

Diskussionsbeitrag aus dem
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Universität Duisburg-Essen
Campus Essen

Nr. 169

Juli 2008

Analyse der aktuellen HIV-Zahlen

Natalie Pomorin und Jürgen Wasem

Analyse der aktuellen HIV-Zahlen

Projekt im Auftrag der Deutschen AIDS-Stiftung

Dipl.-Kffr. Natalie Pomorin
Prof. Dr. Jürgen Wasem

Universität Duisburg-Essen
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Executive Summary

1. Gegenstand dieser Studie ist eine Analyse der Daten zur HIV-Inzidenz und -Prävalenz in Deutschland. Anlass für die Studie ist zum einen, dass das Robert Koch-Institut die Schätzungen zur HIV-Inzidenz und zur HIV-Prävalenz in 2005 deutlich heraufgesetzt hat; hier soll das Verfahren der Ermittlung dieser Schätzwerte einer kritischen Analyse unterzogen werden. Zum anderen wird seit längerem festgestellt, dass die Berichte der PKV zu den HIV-Infizierten in ihren Reihen im Vergleich zu den nach Infektionsschutzgesetz an das RKI gemeldeten HIV-Erstdiagnosen überproportional hoch ist: Während die von der PKV kommunizierten Erstberichte von HIV-Fällen rd. 30 % aller an das RKI gemeldeten HIV-Erstdiagnosen ausmachen, liegt der Anteil der HIV-Bestände der PKV bei etwas über 10 Prozent der vom RKI geschätzten HIV-Prävalenz. Daher wird in dieser Studie auch eine Analyse der Daten zu den HIV-Versicherten in den Unternehmen der privaten Krankenversicherung vorgenommen.
2. In Bezug auf die Erfassung der HIV-Zahlen im RKI ist festzustellen, dass das RKI im Laufe der Jahre die Methodik mehrfach leicht modifiziert hat. Dies trägt insbesondere der Tatsache Rechnung, dass sich die Datengrundlagen für die Feststellung „gesicherter Erstdiagnosen“ verbessert haben. So konnte mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 und der damit bewirkten Einführung der fallbezogenen Verschlüsselung das Auffinden von Mehrfachdiagnosen aus dem Umfang der gesicherten HIV-Erstdiagnosen deutlich verbessert werden, wenn auch eine gewisse Untererfassung von HIV-Erstdiagnosen dadurch nach wie vor nicht ausgeschlossen ist.

Neben der Zahl der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen, veröffentlicht das RKI alljährlich die Eckdaten zur HIV-Inzidenz und HIV-Prävalenz bei denen es sich allerdings um Schätzungen handelt. Diese basieren neben den vergleichsweise harten Fakten der gesicherten HIV-Erstdiagnosen sowohl auf zusätzlichen Fällen, die aus den Meldungen ohne Statusangabe als gesicherte Erstdiagnosen gewertet werden, als auch auf Erkenntnissen aus verschiedenen Studien. Darüber hinaus kommt auch Einschätzungen von Experten, insbesondere des RKI selber, eine erhebliche Rolle zu. Das RKI wendet zur Hochrechnung der HIV-Inzidenz auf Basis der HIV-Erstdiagnosen entsprechende Korrekturfaktoren an, die mehrfach variiert wurden und hinsichtlich derer evidenzbasierten Begründung in der vorliegenden Studie keine hinreichende Transparenz erreicht werden konnte.

Im Rahmen der Schätzungen bleiben einerseits vermutlich einige Gruppen von HIV-Infizierten untererfasst, die vermeintlich die Zahl der HIV-Inzidenz erhöhen könnten; dies dürfte wahrscheinlich für die nicht berücksichtigte Pendelmigration in der „Stricherszene“ oder die HIV-/AIDS-Fälle im Strafvollzug gelten. Wird in der Praxis andererseits von Schätzungen der Zahl in Behandlung befindlicher Infizierter hochgerechnet, stellen die RKI-Zahlen vermutlich eher eine Obergrenze dar. Die Daten zu den Todeszahlen der HIV-Infizierten sind vergleichsweise langsam gestiegen; inwieweit dies alleine die deutlich verbesserten Behandlungsmöglichkeiten seit Mitte der 90er oder zudem auch Validitätsprobleme der Todesursachenstatistik reflektiert, konnte in dieser Studie nicht beurteilt werden.

3. Hinsichtlich der HIV-Infizierten bei den PKV-Unternehmen bestätigte eine gesonderte Auswertung bei den sechs Unternehmen mit den laut der Berichte an den PKV-Verband höchsten Zahlen der HIV-Infizierten für fünf Unternehmen die berichteten Zahlen. In einem Unternehmen zeigte sich, dass die an den Verband berichteten Zahlen deutlich zu hoch waren. Dies verändert allerdings nicht wesentlich die hohen Anteile der PKV-Versicherten bei den festgestellten HIV-Ersterfassungen im Vergleich zu den RKI-Daten,

belegt aber, dass die PKV-Daten auf Grund uneinheitlicher Erfassungssystematik für die vorliegende Analyse auch nicht unkritisch herangezogen werden können. Als Reaktion auf vorliegende Analyse hat der PKV-Verband die von ihm herausgegebenen Zeitreihen über die HIV-Zahlen von Privatversicherten inzwischen rückwirkend bis zum Jahre 2003 korrigiert.

Eine detaillierte Auswertung der Daten der PKV-Unternehmen mit dem Ziel eines Inzidenz- und Prävalenzvergleiches mit den RKI-Daten würde zwingend eine Risikoadjustierung voraussetzen. Diese konnte in der vorliegenden Studie nicht geleistet werden, da ein entsprechender Zugang zu den Individualdaten der PKV-Unternehmen schon aus Datenschutzgründen nicht möglich ist. Ob die PKV-Ersterfassung von HIV-infizierten Versicherten nach Risikoadjustierung tatsächlich einen überhöhten Anteil an den HIV-Neuinfektionen Deutschlands ausmacht, lässt sich ohne weitere Untersuchungen im Rahmen dieser Analyse demnach nicht konstatieren. So stellt der offensichtlich höhere Anteil an Männern in der PKV unter diesen Bedingungen zwar keine geeignete Risikoadjustierung dar, dennoch könnte er als ein erster Hinweis zur Annäherung an das Phänomen vor dem Hintergrund der großen HIV-Gruppe MSM dienen.

4. Die Bestimmung bzw. Schätzung der HIV-Prävalenz bzw. HIV-Inzidenz zu einem bestimmten Datum gestaltet sich allein aufgrund der nahezu unbestimmbaren Latenzzeit zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Zeitpunkt der Ersterfassung als HIV-Fall in der Gesundheitsversorgung als äußerst kompliziert. Zudem kommt erschwerend hinzu, dass die Erfassung eines HIV-Infizierten in der PKV und dem RKI nicht zeitgleich erfolgt, da die PKV die HIV-Infizierten tendenziell im weiter fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, nämlich zum Zeitpunkt in Anspruch genommener Behandlung, erfasst. Letzteres stellt das grundlegende Problem eines Vergleichs der Werte von RKI und PKV-Verband dar. Ein direkter jahresbezogener Vergleich der Zahlen von PKV und RKI ist daher auch nicht möglich.
5. Da weder ein direkter zeitlicher noch ein direkter systematischer Zusammenhang zwischen den zur Verfügung stehenden PKV- und RKI-Daten hergestellt werden kann, konnte mit den gegebenen Mitteln folglich keine Klärung des Phänomens des dauerhaft überproportionalen PKV-Anteils an den jährlich auszumachenden HIV-Neuinfektionen im Vergleich zum annähernd „normalen“ PKV-Anteil an der HIV-Prävalenz herbeigeführt werden.

Danksagung

Wir möchten uns bei den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die uns ihre Daten zu Versicherten mit HIV-Diagnosen zur Verfügung gestellt haben, bedanken. Dieser Dank geht insbesondere auch an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dieser Unternehmen, die in teilweise aufwändiger händischer Erfassung Sonderauswertungen der Daten für unser Vorhaben gefahren haben, sowie an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., die unser Vorhaben ebenfalls unterstützt haben. Mit Mitarbeitern des RKI haben wir Gespräche geführt und standen in schriftlicher Kommunikation.

Essen, Juli 2008

Natalie Pomorin
Jürgen Wasem

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	3
Danksagung	5
Inhaltsverzeichnis	6
I. Projektrahmen	9
II. Analyse	9
A. Zusammenhang zwischen Privatkrankenversicherten und HIV-Neuinfektionen	9
1. Kooperation mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen	9
2. Kooperation mit einzelnen PKV-Unternehmen	11
3. Auswertungen der bereitgestellten HIV-Zahlen	12
a. Beschaffenheit der Daten	12
b. HIV-Werte in der PKV und ihre Entwicklung	13
4. Gegenüberstellung der ausgewerteten Zahlen und der Meldungen des PKV-Verbands	22
B. HIV-Datenverdichtung durch das Robert-Koch-Institut	25
1. Gesicherte HIV-Erstdiagnosen	25
2. Schätzungen der HIV-Inzidenz und der HIV-Prävalenz	26
III. Fazit	31
Literaturverzeichnis	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Daten der kooperierenden PKV-Unternehmen auf Basis der PKV-Verbandsmeldungen	11
Tabelle 2: Anteil der HIV-Ersterfassungen 2005 am Bestand an HIV-infizierten Versicherten 2005	16
Tabelle 3: Anzahl verstorbener HIV-Versicherter im Jahre 2005	16
Tabelle 4: Meldungen über bestätigt positive HIV-Tests	26
Tabelle 6: Prozentualer Anteil der PKV an HIV-Ersterfassungen und HIV-Infiziertenbestand der Jahre 2004 und 2005	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Meldebogen des PKV-Verbands	10
Abbildung 2: Bestand an HIV-infizierten Versicherten der PKV-Unternehmen zum 31.12.2005 auf Basis der Meldungen der Unternehmen im Projekt.....	14
Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der HIV-infizierten Versicherten (Bestand) in den PKV-Unternehmen 1998-2005	14
Abbildung 4: Anzahl der neu bekannt gewordenen HIV-Infektionen bei den sechs PKV-Unternehmen in 2005	15
Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl verstorbener HIV-infizierter Versicherter 1998-2005	17
Abbildung 6: Alters- und Geschlechtsverteilung der HIV-infizierten Versicherten der kooperierenden PKV-Unternehmen.....	18
Abbildung 7: Regionale Verteilung der HIV-infizierten Versicherten ohne Berücksichtigung der Einwohnerzahlen	19
Abbildung 8: Regionale Verteilung der HIV-infizierten Versicherten unter Berücksichtigung der Einwohnerzahlen	20
Abbildung 9: Durchschnittliche Krankheitskosten der kooperierenden PKV-Unternehmen im Vergleich zu deren Jahresendbeständen an HIV-infizierten Versicherten..	21
Abbildung 10: Bestand an HIV-infizierten Versicherten – Lehrstuhlauswertung vs. PKV-Verbandsmeldungen	23
Abbildung 11: HIV-Ersterfassungen – Lehrstuhlauswertung vs. PKV-Verbandsmeldungen	23
Abbildung 12: Verstorbene HIV-infizierte Vollversicherte – Lehrstuhlauswertung vs. PKV-Verbandsmeldungen	24
Abbildung 13: Schätzwerte des RKI	30

I. Projektrahmen

Der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen wurde Anfang 2006 von der Deutschen AIDS-Stiftung mit der vorliegenden Studie beauftragt.

Anlass für die Studie ist zum einen, dass das Robert Koch-Institut die von ihm geschätzten Daten zu den HIV-Neuinfektionen und zur HIV-Prävalenz in 2005 deutlich heraufgesetzt hat. In der vorliegenden Studie soll das Verfahren der Ermittlung der Daten sowohl der PKV als auch des RKI einer kritischen Analyse unterzogen werden. Zum anderen wird seit längerem interessiert festgestellt, dass die Berichte der PKV von neu HIV-Infizierten in ihren Reihen im Vergleich zu den nach Infektionsschutzgesetz an das RKI gemeldeten HIV-Erstdiagnosen überproportional hoch ist: Während die von der PKV kommunizierten Erstberichte von HIV-Fällen im Jahr 2005 rd. 30 % aller im gleichen Jahr an das RKI gemeldeten HIV-Erstdiagnosen ausmachen, liegt der Anteil bei den HIV-Beständen der PKV im Jahr 2005 bei etwas über 10 Prozent der vom RKI geschätzten HIV-Prävalenz für das gleiche Jahr.

Die folgenden zwei Fragestellungen stehen im Mittelpunkt der Untersuchung:

1. Gibt es eine Erklärung dafür, dass etwa 30% der jährlichen nach Infektionsschutzgesetz an das RKI gemeldeten HIV-Erstdiagnosen bei PKV-Versicherten auftreten, wohingegen der Anteil der HIV-Bestände der PKV an der geschätzten HIV-Prävalenz des RKI in etwa ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entspricht (also etwa 10 %, da in der PKV gut 8 Millionen Vollversicherte erfasst sind)?
2. Sind die halbjährlich vom RKI veröffentlichten Zahlen zu HIV-Erstdiagnosen vor dem Hintergrund der HIV-Zahlen der PKV speziell im Hinblick auf die Publikation des 20-prozentigen Anstiegs der RKI-Schätzung zur HIV-Inzidenz im Jahr 2005 verlässlich?

II. Analyse

A. *Zusammenhang zwischen Privatkrankenversicherten und HIV-Neuinfektionen*

Im Rahmen dieses Teiles des Projektes kooperierte der Lehrstuhl sowohl mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. (im Folgenden: PKV-Verband) als auch mit einzelnen Mitgliedsunternehmen des Verbandes.

1. Kooperation mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen

Der PKV-Verband veröffentlicht regelmäßig Angaben zur Zahl der HIV-Ersterfassungen und zum Jahresendbestand an HIV-Infizierten unter den Versicherten seiner Mitgliedsunternehmen. Datengrundlage ist der folgende Meldebogen (vgl. Abbildung 1), der vom PKV-Verband an die einzelnen Unternehmen zwecks Sammlung der Zahlen zu den HIV-infizierten Voll- und Zusatzversicherten versendet wird.



PKV-Statistik Nr. 7 / Version 4
Zählung der HIV-Infizierten (AIDS-Statistik)

Unternehmen:			
(1)	Berichtsjahr (A)	Untern.-Nr. (B)	
A) Krankheitskostenvollversicherung		B) Zusatzversicherung (nicht vollvers. Personen)	
(2)	Anzahl der vollversicherten Personen, deren HIV-Infektion im BZ bekannt wurde	(2)	Anzahl der nicht vollversicherten HIV-Infizierten im Bestand am Ende des BZ
(3)	Anzahl der im BZ gestorbenen Personen, deren HIV-Infektion bekannt war	(3)	
(4)	Sonstige Abgänge (Anzahl) HIV-Infizierter im BZ	(4)	
(5)	Anzahl der HIV-Infizierten im Bestand am Ende des BZ	(5)	
Alle HIV-infizierten Vollversicherten verursachten im BZ		Alle HIV-infizierten Zusatzversicherten verursachten im BZ	
(6)	Krankheitskosten (Rechnungsbeträge)	(6)	Gesamtleistung (Rechnungsbeträge)
(7)	Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung	(7)	
(8)	Krankentagegeld	(8)	
(9)	Krankenhaustagegeld	(9)	
(10)	sonstige Kosten (Rechnungsbeträge)	(10)	

Abbildung 1: Meldebogen des PKV-Verbands

Im Rahmen der Kooperation wurden dem Lehrstuhl vom PKV-Verband die mittels dieses Bogens dem Verband mitgeteilten Zahlen zu HIV-infizierten Versicherten der PKV-Unternehmen der Jahre 2004 und 2005 zur Verfügung gestellt. Zur Identifikation interessanter Kooperationspartner auf Ebene der PKV-Unternehmen wurden auf Grund dieser Daten zunächst durch den Lehrstuhl die zehn Unternehmen mit den höchsten Beständen an HIV-infizierten Versicherten sowie den meisten HIV-Ersterfassungen der beiden Jahre als Annäherungswerte an die HIV-Neudiagnosezahlen aufbereitet. Anschließend wurde zu den sechs obersten dieser Listen Kontakt aufgenommen. Hierfür und für alle nachfolgenden Auswertungen wurden lediglich die Werte zu den HIV-infizierten Vollversicherten berücksichtigt. Einer vollversicherten Person liegt dabei analog zum Statistik-Handbuch des PKV-Verbands nachfolgende Definition zugrunde¹:

„Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt für eine Person dann und nur dann vor, wenn bei dem Unternehmen für diese auch die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert sind und es sich bei den allgemeinen Krankenhausleistungen nicht um die Absicherung von Differenzkosten zur GKV-Leistung handelt.“

¹ Entsprechend der üblichen Praxis fällt unter diese Definition eines Vollversicherten etwa auch ein Beamter, der überwiegend Beihilfeansprüche realisiert und für die Restkosten über eine Versicherung bei der PKV verfügt.



2. Kooperation mit einzelnen PKV-Unternehmen

Die sechs Unternehmen mit der höchsten Zahl an berichteten HIV-Ersterfassungen und den höchsten Beständen an HIV-infizierten Versicherten sind vom Lehrstuhl für Medizinmanagement im Rahmen des Projektes kontaktiert worden. Sie haben den Lehrstuhl bei der Analyse in Form der Bereitstellung von Daten ihrer HIV-Versicherten und der Übermittlung von Hintergrundinformationen zur Verdichtung ihrer HIV-Zahlen unterstützt.

Die HIV-Daten der sechs kooperierenden PKV-Unternehmen machen laut PKV-Verbandsmeldungen 67% der 5.743 insgesamt zum 31.12.05 berichteten HIV-Versicherten der 48 PKV-Unternehmen aus. Zudem werden mit den sechs PKV-Unternehmen 66% der für das Jahr 2005 gemeldeten HIV-Fälle abgedeckt, die im Berichtszeitraum 2005 erstmals bekannt wurden. Somit können die Zahlen als repräsentativ für die von der PKV berichteten HIV-Daten angesehen werden. Zu den Zahlen in den sechs Unternehmen vgl. Tabelle 1; die Unternehmen sind für den Zwecke dieses Berichtes „verblindet“ worden.

PKV-Unternehmen	HIV-Infektionen bekannt geworden im Berichtszeitraum (2005)	Anzahl an HIV-Versicherten im Bestand zum 31.12.2005
I	184	864
II	19	179
III	34	469
IV	125	1729
V	63	319
VI	70	283
Summe	495	3843
Insgesamt beim PKV-Verband eingegangene HIV-Meldungen	746	5743

Tabelle 1: Daten der kooperierenden PKV-Unternehmen auf Basis der PKV-Verbandsmeldungen

Aus den zusätzlich zur Verfügung gestellten Daten lässt sich entnehmen, dass die sechs PKV-Unternehmen unterschiedliche Strukturen im Hinblick auf die Anzahl vollversicherter Personen aufweisen. Gemeinsam verfügen sie über einen Marktanteil von knapp 60 % an allen PKV-Vollversicherten in Deutschland. Als Grundlage der vorliegenden Auswertungen wurden von den PKV-Unternehmen HIV-Daten bezüglich vollversicherter Personen und Hintergrundinformationen zur HIV-Zahlenverdichtung anhand nachfolgender Kriterien abgefragt:

1. Zeitpunkt der ersten systematischen Erfassung von HIV-Fällen im Unternehmen
2. Gesamtzahl seitdem erfasster HIV-Fälle bzw. Zeitreihen über die Jahresbestände an HIV-Fällen
3. Gesamtzahl seitdem verstorbener HIV-infizierter Versicherter bzw. Zeitreihen der Todesfälle (Sterberaten)
4. Kriterien der HIV-Fallerfassung
5. Probleme der HIV-Fallerfassung
 - a. Doppelzählungen?
 - b. Diagnosefehlverschlüsselungen?

6. Übereinstimmung des bestätigten Bestands an HIV-Fällen mit den systemtechnisch generierten und an den PKV-Verband übermittelten Daten?
7. Bestand der vollversicherten HIV-Patienten im Jahre 2005 differenziert nach:
 - a. Erstmalig bekannt gewordenen HIV-Infektionen
 - b. Geburtsjahr (Altersgruppen)
 - c. Geschlecht
 - d. Wohngebiet (PLZ, Bundesländern oder Städten) ggf. mit Hinweis auf diejenigen, die zu den erstmalig bekannt gewordenen HIV-Infektionen des Jahres 2005 gehören
 - e. Berufsgruppe
8. Durchschnittliche Krankheitskosten eines HIV-infizierten Vollversicherten im Jahre 2005
9. Vorhandene Zeitreihen für die Kostenentwicklung ggf. auf Basis der Meldungen an den PKV-Verband
10. Beobachtbarer Anstieg der Anzahl an erstmals bekannt gewordenen HIV-Infektionen seit dem Zeitpunkt der Erfassung
11. Hypothesen für den beobachtbaren Anstieg der Anzahl an erstmals bekannt gewordenen HIV-Infektionen
12. Erkennbare Auffälligkeiten im Bestand der HIV-Infizierten, die ggf. Aufschluss über zu definierende HIV-Risikogruppen geben könnten

3. Auswertungen der bereitgestellten HIV-Zahlen

Zu dem zuvor unter Kap. II A. 2. vorgestellten Kriterienkatalog haben die kooperierenden PKV-Unternehmen in Absprache mit dem Lehrstuhl – teilweise in mühsamer Handarbeit – die angeforderten Daten zusammengetragen. Mitunter konnten Kriterien nicht erfüllt werden, da einige der Softwareprogramme der PKV-Unternehmen die gewünschten Auswertungen nicht leisten konnten bzw. andere Umstände, wie die Zusammenlegung zweier Datenbankstandorte, die Lieferung zuverlässiger Zahlen verhinderten. Insbesondere ist zu beachten, dass die Stammdaten mitunter immer noch in einer von den Leistungsdaten getrennten Datenbank gespeichert sind. Die Stammdaten eines Versicherten enthalten administrative Informationen wie Alter, Geschlecht oder Wohnort, während die Leistungsdaten diejenigen Informationen in Form von eingereichten Leistungsanträgen enthalten, die zur Identifizierung eines HIV-infizierten Versicherten notwendig sind. Die Verknüpfung der beiden Datenbanken bzw. die Zusammenführung der Daten gestaltet sich aufgrund der teilweise älteren Systeme in den PKV-Unternehmen äußerst aufwändig.

a. Beschaffenheit der Daten

Unterschiedliche Softwaresysteme in den PKV-Unternehmen führen ebenfalls dazu, dass die Informationen zu HIV-infizierten Versicherten nicht einheitlich vorliegen. Die Datenbanken



beinhalten verschiedenste Merkmale zu den HIV-infizierten Versicherten; die uneinheitlichen Informationen begründen einige unvollständige Angaben. Außerdem ist anzumerken, dass die Zahlen der Jahresendbestände an HIV-Versicherten zum Teil erst ab dem Jahre 2003 in den PKV-Unternehmen verfügbar und die Zeitreihen infolgedessen nicht immer vollständig sind. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Daten z. T. auf Grund nachstehender Kennzeichen einige Inkonsistenzen aufweisen:

- unterjährige Auswertungen vs. Auswertungen zum Ende eines Berichtsjahres,
- nicht zuordenbare Postleitzahlen,
- uneindeutige Geschlechtszuordnung,
- PLZ der erstmals bekannt gewordenen HIV-Infektionen nicht im HIV-Bestand auffindbar,
- Systemumstellungen,
- teilweise keine Unterscheidung nach Voll- und Zusatzversicherten.

b. HIV-Werte in der PKV und ihre Entwicklung

In Abgrenzung zu den HIV-Meldungen der PKV-Unternehmen an den Verband, die größtenteils automatisch aus den Datenbanken generiert werden, wurden dem Lehrstuhl von den kooperierenden PKV-Unternehmen eigens mitunter händisch aus den Datenbanken gezogene HIV-Daten zur Verfügung gestellt, die folglich schon aus diesem Grunde von den PKV-Verbandsmeldungen abweichen können.² Auf Basis der Daten, die PKV-intern als bestätigte HIV-Fälle gewertet werden, hat der Lehrstuhl unabhängig von den PKV-Verbandsmeldungen verschiedene Auswertungen gefahren. Einerseits handelt es sich dabei um Analysen der existenten HIV-Zahlen zum 31.12.2005 und andererseits um Berechnungen der HIV-Infektionen, die erstmals im Jahre 2005 bekannt wurden bzw. als erster Kontakt eines Versicherten mit HIV-relevantem Krankheitsbild zu einem PKV-Unternehmen zu verstehen sind. Da der Zeitpunkt der Ersterfassung bei der PKV und der Zeitpunkt der eigentlichen HIV-Infektion weit auseinander liegen können, lassen sich diese HIV-Ersterfassungen aufgrund der undefinierbaren Latenzzeit zwar nicht mit HIV-Neuinfektionen gleichsetzen, bilden aber dennoch die bestmögliche Basis zur Abbildung des aktuellen Infektionsgeschehens. Abbildung 2 zeigt die Zahl der HIV-Versicherten in den sechs PKV-Unternehmen zum 31.12.2005 auf Basis der Meldungen der Unternehmen an den Lehrstuhl im Projekt. Die Abbildung macht deutlich, dass der Bestand der HIV-infizierten Versicherten mit 2.684 Meldungen danach rd. ein Drittel unterhalb der Bestandszahl der automatisch generierten Meldungen an den Verband (Tabelle 1) liegt.

² Zur weiteren Klärung der Erhebungsproblematik und den eventuellen Abweichungen von den Verbandsmeldungen s. Kap. II A. 4. und 5..

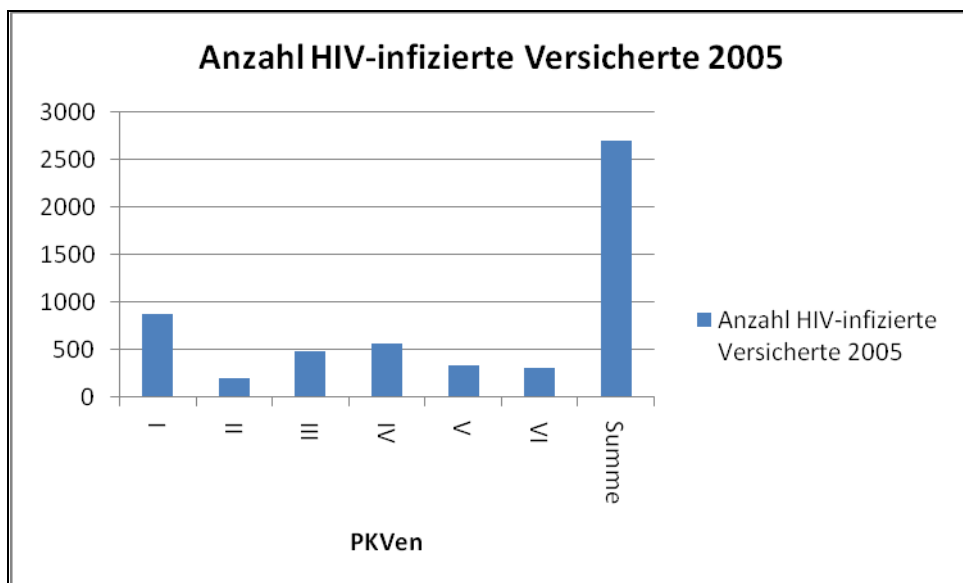


Abbildung 2: Bestand an HIV-infizierten Versicherten der PKV-Unternehmen zum 31.12.2005 auf Basis der Meldungen der Unternehmen im Projekt

Im Folgenden wird die Entwicklung der Zahl der HIV-infizierten Versicherten in den sechs PKV-Unternehmen im Zeitraum 1998 bis 2005 aufgezeigt (vgl. Abbildung 3). Berücksichtigt man, dass es sich bei den Ausreißern in den Werten der PKV-Unternehmen jeweils um die Zeitpunkte handelt in denen die HIV-Zahlen auf Grund von Systemumstellungen inkonsistent sind, lässt sich für die letzten Jahre zwar eine kontinuierliche Zunahme des Bestands an HIV-infizierten Versicherten ablesen, jedoch ist kein drastischer Anstieg bzw. zunehmender Trend der Erhöhung erkennbar.

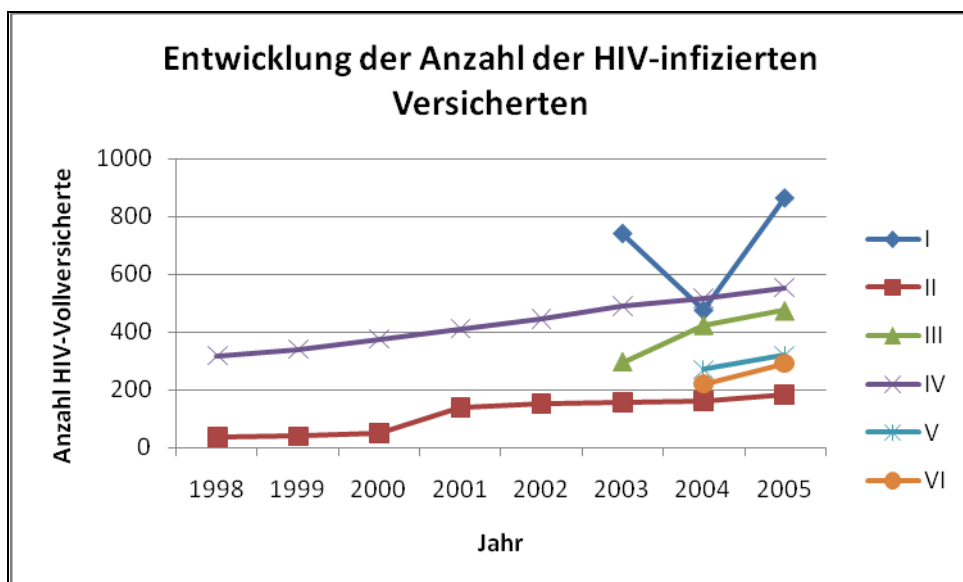


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der HIV-infizierten Versicherten (Bestand) in den PKV-Unternehmen 1998-2005

Ein Vergleich der Marktanteile der PKV-Unternehmen mit ihren Anteilen am Bestand der HIV-infizierten Versicherten zeigt, dass es hier beachtliche Unterschiede gibt. Dies impliziert wiederum, dass einige der PKV-Unternehmen offenbar eine Klientel versichern, die potentiell HIV-gefährdeter ist als andere. Zur Identifizierung bestimmter Risikogruppen bzw. Risikogebiete würde es allerdings einer Auswertung der vollständigen Datenbestände der PKV-Unternehmen bedürfen, die im Rahmen dieses Projekts schon allein aus Datenschutzgründen nicht durchgeführt werden kann.

Die folgende Abbildung 4 berichtet über die Anzahl der im Berichtszeitraum 2005 bei den sechs Unternehmen neu bekannt gewordenen HIV-Infektionen. Danach sind bei den Unternehmen in 2005 insgesamt 444 Fälle von HIV-Infektionen neu bekannt geworden. Diese Zahl liegt nur rd. 10 % unter der Zahl der neu bekannt gewordenen Fälle, die auch an den PKV-Verband gemeldet wurden (Tabelle 1). Die höchste Anzahl lag – wie auch im Bestand insgesamt (vgl. Abbildung 2) – bei Unternehmen I mit 184 neu bekannt gewordenen HIV-Infektionen vor. Soweit für die Unternehmen auch für die Jahre 2003 und 2004 die Zahlen der HIV-Ersterfassungen ermittelt werden konnten, zeigt sich im Vergleich zu den aktuellen Bestandszahlen der jeweiligen PKV-Unternehmen wiederum ein annähernd vergleichbarer Verlauf, was ebenfalls auf eine eher konstante Entwicklung der HIV-Neuinfektionen hinweist.

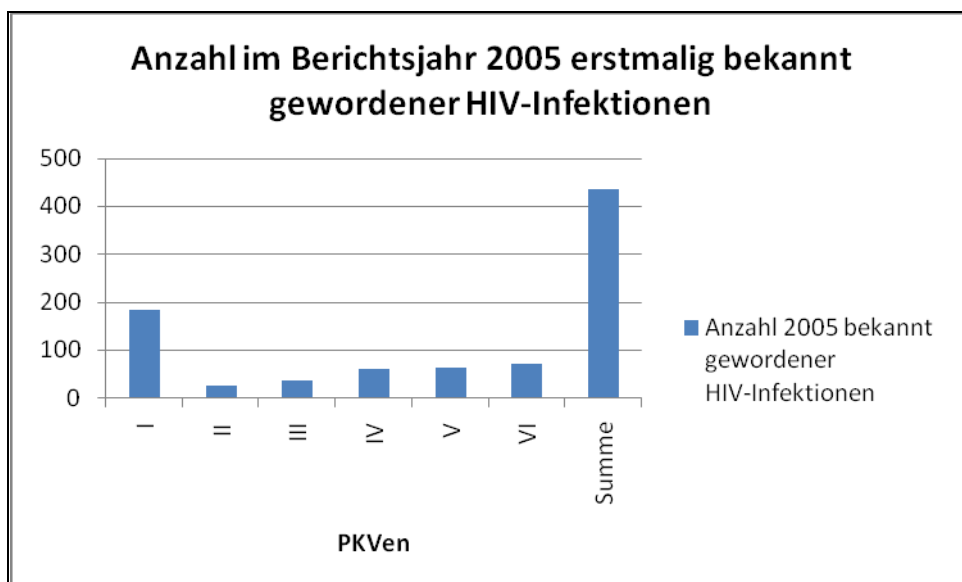


Abbildung 4: Anzahl der neu bekannt gewordenen HIV-Infektionen bei den sechs PKV-Unternehmen in 2005

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der im Jahre 2005 ermittelten HIV-Ersterfassungen in den sechs Unternehmen am wiederum für das Jahr 2005 im Rahmen des Projektes identifizierten Bestand an HIV-infizierten Versicherten. Im Durchschnitt über die sechs Unternehmen lag der Anteil der Ersterfassungen in 2005 am Bestand in 2005 bei 16 %, die Spannweite ging von 7 % bis 24 %.

PKV	Anzahl bekannt gewordener HIV-Infektionen 2005	Bestand an HIV-infizierten Versicherten zum 31.12.2005	Anteil der HIV-Ersterfassungen am Bestand der HIV-infizierten Versicherten
I	184	864	ca. 21%
II	24	183	ca. 13%
III	34	474	ca. 7%
IV	60	553	ca. 11%
V	63	319	ca. 20%
VI	70	291	ca. 24%
Summe	435	2684	ca. 16%

Tabelle 2: Anteil der HIV-Ersterfassungen 2005 am Bestand an HIV-infizierten Versicherten 2005

Über die Zahl der in 2005 verstorbenen HIV-infizierten Versicherten in den sechs PKV-Unternehmen laut Übermittlung an den Lehrstuhl im Rahmen des Projektes informiert Tabelle 3. Die anschließende Abbildung zeigt die Entwicklung der Zahl der Verstorbenen über die Jahre 1998 bis 2005. Die Abbildung macht zugleich deutlich, dass die Spannweite des Anteils der Verstorbenen bezogen auf den HIV-Versichertenbestand zwischen 3,4 pro Tausend und 21,7 pro Tausend liegt.

PKVen anonymisiert	Anzahl verstorbener HIV-infizierter Versicherter 2005
I	6
II	0
III	3
IV	12
V	6
VI	1
Summe	28

Tabelle 3: Anzahl verstorbener HIV-Versicherter im Jahre 2005

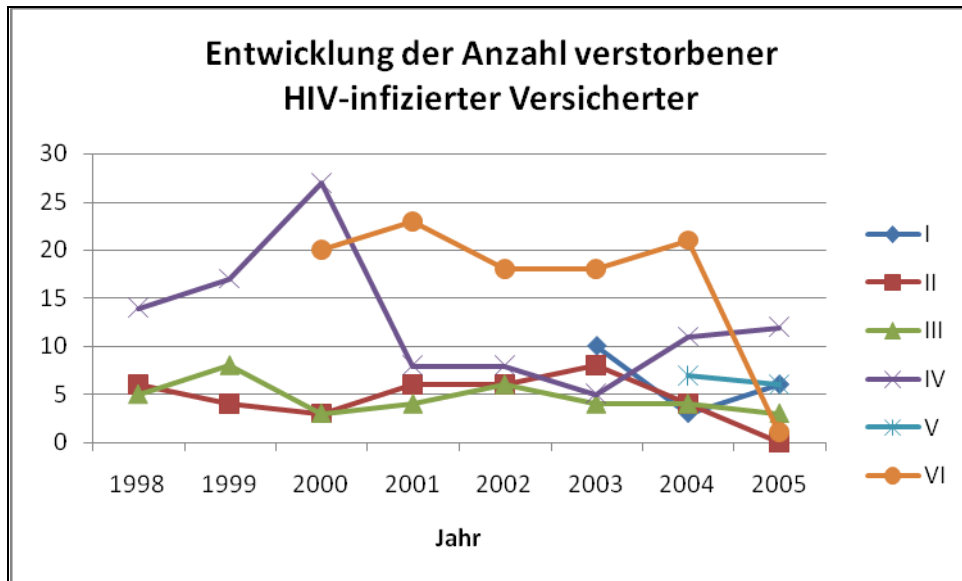


Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl verstorbenen HIV-infizierter Versicherter 1998-2005

Die zuvor dargestellte Grafik zeigt, von einzelnen Ausreißern (die teilweise mit Jahren von Systemumstellungen in der IT der Unternehmen zusammen fallen) abgesehen, eine kontinuierliche Abnahme der Todeszahlen der HIV-infizierten Versicherten von 1998 bis zum Jahre 2005.

Alters- und Geschlechtsverteilung der HIV-infizierten Versicherten

Eine Auswertung der HIV-Daten für fünf der sechs Unternehmen ermöglicht zudem folgende Darstellung der Alters- und Geschlechtsverteilung der HIV-infizierten Versicherten für das Berichtsjahr 2005. Es zeigt sich, dass Männer deutlich bei den HIV-Infizierten deutlich überrepräsentiert sind und die Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen am stärksten vertreten ist.

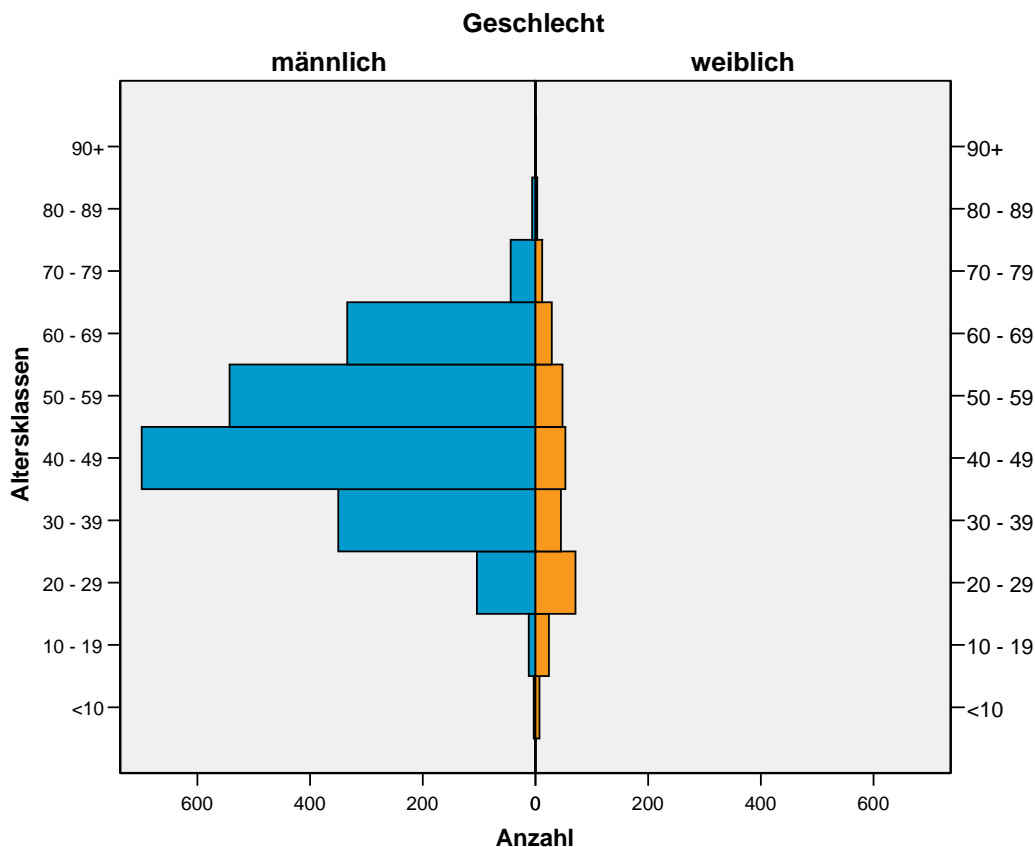


Abbildung 6: Alters- und Geschlechtsverteilung der HIV-infizierten Versicherten der kooperierenden PKV-Unternehmen

Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass ohnehin rd. 60 % der PKV-Versicherten Männer sind. Gleichwohl besteht auch nach Adjustierung um diesen höheren Männeranteil (wie auch unter den HIV-Infizierten in Deutschland insgesamt) ein Überhang HIV-infizierter Männer unter den HIV-Infizierten der PKV.

Geografische Verteilung der HIV-infizierten Versicherten

Anhand der Abbildung 7 soll die geografische Verteilung der HIV-infizierten Versicherten im Bestand der sechs kooperierenden PKV-Unternehmen zum Jahresende 2005 nach absoluten Zahlen aggregiert auf der Ebene der Bundesländer visualisiert werden, ohne die jeweilige Einwohnerdichte der Bundesländer zu berücksichtigen. Die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Berlin stechen dabei als diejenigen mit den meisten Nennungen an HIV-infizierten Versicherten hervor.

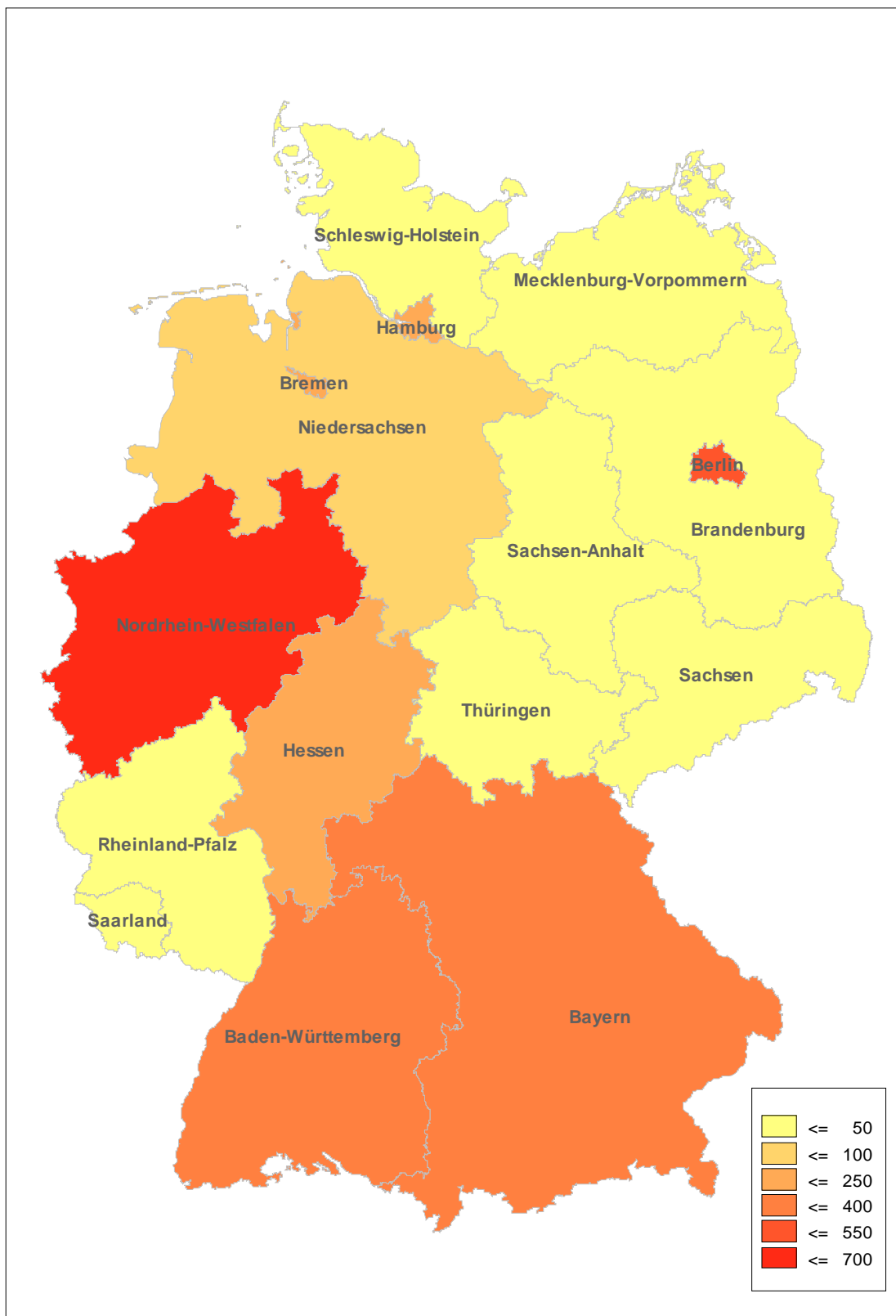


Abbildung 7: Regionale Verteilung der HIV-infizierten Versicherten ohne Berücksichtigung der Einwohnerzahlen

Unter Beachtung der Einwohnerzahlen der jeweiligen Bundesländer zum 31.12.2005 auf Basis der Zahlen des Statistischen Bundesamtes (Stand 24.08.2006) erhält man wiederum folgendes Prävalenz-Bild pro 100.000 Einwohner (vgl. Abbildung 8).

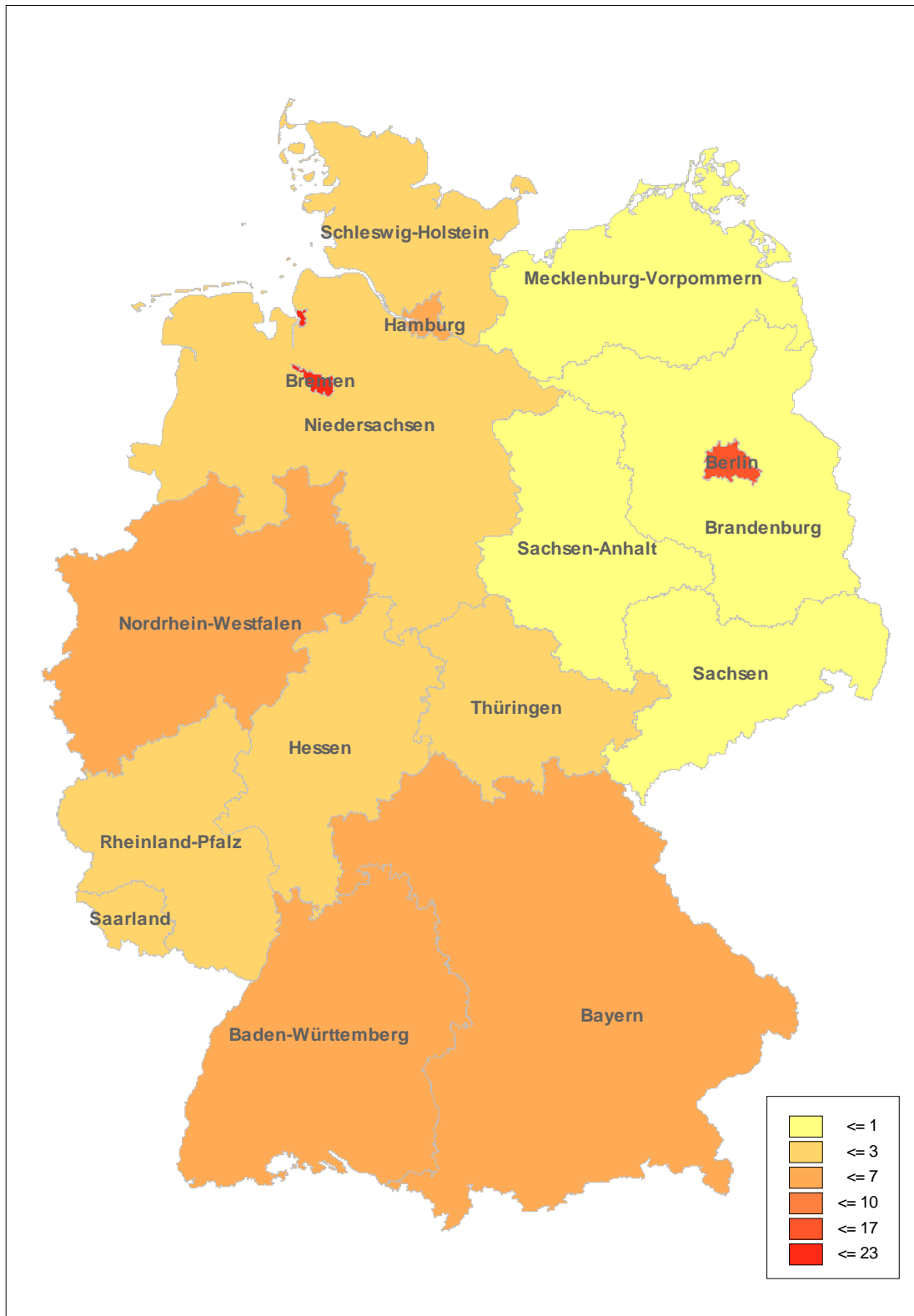


Abbildung 8: Regionale Verteilung der HIV-infizierten Versicherten unter Berücksichtigung der Einwohnerzahlen

Berücksichtigt man also die jeweiligen Einwohnerzahlen finden sich die höchsten Anteile an HIV-infizierten Versicherten der sechs PKV-Unternehmen, die gemäß den Angaben des PKV-Verbands insgesamt ca. 67% aller HIV-infizierten Privatversicherten im Jahre 2005 ausmachen, in den Bundesländern Bremen und Berlin.

Zu beachten ist an dieser Stelle allerdings die Versichertenstruktur in der PKV im Allgemeinen. Die PKV-Unternehmen sind in den neuen Bundesländern unterrepräsentiert. Im Rahmen des Projektes konnte allerdings keine Adjustierung um die PKV-Anteile in den einzelnen Bundesländern durchgeführt werden.

Zur Erklärung eines Zusammenhangs zwischen Urbanisierung und dem Anteil an HIV-infizierten Versicherten würde es darüber hinaus einer Datenauswertung auf Ebene der Postleitzahlen bedürfen, die, mitunter begründet durch Systemumstellungen, nicht von allen kooperierenden PKV-Unternehmen zur Verfügung gestellt werden konnte.

Durchschnittliche Ausgaben der kooperierenden PKV-Unternehmen im Jahre 2005 für HIV-Infizierte im Vergleich zum Jahresendbestand

Obwohl nicht im Fokus dieser Untersuchung, konnten fünf Versicherer für das Projekt zusätzlich ihre jahresdurchschnittlichen Ausgaben für die HIV-Infizierten zur Verfügung stellen. Die folgende Abbildung 9 zeigt, dass die Ausgaben pro Kopf bei den Unternehmen zwischen 15.000 und 20.000 Euro lagen.

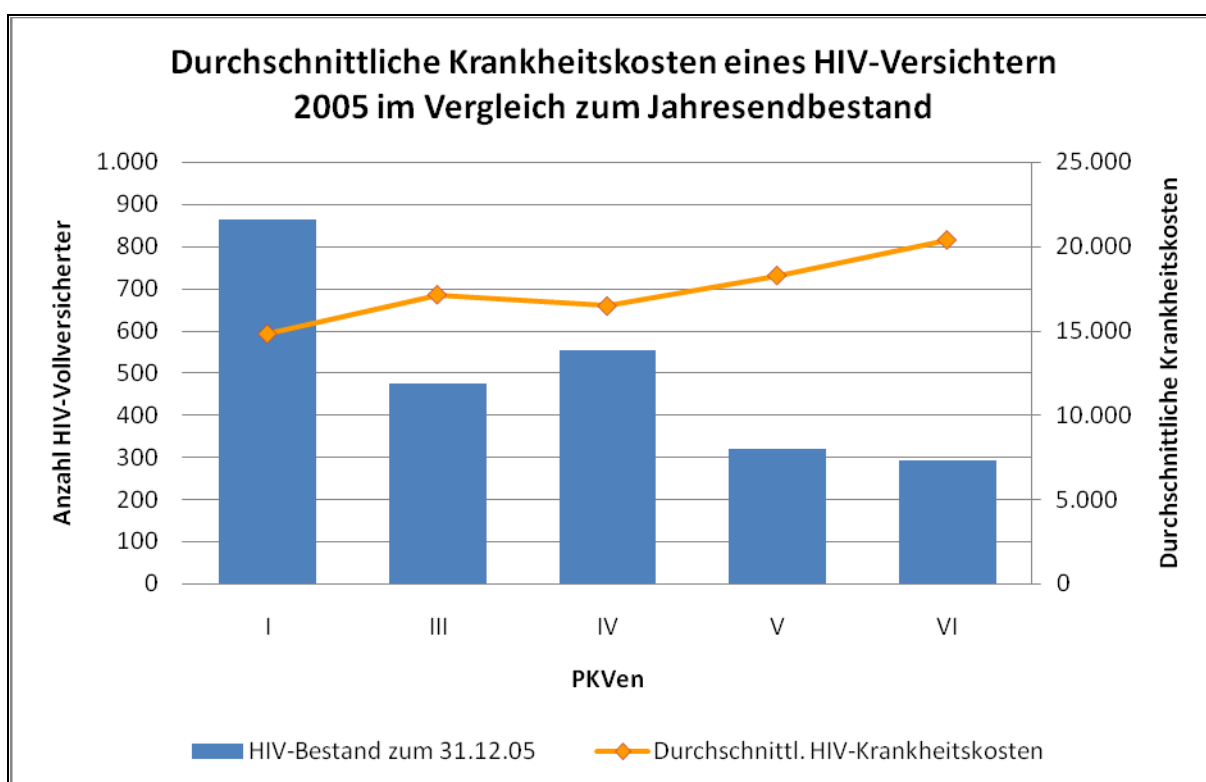


Abbildung 9: Durchschnittliche Krankheitskosten der kooperierenden PKV-Unternehmen im Vergleich zu deren Jahresendbeständen an HIV-infizierten Versicherten

4. Gegenüberstellung der ausgewerteten Zahlen und der Meldungen des PKV-Verbands

Vor einer Gegenüberstellung der ausgewerteten Zahlen und der vom PKV-Verband veröffentlichten Daten sollen zunächst mögliche Probleme im Zusammenhang mit der HIV-Zahlenverdichtung in den PKV-Unternehmen angesprochen werden.

Mögliche Probleme bei der Erfassung der HIV-Zahlen in den einzelnen PKV-Unternehmen:

Der PKV-Verband macht keine detaillierten Erfassungsvorgaben für die von den Mitgliedsunternehmen an ihn zu lieferenden Daten zu den HIV-Infizierten in deren Versichertenbeständen. In der Folge habe sich unterschiedliche Herangehensweisen an die Verdichtung der HIV-Zahlen herausgebildet. So werden teilweise die im Datenbestand der Unternehmen vorhandenen Diagnosen (ICD-10), die als HIV-relevant eingeschätzt werden, gezählt – in diesen Fällen kann es zu Mehrfacherfassungen von Versicherten kommen. In anderen Fällen werden hingegen die Versichertennummern mit Diagnosen (ICD-10), die als HIV-relevant eingeschätzt werden, bestimmt. Teilweise gibt es in den Unternehmen für die Zuordnung von Versicherten zur HIV-Gruppe eigens definierte, explizite Kriterienkataloge, teilweise wird sich hier auf das „Gespür“ der Mitarbeiter in den Leistungsabteilungen verlassen – beide Herangehensweisen bilden unterschiedliche Potenziale für Fehlerquellen.

Fehler in den Meldungen können auch durch die Organisation des Datenmanagements bedingt sein, etwa wenn Versichertenstammdaten und Leistungsdaten zusammengeführt werden müssen, die mitunter in unterschiedlichen Datenbanken vorliegen.

Unabhängig davon können Falschkodierungen eingereicherter Arzt Diagnosen oder Rezepte Fehler in der Zahl gemeldeter HIV-Infektionen bewirken.

Gegenüberstellung der Meldungen an den PKV-Verband und der für das Projekt generierten Daten

Abbildung 10 zeigt, dass in einem der PKV-Unternehmen (Nr. IV) größere Abweichungen zwischen den Meldungen zum Versichertenbestand mit HIV-Infektion an den Verband und den Daten, die im Rahmen dieses Projektes generiert und gemeldet wurden, bestehen. Dies führt entsprechend auch zu einer Abweichung in der Summe. In den anderen Unternehmen liegen beide Meldungen sehr nah beieinander oder sind identisch.

Bei der Meldung der im Jahre 2005 bekannt gewordenen Versicherten mit HIV-Infektion bestehen bei demselben Unternehmen größere Abweichungen, während ansonsten die Meldungen sehr ähnliche oder identische Zahlen liefern (vgl. Abbildung 11).

Dies gilt schließlich auch für die Zahl der in 2005 gestorbenen Versicherten mit HIV-Infektion (vgl. Abbildung 12).

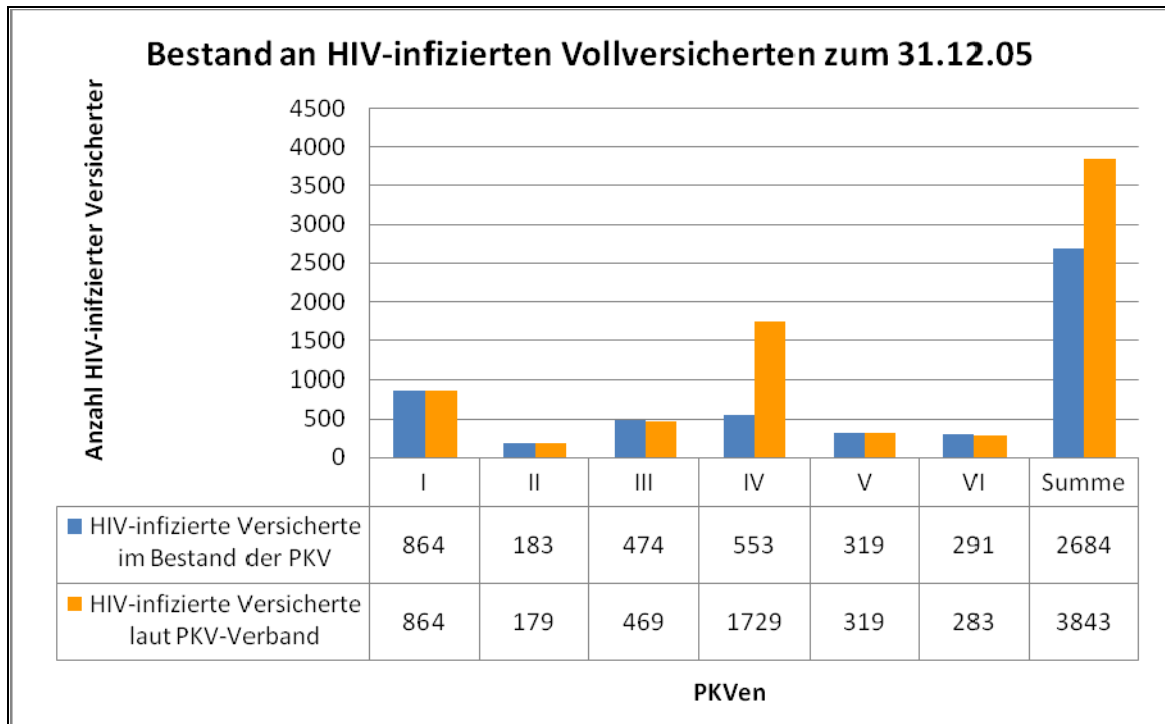


Abbildung 10: Bestand an HIV-infizierten Versicherten – Lehrstuhlauswertung vs. PKV-Verbandsmeldungen

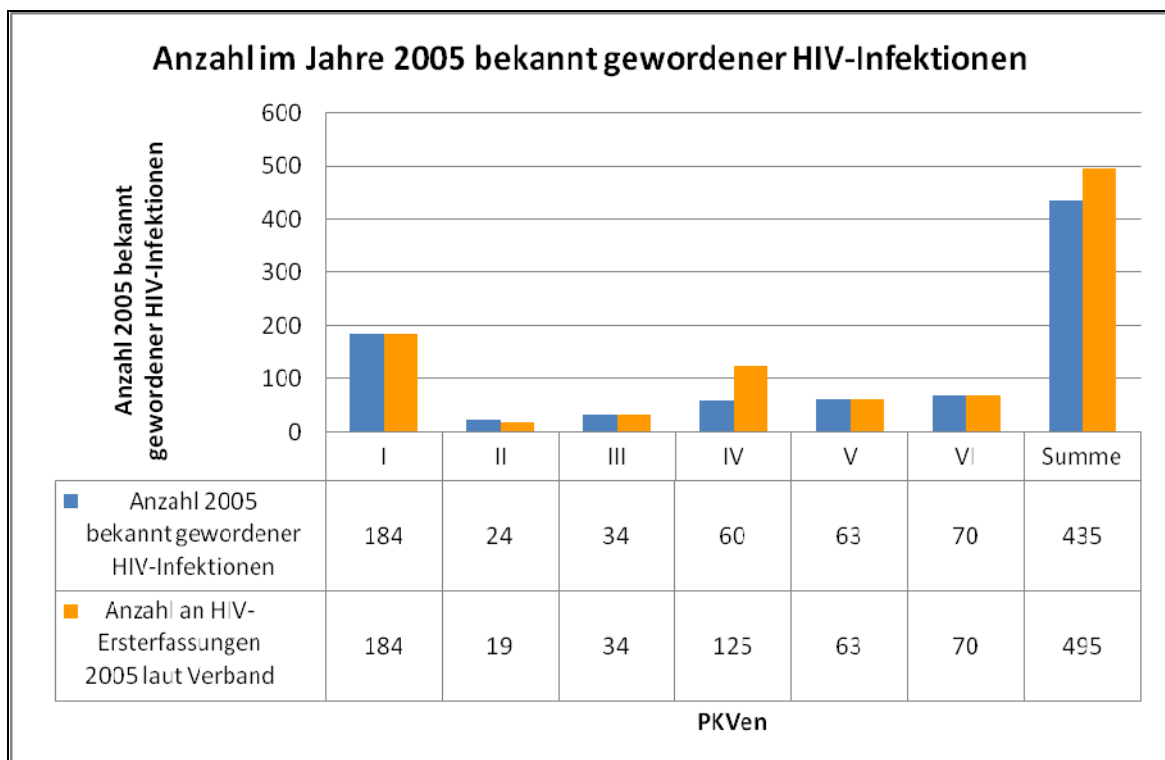


Abbildung 11: HIV-Ersterfassungen – Lehrstuhlauswertung vs. PKV-Verbandsmeldungen

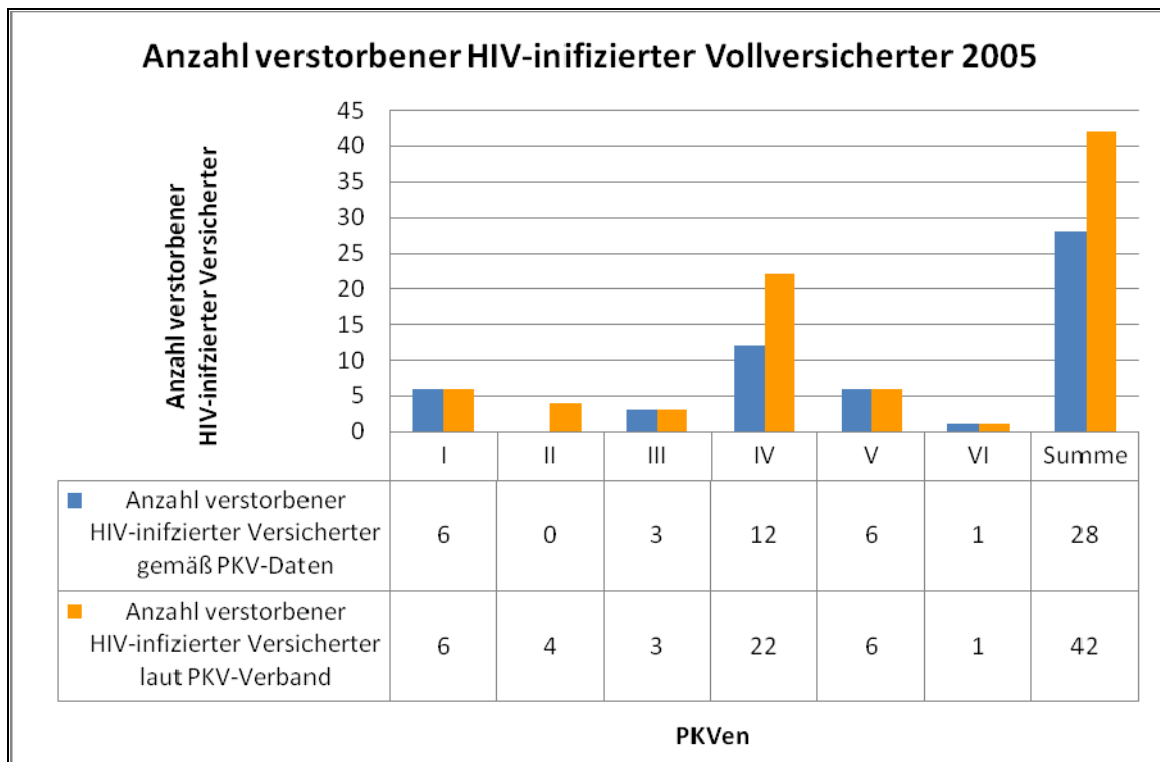


Abbildung 12: Verstorbene HIV-infizierte Vollversicherte – Lehrstuhlauswertung vs. PKV-Verbandsmeldungen

Bei den zuvor dargestellten Erkenntnissen ist zu berücksichtigen, dass einige der Zahlen, die dem Lehrstuhl zur Verfügung gestellt wurden, aufgrund von Systemumstellungen bspw. von manueller auf systemtechnische Erfassung oder auf überarbeitete Erfassungsverfahren rückwirkend bereinigt wurden und daher nicht mit den PKV-Meldungen der letzten Jahre übereinstimmen. Ebenso wurden die HIV-Daten mit zusätzlichen Informationen teilweise eigens für die Analyse händisch zusammengeführt und können folglich von den automatisch aus den Softwareprogrammen der PKV-Unternehmen generierten Werten abweichen.

B. HIV-Datenverdichtung durch das Robert-Koch-Institut

Auf Basis eines intensiven Dialogs mit den für die HIV-Datenerfassung und -Auswertung zuständigen Mitarbeitern des Robert Koch-Instituts, eines aktuellen RKI-Papers mit dem Titel „Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland“ und auch der epidemiologischen RKI-Halbjahresberichte der letzten Jahre soll in den folgenden Abschnitten zunächst der Hintergrund der HIV-Datenverdichtung durch das RKI beleuchtet werden. Über dieses Verständnis soll wiederum der Fragestellung nachgegangen und eine Annäherung an die Gründe für den Anstieg der HIV-Zahlen verfolgt werden.

1. Gesicherte HIV-Erstdiagnosen

Die Grundlage der halbjährlich publizierten HIV-Daten in Deutschland, ermittelt durch das RKI, bilden stets die sogenannten „gesicherten“ HIV-Erstdiagnosen. Ein positiver HIV-Antikörpertest gilt seit dem Jahre 1993 als gesicherte Erstdiagnose, wenn er auf den laut Laborberichtsverordnung verpflichtenden Labor- oder Arztmeldebögen eindeutig als solche gekennzeichnet ist, die Frage nach einer Erstdiagnose also mit „ja“ beantwortet wurde. Das Auffinden von Mehrfachmeldungen aus dem Umfang der gesicherten Erstdiagnosen wiederum kann erst seit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes zum 1.1.2001 und der Einführung der fallbezogenen Verschlüsselung gewährleistet werden. Seitdem werden alle eingegangenen Meldebögen daraufhin kontrolliert, ob sie bereits zuvor schon als Erstdiagnose registriert wurden. Zuvor war man für das Auffinden von Mehrfachmeldungen allein auf die Angaben der meldenden Labor und Ärzte angewiesen. Unter den gesicherten HIV-Erstdiagnosen versteht man demnach nur diejenigen Meldungen, bei denen eine frühere bestätigte positive Testung auf HIV definitiv nicht bekannt ist.

Gemäß einer Definitionsänderung beginnend mit dem 2. RKI-Halbjahresbericht 2005 zum Stand der HIV-Daten zum 31.12.2005 werden nun auch diejenigen Fälle mit einem positiven HIV-Test als gesicherte Erstdiagnosen angesehen, die zwar nicht als solche deklariert wurden, die allerdings im Jahre 2001 oder später noch ein negatives Testergebnis aufwiesen und bei denen zudem eine Doppelmeldung nach Abgleich der fallbezogenen Verschlüsselung mit bereits berichteten Erstdiagnosen ausgeschlossen werden kann. Rückwirkend wurden auf Grund dieser Präzisierung ca. 400 Meldungen für die Jahre 2001 bis einschließlich 2005 zusätzlich als gesicherte Erstdiagnosen ausgewiesen. Durch die neue Definition änderten sich zwar die absoluten Zahlen der für die letzten Jahre ausgewiesenen Erstdiagnosen, die Entwicklungstrends blieben aber gleich.

Die gesicherten HIV-Erstdiagnosen geben zwar den Zeitpunkt der Durchführung des Bestätigungstests wieder, lassen aber keine direkten Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Infektion zu, da Infektion und Test weit auseinander liegen können. Folglich können die HIV-Erstdiagnosen weder mit der HIV-Inzidenz noch mit der HIV-Prävalenz gleichgesetzt werden. Dennoch bilden sie derzeit die bestmögliche Grundlage für die Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.

Die nachfolgende Tabelle 4 über die Entwicklung der gesicherten Erstdiagnosen seit 2005 ist dem Bericht des RKI für das 1. Halbjahr 2006 entnommen.

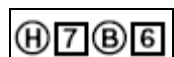
Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests in der Bundesrepublik Deutschland gemäß 1. Halbjahresbericht 2006 des RKI:

Jahr der Diagnose	Gesicherte Erstdiagnose	Prozentualer Anstieg der Erstdiagnosen ggn. Vorjahr	Meldestatus unbekannt	Gesamt
2001	1443		2616	4059
2002	1717	18,9 %	2607	4324
2003	1973	14,9 %	2417	4390
2004	2200	11,5 %	2068	4268
2005	2486	13,0 %	1952	4438

Stand: 01.09.2006

Tabelle 4: Meldungen über bestätigt positive HIV-Tests

Die Meldungen der gesicherten Erstdiagnosen übersteigen nunmehr die Anzahl der HIV-Tests mit unbekanntem Meldestatus. Zur Überprüfung der Meldungen auf Mehrfacherfassung sieht der Erhebungsbogen für positive HIV-Bestätigungstests nach § 7 Abs. 3 IfSG eine fallbezogene Verschlüsselung aus Elementen des Vor- und Familiennamens des Patienten nach folgendem Beispiel vor. Zur Verschlüsselung des Namens „Schultz, Sabine“ werden jeweils die dritten Buchstaben des Familien- und des Vornamens in die vorgegebenen Kreise auf dem Bogen eingetragen und durch die Anzahl der Buchstaben (Umlaute als zwei Buchstaben gewertet) ergänzt. Demnach ergibt sich für das vorgegebene Beispiel der folgende fallbezogene Code:



Anhand eines Abgleichs mit den Meldungen, die zuvor beim RKI eingegangen sind, kann somit festgestellt werden, ob es sich um eine Mehrfachmeldung handelt. Eine Sicherheit, dass keine Erstmeldung fälschlich als Mehrfachmeldung in Erscheinung tritt, besteht bei diesem Verfahren allerdings nicht, während – bei korrekten Meldungen – umgekehrt eine fälschliche Zuordnung einer Mehrfachmeldung zu den Erstdiagnosen nicht auftreten dürfte. Das Verfahren kann daher tendenziell zu einer Untererfassung von Erstdiagnosen führen.

2. Schätzungen der HIV-Inzidenz und der HIV-Prävalenz

Im Folgenden wird das aktuelle Verfahren des RKI zur Zahlenverdichtung zur HIV-Inzidenz und HIV-Prävalenz dargestellt. Eine detaillierte Darstellung insbesondere des bis 1995 verwendeten Rückrechnungsmodells kann – auch aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen – hier nicht erfolgen.



Bei den Eckdaten und Trends des RKI zur HIV-Inzidenz und HIV-Prävalenz handelt es sich um konservative Schätzungen an der unteren Grenze, entlang der als gesichert geltenden HIV-Erstdiagnosen. Neben den harten Fakten der gesicherten Erstdiagnosen basieren die Daten zur Inzidenz und Prävalenz von HIV zudem auf Erkenntnissen aus verschiedenen Studien und den Einschätzungen von Experten. Nachfolgend genannte Studien bzw. Datenquellen finden laut RKI-Paper als zusätzliches Hintergrundwissen Berücksichtigung bei der Beschreibung der Entwicklung der HIV-Epidemie:

- HIV-Serokonverterstudie³
- Klinische Surveillance HIV (ClinSurv)
- HIV-Dokumentation Nordrhein⁴
- STD-Sentinelenerhebung: Daten zu Wissen, Einstellungen und Verhalten von Risikogruppen⁵
- Blutspendersurveillance⁶
- Neugeborenencreening: Das Anonyme Unverknüpfte Testen (AUT) von Restblutproben an zum Screening auf angeborene Stoffwechselerkrankungen bei Neugeborenen entnommenen Fersenblut wurde zeitweise in Berlin Niedersachsen und Bayern durchgeführt. Neugeborene reflektieren den HIV-Antikörper-Status der Mutter und somit lieferte das AUT von 1993 bis 1996 Angaben über die Verbreitung von HIV in der allgemeinen Bevölkerung.⁷
- „ANOMO“: Das „Anonyme Monitoring zu AIDS und HIV-Infektionen in den Praxen niedergelassener Ärzte (ANOMO)“ erhob von 1988 bis 1995 Schätzungen zur Zahl der bei Niedergelassenen Ärzten in Behandlung befindlichen HIV-Patienten⁸
- Wiederholungsbefragungen von Männern, die Sex mit Männern haben⁹
- Wiederholungsbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)¹⁰

³ Vgl. Duwe S, Brunn M, Hamouda O, Schmidt B, Walter H, Pauli G, Kücherer C: Frequency of Genotypic and Phenotypic Drug-Resistant HIV 1 Among The-rapy-Naive Patients of the German Seroconverter Study. JAIDS. 26(3):266-273, March 1, 2001.

⁴ Vgl. Hamouda O, Kollan C, Goetzenich A, Schlüfter E, Knechten H, Kramer M: HIV-Dokumentation Nordrhein- Verlaufsdokumentation von HIV-Patienten in der ambulanten Versorgung. 2002, In: Hoffmann C, Jäger H (Hrsg.) AIDS – die Auseinandersetzung geht weiter. Verlag moderne Industrie.

⁵ Vgl. Bremer V, Marcus U, Hofmann A, Hamouda O: Building up a sentinel surveillance in Germany 2003. Sex Transm Inf 2005; 81:173-179.

⁶ Vgl. Offergeld R, Ritter S, Faensen D, Hamouda O. Infektionsepidemiologische Daten von Blutspendern 2003-2004. Bericht des Robert Koch-Instituts zu den Meldungen nach § 22 Transfusionsgesetz. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005, 48: 1273-1288.

⁷ Vgl. Siedler A, Hamouda O, Schwartländer B: Anonymous unlinked testing as a sentinel approach: experience in Germany. 1998, J. Epidemiol. Comm. Health 52 (Suppl 1): 25S-27S.

⁸ Vgl. Kirschner W, Schwartländer B: Sentinel-Surveillance von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. 1996, Baden-Baden: NOMOS-Verlagsgesellschaft.

⁹ Vgl. Bochow M, Wright M, Lange M: Schwule Männer und AIDS: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. 2004, AIDS-Forum DAH.



- Todesursachenstatistik der Statistischen Landesämter und des Statistischen Bundesamtes.

Den Ausgangspunkt der Inzidenzschätzungen bilden seit dem Jahre 1993 die als gesicherte Erstdiagnosen eingestuften HIV-Meldungen gemäß Laborberichtspflicht, die jeweils um einen aktuell auf Basis von Erfahrungswerten geschätzten Faktor korrigiert wurden, um den potentiell nicht erkannten Doppelmeldungen bzw. den mit unbekanntem Meldestatus versehenen Erstdiagnosen anteilig gerecht zu werden. Die Annahmen über eine konkrete Notwendigkeit einer Anpassung bzw. einer Korrektur der Anzahl der Meldungen zur Abschätzung der HIV-Inzidenz beruhen wiederum auf Experteneinschätzungen und Studienerkenntnissen. Für die Abschätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland werden dabei die HIV-Erstdiagnosen von Personen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen nicht berücksichtigt, da davon ausgegangen wird, dass die überwiegende Mehrzahl dieser Infektionen in den Herkunftsregionen stattgefunden hat. Für die Abschätzung der Gesamtzahl der in Deutschland lebenden HIV-Infizierten (HIV-Prävalenz) wiederum werden sie natürlich berücksichtigt.

Für den Zeitraum von 1993 bis 2001 wurde die Anzahl an gesicherten Erstdiagnosen zur Abschätzung der HIV-Inzidenz demnach um einen geschätzten Anteil nicht erkannter Doppelmeldungen, basierend auf Erfahrungswerten, Studienerkenntnissen und weiteren Analysen mit Hilfe eines jährlich definierten Korrekturfaktors bereinigt und gleichzeitig um einen geschätzten Anteil zur Beachtung nicht angegebener Erstdiagnosen nach oben korrigiert. Der Algorithmus zum Ausschluss von Mehrfachnennungen wurde nach Auskunft des RKI kontinuierlich verbessert und die Korrekturfaktoren konnten somit fortlaufend angepasst werden. Seit der Einführung der fallbezogenen Verschlüsselung im Jahre 2001 erfuhr der Abgleich auf Mehrfachmeldungen eine wesentliche Optimierung und es bedarf für die trotz Verschlüsselung nicht erkennbaren Doppelmeldungen nur noch eines kleinen Abzugs von den ausgewiesenen Erstdiagnosen. Von den Meldungen ohne Angabe, ob es sich um Erst- oder Mehrfachmeldungen handelt, wird nach Abzug des Anteils der Meldungen von Personen aus Hochprävalenzregionen die Hälfte als wahrscheinliche Erstmeldung eingestuft. Diese Einschätzung wird nach Auskunft des RKI durch die Ergebnisse stichprobenartiger Kontrollen bei Teilpopulationen gestützt.

Aktuell wird der Schätzwert für die HIV-Neuinfektionen eines Jahres, der in der Regel zum Welt AIDS-Tag am 1.12. erhoben wird, demzufolge anhand nachstehender Schritte zusammengeführt:

A. Gesicherte Erstdiagnosen:

1. Die Anzahl der gesicherten Erstdiagnosen des jeweils ersten Halbjahres (die Ganzjahresdaten liegen zu dem Zeitpunkt noch nicht vor) wird zur Hochrechnung auf das volle Jahr verdoppelt,
2. von dieser doppelten Anzahl werden die Meldungen von Personen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen abgezogen,
3. abschließend wird dieser Wert um einen Anteil von 5% für die nicht erkannten Mehrfachmeldungen bereinigt.

¹⁰ **S. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:** Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2005. Endbericht 2005, BZgA.



B. Meldungen mit unbekanntem Status:

1. Die Anzahl der Meldungen, bei denen nicht sicher ist, dass es sich um Erst- oder Mehrfachmeldungen handelt, wird analog zu den gesicherten Erstdiagnosen verdoppelt,
2. dieser Wert wird ebenfalls um die Meldungen von Personen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen bereinigt,
3. 50% der so ermittelten Fälle werden letztlich als wahrscheinlich unerkannte Erstdiagnosen gewertet.

Der Wert, der sich wiederum aus der Addition der korrigierten Anzahl an gesicherten Erstdiagnosen und der Zahl an Erstdiagnosen aus dem Umfang der Meldungen mit unbekanntem Status ergibt, stellt nun die Schätzung der neudiagnostizierten Fälle des Jahres dar. Da keine besseren Angaben zur Verfügung stehen, wird die gerundete Zahl der Neudiagnosen vom RKI mit dem Schätzwert für die Neuinfektionen eines Jahres gleichgesetzt. Die Validität der gesicherten Erstdiagnosen hat aufgrund diverser Verfahrensoptimierungen und des anteiligen Ausweises von Erstdiagnosen aus dem Umfang der Meldungen mit unbekanntem Meldestatus nach plausibler Angabe des RKI stark zugenommen und trägt maßgeblich zur Basisannahme der Inzidenzschätzungen bei, dass die Zahl dieser Erstdiagnosen zumindest zeitverzögert ungefähr die Anzahl der HIV-Neuinfektionen reflektiert. Allerdings bleibt zu beachten, dass diverse Gruppen, die die Zahl der HIV-Inzidenz vermeintlich erhöhen würden, im Rahmen oben dargestellter Systematik keinen Einfluss finden. Als Beispiele könnten an dieser Stelle die nicht berücksichtigte Pendelmigration in der „Stricherszene“ oder die HIV-/AIDS-Fälle im Strafvollzug angebracht werden.

Das RKI weist darauf hin, dass seine jährlich veröffentlichten Schätzungen zur HIV-Inzidenz und HIV-Prävalenz keine Fortschreibung der Vorjahreszahlen darstellen, sondern auf dem jeweils aktuellen Stand der Erkenntnisse basieren und folglich nicht direkt vergleichbar sind. Der Anstieg des Schätzwertes der HIV-Neuinfektionen zum Ende des Jahres 2005 auf 2.600 im Gegensatz zur Schätzung von 2.000 HIV-Neuinfektionen am Ende des Jahres 2004 bedeutet dementsprechend nicht, dass die Zahl in dem Zeitraum tatsächlich um 30% gestiegen ist. Vielmehr fundiert die Erhöhung der Schätzung der HIV-Neuinfektionen nach Auskunft des RKI um 600 Fälle zum einem auf dem zu verzeichnenden Anstieg der gesicherten Erstdiagnosen und zum anderen auf der notwendigen Anpassung der in den letzten Jahren trotz der Zunahme an gesicherten Erstdiagnosen konstant gehaltenen Basiswerte und Grundannahmen der Schätzungen.

Analog zur HIV-Inzidenz wurde auch der Wert für die HIV-Prävalenz zum Ende des Jahres 2005 von 44.000 Fällen im Jahre 2004 auf 49.000 Fällen, die in Deutschland mit HIV/AIDS leben, angehoben. Die HIV-Prävalenz ist hierbei zu verstehen als kumulierte Inzidenz inklusive der Meldungen von Personen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen abzüglich der HIV-Todesfälle, die der Todesursachenstatistik der Statistischen Landesämter entnommen werden. Um der Ungenauigkeit dieser Statistik bzw. der Untererfassung der HIV-Todesfälle gerecht zu werden, unterliegen die Zahlen einer Korrektur um einen bestimmten Faktor, der sich aus dem Vergleich der Landesamtstatistiken mit dem HIV-Todesfallregister des RKI, orientiert an Regionen mit besonders guter Todesfallerfassung, ergibt. Inwiefern die Todesfallzahlen, die gemäß der Angaben des RKI alle Todesfälle durch oder mit HIV erfassen, somit realitätsnah abgebildet werden, kann von den Autoren dieser Studie nicht hinreichend beurteilt werden.

Insgesamt konnten die vielerorts angesprochenen Verfahrensoptimierungen der Schätzungen des RKI den Verfassern dieser Studie nur in Grundzügen plausibel gemacht werden. Es mangelt an einer öffentlichen Darstellung der Anpassungen der Korrekturfaktoren als Grundlage der Schätzungen und folglich an dem Nachweis evidenzbasierter Adjustierungswerte.

Zur Veranschaulichung sollen nachfolgend die Schätzwerte des RKI für die letzten Jahre grafisch dargestellt werden.

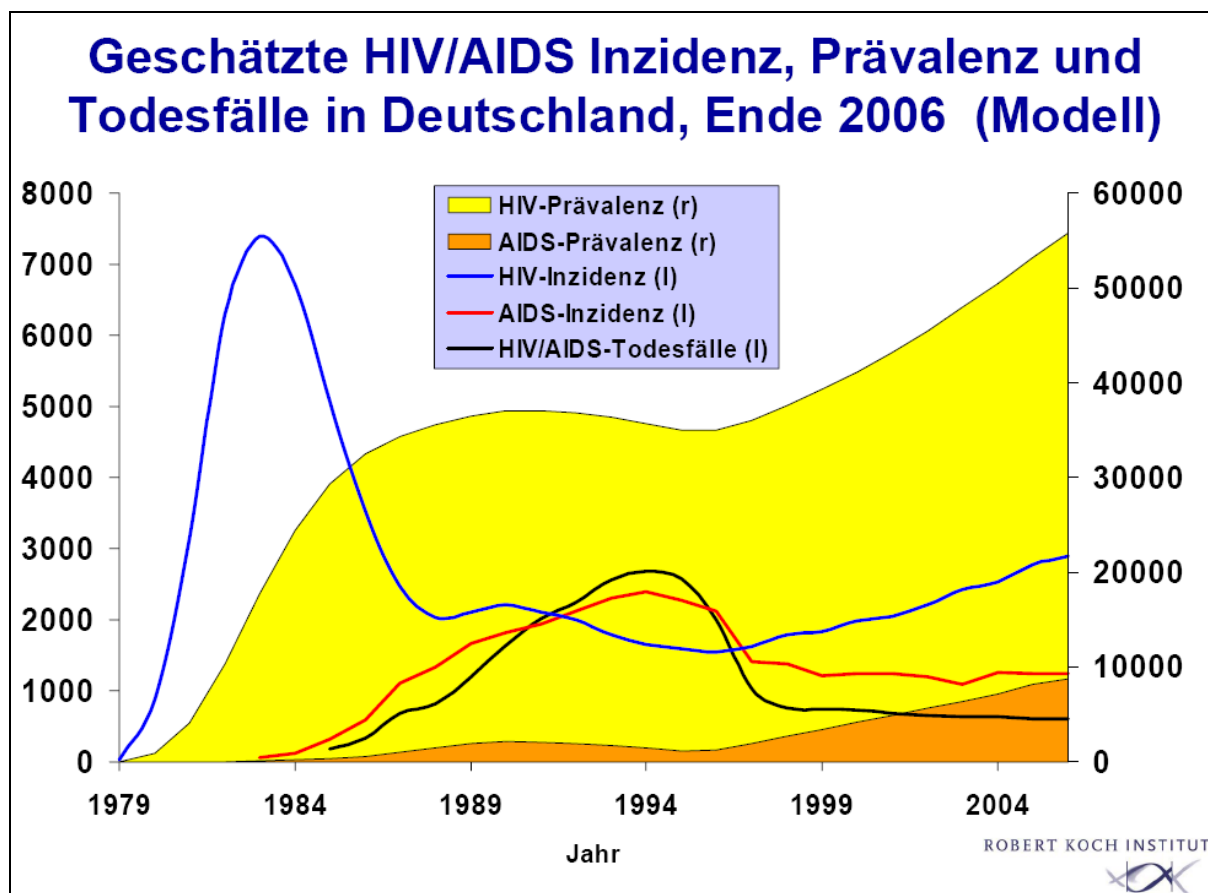


Abbildung 13: Schätzwerte des RKI¹¹

Praktiker aus der HIV-Gesundheitsversorgung stellen in Gesprächen regelmäßig die These auf, dass nach ihrer Einschätzung rd. 70 % aller HIV-Infizierten in Behandlung sind. Gleichzeitig wird die These vertreten, dass ca. 25.000-30.000 HIV-Infizierte in Behandlung sind. Danach wäre die RKI-Zahl der HIV-Infizierten mit annähernd 50.000 eher zu hoch anzusetzen.

Die Zahl der HIV-Verstorbenen ist vergleichsweise geringfügig über die Jahre gestiegen. Über die Erfassung der Todesfälle im Rahmen der Todesursachenstatistiken der Statistischen Landesämter und die Validität dieser Angaben konnte in dieser Studie keine Klarheit gewonnen werden. Inwieweit der geringe Anstieg alleine die deutlich verbesserten Überlebenschancen

¹¹ Quelle: Robert Koch-Institut.

cen von HIV-Infizierten durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten oder auch Validitätsprobleme der Statistiken widerspiegelt, muss daher offen bleiben.

III. Fazit

In der vorliegenden Studie konnten mehrere problematische Komponenten im Hinblick auf den Prozess der HIV-Zahlenverdichtung sowohl in den PKV-Unternehmen als auch durch das RKI identifiziert werden, die nachfolgend näher erläutert werden sollen.

Die zeitliche Komponente der HIV-Zahlenverdichtung

Die Bestimmung bzw. Schätzung der HIV-Prävalenz bzw. HIV-Inzidenz zu einem bestimmten Datum gestaltet sich allein aufgrund der nahezu unbestimmbaren Latenzzeit zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Zeitpunkt der Ersterfassung als HIV-Fall in der Gesundheitsversorgung ohne weiterführende Untersuchungen und Recherchen als äußerst kompliziert. Zudem kommt erschwerend hinzu, dass die Erfassung eines HIV-Infizierten in der PKV und dem RKI nicht zeitgleich erfolgt, da die PKV HIV-Infizierte tendenziell im weiter fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung zum Zeitpunkt in Anspruch genommener Behandlung erfasst. Letzteres stellt das grundlegende Problem eines Vergleichs der Werte von RKI und PKV-Verband dar.

So erfolgt die Erfassung als HIV-Fall im Rahmen der Labormeldepflicht zur Verdichtung der RKI-Meldungen bei dem ersten als positiv bestätigten HIV-Antikörpertest. Demgegenüber erfährt der private Krankenversicherer in der Regel über die Dokumentation von Diagnosen auf Arztabrechnungen oder über Verordnung entsprechend eindeutiger Arzneimittel (z.B. HAART) vom Vorhandensein einer HIV-Indikation – also in der Regel zu einem deutlich späteren Zeitpunkt. Auch ist nicht auszuschließen, dass die Versicherten sich gezielt bemühen, die Information gegenüber ihrem PKV-Unternehmen erst möglichst spät zu offenbaren. So haben die Versicherten etwa nach Offenbarung dieser Information keine Chance mehr, ihren Versicherungsschutz zu verbessern, da entsprechende Anträge vom Versicherungsunternehmen wegen der hohen Kosten der Erkrankung abgelehnt werden würden.¹² Hinzu kommt, dass die Versicherten möglicherweise Leistungsanträge erst nachträglich einreichen. Eine gewisse zeitliche Diskrepanz kommt auch dadurch zustande, dass der PKV-Verband die Daten zu den HIV-Infizierten des Vorjahres im Februar abfragt, während zahlreiche Rechnungen für das Vorjahr erst danach eingehen.

Der nicht quantifizierbare Timelag zwischen der ersten Leistungsanspruchnahme eines HIV-Versicherten als Zeitpunkt der Ersterfassung in der PKV und dem Zeitpunkt der Erfassung im Rahmen der RKI-Meldungen lässt somit nur den Schluss zu, dass eine Gegenüberstellung der HIV-Daten des PKV-Verbands mit denen des RKI im Grunde nur zeitversetzt möglich wäre und folglich nicht zu einem Datum gewährleistet werden kann. Mit der zeitlichen Verschiebung lässt sich möglicherweise teilweise auch erklären, warum der seit Jahren hohe Anteil an HIV-Ersterfassungen in der PKV bei sinkenden Sterberaten im Zeitablauf nicht in einem gleichsam hohen Anteil der PKV-Versicherten an der HIV-Prävalenz resultiert.

¹² Eine etwaige Sorge vor Stigmatisierung wirkt in die gleiche Richtung.

Weitere Komponenten der HIV-Datenverdichtung

Neben der zeitlichen Komponente spielen auch andere Faktoren eine verzerrende Rolle bei dem Erfassungsvorgang der HIV-Daten in den PKV-Unternehmen und der HIV-Zahlenverdichtung durch das RKI.

Während die Erhebung der HIV-Bestandszahlen in den PKV-Unternehmen auf Basis der ersten freiwilligen Leistungsanspruchnahme eingereichter Leistungsanträge in Form von Arztrechnungen oder Rezepten vorgenommen wird, gründen die RKI-Zahlen auf der Labormeldepflicht gemäß der Laborberichtsverordnung aus dem Jahre 1987 und dem Infektionsschutzgesetz aus dem Jahr 2001.

Durch nicht eindeutig zuordenbare Diagnosen, die sich wiederum aus den freiwillig durch den PKV-Versicherten eingereichten Arztrechnungen bzw. Rezepten ergeben, entstehen mitunter Identifizierungsprobleme eines Versicherten als HIV-Fall. Eine erstattungsfähige privatärztliche Rechnung hat zwar verpflichtend eine Diagnose aufzuweisen, allerdings lässt sich nicht beziffern, wie viele Ärzte in der Diagnosestellung einer HIV-Infektion einen Konflikt mit ihrer ärztlichen Ethik bzw. Schweigepflicht sehen und folglich ihre Kenntnis bezüglich einer positiven HIV-Labortestung nicht an die Krankenversicherungen des betroffenen Patienten weitergeben, sondern stattdessen dazu neigen, Ausweichdiagnosen anzugeben. Einen nicht unerheblichen Anteil an fraglichen Diagnosen, deren Zuordnung von den Mitarbeitern der PKV-Unternehmen in den Leistungsabteilungen zudem gewährleistet werden muss, machen die teilweise unleserlichen bzw. unbestimmbaren oder lediglich abgekürzten Diagnosen aus.

Neben der uneindeutigen Angabe HIV-relevanter Diagnosen seitens der behandelnden Ärzte kommt noch die Problematik der Einschätzung über die Zugehörigkeit eines Versicherten zur Gruppe der HIV-infizierten Versicherten in den einzelnen Leistungsabteilungen der PKV-Unternehmen, bei denen die Leistungsanträge eingehen, erschwerend hinzu. Die Erfassung der HIV-Fälle erfolgt prinzipiell auf Basis expliziter HIV-Diagnosen und der einer HIV-Infektion unverwechselbar zuordenbaren Arzneimitteln. Da den einzelnen PKV-Unternehmen zur Erhebung der HIV-Zahlen allerdings kein abgegrenzter Kriterienkatalog in Form von Auflistungen HIV-relevanter Diagnosen bzw. Arzneimittel als Richtlinie vorliegt, erfolgt die Identifizierung eines Versicherten als zu erhebender HIV-Fall gerade bei nicht eindeutigen Fällen teilweise nach Mitarbeitergefühl oder eigens „gestrickter“ und somit nicht einheitlicher Diagnoselisten. Fehleinschätzungen über die Zugehörigkeit eines Versicherten zur HIV-Gruppe sind bei dieser Erfassungssystematik daher möglich. Darüber hinaus können auch Fehlcodierungen der Klartextdiagnosen durch die Mitarbeiter in den Leistungsabteilungen zu statistischen Fehlern führen, die sich allerdings auch kaum durch konkretere Anweisungen seitens des PKV-Verbands vermeiden ließen.

Wie beschrieben trägt auch die teilweise bestehende Trennung zwischen den Datenbanken mit Versichertenstammdaten und den zur Identifikation eines HIV-Falls notwendigen Leistungsdaten zur Abgrenzungsproblematik bei.

Parallel zur vollständigen Erfassung aller HIV-Versicherten in der PKV bleibt ebenfalls die Frage nach der Vollständigkeit der Meldungen HIV-Tests durchführender Labore im Sinne der Laborverordnung als Datengrundlage der RKI-Meldungen. Befragungen aller in Deutschland bekannten Labore werden regelmäßig durchgeführt, eine kontinuierliche explizite Analyse hinsichtlich der Einhaltung der Meldepflicht wird bislang aber noch nicht vorgenommen. Dennoch geht das RKI auf Basis einer im Jahre 2004 durchgeführten Studie zur Ermittlung

der Anzahl in Deutschland durchgeführter HIV-Such- und Bestätigungstest, zu deren Teilnahme alle HIV-Tests durchführenden Labore aufgerufen waren, aufgrund der entsprechenden Rücklaufmeldungen davon aus, dass die Labore ihrer Meldepflicht gerecht werden.

Neben der nur schwer bestimmbareren Vollständigkeit der Meldungen über positiv bestätigte HIV-Antikörpertests stellt sicherlich die mangelnde Transparenz der Schätzungen des RKI hinsichtlich der evidenzbasierten Begründung für die Festlegung der Korrekturfaktoren zur Verdichtung der HIV-Inzidenz sowie der HIV-Prävalenz den Hauptgrund für Zweifel an der Richtigkeit bzw. der Plausibilität der publizierten HIV-Zahlen dar. Die konservative Haltung des RKI bei der HIV-Inzidenzschätzung entlang der als gesichert geltenden HIV-Erstdiagnosen könnte darauf hinweisen, dass die Zahlen tendenziell zu niedrig eingeschätzt werden. Wobei der Anteil der Meldungen, die nunmehr als nicht ausgewiesene Erstdiagnosen aus dem Umfang der Meldungen mit unbekanntem Meldestatus gewertet werden, in den letzten Jahren erheblich erhöht wurde, was letztlich auch zur Anpassung der bis dato konstant gehaltenen Schätzwerte zur HIV-Inzidenz geführt hat. Ausgehend von den Werten zu den gesicherten Erstdiagnosen lässt es sich allerdings – so argumentiert plausibel das RKI – nicht umgehen, entsprechende Korrekturen auf Basis von Expertenmeinungen und Studienerkenntnissen vorzunehmen. Fraglich bleibt nur, wie stark die Werte für die HIV-Prävalenz, ausgedrückt in Form der kumulierten Inzidenzen, durch die unbestimmten Korrekturen verzerrt werden.

Vor dem Hintergrund der zu erörternden Zusammenhänge zwischen den PKV- und den RKI-Daten muss folglich festgehalten werden, dass einerseits die PKV-Daten zur HIV-Inzidenz und -Prävalenz keiner eindeutig festgelegten Systematik folgen und somit für die vorliegende Analyse nicht unkritisch herangezogen werden können. Andererseits werden aber auch im Verdichtungsprozess der Werte des RKI, abgesehen von der definierten Systematik der nach dem Infektionsschutzgesetz übermittelten HIV-Labormeldungen, Korrekturen und Adjustierungen zur Schätzung der HIV-Inzidenz und -Prävalenz auf Basis der HIV-Erstdiagnosen vorgenommen, die auf einer für die Autoren dieser Studie nicht nachvollziehbaren bzw. einer der Öffentlichkeit intransparenten Methodik beruhen.

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf die Fragestellungen der Analyse festhalten, dass aufgrund der abweichenden Gegebenheiten der HIV-Zahlenverdichtungsprozesse in der PKV bzw. beim RKI eine Gegenüberstellung der Zahlen weder im Hinblick auf die HIV-Prävalenz noch auf die HIV-Inzidenz zu einem Datum verlässlich gewährleistet werden kann. Demzufolge kann der Anstieg der HIV-Ersterfassungen in der PKV als Annäherungswerte an das Infektionsgeschehen unter den PKV-Versicherten des jeweiligen Jahres im Grunde keinen Hinweis darauf geben, dass die publizierten HIV-Neuinfektionswerte zu niedrig geschätzt werden. Da kein direkter zeitlicher und systematischer Zusammenhang zwischen den PKV- und RKI-Daten hergestellt werden kann, kann vor dem Hintergrund der Fragestellung dementsprechend auch nicht eindeutig belegt werden, dass die PKV-Versicherten derzeit tatsächlich 30% aller HIV-Neuinfektionen ausmachen. Die vorliegende Analyse hat zwar gezeigt, dass die publizierte Zahl für die HIV-Ersterfassungen in der PKV schon aufgrund eines statistisch falsch erhobenen Wertes lediglich eines PKV-Unternehmens zu hoch angesetzt ist, kann aber dennoch keine Ursachen dafür belegen, warum die überproportionalen HIV-Ersterfassungen der PKV auf Dauer nicht in einem überproportionalen Anteil der PKV-Versicherten an der HIV-Prävalenz münden (s. Tabelle 5).

Diskrepanz zwischen hohem PKV-Anteil an HIV-Ersterfassungen und PKV-Anteil an der HIV-Prävalenz gemäß RKI:

Wertebasis	HIV-Ersterfassungen im Jahre 2005	HIV-Infiziertenbestand im Jahre 2005	HIV-Ersterfassungen im Jahre 2004	HIV-Infiziertenbestand im Jahre 2004
RKI-Meldungen	2.486	49.000	2.200	44.000
PKV-Verbandsmeldungen	746	5.743	646	5.366
„Prozentualer Anteil der PKV“	30,0%	11,7%	29,4%	12,2%

Tabelle 5: Prozentualer Anteil der PKV an HIV-Ersterfassungen und HIV-Infiziertenbestand der Jahre 2004 und 2005

Legt man anstelle der veröffentlichten Daten des PKV-Verbandes¹³ die für diese Studie erhobenen Daten zugrunde, so ist die PKV-Verbandsmeldung zu den HIV-Ersterfassungen um 60 Fälle (vgl. Abbildung 11) und der HIV-Infiziertenbestand (vgl. Abbildung 10) entsprechend um 1159 Fälle zu senken. Basierend auf diesen Werten macht der prozentuale Anteil der PKV an den HIV-Ersterfassungen im Jahr 2005 27,6% und am HIV-Infiziertenbestand 9,4% aus. Der hohe PKV-Anteil an HIV-Ersterfassungen wird dadurch zwar ein wenig entlastet, kann aber nicht das Phänomen des vergleichbar geringen PKV-Anteils am HIV-Infiziertenbestand klären.

Hinzu kommt noch, dass die HIV-Ersterfassungszahl der PKV, wie zuvor dargestellt, wegen des different zugrunde liegenden Erfassungszeitpunkts als HIV-Fall nicht ohne weitere zeitliche Justierung der RKI-Zahl der gesicherten Erstdiagnosen gegenübergestellt werden sollte.

Vor dem Hintergrund der nicht zu beziffernden Inkubationszeit der HIV-Infektion wäre auch ein direkter Vergleich der Ersterfassungswerte der PKV mit den Schätzwerten des RKI zur HIV-Neuinfektion weder sinnvoll noch belastbar.

Auf Grund mangelnder Vergleichszahlen zu den RKI-Daten würde es eines genaueren Verständnisses der Versichertenstruktur in den einzelnen PKV-Unternehmen bedürfen, um sich unabhängig von vorangegangenen Schlussfolgerungen einer Erklärung für den Anteil an HIV-infizierten PKV-Versicherten am RKI-Gesamtwert zur HIV-Prävalenz anzunähern. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten für diese Studie keine Untersuchungen am Rohdatenbestand der PKV-Unternehmen durchgeführt, sondern lediglich fertige Auswertungen zu genannten Kriterien zur Verfügung gestellt werden. Ob die PKV-Ersterfassung von HIV-infizierten Versicherten z.B. auch nach Risikoadjustierung tatsächlich einen überhöhten Anteil an den HIV-Neuinfektionen Deutschlands ausmachen, lässt sich ohne weitere Untersuchungen im Rahmen dieser Analyse demnach nicht konstatieren. So stellt der offensichtlich höhere Anteil an Männern in der PKV unter diesen Bedingungen zwar keine geeignete Risikoadjustierung dar, dennoch könnte er als ein erster Hinweis zur Annäherung an das Phänomen vor dem Hintergrund der großen HIV-Gruppe MSM dienen. Aber auch mit Einblick in den Originaldatenbestände der privaten Krankenversicherer könnten Thesen etwa dahinge-

¹³ Als Reaktion auf die vorliegende Analyse hat der PKV-Verband die von ihm herausgegebenen Zeitreihen über HIV-Zahlen der PKV-Versicherten inzwischen rückwirkend bis zum Jahr 2003 entsprechend korrigiert.

hend, dass homosexuell veranlagte Versicherte in der PKV überrepräsentiert sind und folglich die hohe Zahl an PKV-Neuinfizierten ausmachen, vermutlich nicht überprüft werden.



Literaturverzeichnis

Bochow M, Wright M, Lange M: Schwule Männer und AIDS: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. 2004, AIDS-Forum DAH.

Bremer V, Marcus U, Hofmann A, Hamouda O: Building up a sentinel surveillance in Germany 2003. Sex Transm Inf 2005; 81:173-179.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2005. Endbericht 2005, BZgA.

Duwe S, Brunn M, Hamouda O, Schmidt B, Walter H, Pauli G, Kücherer C: Frequency of Genotypic and Phenotypic Drug-Resistant HIV 1 Among The-rapy-Naive Patients of the German Seroconverter Study. JAIDS, March 1, 2001; 26(3):266-273.

Hamouda O, Kollan C, Goetzenich A, Schlüfter E, Knechten H, Kramer M: HIV-Dokumentation Nord-rhein- Verlaufsdocumentation von HIV-Patienten in der ambulanten Versorgung. In: Hoffmann C, Jäger H (Hrsg.) AIDS – die Auseinandersetzung geht weiter. 2002, Verlag moderne Industrie.

Kirschner W, Schwartländer B: Sentinel-Surveillance von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. 1996, Baden-Baden, NOMOS-Verlagsgesellschaft.

Offergeld R, Ritter S, Faensen D, Hamouda O. Infektionsepidemiologische Daten von Blutspendern 2003-2004. Bericht des Robert Koch-Instituts zu den Meldungen nach § 22 Transfusionsgesetz. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005, 48: 1273-1288.

Siedler A, Hamouda O, Schwartländer B: Anonymous unlinked testing as a sentinel approach: experience in Germany. J. Epidemiol. Comm. Health 1998; 52 (Suppl 1): 25S-27S.