

# HIV bei Migranten in Deutschland

*Wenn über HIV und Migration in Deutschland oder der Europäischen Union geredet und geschrieben wird, stehen meist Migranten aus den sog. Hochprävalenzregionen, d.h. aus Subsahara-Afrika, Teilen Südostasiens und der Karibik im Vordergrund. Insbesondere in den ehemaligen Kolonialmächten Großbritannien, Frankreich und Belgien, aber auch in skandinavischen Ländern, stellen Migranten aus diesen Regionen in der Tat einen weit überproportionalen Anteil der HIV-Infektionen. Angesichts der Globalisierung der HIV-Pandemie wäre es jedoch kurzsichtig, den Aspekt Migration nur unter dem Gesichtspunkt der Einwanderung aus Hochprävalenzregionen nach Europa zu betrachten. Nicht nur, aber gerade auch in Deutschland stellen Menschen aus anderen europäischen Ländern einen viel höheren Anteil an Personen mit Migrationshintergrund als die vergleichsweise kleine Gruppe von Menschen aus Subsahara-Afrika.*

## DIE VERKNÜPFUNGEN ZWISCHEN HIV UND MIGRATION SIND VIELSCHICHTIG:

- HIV-Infektionen können aus den Herkunftsländern von Migranten mitgebracht werden. In diesen Fällen repräsentieren Verteilung von HIV und Risikofaktoren für dessen Übertragung weitgehend die Situation in den Herkunftsländern. Dies gilt in gewissem Umfang auch für Infektionen, die innerhalb solcher Migranten-Communities in den neuen Aufenthaltsländern übertragen werden. Trotzdem muss die Situation in Migranten-Communities kein detailgenaues Spiegelbild der epidemiologischen Situation der Herkunftsländer darstellen, da nicht alle Teile der Bevöl-

kerung dieselbe Mobilität wie internationale Migranten aufweisen und Migranten sogar oft im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung der Herkunftsländer in geringerem Maße von Gesundheitsrisiken betroffen sind (sog. „healthy migrant“-Phänomen). Außerdem können bestimmte strukturelle Risikofaktoren, die in den Herkunftsländern eine wichtige Rolle für die Ausbreitungsdynamik spielen, in den neuen Aufenthaltsländern wegfallen oder durch andere Risikofaktoren ersetzt werden.

- Neben den ursprünglich aus dem Herkunftsland mitgebrachten HIV-Infektionen gibt es Infektionen, die auf dem Weg, d.h. während des eigentlichen

Migrationsprozesses erworben werden. Insbesondere Migranten, die sich aus ökonomischer Not und in der Hoffnung auf ein besseres Leben auf den Weg in andere Länder begeben, können durch die Schwierigkeiten und Probleme des Migrationsprozesses besonders vulnerabel für sexuell und

durch Blut übertragbare Infektionen werden, z.B. weil sie sich gezwungen sehen oder gezwungen werden sexuelle Dienstleistungen anzubieten.

- Schließlich gibt es auch noch Migranten, die aus Ländern oder Regionen, in denen HIV noch sehr wenig verbreitet ist, in Länder migrieren, in denen eine HIV-Epidemie schon seit längerem etabliert ist. In ihren neuen Aufenthaltsländern können diese Migranten besonders durch HIV gefährdet sein, u.a. weil sie durch die Präventionsmaßnahmen und -botschaften schlechter erreicht werden als die einheimische Bevölkerung, weil sie ggf. nicht vertraut sind mit den Strukturen der Gesundheits- und Sozialen Hilfs- und Beratungssysteme, oder auch weil Aspekte der Gesundheitsvorsorge gegenüber anderen, drängenderen Bedürfnissen in den Hintergrund treten. Bei Migranten, die nicht selbst aus Hochprävalenzregionen stammen und die sich in ihren neuen Aufenthaltsländern mit HIV infizieren, wird sich im Wesentlichen das HIV-Ausbreitungsmuster des Aufenthaltslandes widerspiegeln. Allerdings kann es anteilmäßig Verschiebungen geben, z.B. weil bestimmte Migrantengruppen auf Grund sozialer und ökonomischer Probleme anfälliger für Drogenprobleme werden oder verstärkt auf Prostitution als Erwerbsquelle oder Möglichkeit zur Befriedigung sexueller Bedürfnisse zurückgreifen (müssen). Schließlich können Unterschiede beim kulturellen Hintergrund und sozialen Status dazu beitragen, dass über gesellschaftlich stigmatisierte Infektionsrisiken weniger offen kommuniziert werden kann.

Im Folgenden sollen die HIV-Meldedaten des Robert Koch-Instituts für die in Deutschland neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei Personen mit Migrationshintergrund dargestellt und analysiert werden, bei denen andere Infektionsrisiken als die Herkunft aus einer HIV-Hochprävalenzregion angegeben wurden.

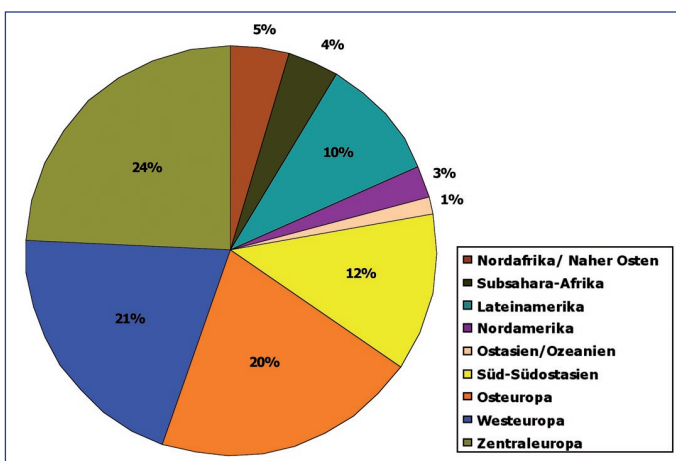


Abb. 1: Herkunftsregionen von seit 2001 in Deutschland mit HIV diagnostizierten Migranten, bei denen andere Infektionsrisiken als Herkunft aus einem Hochprävalenzland angegeben wurden (n~2.000, ca. 50% aller Migranten)

## HERKUNFTSLAND IST NICHT UNBEDINGT GEBURTSLAND ODER STAATZUGEHÖRIGKEIT

Aus Datenschutzgründen werden bei den HIV-Meldungen weder das Geburtsland noch die Staatsangehörigkeit erfasst. Statt dessen werden seit 2001 in Deutschland bei den Meldungen von HIV-Infektionen systematisch Herkunfts- und Infektionsland erfasst. Herkunftsland ist dabei definiert als das Land, in dem der größte Teil des bisherigen Lebens verbracht wurde. Herkunftsland ist also weder gleichzusetzen mit Geburtsland noch mit Staatsangehörigkeit. Es ist sehr wohl möglich, dass unterschiedliche Ärzte den Begriff Herkunftsland unterschiedlich interpretieren.

Dies soll an zwei Beispielen dargestellt werden: Zwei der zahlenmäßig bedeutendsten Gruppen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind Menschen türkischer Herkunft, die zu einem großen Teil bereits in der zweiten bis dritten Generation in Deutschland leben, und sog. Spätaussiedler aus Osteuropa, die auf Grund ihrer Zugehörigkeit zur deutschen Minderheit Anspruch auf die deutsche Staatsbürgerschaft haben. Rein definitionsgemäß wäre für Menschen türkischer Herkunft, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, als Herkunftsland Deutschland anzugeben, während für Spätaussiedler, die in Osteuropa geboren wurden und – meist in den frühen neunziger Jahren – nach Deutschland emigriert sind, je nach Alter und Zeitpunkt der Migration nach Deutschland, als Herkunftsregion entweder Osteuropa oder Deutschland anzugeben wäre.

Es muss davon ausgegangen werden, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit die auf den HIV-Meldungen gemachten Angaben zum Herkunftsland nicht in allen Fällen der vorgesehenen Definition des Herkunftslandes entspricht. Eine gewisse Unschärfe wird dabei jedoch in Kauf genommen, da unter den gegebenen Umständen der Begriff ‚Herkunftsland‘ am ehesten die soziokulturelle Herkunft widerspiegelt. Auch bezüg-

lich der Angabe eines Infektionslandes besteht keine Möglichkeit, die Validität der Angaben zu überprüfen. Insbesondere wenn keine gesicherten Informationen zu HIV-negativen Vorbefunden vorliegen und/oder Betroffene zwischen Deutschland und ihren Herkunftsländern hin- und herreisen, kann eine zweifelsfreie Bestimmung des Infektionslandes unmöglich sein.

Als weitere Besonderheit bei der nachfolgenden Analyse ist zu beachten, dass Migranten aus sog. Hochprävalenzregionen auf Grundlage des Infektionsrisiko-Parameters „Herkunft aus einem Hochprävalenzland“ ausgeschlossen wurden. Auf Grund einer Hierarchisierung von Infektionsrisiken stellen gleichgeschlechtliche Sexualkontakte zwischen Männern (MSM) und intravenöser Drogenkonsum (IVD) epidemiologisch validere Infektionsangaben als „Herkunft aus einem Hochprävalenzland“ dar. Dies führt jedoch dazu, dass z.B. bei den Darstellungen in Abbildung 1 und 2 Frauen aus Thailand ausgeschlossen wurden, Männern aus Thailand, bei denen als Infektionsrisiko MSM angegeben wurde, hingegen berücksichtigt werden.

### HIV-ERSTDIAGNOSEN BEI MENSCHEN MIT ANGABE EINES MIGRATIONSHINTERGRUNDS

Von Anfang 2001 bis Ende November 2008 wurden in Deutschland knapp 18.200 HIV-Erstdiagnosen gemeldet. Bei 3.500 Meldungen (19,2%) fehlten Angaben zum Herkunftsland. Unter den Meldungen mit Herkunftslandangabe bezogen sich 68,2% auf Personen mit Herkunftsland Deutschland, bei 31,8% wurde ein anderes Herkunftsland angegeben. Bei etwas mehr als der Hälfte der insgesamt ca. 4.700 in Deutschland zwischen Januar 2001 und November 2008 an das RKI gemeldeten HIV-Erstdiagnosen, bei denen ein anderes Land als Deutschland als Herkunftsland

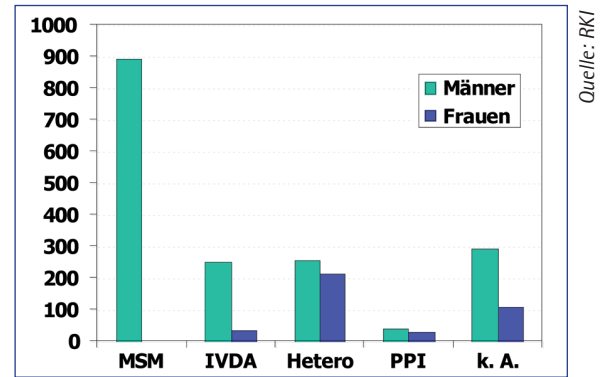


Abb. 2: Infektionsrisiken bei Migranten nach Ausschluss von Migranten, bei denen Herkunft aus einem Hochprävalenzland als Risiko angegeben wurde, seit 2001

angegeben wurde, wurde als Infektionsrisiko die Herkunft aus einer sog. HIV-Hochprävalenzregion angegeben (dazu zählen im wesentlichen Subsahara-Afrika (n=2.040), einige Länder in der Karibik und einige Länder in Südostasien (n=533), besonders Thailand), bei der anderen Hälfte wurden vor allem andere europäische, aber auch lateinamerikanische und asiatische Länder angegeben (Abb. 1).

Während bei in Deutschland mit HIV diagnostizierten Migranten aus Hochprävalenzregionen das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen ist, überwiegen bei Personen mit Migrationshintergrund aus anderen Regionen Männer deutlich (1.733 Männer, 393 Frauen). Bei den HIV-Übertragungsrisiken dominiert bei Männern das Risiko MSM, bei Frauen steht das heterosexuelle Risiko gegenüber dem Risiko über Drogenkonsum im Vordergrund (Abb. 2).

Betrachtet man die Angaben zum vermutlichen Infektionsland bei Männern und Frauen nichtdeutscher Herkunft, so fällt auf, dass bei Männern überwiegend Deutschland als Infektionsland angegeben wird, mit Ausnahme der Herkunftsregionen Subsahara-Afrika, Südostasien und Osteuropa, während bei Frauen mit einer einzigen Ausnahme – Herkunft aus Zentraleuropa – vorwiegend das Herkunftsland als Infektionsland angegeben wird (Abb. 3, S. 54). Interessant ist auch, dass der Anteil von Männern zu Frauen bei den HIV-Erstdiagnosen aus verschiedenen

Quelle: RKI

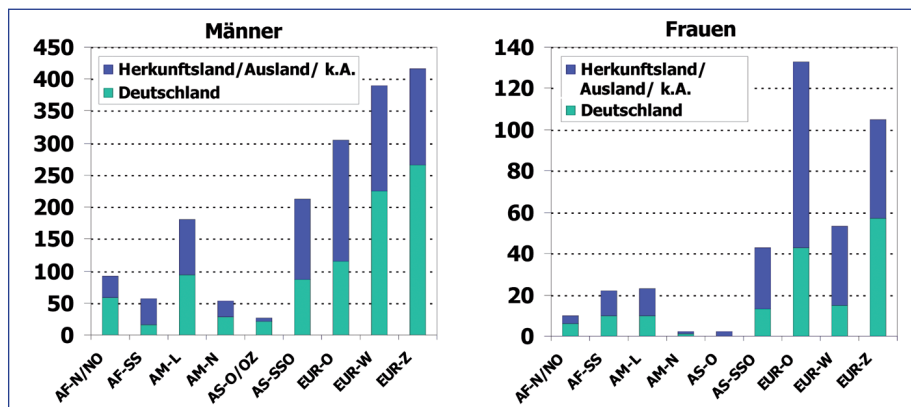


Abb. 3: Infektionsland/-region bei Migranten (nach Ausschluss von Migranten, bei denen Herkunft aus einem Hochprävalenzland als Risiko angegeben wurde) nach Herkunftsregion und Geschlecht (seit 2001)

	WHO Region Europa*	West	Zentrum	Ost
Anzahl der neu diagnostizierten HIV-Fälle	48.892	24.202	1.897	22.793
Rate pro Millionen Einwohner	76,4	77,0	10,1	164,8
<b>Anteilmäßige Verteilung der Fälle:</b>				
Alter 15–29 Jahre	33%	26%	41%	40%
weiblich	33%	31%	24%	36%
<b>Übertragungsweg**</b>				
Heterosexuell***	36%	29%	53%	42%
Männer die Sex mit Männern haben	20%	40%	30%	0,4%
Intravenöse Drogenkonsumenten	32%	8%	13%	57%

Tab. 1: Charakteristika der in der WHO-Region Europa im Jahre 2007 neu diagnostizierten HIV-Infektionen nach Region

Regionen sich unterscheidet: am höchsten ist der Frauenanteil bei den HIV-Erstdiagnosen mit Herkunft aus Osteuropa, gefolgt von Zentraleuropa (Subsahara-Afrika und Südostasien wurden bei dieser Analyse nicht berücksichtigt).

### ZUNEHMEND WICHTIGER: OST- UND ZENTRALEUROPA

Die Herkunftsregionen Ost- und Zentraleuropa haben in den letzten Jahren eine zunehmende Rolle für die Migration nach Deutschland gespielt und werden dies voraussichtlich auch in Zukunft spielen. Nach den Angaben im gemeinsamen HIV/AIDS-Jahresbericht 2007 des European Centers for Disease Control and Prevention (ECDC) und des WHO-Regionalbüros für Europa unterscheiden sich die Regionen West-, Zentral- und Osteuropa im Hinblick auf epidemiologische Charakteristika deutlich voneinander (Tab. 1). Die Neuinfektions-

raten sind am niedrigsten in Zentraleuropa, am höchsten in Osteuropa. In Westeuropa sind die Neudiagnostizierten im Durchschnitt älter als in Zentral- und Osteuropa. Der Frauenanteil ist am höchsten in Osteuropa und am niedrigsten in Zentraleuropa. Als angegebene Infektionsrisiken dominieren in Westeuropa MSM, in Osteuropa intravenöser Drogenkonsum, in Zentraleuropa heterosexuelle Kontakte.

### „BRÜCKENPOPULATIONEN“

Allerdings ist die Dominanz des heterosexuellen Übertragungsrisikos in Zentraleuropa epidemiologisch gesehen wenig plausibel: Eine heterosexuelle HIV-Epidemie entsteht nicht aus dem Nichts, sondern entwickelt sich aus einer konzentrierten HIV-Epidemie über „Brückenpopulationen“. Warum ausgerechnet in der Region, in der Frauen den geringsten Anteil bei den HIV-Neudiagnosen ausmachen

und i.v.-Drogenkonsum keine besonders große Rolle als Übertragungsrisiko spielt, heterosexuelle Übertragungen dominieren sollen, ist schwer zu erklären. Entweder müssten die Infektionen bei Reisen von Männern in Hochprävalenzregionen erworben werden, oder Prostitution müsste eine große Rolle spielen, wobei aber unklar bleibt, über wen oder was sich die Frauen im Sexgewerbe in Osteuropa mit HIV infizieren. Als alternative Erklärung wäre zu diskutieren, ob in Zentraleuropa homo- und bisexuelle Männer deutlich stärker als in der Statistik erkennbar von HIV betroffen sein könnten, dass das tatsächliche Infektionsrisiko aber auf Grund der ausgeprägten Stigmatisierung gleichgeschlechtlicher sexueller Kontakte seltener angegeben wird.

Konsistent mit dieser Vermutung sind die in den letzten Jahren beobachteten Trends in Zentraleuropa: Die Zahl der neudiagnostizierten i.v.-Drogengebraucher ist von 267 in 2003 auf 161 in 2007 gesunken, die der MSM hat sich von 190 in 2003 auf 375 in 2007 fast verdoppelt, die Zahl der Fälle mit Angabe eines heterosexuellen Risikos hat sich von 428 in 2003 auf 652 in 2007 erhöht.

### HIV-INFESTIONEN BEI MIGRANTEN AUS OST- UND ZENTRALEUROPA

Betrachtet man die Angaben zu Herkunftsländern und Infektionsrisiken bei in Deutschland mit HIV diagnostizierten Männern aus Ost- und Zentraleuropa, so fallen deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Zentraleuropäischen Herkunftsländern auf (Abb. 4): In den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion dominiert das Drogen-assoziierte Übertragungsrisiko, in Zentraleuropa dominiert das MSM-Risiko. Eine Zwischenposition nehmen die drei baltischen Republiken Estland, Lettland und Litauen ein: Bei einer insgesamt relativ kleinen Zahl von betroffenen Männern ist das Verhältnis zwischen MSM- und Drogen-assoziierten Risiken etwa ausgeglichen. Auffällig ist weiterhin ein relativ hoher Anteil angegebener

heterosexueller Übertragungsriskien bei Männern aus der Türkei und den Nachfolgestaaten Ex-Jugoslawiens. Wie oben ausgeführt, könnte eine stärkere Stigmatisierung homosexueller Kontakte eine Erklärung dafür bieten. Interessant in diesem Zusammenhang ist noch, dass bei Männern mit Angabe einer türkischen Herkunft in 89 von 105 Fällen Deutschland als Infektionsland angegeben wurde. Eine weitere Differenzierung der vermuteten Infektionsregion für Männer aus Ost- und Zentraleuropa nach angegebenem Infektionsrisiko zeigt, dass sich etwa die Hälfte der aus Osteuropa stammenden Männer mit Drogen-assoziiertem Risiko in Osteuropa, die Hälfte in Deutschland infiziert haben, bei den aus Zentraleuropa stammenden Männern haben sich etwa ein Drittel in der Herkunftsregion, zwei Drittel in Deutschland infiziert (Abb. 5). Bei Männern, bei denen ein MSM-Risiko angegeben wird, hat sich die große Mehrheit in Deutschland infiziert, bei Männern aus Zentraleuropa im Verhältnis 8:1, bei Männern aus Osteuropa im Verhältnis 3:1 (Abb. 6).

**ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Durch das Erhebungsinstrument der Meldepflicht für HIV-Neudiagnosen kann der Migrationshintergrund bei den betroffenen Personen nicht vollständig erfasst und dargestellt werden. Wahrscheinlich wird daher der Anteil der neu diagnostizierten HIV-Infektionen in Deutschland mit einem bei ca. 30% der Meldungen erkennbaren Migrationshintergrund eher unterschätzt. Abgesehen von Migranten aus Hochprävalenzregionen, die in Deutschland etwas mehr als die Hälfte der HIV-Neudiagnosen mit erkennbarem Migrationshintergrund ausmachen, spielen bei Migranten aus anderen Regionen die Infektionsrisiken MSM und intravenöser Drogenkonsum die größte Rolle. Sofern die Angaben zum Infektionsland auf den Infektionsmeldungen zutreffen, wird die HIV-Infektion bei männlichen Migranten aus Nicht-Hochprävalenzlän-

dern vorwiegend in Deutschland erworben, bei Frauen vorwiegend im Herkunftsland. Für die Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist zu beachten, dass gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte insbesondere für die Migrantenpopulation aus Ost- und Zentraleuropa tabubehaftet sind, so dass MSM aus diesen Bevölkerungsgruppen möglicherweise durch die auf deutsche homosexuelle Männer ausgerichteten Präventionskampagnen schlechter oder gar nicht erreicht werden. In westeuropäischen Ländern erworbene HIV-Infektionen könnten wesentlich zur Dynamik der HIV-Epidemie in Zentraleuropa beitragen. Daraus resultiert in einem zusammenwachsenden Europa eine Verantwortung der westeuropäischen Länder, durch ihre HIV-Präventionsstrategien für MSM auch Migranten aus Zentral- und Osteuropa anzusprechen. Drogenkonsum-assoziierte HIV-Infektionen wurden bei in Deutschland lebenden Menschen osteuropäischer Herkunft in den letzten Jahren etwa zur Hälfte in Osteuropa, zur Hälfte in Deutschland erworben. Dies unterstreicht, dass Deutschland auch

aus eigenem Interesse auf eine Verbesserung der HIV-Prävention im Drogenbereich in Osteuropa hinwirken sollte und dass die HIV-Präventionsanstrengungen im Drogenbereich in Deutschland einen besonderen Fokus auf Migrantengruppen mit Herkunft aus Osteuropa legen sollten.

*Ulrich Marcus HIV / STI / Bloodborne Infections  
Robert Koch-Institut Berlin · E-Mail: marcusu@rki.de*

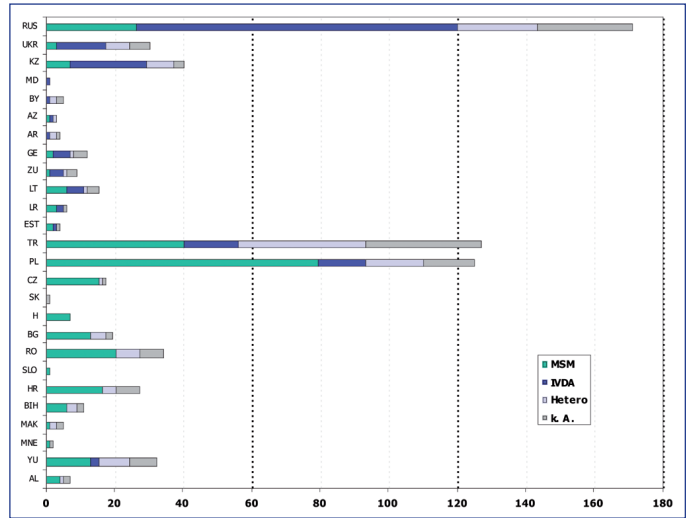


Abb. 4: Ost- und Zentraleuropäische Herkunftsländer und Infektionsrisiken, Männer seit 2001

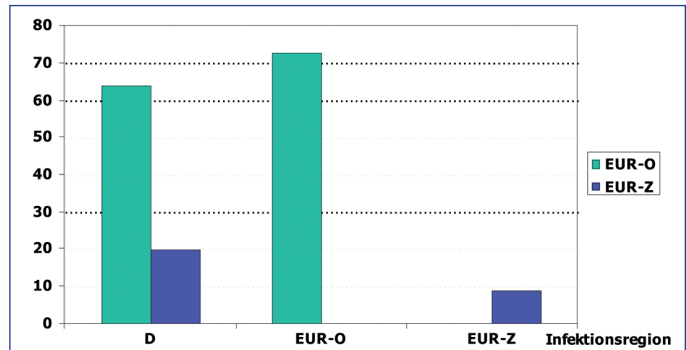


Abb. 5: Infektionsregion bei HIV-Erstdiagnosen (männlich) mit Risiko i.v. Drogenkonsum und Herkunft aus Ost- und Zentraleuropa

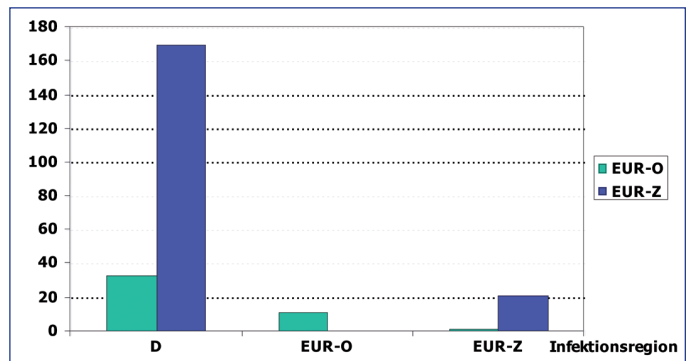


Abb. 6: Infektionsregion bei HIV-Erstdiagnosen mit Risiko MSM und Herkunft aus Ost- und Zentraleuropa