

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

13/99

Zum Weltgesundheitstag 1999: ›Aktiv leben – gesund alt werden‹

Der Volksmund sagt: ›Alt werden will jeder, älter werden niemand.‹ Es ist festzustellen, daß das Alter in unserer heutigen ›Leistungsgesellschaft‹ im Gegensatz zu früheren Zeiten und anderen Kulturen verbreitet eine Abwertung erfährt. Das Klischee vom hilfbedürftigen, unselbständigen und defizitären alten Menschen ist noch sehr lebendig. Andererseits haben die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt Voraussetzungen dafür geschaffen, daß die Lebenserwartung, aber auch die Lebensqualität in den gewonnenen Jahren deutlich angestiegen sind. Immer mehr Menschen erleben und schätzen das Alter als eine Stufe des Lebens mit verschiedenen positiven Akzenten und neuen Möglichkeiten. Gegenwärtig sind 21% unserer Bevölkerung älter als 60 Jahre; die mittlere Lebenserwartung für heute geborene Jungen liegt bei 73 Jahren, für Mädchen bei 80 Jahren. In den Industrieländern wird der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

Es ist das Anliegen des diesjährigen Weltgesundheitstages am 7. April, die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Besonderheiten des Lebens älterer Menschen zu richten. Angesprochen sind nicht nur die unmittelbar Betroffenen, Schlußfolgerungen und Aufgaben ergeben sich für jeden einzelnen und die Gesellschaft. – Der lebenslange Prozeß des Alterns ist zwar nicht in allen Einzelheiten planbar, es sollte aber möglichst frühzeitig damit begonnen werden, beim Steuern des Lebenslaufes das Älterwerden bewußt mit zu berücksichtigen. ›Man muß in der Jugend einen Stock schneiden, damit man im Alter daran gehen kann‹ (Kung-tse).

Aus medizinischer Sicht hat es sich für älter werdende Menschen als besonders wichtig erwiesen, ihre körperliche **und** geistige Aktivität soweit wie möglich zu erhalten. Geistige und körperliche Leistungsfähigkeit, die in der Jugend entwickelt und später in Beruf und Freizeit trainiert wurde, ist in der Regel bis ins hohe Alter verfügbar. Die aktive Auseinandersetzung mit Belastungen und Krisen fördert im Gegensatz zum passiven Herangehen die weitere Persönlichkeitsentwicklung. Wesentlich sind auch ein entwickeltes Gesundheitsbewußtsein, das Erkennen und Abwenden gesundheitlicher Risiken durch die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen und ärztliche Beratung sowie das Berücksichtigen von Risikofaktoren und eventuellen Krankheitsprozessen in der Lebensführung.

Für älter werdende Menschen haben anregende und bereichernde Kontakte zu anderen Menschen und überhaupt die soziale Einbindung einen ganz besonders hohen Wert. Dabei entscheidet nicht die Quantität der Sozialkontakte, sondern deren Qualität. Wesentlich sind sowohl familiäre als auch außerfamiliäre Rollen. Gerade außerfamiliär wird im Freundes- und Bekanntenkreis oder in Vereinen die ›Intimität auf Abstand‹ von vielen Älteren geschätzt. – Grundsätzlich sollen Selbständigkeit und Selbstverantwortung älterer Menschen so lange wie irgend möglich erhalten oder wiederhergestellt werden. Der gegenwärtige Trend zur ›Singularisation‹ (eigene Wohnung) scheint die Institution ›Familie‹ nicht in Frage zu stellen. Zwar sind die Mehrgenerationenhaushalte seltener geworden, aber die Mehrgenerationenfamilien wesentlich häufiger. Beispielsweise sind Großeltern heute vielfach nicht mehr die, die der Hilfe bedürfen, sondern eine Generation, die älteren oder jüngeren Familienmitgliedern Hilfe gibt.

Diese Woche:

Weltgesundheitstag 1999

HIV/AIDS:
Eckdaten zur Situation
in Deutschland
im IV. Quartal 1998

Enzephalitis:
Ausbruch in Malaysia

Quartalsstatistik IV/98
der
Infektionskrankheiten:

- Zusätzliche Meldungen
aus bestimmten
Bundesländern
Enteritis infectiosa
nach Erregern

1. April 1999

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

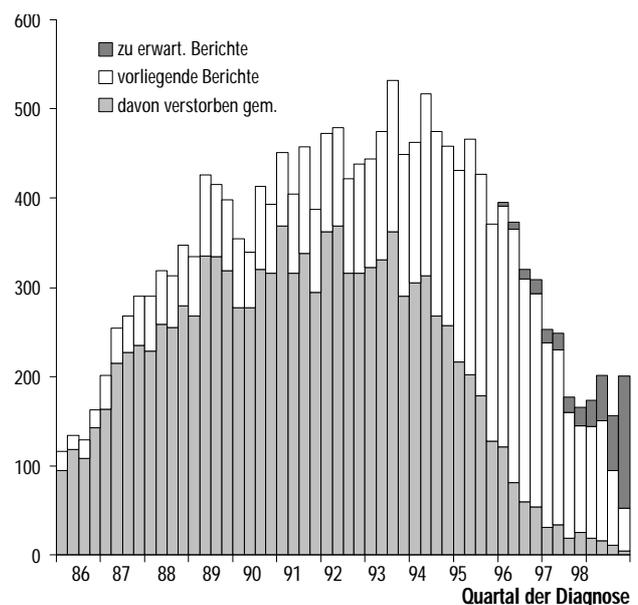
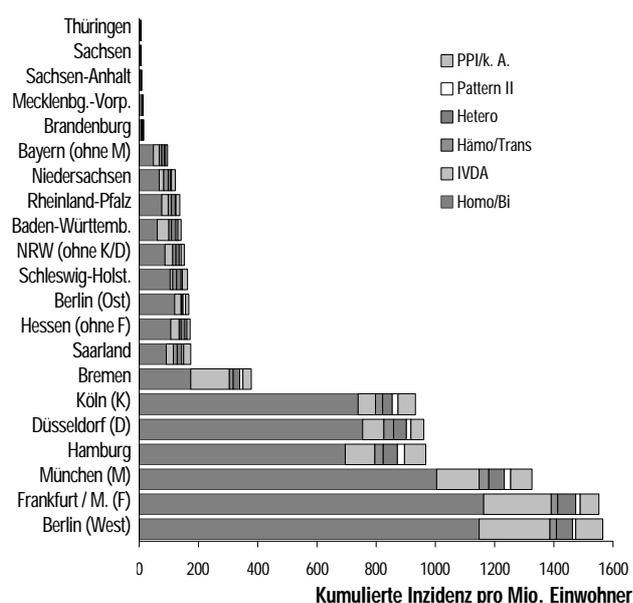
Die individuelle Bewältigung von Einschränkungen und Problemen hängt stark von den Wohnbedingungen, mitmenschlicher oder institutioneller Unterstützung und von der finanziellen Situation ab. Aufgabe des Staates und der Gesellschaft ist es, soziale, finanzielle und wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein Altwerden in Würde und Selbstbestimmung ermöglichen. Angebote an Gesundheitsvorsorge, medizinischer Versorgung und sozialen Diensten sollten ausreichend verfügbar sein. Innerhalb der Gesellschaft sollte versucht werden, das gesellschaftliche Prestige gealterter Menschen in einer Weise neu zu beleben, die ihren besonderen Fähigkeiten und Möglichkeiten gerecht wird (z.B. als Traditionsvermittler, Ratgeber, Helfer). Der Umgang mit dem Alter sagt viel aus über eine Gesellschaft. Wenn nun jeder einzelne sich hier so einbrächte, wie er es sich selbst für das eigene Alter wünscht?

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn, bietet eine spezielle Web-Seite zum Thema an (<http://www.weltgesundheitsstag.de>) und hat Expertenrat und Regeln für gesundes Älterwerden zusammengestellt (anzufordern mittels eines mit 1,10 DM frankierten Antwortumschlages über Medical Relations GmbH, Frau C. Wombacher, Stichwort »Weltgesundheitsstag, Hans-Böckler-Str. 46, 40764 Langenfeld).

Eckdaten zu HIV und AIDS in Deutschland (Stand: 31.12.1998)

Bundesländer/ Großräume	Einwohner (in Mio.)	Zeitraum der Registrierung				kumulativ seit 1982	
		Jan. 97 – Dez. 97		Jan. 98 – Dez. 98		Anzahl	Inzidenz
		Anzahl	Meldungen / Mio. Einw.	Anzahl	Meldungen / Mio. Einw.		
Thüringen	2,51	1	0,40	2	0,80	16	6,37
Sachsen	4,58	7	1,53	4	0,87	36	7,86
Sachsen-Anhalt	2,75	5	1,82	6	2,18	24	8,73
Mecklenbg.-Vorpommern	1,83	4	2,19	2	1,09	26	14,21
Brandenburg	2,54	5	1,97	7	2,76	40	15,75
Bayern (ohne M)	10,71	80	7,47	83	7,75	1032	96,36
Niedersachsen	7,74	79	10,21	44	5,68	939	121,32
Rheinland-Pfalz	3,96	32	8,08	28	7,07	545	137,63
Baden-Württemberg	10,30	134	13,01	84	8,16	1463	142,04
NRW (ohne K/D)	16,31	239	14,65	143	8,77	2489	152,61
Schleswig-Holstein	2,72	38	13,97	38	13,97	442	162,50
Berlin (Ost)	1,30	34	26,15	34	26,15	220	169,23
Hessen (ohne F)	5,23	36	6,88	58	11,09	905	173,04
Saarland	1,08	10	9,26	17	15,74	188	174,07
Bremen	0,68	65	95,59	6	8,82	258	379,41
Köln (K)	0,96	74	77,08	43	44,79	895	932,29
Düsseldorf (D)	0,57	38	66,67	9	15,79	548	961,40
Hamburg	1,71	157	91,81	53	30,99	1652	966,08
München (M)	1,24	121	97,58	74	59,68	1644	1325,81
Frankfurt/Main (F)	0,77	50	64,94	60	77,92	1195	1551,95
Berlin (West)	2,17	205	94,47	127	58,53	3398	1565,90
Gesamt	81,66	1414	17,32	922	11,29	17955	219,88

Tab. 1 Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle und kumulierte Inzidenzen pro Million Einwohner nach Bundesländern beziehungsweise ausgewählten Großräumen¹ und aufgeführten Zeiträumen der Registrierung



Infektionsrisiko ♂ > 12 Jahre	Zeitraum der Diagnose kumulativ		seit 1982
	Jan. 97 – Dez. 97	Jan. 98 – Dez. 98	
Homo/bi	398 64,3 %	212 56,5 %	11682 73,9 %
IVDA	66 10,7 %	36 9,6 %	1745 11,0 %
Hämo	4 0,6 %	1 0,3 %	535 3,4 %
Trans	2 0,3 %	2 0,5 %	124 0,8 %
Hetero	31 5,0 %	22 5,9 %	473 3,0 %
Pattern II	28 4,5 %	29 7,7 %	245 1,5 %
k. A.	90 14,5 %	73 19,5 %	1010 6,4 %
Gesamt	619 100 %	375 100 %	15814 100 %

Tab. 2a Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko³ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Infektionsrisiko ♀ > 12 Jahre	Zeitraum der Diagnose		kumulativ seit 1982
	Jan. 97 – Dez. 97	Jan. 98 – Dez. 98	
IVDA	43 28,7 %	13 19,7 %	938 46,3 %
Trans	1 0,7 %	1 1,5 %	142 7,0 %
Hetero	55 36,7 %	27 40,9 %	605 29,9 %
Pattern II	31 20,7 %	20 30,3 %	197 9,7 %
k. A.	20 13,3 %	5 7,6 %	143 7,1 %
Gesamt	150 100 %	66 100 %	2025 100 %

Tab. 2b Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko³ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Jahr der Einsendung	Geschlecht			Gesamt
	k. A.	♂	♀	
< 1989	4700 15,5 %	21265 70,2 %	4334 14,3 %	30299 100 %
1989	860 12,6 %	4865 71,1 %	1113 16,3 %	6838 100 %
1990	782 12,3 %	4549 71,5 %	1032 16,2 %	6363 100 %
1991	779 11,8 %	4681 70,7 %	1160 17,5 %	6620 100 %
1992	728 11,1 %	4710 71,8 %	1121 17,1 %	6559 100 %
1993	607 10,2 %	4241 71,1 %	1120 18,8 %	5968 100 %
1994	446 8,6 %	3705 71,1 %	1057 20,3 %	5208 100 %
1995	485 9,5 %	3570 69,9 %	1051 20,6 %	5106 100 %
1996	407 8,2 %	3494 70,5 %	1057 21,3 %	4958 100 %
1997	353 7,3 %	3455 71,2 %	1038 21,5 %	4826 100 %
1998	341 8,5 %	2778 69,0 %	909 22,6 %	4028 100 %
Gesamt	10488 12,1 %	6293 70,6 %	14992 17,3 %	86773 100 %

Tab. 3 HIV-Bestätigungsteste⁴ unter Ausschluß erkennbarer Mehrfachmeldungen⁵ nach Jahr des Eingangs des Serums zur Untersuchung⁶ und Geschlecht

Ergänzende Hinweise und Erklärung der Abkürzungen zu den obenstehenden Tabellen

1 Für die regionale Zuordnung werden die ersten drei Ziffern der fünfstelligen Postleitzahlen verwendet. Die Großräume wurden auf der Grundlage der ersten drei Ziffern der neuen Postleitzahlen bzw. der Bundesländergrenzen definiert. Alle vor dem 1.7.1993 gemeldeten Fälle, für die keine anderen Angaben vorlagen, wurden auf die neuen Postleitzahlen umgesetzt. Hierbei ließen sich Unschärfen in der Zuordnung nicht vermeiden. Die Einwohnerzahlen der Bundesländer, der Großstädte München, Köln, Düsseldorf und des Großraumes Frankfurt a. M. (inkl. Offenbach) für die Berechnung der Inzidenzen sind dem Statistischen Jahrbuch 1997 (Stand: 06/1995) und 1995, Jahresdurchschnitt) entnommen.

2 Zur Berechnung der durch den Meldeverzögerung in Zukunft noch zu erwartenden AIDS-Fallberichte wird das vom European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS verwandte Verfahren von Heisterkamp und Downs eingesetzt. Für die letzten beiden Quartale der Diagnose kann der relativ kleine Anteil bereits eingegangener Meldungen zu deutlichen Unschärfen der Projektion führen.

3 Männer, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i.v.

Drogenkonsum angegeben wird, werden unter der Kategorie »IVDA« subsummiert. In der Kategorie »Trans« werden Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (die nicht Hämophile sind) sowie Empfänger von Transplantaten – einschließlich Patienten, die die Transfusion im Ausland erhalten haben – zusammengefaßt. Fälle, bei denen Angaben zum Infektionsrisiko fehlen und Fälle, bei denen kein Infektionsrisiko erfragt werden konnte, werden unter der Kategorie »k.A.« zusammengefaßt.

4 Bei den Meldungen über positive HIV-Bestätigungsteste handelt es sich um die anonyme Meldung von positiven Befunden der HIV-Bestätigungsteste bei HIV-Infizierten und nicht um die Meldung HIV-infizierter Personen.

5 Die als »HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Mehrfachmeldungen« aufgeführten Zahlen enthalten dennoch Mehrfachmeldungen, wahrscheinlich in einer Größenordnung von 30–50 %, weil Mehrfachuntersuchungen, die bei HIV-infizierten Personen die Regel sind, nur dann erkannt und ausgeschlossen werden können, wenn sie von den meldenden Laboratorien als solche berichtet werden.

6 Es wird der Zeitpunkt der HIV-Diagnose

(Durchführung des Tests) wiedergegeben. Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Infektion sind nicht möglich. Veränderungen des Infektionsgeschehens können daher nur unter Vorbehalt und mit größter Zurückhaltung interpretiert werden.

Homo/bi: Homo- oder bisexuelle Männer

IVDA: i.v. Drogenabhängige

Hämo/Trans: Hämophile / Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)

Hetero: Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)

Pattern II: Patienten aus Pattern-II-Ländern, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

PPI: Prä- oder perinatale Infektion

k.A.: Keine Angaben

Der Quartalsbericht AIDS/HIV IV/98 (Stand 31.12.98) des RKI kann auch per Fax-Abfragefunktion (Polling) unter 030/4547-3566 bezogen werden.

Enzephalitis-Ausbruch in Malaysia durch zwei verschiedene Erreger verursacht

Seit Oktober 1998 hat sich in verschiedenen Teilen Malaysias (Bundesstaaten Perak und Negeri Sembilan) eine Häufung von zum Teil sehr schwer verlaufenen Enzephalitiden entwickelt. Bis zum 31.3.1999 wurden 208 Erkrankungsfälle überwiegend bei jüngeren Männern registriert, von denen 71 einen tödlichen Verlauf hatten. Gemeinsames Merkmal der Erkrankten war ein enger Kontakt zu Schweinen (Schlachthofarbeiter, Schweinezüchter).

Die ersten Erkrankungsfälle wurden zunächst als **Japanische Enzephalitis (JE)** angesehen, die in diesem Raum auftritt und deren Erreger in Schweinen vorkommt und über Stechmücken auf Menschen übertragen werden kann. Tatsächlich wurde diese Diagnose bei 42 der Erkrankten bestätigt. Jetzt bestätigte sich die ursächliche Beteiligung eines vermuteten zweiten viralen Erregers an dem Ausbruch. Dieser wurde als ein Paramyxovirus (RNS-Virus mit Lipidhülle) charakterisiert, das dem 1994/95 in Australien (Brisbane) bei einzelnen, zusammenhängenden Erkrankungen von Pferden und Menschen entdeckten **Hendra-Virus** ähnlich, aber nicht mit diesem identisch ist. Bisher wurden

acht Isolate dieses Hendra-like Virus von den in Malaysia Erkrankten gewonnen. Eine Serodiagnostik wird aufgebaut. (Das originäre Hendra-Virus wird nach bisheriger Kenntnis nur durch Kontakt zu Körperflüssigkeiten infizierter Tiere übertragen und kann eine schwere Meningoenzephalitis verursachen.)

Umfangreiche Maßnahmen der malaysischen Behörden gelten der Klärung und Bekämpfung des Ausbruchs (darunter ausgedehnte Impfkationen gegen die JE, eine intensive Mückenbekämpfung und das Töten von zunächst 140.000 Schweinen). Sowohl zu dem neuen Hendra-like Virus als zu epidemiologischen Aspekten des Ausbruchs sind noch zahlreiche offene Fragen zu klären. Unterstützung wird von Epidemiologen und Virologen der WHO, der CDC in Atlanta/USA sowie aus Japan (Nagasaki) und Australien gegeben.

Quellen: WHO: PR 8 25.3.99, EMC 26.3.99; Malaysia Department of Public Health website (über ProMED-mail v. 31.3.99)

Seltene meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten in bestimmten Bundesländern 40.–53. Woche 1998 IV. Quartal Anzahl (obere Zeile) und Inzidenzrate pro 100.000 Einw.

Krankheit	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen	Summe	kumulativ		kumul. Diff. % Vorjahr
								1998	1997	
›Kinderkrankheiten‹										
Pertussis		74 2,897	11 0,605	139 3,058	23 0,844	28 1,124	275 1,946	864	1218	-29,06
Scharlach		595 23,293		1293 28,444	502 18,431	354 14,210	2744 22,282	8699	6883	26,38
Masern		1 0,039		1 0,022	1 0,037	1 0,040	4 0,028	47	138	
Röteln		29 1,135	1 0,055	15 0,330	24 0,881	5 0,201	74 0,524	398	762	-47,77
Mumps		20 0,783	6 0,330	34 0,748	13 0,477	4 0,161	77 0,545	260	397	-34,51
Akute resp. Erkrankungen										
Influenza		105 4,110	102 5,613	226 4,972	2 0,073	8 0,321	443 3,135	2231	1940	15,00
darunter Typ A		65 2,545	82 4,512	136 2,992	2 0,073	7 0,281	292 2,066	1730	1295	33,59
darunter Typ B		40 1,566	20 1,101	90 1,980		1 0,040	151 1,068	501	646	-22,45
RS-Virus-Inf.		16 0,626	79 4,347	5 0,110	6 0,220		106 0,750	258	298	-13,42
Parainfluenza-Virus-Inf.		53 2,075	55 3,027	17 0,374	23 0,844	2 0,080	150 1,061	467	319	46,39
Adenovirus-Inf.		18 0,705	113 6,218	28 0,616	14 0,514	2 0,080	175 1,238	542	491	10,39
Mycoplasma-Inf.		27 1,057	226 12,437	102 2,244	28 1,028	13 0,522	396 2,802	1064	609	74,71
Borreliose	65 1,879	335 13,114	46 2,531	123 2,706	14 0,514	12 0,482	595 3,382	1529	927	64,94
Legionellose	4 0,116	4 0,157	9 0,495	2 0,044			19 0,108	64	51	
Parasitosen										
Scabies		112 4,385			215 7,894	43 1,726	370 4,762	1219	1491	-18,24
Kopflausbefall		692 27,090			857 31,465	234 9,393	1783 22,950	6548	7271	-9,94
Zusätzlich: Tollwutexposition		56 2,192	28 1,541	175 3,850	51 1,873	33 1,325	343 2,427	1617	2335	-30,75