

Tabelle 1: Verteilung auf Bundesländer (zeitliche Einordnung nach Eingang der Meldung) Stand: 31. Dezember 1988

Bundesländer	Dezember 1988		Letzte 12 Monate (31. 12. 87-31. 12. 88)		Seit 1. 1. 1982 davon verstorben			AIDS-Fälle seit 1982 pro 1 Mio. Einw.*
	Gesamt	weiblich	Gesamt	weiblich	Gesamt	weiblich	verstorben	
Baden-Württemberg	2	0	41	8	150	28	70	16,1
Bayern (München)**	19 (16)	0 (0)	212 (166)	12 (10)	481 (370)	19 (12)	184 (136)	43,7 (142,3)
Berlin	27	2	223	10	571	24	209	305,5
Bremen	5	0	38	5	71	6	24	101,4
Hamburg	6	2	104	7	249	10	114	155,6
Hessen (Frankfurt)***	13 (11)	0 (0)	144 (90)	10 (5)	392 (260)	27 (16)	200 (132)	71,3 (216,7)
Niedersachsen	2	0	48	4	131	13	66	18,2
Nordrhein-Westfalen	29	3	255	25	597	48	231	35,7
Rheinland-Pfalz	3	1	25	5	77	9	23	21,4
Saarland	5	1	12	3	28	5	14	28,0
Schleswig-Holstein	0	0	8	0	32	1	11	12,3
Gesamt	111	9	1110	89	2779	190	1146	45,5

AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt

* Grundlage für die Berechnung: Stat. Jahrbuch 1987

** Bezogen auf Großraum München (PLZ 80)

*** Bezogen auf Großraum Frankfurt (PLZ 60)

AIDS-Statistik

31. Dezember 1988

Gemeldete AIDS-Fälle
in der Bundesrepublik
Deutschland
einschließlich Berlin (-West)

Tabelle 2: Verteilung nach Infektionsrisiko (zeitliche Einordnung nach Eingang der Meldung) Stand: 31. Dezember 1988

	Dezember 1988		Letzte 12 Monate (31. 12. 87-31. 12. 88)		Gesamtzahl seit 1. 1. 1982		Anteil an der Gesamtzahl
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
1. Homo- oder bisexuelle Männer	81	-	770	-	2003	-	72,1%
2. Fixer	7	2	92	43	180	98	10,0%
2 a. Homosexuelle Fixer	1	-	8	-	27	-	1,0%
3. Hämophile	3	-	48	-	138	-	5,0%
4. Empfänger von Bluttransfusionen/ Plasmaderivaten	1	4	22	14	44	30	2,7%
5. Heterosexuelle Kontakte mit Partner aus 1.-4.	2	1	17	11	56	28	3,0%
6. Prae- oder peri- natale Infektion	0	0	6	4	16	8	0,9%
7. Mangelnde Angaben/ Unbekannt	7	2	58	17	125	26	5,4%
Gesamt	102	9	1021	89	2589	190	100,0%

AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt

Bis zum 31. Dezember 1988 wurden 2779 AIDS-Fälle in das AIDS-Fallregister des Bundesgesundheitsamtes aufgenommen, davon 1110 (40 Prozent) in den letzten 12 Monaten (Tabelle 1). Ein Viertel der Meldungen des Jahres 1988 betrafen Fälle die schon 1987 oder früher diagnostiziert wurden (Tabelle 5). Der seit einigen Monaten sich abzeichnende Trend zu abnehmenden Zuwachsraten hält an. Die Verdopplungszeit liegt zur Zeit bei 15 Monaten (Ende September 1987 waren 1400 Fälle gemeldet). Die Zuwachsraten waren unterdurchschnittlich in Bundesländern mit wenigen Ballungsräumen: Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Bemerkenswert ist, daß in Hessen, und hier vor allem in Frankfurt, die Zuwachsraten ebenfalls unter dem Durchschnitt liegt. Höhere Zuwachsraten als der Durchschnitt zeigen Bremen und Bayern mit München. Eine Veränderung des Unterschiedes in den Prävalenzen von AIDS in den großen Metropolen (242/Million Einwohner) und dem Rest der Bundesrepublik (14/Million) ist nicht erkennbar. ▷

Tabelle 3: Klinische Erstmanifestation des Immundefektes
Stand: 31. Dezember 1988

Erstmanifestation	Fälle		Gesamt	
	verstorben	lebend	Anzahl	Anteil
	Anzahl	Anzahl		
Opportunistische Infektionen (OI)	808	1151	1959	70,5%
Kaposi-Sarkom (KS)	176	302	478	17,2%
OI und KS	81	67	148	5,3%
Malignome	51	41	92	3,3%
Neurologische Symptome*	21	42	63	2,3%
Inter. Pneumonie	0	6	6	0,2%
Wasting-Syndrom	9	24	33	1,2%
Gesamt	1146	1633	2779	100,0%

AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt

* Nachrecherchen ergaben in 20 Fällen, daß die vorliegende Symptomatik durch andere Krankheiten bedingt war und damit nicht den Kriterien der Falldefinition für HIV-Enzephalopathie entsprachen. Entsprechende Umgruppierungen wurden vorgenommen.

Tabelle 4: Altersverteilung (bei Erstmanifestation von AIDS)
Stand: 31. Dezember 1988

Altersgruppe	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	Anteil
0-11 Monate	1	3	0,1%
1- 4 Jahre	14	7	0,8%
5- 9 Jahre	7	1	0,3%
10-12 Jahre	1	0	0,0%
13-14 Jahre	6	0	0,2%
15-19 Jahre	22	0	0,8%
20-29 Jahre	449	74	18,8%
30-39 Jahre	951	57	36,3%
40-49 Jahre	808	20	29,8%
50-59 Jahre	264	10	9,9%
60 Jahre & älter	55	16	2,6%
unbekannt	11	2	0,5%
Gesamt	2589	190	100,0%

AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt

Tabelle 5: AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle pro Halbjahr
(nach Datum und Erstmanifestation)*
Stand: 31. Dezember 1988

Halbjahr der Diagnosestellung	Anzahl der AIDS-Fälle pro Halbjahr	davon verstorben gemeldet	
		Anzahl	Anteil
vor 1981	3	3	100,0%
81/I+81/II	1	1	100,0%
82/I	5	4	80,0%
82/II	8	7	87,5%
83/I	23	17	73,9%
83/II	20	15	75,0%
84/I	49	38	77,6%
84/II	76	58	76,3%
85/I**	122	84	68,9%
85/II	179	106	59,2%
86/I	233	142	60,9%
86/II**	300	168	56,0%
87/I	417	176	42,2%
87/II	522	161	30,8%
88/I	478	116	24,3%
88/II	343	50	4,4%
Gesamt	2779	1146	41,2%

AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt

* Nachmeldungen werden erwartet

** Nachrecherchen ergaben, daß je zwei registrierte Fälle nicht der Falldefinition entsprachen

Auch 1988 stammen über 80 Prozent aller in diesem Jahr registrierten Fälle aus den „klassischen“ Risikogruppen der homo- und bisexuellen Männer und i. v. Drogenabhängigen (Tabelle 2). Der relative Anteil der Drogenabhängigen hat jedoch deutlich von 9,7 Prozent bis Ende 1987 auf 12,9 Prozent der gemeldeten im Jahr 1988 zugenommen. Bewertbare Veränderungen in den übrigen Gruppen sind, nicht zuletzt wegen der geringen Fallzahlen, nicht erkennbar. Von den bis heute bekannten 190 AIDS-Fällen bei Frauen wurden 89 (47 Prozent) 1988 registriert. Wie bisher wurde bei der Hälfte der Frauen mit AIDS, Drogenabhängigkeit als Infektionsrisiko genannt. Die Altersverteilung der AIDS-Kranken hat sich weder bei Männern noch bei Frauen verändert (Tabelle 4).

Bei den zur Diagnose AIDS führenden Krankheiten (Tabelle 3) haben die opportunistischen Infektionen 1988 anteilmäßig zugenommen (vor 1988: 68,2 Prozent; 1988: 73,9 Prozent). Das Kaposi-Sarkom führt seltener als Erstmanifestation zur Diagnose AIDS (vor 1988: 19,2

Prozent; 1988: 14,1 Prozent). In 33 Fällen wurde entsprechend der erweiterten Falldefinition erstmals 1988 ein Wasting-Syndrom als erste Manifestation von AIDS mitgeteilt.

Es fällt auf, daß im internationalen Vergleich HIV-bedingte Erkrankungen des ZNS in der Bundesrepublik häufiger gemeldet werden. Die Bewertung neurologischer Symptome als Erstmanifestation ist kompliziert und in der CDC-Falldefinition nicht eindeutig definiert. Gelegentlich können neurologische Symptome bedingt sein durch opportunistische Infektionen oder Malignome des Gehirns, werden aber zunächst als HIV-Enzephalopathie gedeutet und dann gegebenenfalls als solche registriert. In anderen Fällen mag es schwierig sein, bei Vorliegen einer HIV-Infektion Enzephalopathien anderer Genese (Alkohol- und Medikamentenabusus, Drogenkonsum) von der HIV-Enzephalopathie abzugrenzen.

Seit Einrichtung des AIDS-Fallregisters haben 335 Ärztinnen und Ärzte oder Kliniken AIDS-Fälle gemeldet. Elf Ärzte oder Kliniken meldeten insgesamt 1666 Fälle (60

Prozent). Je einen oder zwei Fälle meldeten 239 Ärzte. Der große Anteil von Einzelmeldungen unterstützt die Annahme, daß der überwiegende Teil der AIDS-Fälle gemeldet wird. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, daß heute etwa 30 Prozent aller Meldungen Patienten betreffen, die bereits früher von anderer Seite gemeldet wurden und bereits registriert waren. Die Erkennung dieser Mehrfachmeldungen wird allein über den gewählten Patientenkode möglich.

Für die vereinfachte, standardisierte und anonymisierte Meldung von manifesten AIDS-Erkrankungs- und -Todesfällen sind die an die neue Falldefinition angepaßten Fallberichtsbögen erhältlich bei den örtlichen Gesundheitsämtern, den zuständigen Seuchenreferenten der Länder oder direkt bei:

AIDS-Zentrum
im Bundesgesundheitsamt
– Epidemiologie –
Reichpietschufer 74
1000 Berlin 30
Telefon: 0 30/25 00 94-20/21

Positiver Haemocult-Test – Was tun?

Die Stuhluntersuchung auf okkultes Blut gehört inzwischen in einer Reihe von Ländern zu den gesetzlich geregelten Krebsfrüherkennungsmaßnahmen. Nach wie vor besteht jedoch keine Einigkeit darüber, wie ein Haemocult-positiver Patient weiter abgeklärt werden sollte. Eine komplette Kolondiagnostik wird nur bei etwa zwei Dritteln aller Patienten durchgeführt, häufig begnügt man sich mit einer Sigmoidoskopie.

Amerikanische Autoren haben an einem mathematischen Modell eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt, wobei starre und flexible Sigmoidoskopie, Doppelkontrasteinlauf und Koloskopie analysiert wurden. Auch wenn die optimale Strategie von örtlichen Gegebenheiten abhängt, ist die primäre Ko-

loskopie der häufig durchgeführten Kombination von starrer Sigmoidoskopie und Kontrasteinlauf sowohl hinsichtlich der Kosten als auch der Ausbeute eindeutig überlegen, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß im Rahmen der koloskopischen Untersuchungen entdeckte benigne Polypen in gleicher Sitzung entfernt werden können.

Unter Zugrundelegung der Hypothese, daß fünf Prozent aller Adenome im Verlauf von acht Jahren maligne entarten, wurde ein Kosten-Nutzen-Verhältnis (pro verhinderter Todesfall) von 27 994 US-Dollar je Koloskopie errechnet. Die entsprechenden Kostenrelationen für starre Sigmoidoskopie und Kontrasteinlauf lagen bei 32 181 US-Dollar, für die ausschließlich starre Sigmoidoskopie bei 68 332 US-Dol-

FÜR SIE REFERIERT

lar und für die flexible Sigmoidoskopie bei 32 386 US-Dollar.

Bei positivem Haemocult-Test sollte deshalb zur Lokalisation der Blutungsquelle bei jedem Patienten primär eine Koloskopie durchgeführt werden. **W**

Barry, M. J., A. G. Mulley, M. J. Richter: Effect of Workup Strategy on the Cost-Effectiveness of Fecal Occult Blood Screening for Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 93: 301–310, 1987.

General Internal Medicine and Gastrointestinal Units, Massachusetts General Hospital, and the Department of Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.