Health

Public Health (Gesundheitswissenschaft) beschäftigt sich mit den geistigen, körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit einer Gesellschaft.

Screening

Ein Screening (englisch für: Aussieben, Auswahlmethode, Rasterung) ist ein systematisches Testverfahren, um innerhalb eines definierten Prüfbereichs bestimmte Eigenschaften der Prüfobjekte zu identifizieren. Das bekannteste Screening wird zur Früherkennung von Brustkrebs durchgeführt.

AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

Jahrespressekonferenz 2012

Weitere Informationen

Suchstrategie

Wie können möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen ermittelt und stillgelegt werden?

Lernstrategie

Wie können möglichst schnell, möglichst bevölkerungsumfassend, möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse organisiert werden, mit denen sich Einzelne, Gruppen, Institutionen und die ganze Gesellschaft maximal präventiv und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein normales Leben mit dem Virus einstellen können?

Treatment Guidelines der European Aids Clinical Society

Die ersten HIV-Behandlungsrichtlinien der European Aids Clinical Society wurden im Juni 2003 veröffentlicht. Sie werden regelmäßig durch ein Expertengremium aktualisiert.

AIDS-Hilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20 | 50674 Köln

Dr. Guido Schlimbach
Pressesprecher

Fon 0221-925996-17
Fax 0221-925996-9
guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de
www.nrw.aidshilfe.de

ROBERT KOCH INSTITUT

HIV/AIDS in Nordrhein-Westfalen – Eckdaten der Schätzung

Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts
Stand: Ende 2011*

Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2011 mit HIV/AIDS leben:	**~ 17.500** (15.800-19.000)
Männer:	**~ 14.000** (12.700-15.300)
Frauen:	**~ 3.500** (3.100-3.700)
Kinder (**bundesweit**)[1)]:	**~ 200**
Verteilung nach Infektionsrisiko	
Männer, die Sex mit Männern haben:	**~ 10.700** (9.600-11.800)
Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben:	**~ 2.400** (2.250-2.500)
i.v. Drogengebraucher/Innen:	**~ 1.850** (1.650-2100)
Personen aus sog. Hochprävalenzregionen[2)]:	**~ 2.400** (2.250-2.600)
Hämophile und Bluttransfusionsempfänger[3)]:	**~ 100**
Mutter-Kind-Transmission[4)]:	**~ 100**
Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2011:	**~ 650** (565-700)
Männer:	**~ 540** (460-580)
Frauen:	**~ 110** (95-120)
Infektionswege (geschätzt):	
Männer, die Sex mit Männern haben:	**~ 470** (400-505)
Heterosexuelle Kontakte:	**~ 130** (115-145)
i.v. Drogengebrauch:	**~ 50** (40-50)
Mutter-Kind-Transmission (**bundesweit**)[4)]:	<10
Geschätzte Zahl der HIV-Erstdiagnosen bei fortgeschrittenem Immundefekt[5)] im Jahr 2011:	**~ 250** (230-280)
Männer:	**~ 220** (200-240)
Frauen:	**~ 30** (30-40)
darunter Kinder (**bundesweit**)[1)]:	**<10**
Geschätzte Zahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten im Jahr 2011:	**~ 160** (150-170)
Geschätzte Zahl der HIV-Infizierten unter antiretroviraler Therapie Ende 2011:	**~ 12.600**
Geschätzte Gesamtzahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie:	**~ 5.900** (5.500-6.500)

1) Personen unter 15 Jahren: da diese Fallmeldungen seit einigen Jahren Einzelfall-kontrolliert werden und auf Grund der geringen Fallzahlen werden diese nicht in das Schätzungsverfahren einbezogen

2) 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 und ihre Aufteilung auf die Bundesländer ist mit einer großen 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

3) Infektion erfolgte über kontaminierte Blutkonserven und Gerinnungsfaktorenkonzentrate überwiegend in der Zeit vor 1986

4) Kinder, die vor, während oder nach ihrer Geburt die HIV-Infektion über ihre Mutter erworben haben

5) klinisches AIDS oder CD4<200

*) siehe Erläuterung Seite 2

ROBERT KOCH INSTITUT

HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung

Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts
Stand: Ende 2011*

Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2011 mit HIV/AIDS leben:	**~ 73.000** (66.000-80.000)
Männer:	**~ 59.000** (53.000-64.500)
Frauen:	**~ 14.000** (12.700-15.200)
darunter Kinder[1)]:	**~ 200**
Verteilung nach Infektionsrisiko	
Männer, die Sex mit Männern haben:	**~ 46.500** (41.900-51.300)
Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben:	**~ 10.500** (9.700-10.750)
i.v. Drogengebraucher/Innen:	**~ 6.800** (5.600-7.900)
Personen aus sog. Hochprävalenzregionen[2)]:	**~ 9.000** (8.600-9.600)
Hämophile und Bluttransfusionsempfänger[3)]:	**~ 450**
Mutter-Kind-Transmission[4)]:	**~ 420**
Geschätzte Zahl der HIV-Neudiagnosen in Deutschland im Jahr 2011:	**~2.800** (2.500-3.100)
Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2011:	**~ 2.700** (2.400-3.000)
Männer:	**~ 2.300** (2.000-2.525)
Frauen:	**~ 400** (380-475)
Infektionswege (geschätzt):	
Männer, die Sex mit Männern haben:	**~ 2.000** (1.800-2.250)
Heterosexuelle Kontakte:	**~ 550** (475-600)
i.v. Drogengebrauch:	**~ 150** (100-150)
Mutter-Kind-Transmission[4)]:	<10
Geschätzte Zahl von Personen mit nicht-diagnostizierter HIV Erkrankung	**~ 14.000** (12.000-15.000)
Geschätzte Zahl der HIV-Erstdiagnosen bei fortgeschrittenem Immundefekt[5)] im Jahr 2011:	**~ 1000** (900-1100)
Männer:	**~ 900** (810-1.000)
Frauen:	**~ 110** (100-130)
darunter Kinder[1)]:	**<10**
Geschätzte Zahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten im Jahr 2011:	**~ 500** (400-600)
Geschätzte Zahl der HIV-Infizierten unter antiretroviraler Therapie Ende 2011:	**~ 52.000**
Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie:	**~ 100.000** (91.000-110.000)
Geschätzte Gesamtzahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie:	**~ 27.000** (25.000-30.000)

1) Personen unter 15 Jahren: da diese Fallmeldungen seit einigen Jahren Einzelfall-kontrolliert werden und auf Grund der geringen Fallzahlen werden diese nicht in das Schätzungsverfahren einbezogen

2) 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 und ihre Aufteilung auf die Bundesländer ist mit einer großen 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

3) Infektion erfolgte über kontaminierte Blutkonserven und Gerinnungsfaktorenkonzentrate überwiegend in der Zeit vor 1986

4) Kinder, die vor, während oder nach ihrer Geburt die HIV-Infektion über ihre Mutter erworben haben

5) klinisches AIDS oder CD4<200

*) siehe Erläuterung Seite 2

***** ***Die Eckdaten zur Abschätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen, HIV-Erstdiagnosen bei fortgeschrittenem Immundefekt und Todesfälle bei HIV-Infizierten sowie der Zahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV werden durch das RKI in jedem Jahr neu auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Daten und Informationen zusammengestellt und stellen keine automatische Fortschreibung früher publizierter Daten dar. Durch zusätzliche Daten und Informationen sowie durch Anpassung der Methodik können sich die Ergebnisse der Berechnungen von Jahr zu Jahr verändern und liefern jedes Jahr eine aktualisierte Einschätzung des gesamten bisherigen Verlaufs der HIV-Epidemie. Die jeweils angegebenen Zahlenwerte können daher nicht direkt mit früher publizierten Schätzungen verglichen werden. Insbesondere können Veränderungen in den Eckdaten zwischen 2010 und 2011 nicht als Zu- oder Abnahmen interpretiert werden.***

Zur Methodik der Schätzwertermittlung

Für die Aktualisierung der Schätzungen zur Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland wurden folgende Daten herangezogen: (1) HIV Meldungen nach IfSG, getrennt nach Geschlecht, Alter, Bundesland (fehlende Werte werden imputiert), Meldestatus (gesicherte Erstmeldung, gesicherte oder wahrscheinliche Doppelmeldung, Meldungen, bei denen unbekannt ist, ob es sich um eine Erst- oder Doppelmeldung handelt), Transmissionsgruppe (fehlende Werte werden imputiert), CDC-Kategorie (fehlende Werte werden imputiert), CD4-Wert (fehlende Werte werden imputiert); (2) Todesursachen-Statistik der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gb-bund.de) mit Ursache HIV, getrennt nach Geschlecht, 5-Jahres Altersgruppen, Bundesland; (3) AIDS-Meldungen und HIV-Todesfallmeldungen an das RKI, getrennt nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Transmissionsgruppe (fehlende Werte werden imputiert); (4) bundesweite Daten zu Verschreibungen von antiretroviralen Medikamente bei gesetzlich versicherten Patienten (Insight Health).

Methodik der Schätzung

Zunächst werden fehlende Angaben in den HIV-Meldedaten mit Hilfe einer Imputation modelliert. Als Verfahren wird dabei die multiple Imputation angewandt um die Unsicherheit realistisch abzuschätzen. Die multiple Imputierung erfolgte unter der Annahme „missing at random“, d.h. es wird davon ausgegangen, dass sich die fehlenden Werte unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Diagnosemonat und Diagnosejahr so verteilen wie die Berichteten. Das Imputationsmodell berücksichtigt auch nicht-lineare Effekte des Alters und des Diagnose-Zeitpunktes und ist stratifiziert nach Geschlecht. Die Imputation des CD4-Wertes berücksichtigt zusätzlich das klinische Stadium der HIV-Erkrankung (unauffällig, fortgeschritten, AIDS).
Die an das statistische Bundesamt berichteten Todesfälle werden nach Geschlecht, 5-Jahres Altersgruppe und Bundesland mit den HIV-Todesfallmeldungen an das RKI abgeglichen. Fehlende Werte der Transmissionsgruppe werden wieder mit Hilfe einer multiplen Imputation modelliert.
Die Abschätzung der Anzahl der HIV-Infektionen basiert für den Zeitraum 1978-1993 auf einem mathematischen Rückrechnungsmodell, das auf Basis der bis 1995 beobachteten AIDS-Fälle und der aus Kohortenstudien bekannten Verteilung der Zeitspanne zwischen HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung (bei unbehandelten HIV-Infizierten) die Zahl und Zeitverteilung der HIV-Infektionen zurückgerechnet. Ab1998 wird die HIV-Inzidenz mittels Rückrechnungen der HIV-Neudiagnosen unter Berücksichtigung des Erkrankungsstadiums zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose geschätzt
Das bei HIV-Diagnose vorliegende Erkrankungsstadium wird aus dem Stadium der CDC-Klassifikation und der CD4-Zellzahl wie dargestellt abgeleitet.

HIV-Diagnosezeitpunkt	Stadium zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose
früh	CDC A und CD4-Wert über 350 Zellen/µl
mittel	weder früh noch spät
spät	CDC C oder CD4-Wert unter 200 Zellen/µl

Für Personen, die im frühen Stadium diagnostiziert werden – das heißt ohne Symptome einer Erkrankung – wird eine Exponential-verteilte Dauer zwischen HIV-Infektion und HIV-Diagnose mit einem Median von 2 Jahren angenommen. Für Personen, die im mittleren CDC-Stadium diagnostiziert werden, wird angenommen, dass die Dauer zwischen HIV-Infektion und HIV-Diagnose einer Weibull-Verteilung mit Median 5 Jahren und Form-Parameter 2.08 folgt. Diese Verteilung wird zusätzlich altersabhängig modifiziert. Für Personen, die im späten CDC-Stadium diagnostiziert werden, wird angenommen, dass die Dauer zwischen Infektion und Diagnose einer Weibull-Verteilung mit Median 9 Jahren und Form-Parameter 2.02 folgt. Diese Verteilung wird ebenfalls zusätzlich altersabhängig modifiziert.
Die Schätzung erfolgt getrennt für die Transmissionsgruppen Männer die Sex mit Männern haben (MSM), intravenöse Drogengebraucher (IVDA), Infektion durch heterosexuelle Übertragung (Hetero) und Personen aus HIV-Hochprävalenzländern (HPL), sowie getrennt nach alten und neuen Bundesländern, da die HIV-Epidemie in den neuen Bundesländern erst deutlich später (nach 1990) begonnen hat. In den Jahren 1994 bis 1997 wird durch gewichtete Mittelung ein Übergang zwischen den Modellen hergestellt. Als Resultat der Rückrechnungen ergibt sich insbesondere auch eine Schätzung der Anzahl von undiagnostizierten HIV-Fällen. Durch Zusammenführung der kumulativen Inzidenz mit den Todesfällen kann die HIV-Prävalenz ermittelt werden (nach Geschlecht, Altersgruppe, Bundesland und Transmissionsgruppe). Die Zahl der HIV-Patienten unter antiretroviraler Therapie wird auf der Basis der Daten zu Verschreibungen von antiretroviralen Medikamente bei gesetzlich versicherten Patienten geschätzt.