

# Trends der AIDS-Fälle und Sterblichkeit in der Europäischen Union (1985-2001)

*Antoni Montserrat und Nassima Hamzaoui*

Statistik

kurz gefasst

BEVÖLKERUNG UND  
SOZIALE  
BEDINGUNGEN

THEMA 3 – 18/2002

## Inhalt

Übertragungskategorien.....2

Heading .....4

Indikatorkrankheiten für AIDS .4

Neue HIV-Diagnosen .....5

Mögliche künftige  
Entwicklungen .....6

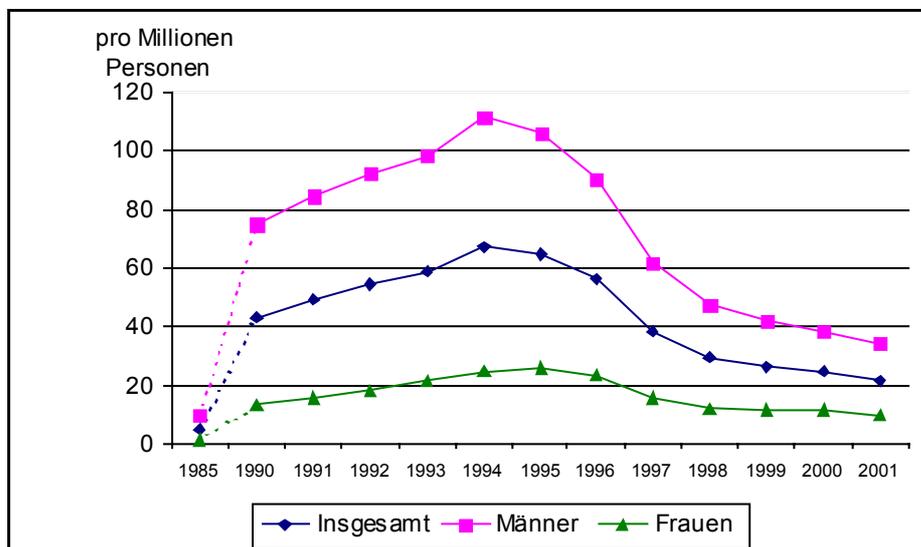
Sterblichkeit aufgrund von  
AIDS .....6

Obwohl AIDS, das erworbene Immundefektsyndrom, bereits 1981 beschrieben wurde, wurde das HIV-Virus, das humane Immundefekt-Virus, erst 1983 entdeckt und erst dann wurde klar, dass AIDS das Ergebnis einer fortgeschrittenen HIV-Erkrankung war.

2001 wurden aus den EU-Ländern 8210 neue AIDS-Fälle gemeldet (nach Berichtigung für verspätet gemeldete Fälle), womit die kumulative Gesamtzahl der AIDS-Erkrankungen in der EU bei 232 407 Fällen stand (vor 1981 lag sie bei 18 Fällen). Damit ging zum 7. Mal in Folge seit Beginn der Epidemie die jährlich gemeldete Zahl von Neuerkrankungen zurück (zwischen 2000 und 2001 um 11 %). Die Zahl der jährlich diagnostizierten AIDS-Neuerkrankungen (Inzidenz) je Million in der EU (berichtigt um verspätet eingegangene Datenmeldungen) wurde 2001 auf 21,8 geschätzt, ein Rückgang um 10,7 % gegenüber 2000. Dies entspricht 1 Neuerkrankung je 40 000 Europäern im Vergleich zu 4 Neuerkrankungen vor einigen Jahren.

Den Höchststand hatte die Zahl der jährlich diagnostizierten AIDS-Neuerkrankungen in der EU 1994 erreicht, als 24 886 Neuerkrankungen gemeldet wurden. Vergleicht man 1994 und 2001 so ging die Zahl der jährlich diagnostizierten Neuerkrankungen um 66 % zurück. Der beachtlichste Rückgang (-31,6 %) in den sieben Jahren wurde von 1996 auf 1997 beobachtet und ging mit dem erhöhten Einsatz der antiretroviralen Therapie, auch Kombinationstherapie genannt, einher. Dieser Trend setzte sich in den folgenden Jahren fort, doch ist der Rückgang, der anhand der für Berichtsverzögerung berichtigten Daten verzeichnet wurde, geringer. Seit der Einführung der Kombinationstherapie konnten in allen Übertragungskategorien rückläufige Zahlen der AIDS-Neuerkrankungen beobachtet werden. Die Kombinationstherapie zielt auf einen frühen Beginn mit einer aggressiven Kombination von virushemmenden Mitteln ab, um so die Vermehrung der Viren zu unterdrücken, die Immunfunktion aufrecht zu erhalten und die Resistenzentwicklung zu verringern.

Abbildung 1: Gemeldete AIDS-Fälle, in Millionen Personen, nach Diagnosejahr und Geschlecht, EU-15 (mit Berichtigung für verspätete Daten)



Derartige rückläufige Muster für Neuerkrankungen lassen sich in den meisten Mitgliedstaaten finden. Beachtliche Rückgänge wurden für die Vergleichsjahre 1995 und 2001 in Spanien (-69 %) beobachtet, das dennoch 10 Jahre lang das Mitgliedsland mit der höchsten Inzidenz (Anzahl der diagnostizierten Neuerkrankungen) war, und in Italien (-70 %) und Frankreich (-72 %), die für lange Zeit die zweithöchste Inzidenz in der EU aufwiesen. 2001 verzeichnete Portugal einen Anstieg um 13 %; Portugal ist damit seit 1998 das Land mit der höchsten bereinigten Inzidenz, insbesondere aufgrund der verhältnismäßig rezenten Epidemie bei den intravenös (i. v.) Drogenabhängigen. Der Trend bei der AIDS-Inzidenz wurde durch die schrittweise Umsetzung der Revision der

europäischen Definition von AIDS-Fällen von 1993 beeinflusst; als Folge der Revision wurde 1994 ein ungewöhnlich starker Anstieg verzeichnet, gefolgt von einem relativen Rückgang im Jahr 1995. Seit 1995 wurde der Trend dadurch jedoch nur geringfügig beeinflusst. Der in der letzten Zeit zu verzeichnende Rückgang der AIDS-Inzidenz lässt sich auf den Einsatz der Kombinationstherapie seit 1996 zurückführen und den Verlauf der früheren HIV-Inzidenz, die in der Mitte der 80er Jahre ihre Höchststand erreichte. Register für AIDS-Fälle sind eine nützliche und erforderliche Informationsquelle für die Beobachtung der Veränderungen der Epidemie.

Tabelle 1: Gemeldete AIDS-Fälle nach Diagnosejahr (mit Berichtigung für verspätete Daten). Keine Berichtigung der Kumulativen Gesamtzahl

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1985	1803	69	38	308	14	175	583	7	198		67	28	29	4	34	247
1990	15752	205	197	1539	143	3909	4319	68	3134	9	419	165	254	15	132	1244
1991	18027	257	210	1757	185	4556	4655	72	3827	12	447	199	299	26	138	1387
1992	19972	250	209	1883	190	5060	5193	72	4261	12	512	193	411	21	127	1578
1993	21793	254	239	1975	171	5465	5521	75	4814	20	480	236	550	25	182	1786
1994	24886	258	236	2044	213	7354	5763	75	5524	13	488	167	670	43	187	1851
1995	24151	248	214	1872	215	7061	5289	53	5662	15	538	206	775	41	195	1767
1996	20952	205	158	1565	233	6548	4008	56	5051	13	458	139	932	24	134	1428
1997	14321	123	109	996	170	4716	2266	30	3370	10	341	98	933	19	76	1064
1998	11057	114	74	821	120	3466	1918	18	2418	9	241	97	918	15	58	770
1999	9962	102	74	743	128	2906	1796	25	2121	5	179	99	973	10	67	729
2000	9197	118	58	685	125	2565	1735	13	1907	10	105	84	922	16	55	793
2001	8210	107	73	558	86	2297	1527	15	1681	4	44	43	1044	17	41	666
Total	234513	2814	2358	21210	2260	63067	54947	713	49713	153	5416	2120	9159	326	1782	18455

Tabelle 2: AIDS-Inzidenzrate je Mio. Personen nach Diagnosejahr (mit Berichtigung für verspätete Daten)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1985	5.0	7.0	7.4	4.0	1.4	4.6	10.6	2.0	3.5	5.5	4.6	3.7	2.9	0.8	4.1	4.4
1990	43.3	20.6	38.4	19.5	14.1	100.7	76.3	19.4	55.3	23.7	28.1	21.5	25.6	3.0	15.5	21.7
1991	49.3	25.7	40.8	22.0	18.1	117.2	81.8	20.4	67.4	31.2	29.8	25.6	30.3	5.2	16.1	24.0
1992	54.4	24.9	40.5	23.5	18.5	129.9	90.8	20.3	75.1	30.8	33.8	24.5	41.7	4.2	14.7	27.3
1993	59.1	25.2	46.1	24.4	16.5	139.9	96.0	21.0	84.5	50.6	31.5	29.6	55.7	4.9	20.9	30.7
1994	67.2	25.5	45.4	25.1	20.5	188.0	99.7	20.9	96.7	32.4	31.8	20.8	67.7	8.5	21.4	31.8
1995	65.0	24.5	41.0	23.0	20.6	180.2	91.2	14.7	98.9	36.9	34.9	25.6	78.2	8.0	22.1	30.2
1996	56.2	20.2	30.1	19.1	22.3	166.9	68.8	15.5	88.1	31.5	29.6	17.3	93.9	4.7	15.2	24.3
1997	38.3	12.1	20.7	12.1	16.2	120.0	38.7	8.2	58.6	23.9	21.9	12.1	93.9	3.7	8.6	18.1
1998	29.5	11.2	14.0	10.0	11.4	88.1	32.7	4.9	42.0	21.2	15.4	12.0	92.2	2.9	6.6	13.0
1999	26.5	10.0	14.1	9.1	12.2	73.8	30.5	6.7	36.8	11.6	11.4	12.3	97.5	1.9	7.6	12.3
2000	24.4	11.5	11.0	8.3	11.9	65.0	29.3	3.5	33.1	23.2	6.7	10.5	92.3	3.1	6.3	13.3
2001	21.8	10.5	13.9	6.8	8.1	58.0	25.0	4.2	29.4	9.5	2.8	5.3	105.8	3.3	4.7	11.3

## Übertragungskategorien

Die kumulativen Daten bis Ende 2001 zeigen auf, dass 40,6 % der AIDS-Fälle in der EU auf i. v. Drogenabhängige, 30,4 % auf homo- oder bisexuelle Kontakte und 19,2 % auf heterosexuelle Kontakte zurückzuführen sind.

Diese Anteile sind in den einzelnen EU-Ländern recht unterschiedlich; so liegt der Anteil der homo- bzw. bisexuellen Kontakte in Spanien und Italien beträchtlich unter 15 %, derjenige der i. v. Drogenabhängigen aber bei über 60 % im Gegensatz dazu liegen die Anteile von homo- bzw. bisexuellen Kontakten bei über 60 % in Dänemark, Finnland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich, die alle nur einen kleinen Anteil von i. v. Drogenabhängigen haben.

In Belgien wiederum zeigt sich ein anderes Muster: homo- bzw. bisexuelle Kontakte 36 %, i. v. Drogenabhängige 6 %, aber heterosexuelle Kontakte 45 %. In Deutschland schließlich fand man weniger als 9 % heterosexuelle Kontakte, 64 % homo- bzw. bisexuelle Kontakte und 14 % i. v. Drogenabhängige.

Seit Beginn der Epidemie haben sich die Merkmale der AIDS-Fälle verändert. 1985 ging die AIDS-Inzidenz in erster Linie auf die Übertragungskategorie homo- bzw. bisexuelle Männer zurück, seit 1990 lässt sich jedoch ein ständiger anteilmäßiger Rückgang der AIDS-Fälle in dieser Kategorie feststellen.

Tabelle 3: Prozentanteil der AIDS-Fälle nach Übertragungskategorie (kumulative Gesamtzahl ohne Berichtigung), EU-15

	i. v. drogenabhängig	heterosexueller Kontakt	Homo/bisexueller Mann	Mutter auf Kind	Homo/bisexueller Mann + i. v. drogenabhängig	Homo/bisexueller Mann + i. v. drogenabhängig	Transfusionsempfänger
1985	15.0	8.9	61.	2.5	3.3	4.8	2.8
1990	40.0	11.0	38.6	1.5	1.9	1.9	2.2
1991	40.4	12.1	36.7	1.5	1.6	1.9	2.0
1992	40.5	13.9	35.7	1.3	1.4	1.5	1.7
1993	41.1	15.7	33.4	1.3	1.3	1.4	1.5
1994	42.9	17.2	31.0	1.1	1.4	1.3	1.1
1995	42.9	19.0	29.3	1.3	1.3	1.0	1.0
1996	43.7	21.4	26.5	0.9	1.1	0.9	0.7
1997	42.4	23.7	23.7	1.1	1.0	0.5	0.7
1998	39.0	27.1	23.2	0.9	0.8	0.4	0.5
1999	36.7	29.8	22.7	0.8	0.7	0.4	0.6
2000	33.5	33.1	22.3	0.9	0.7	0.4	0.5
2001	33.2	36.5	19.6	0.5	0.7	0.4	0.5
Insgesamt	40.6	19.2	30.4	1.2	1.3	1.2	1.2

Der Anteil der homo- bzw. bisexuellen Männer, der in den ersten Jahren der Epidemie 60 % überstieg, fiel 2001 auf 19,6 %. Im Gegensatz dazu stieg der Anteil der AIDS-Fälle aufgrund von heterosexuellen Kontakten nach und nach von 9 % 1985 auf 36,5 % im Jahr 2001. Der Anteil der AIDS-Fälle aufgrund von intravenösem Drogengebrauch sank in den letzten Jahren allmählich von 43,7 % im Jahr 1996 auf 33,2 % im Jahr 2001; dennoch entfallen auf diese Kategorie die meisten Fälle (40,6 % der kumulativen Gesamtzahl in der EU). Der Anteil der Männer an den i. v. Drogenabhängigen mit AIDS in der EU lag dabei dreimal so hoch wie derjenige der Frauen. Der Anteil der AIDS-Fälle, die durch die Mutter-Kind-Übertragung verursacht wurden, gingen erheblich zurück, nämlich um 80 % zwischen 1985 und 2001, was vielleicht auf die Empfehlung zurückzuführen ist, HIV-infizierte Schwangere mit Zidovudin zu behandeln, um eine vertikale Übertragung zu verhindern. Allerdings erfordert die antiretrovirale Therapie in

der Schwangerschaft einige Überlegungen zu möglichen negativen kurz- oder langfristigen Auswirkungen auf den Fötus bzw. das Neugeborene. Seit 1985 ging auch die Zahl der Fälle bei Hämophilen und Transfusionspatienten um 88 % zurück. Sobald man erkannte, dass der AIDS-Verursacher durch Blut übertragen werden kann, wurden Angehörige der Gruppen, die als besonders gefährdet angesehen wurden, gebeten, kein Blut mehr zu spenden. Seit Oktober 1985, als geeignete Tests verfügbar wurden, werden alle Blutspenden auf HIV-Antikörpern getestet. 4,9 % der kumulativen Gesamtzahl schließlich fielen in eine Gruppe, in der einige Fälle von im Krankenhaus erworbenen (nosokomialen) Infektionen, einige Fälle von Angehörigen der Gesundheitsberufs und einige Fälle, in denen keine oder nur unzureichende Angaben keine Klassifikation erlauben, zusammenfasst sind.

Tabelle 4: Prozentanteil der AIDS-Fälle nach Übertragungskategorie (Kumulative Gesamtzahl ohne Berichtigung), nach Ländern

	i. v. drogenabhängig	heterosexueller Kontakt	Homo/bisexueller Mann	Mutter auf Kind	Homo/bisexueller Mann + i. v. drogenabhängig	Homo/bisexueller Mann + i. v. drogenabhängig	Transfusionsempfänger
EU-15	39.4	17.6	32.6	1.3	1.4	1.5	1.6
B	6.5	45.4	36.3	3.8	0.5	0.5	4.4
DK	8.1	18.7	64.2	0.8	0.8	1.8	1.3
D	14.1	8.6	63.5	0.5	1.4	2.8	1.5
EL	3.8	18.1	56.5	0.9	0.8	5.2	2.7
E	63.4	13.3	13.7	1.4	1.5	1.2	0.6
F	22.6	21.8	42.9	1.2	1.1	1.1	3.4
IRL	39.4	14.0	34.8	3.5	1.4	4.6	0.4
I	59.2	17.6	15.6	1.4	1.8	0.7	0.9
L	16.7	19.2	50.6	0.6	0.6	2.6	3.2
NL	10.8	16.1	67.4	0.7	0.8	1.3	1.0
A	24.6	15.3	37.2	1.2	0.9	3.8	2.1
P	49.9	27.8	15.6	0.8	1.0	0.7	1.4
FIN	3.9	26.2	62.7	0.9	:	0.3	2.4
S	11.2	25.2	55.8	0.9	:	2.3	3.0
UK	6.2	20.7	63.4	2.3	1.7	3.7	0.9

## Inzidenz nach Geschlecht und Alter

Tabelle 5: AIDS-Fälle (ohne Berichtigung) nach Altersklassen (% der Kumulativen Gesamtzahl)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<1	0.6	1.4	0.3	0.1	0.4	0.6	0.5	0.6	0.5	0.0	0.3	0.6	0.5	0.6	0.4	1.0
1-4	0.5	1.6	0.3	0.2	0.6	0.6	0.5	1.8	0.5	0.6	0.3	0.7	0.3	0.0	0.5	0.9
5-14	0.5	1.4	0.2	0.3	0.8	0.4	0.4	1.7	0.4	0.6	0.4	0.5	0.4	0.3	0.3	0.8
15-24	5.5	3.8	3.6	3.4	5.0	7.6	4.2	7.2	4.8	3.8	2.8	5.9	11.6	2.4	9.8	4.3
25-29	19.1	12.7	12.1	12.6	13.7	23.8	16.8	24.3	21.2	10.9	12.1	16.7	22.1	9.0	16.8	15.8
30-34	26.6	21.3	20.1	22.0	20.0	29.9	24.3	26.4	31.0	21.2	21.1	23.9	21.6	25.0	20.4	23.0
35-39	18.9	20.2	17.9	19.5	17.7	17.8	19.1	17.7	19.9	19.9	21.3	18.0	16.1	16.9	17.2	19.7
40-49	17.8	23.1	28.4	25.4	21.4	12.4	20.7	14.6	14.0	23.1	29.0	21.9	16.0	28.9	20.7	23.4
50-59	7.1	9.5	12.6	12.9	10.6	4.1	8.6	4.9	5.2	15.4	9.9	7.7	7.0	11.4	9.1	8.3
>60	3.4	4.9	4.6	3.6	8.3	2.5	4.8	0.6	2.4	4.5	2.8	4.1	4.4	5.4	4.7	2.9

Der Anteil der Frauen mit AIDS erhöhte sich zwischen 1986 (11,0 %) und 2000 (22,9 %) aufgrund der steigenden Zahl der heterosexuellen Übertragungen. Im Jahr 2000 hatten in Westeuropa im Mittel 14 % der durch heterosexuelle Kontakte infizierten Frauen einen „hoch gefährdeten“ Partner (i. v. Drogenabhängiger, Bisexueller usw.), während 36 % einen Partner aus einem Land hatten, in dem die Epidemie weit verbreitet war. In der EU gehen in den Altersklassen 25-29 und 30-34 Jahren 19,1 % bzw. 26,6 % der AIDS-Fälle darauf zurück. Bei Betrachtung der Altersverteilung der AIDS-Fälle, welche in den Altersklassen 30-34 Jahre und 40-49 Jahre konzentriert sind, weisen alle EU-Länder das gleiche Muster auf (die einzige Ausnahme: Portugal, wo die höchste Konzentration in der Altersklasse 25-29 Jahre liegt). In der Altersklasse 15-24 Jahre sind in Portugal (11,6 %) doppelt so viele Fälle gemeldet wie der EU-Durchschnitt (5,5 %), und in der Altersklasse 50-59 Jahre sind in Luxemburg (15,4 %) und

Deutschland (12,9 %) ebenfalls etwa doppelt so viele Fälle wie der EU-Durchschnitt (7,1 %) gemeldet. Das mittlere Alter zum Zeitpunkt der AIDS-Diagnose ist bei homo- bzw. bisexuellen Männern höher als bei Fällen durch heterosexuelle Kontakte; in beiden Fällen ist das mittlere Diagnosealter höher als bei der Gruppe der i. v. Drogenabhängigen. Das mittlere Diagnosealter ist mit der Zeit angestiegen, und zwar von unter 30 Jahren bis 1988 auf heute (2001) 38,7 Jahre. Dieser Anstieg war bei den i. v. Drogenabhängigen am ausgeprägtesten; hier stieg das mittlere Alter von 26 Jahren in der Mitte der 80er Jahre auf 36,0 Jahre 2001. Auch in den anderen Kategorien lässt sich ein allmählicher Anstieg des Alters zum Zeitpunkt der AIDS-Diagnose feststellen, doch ist er nicht so ausgeprägt. Die Zahlen zeigen eine niedrigere Inzidenz in den jüngeren Kohorten; die höchste Inzidenz in den älteren Kohorten könnte mit den Unterschieden im Lebensstil zusammenhängen.

## Indikatorkrankheiten für AIDS

Tabelle 6: AIDS-Indikatorkrankheiten (ohne Berichtigung), 2001 in erwachsenen/jugendlichen Männern und Frauen diagnostiziert (in%), EU-15

	Männer	Frauen	Insgesamt
Pneumocystis-carinii-Pneumonie	22.2	21.0	21.9
ösophageale Candidose	13.0	14.9	13.4
pulmonale Tuberkulose	11.9	12.1	11.9
extrapulmonale Tuberkulose	9.9	9.0	9.7
Toxoplasmose	6.4	8.8	6.9
HIV-Kachexie-Syndrom	5.8	4.8	5.6
Kaposi-Sarkom	6.5	2.3	5.5
rezidivierende Pneumonie	2.7	3.5	2.9
Cryptococcus-Mykose	2.8	2.2	2.6
HIV-Enzephalopathie	2.8	2.2	2.6
progressive multifokale Leukenzephalopathie	2.6	2.0	2.5
Herpes-simplex-Erkrankungen	1.0	1.7	1.1

Die AIDS-Diagnose setzt wenigstens eine der sogenannten opportunistischen Krankheiten voraus, die auf die AIDS-Erkrankung einer HIV-infizierten Person hinweisen. Die Kombinationstherapie hat zu einer Stärkung des Immunsystems der HIV-Infizierten und so zu einem Rückgang der Häufigkeit dieser Krankheiten beigetragen. 2001 war die durch *Pneumocystis carinii* verursachte Lungenentzündung die häufigste opportunistische Krankheit (sie ist auch die lebensgefährlichste); 22,2 % der Männer und 21,0 % der Frauen, bei denen in der EU AIDS diagnostiziert wurde, sind daran erkrankt. Ösophageale Candidose (verursacht durch *Candida albicans*, der häufigsten mit einer HIV-Infektion einhergehenden Pilzkrankung) war 2001 die zweithäufigste opportunistische Krankheit (13,0 % der Männer und 14,9 %

der Frauen). Für beide Geschlechter zusammen findet sich Tuberkulose (pulmonale und extrapulmonale Fälle zusammen) an zweiter Stelle. In 41 % der 1994 diagnostizierten AIDS-Fälle war auch eine Tuberkulose vorhanden. Dieser Prozentsatz fiel bis 2001 auf 21,6 %. Dieser Rückgang ist wahrscheinlich auf die verstärkte Tuberkulose-Prävention bei HIV-Infizierten zurückzuführen. Eine weitere bekannte opportunistische Krankheit ist das Kaposi-Sarkom, das auffälligste externe Zeichen einer AIDS-Erkrankung, da Flecken und Läsionen auf der Haut erscheinen. Die Zahl der Fälle von Kaposi-Sarkom ist seit der Einführung der Kombinationstherapie erheblich zurückgegangen (von 21 % in den 90er Jahren auf 5,5 % im Jahr 2001).

## Neue HIV-Diagnosen

Der derzeitige Rückgang der AIDS-Inzidenz entspricht jedoch nicht einer verringerten HIV-Inzidenz. Seit 1999 besteht in 12 der 15 Mitgliedstaaten der EU auf nationaler oder regionaler Ebene ein Meldesystem für HIV. 9 Länder erstellten 1991 bereits Berichte, Deutschland ab 1993, Spanien, Griechenland und Luxemburg ab 1999 und in Österreich und Frankreich wurde das System noch nicht umgesetzt. In Italien, den Niederlanden und Spanien wurde das HIV-Meldesystem in einigen Regionen gerade erst eingerichtet und die Angaben sind nicht in Tabelle 7 eingegangen. HIV-Infektionen werden in 4 Ländern von Laboratorien, in 2 Ländern von Kliniken und in 9 Ländern von beiden Einrichtungen gemeldet. Bis Ende 2001 wurde eine kumulative Gesamtzahl von 119 710 HIV-Fällen in der EU (für 10 Mitgliedstaaten) gemeldet. In diesen 10 Ländern wurden 2001 insgesamt 10 632 HIV-Fälle und 2616 AIDS-Fälle gemeldet. Alle Länder meldeten mehr HIV-Fälle als AIDS-Fälle, wobei das Verhältnis 2001 zwischen 2,4 in Portugal bzw. 2,5 in Deutschland und 10,0 in Luxemburg bzw. 9,0 in Belgien lag. Meldungen über HIV-Infektionen sind mit Vorsicht zu betrachten, da diese Berichte kein genaues

Bild der Inzidenz und Prävalenz der HIV-Infektion liefern. Der Anteil der HIV-Infizierten, die diagnostiziert und gemeldet sind, hängt vom Stadium der Epidemie, dem HIV-Testverfahren und von Merkmalen des Überwachungssystems ab. Die jährliche Zahl der HIV-Infektionen, die in den 90er Jahren gemeldet wurden, war in einigen Ländern relativ stabil, in anderen ging sie zurück. Der Vergleich zwischen den gemeldeten HIV- und AIDS-Fällen legt nahe, dass der Grad der HIV-Übertragung in der EU in den letzten Jahren recht stabil geblieben ist und dass der plötzliche Rückgang der AIDS-Inzidenz in erster Linie auf die Wirkung der Kombinationstherapie zurückzuführen ist.

In anderen Teilen der Welt ist HIV eine Katastrophe. In vielen Ländern dürfte AIDS die gesamte gesellschaftliche Entwicklung für die nächsten Jahrzehnte negativ beeinflussen. Erheblich gestiegenen Zahlen von HIV-Infizierten findet man in Asien (vor allem in Indien), in Afrika (in erster Linie in Südafrika) und in anderen Teilen Europas (hier vor allem in den ehemaligen Sowjetrepubliken).

Tabelle 7: HIV und AIDS : Vergleich der gemeldeten Daten 2001

	Kumulative HIV -Fälle bis Ende 2001 gemeldet		HIV -Fälle 2001		AIDS -Fälle 2001		HIV / AIDS
			Anzahl	Quote je Mio.	Anzahl	Quote je Mio.	Verhältnis 2001
EUR -15	:	119710	10632	54,4	2616	:	4,1
B	1986	14876	961	94,5	107	10,5	9,0
DK	1990	3341	301	56,8	74	13,9	4,1
D	1993	18251	1377	16,7	558	6,8	2,5
EL	1999	5859	427	40,1	87	8,1	4,9
E	1999	:	:	:	:	:	:
F	:	:	:	:	:	:	:
IRL	1985	2645	299	79,6	16	4,2	:
I	1985	:	:	:	:	:	:
L	1999	511	40	92,0	4	9,5	10,0
NL	1989	:	:	:	:	:	:
A	:	:	:	:	:	:	:
P	1983	18995	2543	257,5	1045	105,8	2,4
S	1985	5645	277	31,0	42	4,7	6,6
FIN	1986	1361	128	24,7	17	3,3	7,5
UK	1984	48226	4279	72,6	666	11,3	6,4

## Mögliche künftige Entwicklungen

In den letzten fünf Jahren konnte in der EU ein erheblicher Rückgang der AIDS-Inzidenz beobachtet werden, doch ist die Inzidenz weiterhin hoch. Die derzeitige Lage zeichnet sich durch ein Gleichgewicht von Faktoren aus, die in entgegengesetzter Richtung wirken. Einerseits gibt es Präventionskampagnen und die Kombinationstherapie, andererseits findet man in einigen Bevölkerungsgruppen eine

beständig hohe HIV-Infektionsprävalenz, eine Reihe von Umständen, die die Wirksamkeit der Kombinationstherapie begrenzen, Probleme mit dem Zugang zur Behandlung und ihrer Durchführung sowie die späte Diagnose von HIV-Infektionen. Dieser letzte Faktor behält seine Bedeutung, da über ein Drittel der Personen, die an AIDS erkrankten, nicht wussten, dass sie mit HIV infiziert waren.

## Sterblichkeit aufgrund von AIDS

Tabelle 8: Standardisierte Sterbeziffer aufgrund von AIDS je 100 000 Menschen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FI	S	UK
	Männer															
1994	7.8	:	7.6	4.2	1.2	18.9	13.7	1.3	11.7	5.7	4.9	3.5	11.4	0.8	1.6	1.8
1995	8.2	:	8.3	4.0	1.1	21.9	13.2	2.5	12.4	2.3	4.5	3.4	16.2	1.2	1.5	1.6
1996	7.1	:	5.1	3.0	1.0	21.0	9.5	1.6	11.2	0.9	3.6	2.1	18.3	1.0	1.3	1.6
1997	3.7	:	:	1.5	0.5	11.2	3.5	0.8	5.8	1.7	1.9	1.2	16.0	0.2	0.8	0.8
1998	2.9	:	:	1.1	:	7.1	2.7	0.5	:	1.7	1.2	1.2	14.0	0.2	0.5	0.5
1999	2.0	:	:	1.1	:	7.1	:	0.7	:	1.3	1.4	0.9	15.4	0.2	:	0.5
	Frauen															
1994	1.7	:	1.1	0.6	0.3	4.5	2.9	0.4	3.0	0.8	0.5	0.7	1.9	0.2	0.3	0.2
1995	1.8	:	1.0	0.7	0.2	5.0	2.9	0.4	3.5	0.5	0.7	0.6	2.8	0.1	0.5	0.2
1996	1.8	:	0.8	0.5	0.2	5.1	2.4	0.3	3.5	0.4	0.4	0.6	3.7	0.1	0.3	0.3
1997	0.9	:	:	0.3	0.1	2.4	0.8	0.1	1.9	:	0.3	0.2	3.0	0.0	0.2	0.2
1998	0.7	:	:	0.2	:	1.4	0.7	0.2	:	0.5	0.3	0.2	3.2	:	0.1	0.1
1999	0.5	:	:	0.2	:	1.5	:	0.2	:	0.4	0.2	0.3	3.4	0.1	:	0.1
	: Not available															

Gemäß den Eurostat-Daten zur Todesursache, die auf Leichenschauscheinchen beruhen und in den Mitgliedstaaten erfasst werden, starben 1998 in der EU wenigstens 7259 Personen (5783 Männer und 1476 Frauen) an AIDS. Betrachtet man die Sterbefälle in der EU insgesamt, so stellt dies nur einen Anteil von 0,2 % dar (0,31 % für Männer und 0,01 % für Frauen). Zwischen 1994 und 1998 starben 72 024 Menschen (58 338 Männer und 13 686 Frauen) in der EU an AIDS. Betrachtet man die Gesamtsterblichkeit, so ist AIDS sicherlich keine Haupttodesursache im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Tumoren oder Unfällen.

AIDS ist jedoch eine wichtige Todesursache in der Altersklasse der 25- bis 34-Jährigen. Haupttodesursachen von Männern dieser Klasse gemäß der Zahlen von 1998 sind Unfälle (27,5 %), Suizide (14,8 %), AIDS (13,7 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (7,6 %). Von den 25- bis 30-jährigen Frauen verstarben die meisten an Tumoren (22,0 %), Unfällen (15,6 %), AIDS (12,1 %), Suiziden (10,2 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (9,9 %). In den anderen Altersklassen ist AIDS zurzeit nur eine unbedeutende Todesursache.

Die standardisierte Sterbeziffer (SDR) je 100 000 Männer sank in der EU ebenfalls (um 75 %) von 8,8 im Jahr 1995 auf 2,0 im Jahr 1999. Portugal ist heute der Mitgliedstaat mit der höchsten SDR (15,4) und eines der wenigen Länder, die eine

steigende Tendenz bei den Sterbefällen aufgrund von AIDS aufweisen. In Spanien wurde die höchste SDR 1995 (21,9) verzeichnet; heute liegt der Wert bei 7,1. Die Zahl der AIDS-Toten ist auch in Italien und Dänemark beachtlich gefallen. Bei den Frauen ging die SDR von 1,8 in den Jahren 1995 und 1996 auf 0,7 im Jahre 1998 zurück. Portugal, Italien und Spanien haben noch immer die höchste weibliche AIDS-Sterblichkeit mit 3,4, 1,9 bzw. 1,4. Obwohl beide Quellen für die Beobachtung mangelhaft sind, kann eine beachtliche reale Veränderung bei der Zahl der gemeldeten Fälle und der Zahl der Sterbefälle verzeichnet werden.

Betrachtet man die nicht bereinigten Sterbeziffern, so findet man bei den Regionaldaten für 1994/1996 von Eurostat (Dreijahresmittelwert) auf der NUTS-Ebene 2, dass die folgenden Regionen die höchsten nicht bereinigten Sterbeziffern für AIDS je 100 000 männlichen Einwohnern aufwiesen: Lissabon und Tejo-Tal (35,8), Madrid (31,8), Balearen (30,8), Ile-de-France (28,4), Katalonien (27,8), Baskenland (27,4), Lombardei (25,7), Provence-Alpes-Côte d'Azur (24,6), Comunidad Valenciana (24,5), Ceuta und Melilla (24,4), Ligurien (23,6), Andalusien (23,2), Emilia-Romagna (19,6), Sardinien (19,2), Latium (17,7), Berlin (16,5), Hamburg (15,7) und Nordholland (15,6). Bei den Frauen war die regionale Verteilung sehr ähnlich, wobei das Baskenland mit 8,7 den höchsten Wert verzeichnete.

## ► WISSENSWERTES ZUR METHODIK

Das Europäische Zentrum für die epidemiologische Überwachung von AIDS (EuroHIV) bietet zusammen mit der WHO und UNAIDS ein Überwachungsnetz für die 51 Länder der WHO-Europa-Region. Seit 2000 ist EuroHIV im Institut de Veille Sanitaire (InVS) in Saint-Maurice, Frankreich, untergebracht. EuroHIV wird von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission unterstützt; Ziele des Zentrums sind die Planung, Entwicklung und Verwaltung des europäischen HIV-AIDS-Überwachungssystems. Darunter fallen die Erfassung, Analyse und Verbreitung von epidemiologischen Daten (<http://www.eurohiv.org>), um so die HIV/AIDS-Epidemie besser verstehen und beschreiben und die Prävention und Überwachung besser durchführen zu können,

In jedem Land ist eine Einrichtung für die Qualität der gemeldeten Daten, die Zusammenfassung der Daten aus den verschiedenen Quellen sowie die Übermittlung an das europäische Zentrum zuständig. Daten über HIV- und AIDS-Fälle werden dem EuroHIV-Zentrum in einem standardisierten Format gemeldet. Die von Eurostat verbreiteten Daten beruhen auf den Daten von EuroHIV.

Für Überwachungszwecke werden Fälle, die mehreren Übertragungswegen zugeordnet werden können, nur einmal erfasst. Die Definition für heterosexuelle Übertragung ist in den einzelnen Ländern nicht ganz einheitlich. Die Übertragungskategorie „sonstige/unbestimmt“ enthält die Fälle, in denen Angehörige der Gesundheitsberufe erkrankt sind, und Fälle, in denen keine oder nur unzureichende Angaben für eine Klassifizierung vorliegen.

Keine Berichtigungen werden vorgenommen für Untererfassung und „Unterdiagnosen“, so dass die vorliegenden Daten Fälle, die niemals gemeldet oder diagnostiziert werden, nicht berücksichtigt. Nationale Schätzungen der Untererfassung liegen

zwischen 0 % und 25 % bei den AIDS-Fällen; für HIV-Fälle liegen keine Angaben vor.

Aufgrund der Berichtsverzögerung (Verzug zwischen Diagnose eines AIDS-Falls und Meldung auf nationaler Ebene) vertritt das EuroHIV die Ansicht, dass die beste Überprüfung der Inzidenz-Trends anhand der Daten für das Diagnosejahr (mit Berichtigung für die verspätet eingegangenen Meldungen) statt des Berichtsjahrs, erfolgt. Die Verzögerungen bei der Datenübermittlung aus den einzelnen Staaten und bezüglich der verschiedenen Übertragungsgruppen sind recht verschieden und können in einzelnen Fällen mehrere Jahre betragen. Insgesamt wird etwa ein Drittel der Fälle bis zum Ende des Vierteljahres, in dem sie diagnostiziert wurden, gemeldet und zwischen 10 und 15 % mehr als ein Jahr nach der Diagnose.

In den einzelnen Ländern werden unterschiedliche Falldefinitionen verwendet, die von den Bevölkerungsfaktoren (Kinder, Erwachsene, relatives Auftreten opportunistischer Krankheiten), der Zahl der Labors und der Ausbildung abhängen; die Länder, die an der Überwachung von AIDS in Europa beteiligt sind, verwenden jedoch eine einheitliche, 1993 endgültig angenommene Definition von AIDS-Fällen. Die europäische Definition eines AIDS-Falls unterscheidet sich von der in den USA verwendeten dadurch, dass sie nicht das Kriterium der Anzahl der CD4-Helferzellen enthält. Die von der WHO ausgearbeitete klinische Definition von AIDS-Fällen wird in den Ländern verwendet, die nur begrenzte Diagnosemöglichkeiten haben.

Die Merkmale der einzelstaatlichen HIV-Meldungen wurden 1997 in einer Vorstudie untersucht und 1999 aktualisiert. Die einzelstaatlichen HIV/AIDS-Überwachungseinrichtungen, die an der AIDS-Berichterstattung teilnehmen, erfassen individuelle anonyme Daten (oder falls diese nicht möglich ist, aggregierte Daten) über HIV-Infektionen in jedem klinischen Stadium.

Daten über die absolute Zahl der Todesfälle werden von Eurostat (auf nationaler und regionaler (NUTS 2) Ebene) erfasst. Die Codierung basiert auf der unmittelbaren Todesursache (Abschnitt b) des Leichenschaucheins. Die Todesursachen werden auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO bestimmt. Alle EU-Staaten verwenden die neunte oder zehnte überarbeitete Fassung der ICD.

Die nicht bereinigte Sterbeziffer für die Gesamtbevölkerung (alle Altersklassen) nach Geschlecht und Todesursache ist ein gewichteter Durchschnitt der altersspezifischen Sterbeziffer. Als Gewichtungsfaktor dient die Altersverteilung der Bevölkerung, deren Sterblichkeit beobachtet wird. Für den Vergleich der nicht bereinigten Sterbeziffer von zwei oder mehr Populationen (Länder, Regionen usw.) wird eine Kombination von verschiedenen altersspezifischen Sterbeziffern und unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen herangezogen, die nicht die „realen“ Mortalitätsunterschiede widerspiegeln, sondern die Auswirkungen der Bevölkerungsstruktur auf die Gesamtzahl der Todesfälle und die nicht bereinigten Sterbeziffern berücksichtigen.

Die standardisierte Sterblichkeitsrate ist die Sterbeziffer einer Bevölkerung mit einer Standardaltersverteilung. Da die Todesursache je nach Alter und Geschlecht signifikant variieren kann, verbessert die Verwendung von standardisierten Sterbeziffern die Vergleichbarkeit im Lauf der Zeit und zwischen den Ländern, da sie versuchen, die Sterbeziffern unabhängig von den unterschiedlichen Altersstrukturen der Bevölkerung zu messen. Aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit werden die hier verwendeten standardisierten Sterbeziffern von Eurostat auf der Grundlage der von der WHO definierten europäischen Standardbevölkerung berechnet.

# Weitere Informationsquellen:

## ➤ Veröffentlichungen

**Titel** Eckzahlen der Gesundheit 2000/Eckzahlen in Gesundheit 2000  
**Katalognummer** KS-27-00-766-3A-C **Preis** EUR 29.50

## ➤ Datenbanken

**NewCronos**, Bereich: Gesundheit und Sicherheit

Wenn Sie weitere Auskünfte wünschen oder an unseren Veröffentlichungen, Datenbanken oder Auszügen daraus interessiert sind, wenden Sie sich bitte an einen unserer **Data Shops**:

BELGIQUE/BELGIË	DANMARK	DEUTSCHLAND	ESPAÑA	FRANCE	ITALIA – Roma
<b>Eurostat Data Shop</b> Bruxelles/Brussel <b>Planistat Belgique</b> Rue du Commerce 124 Handelsstraat 124 B-1000 BRUXELLES / BRUSSEL Tel. (32-2) 234 67 50 Fax (32-2) 234 67 51 E-mail: datashop@planistat.be URL: http://www.datashop.org/	<b>DANMARKS STATISTIK</b> Bibliotek og Information <b>Eurostat Data Shop</b> Sejrogade 11 DK-2100 KØBENHAVN Ø Tlf. (45) 39 17 30 30 Fax (45) 39 17 30 03 E-mail: bib@dst.dk Internet: http://www.dst.dk/bibliotek	<b>STATISTISCHES BUNDESAMT</b> <b>Eurostat Data Shop Berlin</b> Otto-Braun-Straße 70-72 (Eingang: Karl-Marx-Allee) D-10178 BERLIN Tel. (49) 1888 644 94 27/28 Fax (49) 1888-644 94 30 E-Mail: datashop@destatis.de URL: http://www.eu-datashop.de/	<b>INE Eurostat Data Shop</b> Paseo de la Castellana, 183 Despacho 011B Entrada por Estebanez Calderón E-28046 MADRID Tel. (34) 91 583 91 67/91 583 95 00 Fax (34) 91 583 03 57 E-mail: datashop.eurostat@ine.es URL: http://www.datashop.org/	<b>INSEE Info Service</b> <b>Eurostat Data Shop</b> 195, rue de Bercy Tour Gamma A F-75582 PARIS CEDEX 12 Tél. (33) 1 53 17 88 44 Fax (33) 1 53 17 88 22 E-mail: datashop@insee.fr	<b>ISTAT</b> <b>Centro di Informazione Statistica</b> <b>Sede di Roma, Eurostat Data Shop</b> Via Cesare Balbo, 11a I-00184 ROMA Tel. (39) 06 46 73 31 02/06 Fax (39) 06 46 73 31 01/07 E-mail: dipdiff@istat.it
ITALIA – Milano	LUXEMBOURG	NEDERLAND	NORGE	PORTUGAL	SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA
<b>ISTAT</b> <b>Ufficio Regionale per la Lombardia</b> <b>Eurostat Data Shop</b> Via Fieno 3 I-20123 MILANO Tel. (39) 02 80 61 32 460 Fax (39) 02 80 61 32 304 E-mail: mileuro@tin.it	<b>Eurostat Data Shop Luxembourg</b> 46A, avenue J.F. Kennedy BP 1452 L-1014 LUXEMBOURG Tel. (352) 43 35-2251 Fax (352) 43 35-22221 E-mail: dslux@eurostat.datashop.lu URL: http://www.datashop.org/	<b>STATISTICS NETHERLANDS</b> <b>Eurostat Data Shop-Voorburg</b> Postbus 4000 2270 JM VOORBURG Niederland Tel. (31-70) 337 49 00 Fax (31-70) 337 59 84 E-mail: datashop@cbs.nl	<b>Statistics Norway</b> <b>Library and Information Centre</b> <b>Eurostat Data Shop</b> Kongens gate 6 Boks 8131 Dep. N-0033 OSLO Tel. (47) 21 09 46 42/43 Fax (47) 21 09 45 04 E-mail: Datashop@ssb.no	<b>Eurostat Data Shop Lisboa</b> <b>INE/Serviço de Difusão</b> Av. António José de Almeida, 2 P-1000-043 LISBOA Tel. (351) 21 842 61 00 Fax (351) 21 842 63 64 E-mail: data.shop@ine.pt	<b>Statistisches Amt des Kantons</b> <b>Zürich, Eurostat Data Shop</b> Bleicherweg 5 CH-8090 Zürich Tel. (41) 1 225 12 12 Fax (41) 1 225 12 99 E-mail: datashop@statistik.zh.ch Internet: http://www.statistik.zh.ch
SUOMI/FINLAND	SVERIGE	UNITED KINGDOM	UNITED STATES OF AMERICA		
<b>STATISTICS FINLAND</b> <b>Eurostat Data Shop Helsinki</b> Tilastokirjasto P. 2B FIN-00022 Tilastokeskus Työpajakatu 13 B, 2.Kerros, Helsinki P. (358-9) 17 34 22 21 F. (358-9) 17 34 22 79 Sähköposti: datashop@stat.fi URL: http://www.tilastokeskus.fi/tk/kk/datashop/	<b>STATISTICS SWEDEN</b> <b>Information service</b> <b>Eurostat Data Shop</b> Karlavägen 100 - Box 24 300 S-104 51 STOCKHOLM Tfn (46-8) 50 69 48 01 Fax (46-8) 50 69 48 99 E-post: infoservice@scb.se Internet: http://www.scb.se/info/datashop/peudatashop.asp	<b>Eurostat Data Shop</b> <b>Office for National Statistics</b> Room 1.015 Cardiff Road Newport South Wales NP10 8XG United Kingdom Tel. (44-1633) 81 33 69 Fax (44-1633) 81 33 33 E-mail: eurostat.datashop@ons.gov.uk	<b>HAVER ANALYTICS</b> <b>Eurostat Data Shop</b> 60 East 42nd Street Suite 3310 NEW YORK, NY 10165 USA Tel. (1-212) 986 93 00 Fax (1-212) 986 69 81 E-mail: eurodata@haver.com		

### Media Support Eurostat (nur für Journalisten):

Bech Gebäude Büro A4/017 • L-2920 Luxembourg • Tel. (352) 4301 33408 • Fax (352) 4301 35349 • e-mail: eurostat-mediasupport@cec.eu.int

## Auskünfte zur Methodik:

Antoni Montserrat, E-3, L-2920 Luxembourg, Tel. (352) 4301 33249, Fax (352) 4301 35399, E-mail: [antoni.montserrat@cec.eu.int](mailto:antoni.montserrat@cec.eu.int)  
 Nassima Hamzaoui, E-3, L-2920 Luxembourg, Tel. (352) 4301 35118, Fax (352) 4301 35399, E-mail: [nassima.hamzaoui@cec.eu.int](mailto:nassima.hamzaoui@cec.eu.int)  
 Marleen De Smedt and Mary T. Dunne (Eurostat E-3), Anne Gautrais (DG Sanco) und Françoise Hamers (EuroHIV)  
 ORIGINAL: English

Unsere Internet-Adresse: [www.europa.eu.int/comm/eurostat/](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat/) Dort finden Sie weitere Informationen.

## Ein Verzeichnis unserer Verkaufsstellen in der ganzen Welt erhalten Sie beim **Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften**

2 rue Mercier - L-2985 Luxembourg  
 Tel. (352) 2929 42455 Fax (352) 2929 42758  
 URL: http://publications.eu.int  
 E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int

BELGIQUE/BELGIË - DANMARK - DEUTSCHLAND - GREECE/ELLADA - ESPAÑA - FRANCE - IRELAND - ITALIA - LUXEMBOURG - NEDERLAND - ÖSTERREICH  
 PORTUGAL - SUOMI/FINLAND - SVERIGE - UNITED KINGDOM - ÍSLAND - NORGE - SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA - BALGARUJA - ČESKÁ REPUBLIKA - CYPRUS  
 EESTI - HRVATSKA - MAGYARORSZÁG - MALTA - POLSKA - ROMÂNIA - RUSSIA - SLOVAKIA - SLOVENIA - TÜRKIYE - AUSTRALIA - CANADA - EGYPT - INDIA  
 ISRAËL - JAPAN - MALAYSIA - PHILIPPINES - SOUTH KOREA - THAILAND - UNITED STATES OF AMERICA

# Bestellschein

Ich möchte „Statistik kurz gefasst“ abonnieren (vom 1.1.2002 bis 31.12.2002):  
 (Anschriften der Data Shops und Verkaufsstellen siehe oben)

**Paket 1:** Alle 9 Themenkreise (etwa 180 Ausgaben)

Papier: 360 EUR  
 Gewünschte Sprache:  DE  EN  FR

**Paket 2:** 1 oder mehrere der folgenden 9 Themenkreise:

- Themenkreis 1 „Allgemeine Statistik“
- Themenkreis 6 „Außenhandel“
- Themenkreis 7 „Vehrfuhr“
- Themenkreis 9 „Wissenschaft und Technologie“
- Papier: 42 EUR
- Themenkreis 2 „Wirtschaft und Finanzen“
- Themenkreis 3 „Bevölkerung und soziale Bedingungen“
- Themenkreis 4 „Industrie, Handel und Dienstleistungen“
- Themenkreis 5 „Landwirtschaft, Fischerei“
- Themenkreis 8 „Umwelt und Energie“
- Papier: 84 EUR
- Gewünschte Sprache:  DE  EN  FR

Statistik kurz gefasst kann von der Eurostat Web-Seite kostenlos als pdf-Datei heruntergeladen werden. Sie müssen sich lediglich dort eintragen. Für andere Lösungen wenden Sie sich bitte an Ihren Data Shop.

Bitte schicken Sie mir ein Gratisexemplar des „Eurostat Minikatalogs“ (er enthält eine Auswahl der Produkte und Dienste von Eurostat)  
 Gewünschte Sprache:  DE  EN  FR

Ich möchte das Gratisabonnement von „Statistische Referenzen“ (Kurzinformationen zu den Produkten und Diensten von Eurostat)  
 Gewünschte Sprache:  DE  EN  FR

Herr  Frau  
 (bitte in Großbuchstaben)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Zahlung nach Erhalt der Rechnung vorzugsweise:

- durch Banküberweisung
- Visa  Eurocard

Karten-Nr.: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_/\_\_\_\_

### Ihre MwSt.-Nr. f.d. innergemeinschaftlichen Handel:

Fehlt diese Angabe, wird die MwSt. berechnet. Eine Rückerstattung ist nicht möglich.