

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

47/98

Zum Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember 1998:
Junge Menschen wirksamer vor AIDS schützen!

Der Welt-AIDS-Tag steht in diesem Jahr unter dem Motto ›Force for change: World-AIDS-Campaign 1998 with young people‹ und ist den Risiken der HIV-Infektion und den AIDS-Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gewidmet. – Jugendliche und junge Erwachsene (eine Grenze wurde bei ≤24 Jahren gesetzt) sind **weltweit** gesehen in besonderem Maße von HIV und AIDS betroffen. Knapp die Hälfte der geschätzten 16.000 täglichen Neuinfektionen ereignen sich unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dies kann nicht überraschen, weil HIV-Infektionen hauptsächlich sexuell und beim intravenösen Drogenkonsum übertragen werden. Junge Menschen aber experimentieren eher mit Drogen, sind sexuell aktiver und gehen öfter neue Partnerschaften ein. In der Tat steigen die Infektionsraten in den stark betroffenen Regionen der Dritten Welt in den Altersgruppen, die beginnen, sexuell aktiv zu werden, steil an.

In den Industriestaaten und damit auch in **Deutschland** stellt sich die Situation etwas anders dar. Jugendliche und junge Erwachsene bis 24 Jahre stellen insgesamt in Deutschland nur knapp 10% der HIV-Neuinfektionen (derzeit in Deutschland ca. 150 Fälle/Jahr bei insgesamt etwa 2.000 Neuinfektionen). Anfang der 90er Jahre lag der Anteil der HIV-Infektionen bei Jugendlichen in den neuen Bundesländern noch deutlich höher, dies hat sich jetzt angeglichen (Daten der HIV-Meßstellenstudie des RKI). In der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren haben sich in Deutschland bisher insgesamt ca. 7.500 Menschen mit HIV infiziert. Aktuell leben in dieser Altersgruppe aber nur etwa 600–700 HIV-Infizierte (die anderen sind inzwischen älter oder sogar bereits verstorben). Nicht eingerechnet in diese Zahlen sind die in Deutschland lebenden Migranten aus den Regionen der Welt, in denen sich HIV bereits in der Gesamtbevölkerung dramatisch ausgebreitet hat. In der entsprechenden Altersgruppe werden bei Migranten aus diesen Ländern derzeit in Deutschland jährlich etwa 50–60 HIV-Infektionen diagnostiziert; eine Abschätzung der tatsächlichen Zahl der aktuell in Deutschland lebenden HIV-infizierten Migranten ist aber derzeit schwer möglich.

Einige Besonderheiten der Situation in Deutschland sind geeignet, die hier vergleichsweise günstige Situation zu erklären:

- Es besteht eine andere Altersstruktur der Bevölkerung, der Anteil der jungen Menschen ist in Deutschland geringer.
- Homo- und bisexuelle Männer sind in Deutschland nach wie vor die am stärksten von HIV betroffene Gruppe; junge Homosexuelle werden aber im Durchschnitt später sexuell aktiv als ihre heterosexuellen Altersgenossen.

Diese Woche:

Welt-AIDS-Tag 1998:
HIV-Infektionen und AIDS
bei jungen Menschen

Rotavirus-Infektionen:
Charakterisierung
der Situation

Gesundheitsschutz und
STD-Prävention
bei Prostituierten

Veranstaltungshinweise:

- Klinisch-mikrobiologisch-infektiologisches Symposium in Berlin
 - Poster-Workshop zur Nukleinsäure-Diagnostik (NAT) in der Mikrobiologie in Berlin
 - Kurs für Hygienebeauftragte Ärzte in Freiburg

27. November 1998

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

- Die HIV-Epidemie unter i.v. Drogenabhängigen wurde in Deutschland relativ erfolgreich eingedämmt, damit wurde sowohl die nichtsexuelle als auch die sexuelle Ausbreitung von HIV unter jungen Menschen begrenzt.
- Nicht zuletzt hat auch die Sexual- und AIDS-Aufklärung über Schule, Elternhaus und Massenmedien zu der breiten Akzeptanz und erheblichen Steigerung der Kondomverwendung beigetragen.

Im Unterschied zur Risikoverteilung bei der Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen sind heterosexuell aktive Jugendliche und junge Erwachsene in der Altersgruppe der 15–24-jährigen überproportional vertreten. Junge Homosexuelle stellen etwa ein Drittel der Neuinfektionen, ein weiteres Drittel wird bei Migranten diagnostiziert, das restliche Drittel verteilt sich auf Infektionen, die über Drogengebrauch oder über heterosexuelle Kontakte erworben wurden. Die beiden letztgenannten Infektionsrisiken sind in dieser Altersgruppe mittlerweile nahezu gleich häufig. Obwohl angesichts der überschaubaren Zahlen kein Anlaß zur Dramatisierung besteht, zeigt dies, daß die gerade in dieser Altersgruppe weitverbreitete Meinung, die HIV-Epidemie betreffe »nur« die homosexuellen Männer, schon längst nicht mehr zutrifft.

Der relativ hohe Anteil der Migranten unter den jungen Infizierten spiegelt die sich in weiten Teilen der Welt ungebremst ausbreitende HIV-Epidemie wider. Deutschland bleibt, wie auch alle anderen EU-Länder, im Zeitalter der Globalisierung von dieser Entwicklung nicht unberührt.

Nicht nur die Entwicklungsländer allgemein, auch die in Deutschland lebenden aus diesen Ländern stammenden Ausländer werden von den in den letzten Jahren erreichten therapeutischen Fortschritten faktisch weitgehend ausgeschlossen. Während in allen anderen Betroffenenengruppen

durch rechtzeitige Diagnose und Behandlung der HIV-Infektion AIDS-Erkrankungen zunehmend verhindert bzw. hinausgezögert werden, gelangen in Deutschland lebende, nicht aus einem der anderen westlichen Industriestaaten kommende Ausländer bisher nur vereinzelt in den Genuß der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten. Dies drückt sich darin aus, daß sich der Anteil der Ausländer aus den Hochprävalenzgebieten an der insgesamt deutlich zurückgehenden Zahl der jährlich neu erfaßten AIDS-Erkrankungen von 3 % im Jahre 1994 auf 12 % im Jahre 1998 vervierfacht hat. (Insgesamt hat sich der jährliche Zugang an AIDS-Erkrankungen von > 2.000 Erkrankungsfällen im Jahre 1994 auf etwa 800 im Jahre 1997 verringert.) In der Altersgruppe der 15–24-jährigen zeigt sich dies mit besonderer Deutlichkeit: Der Anteil der Personen an den AIDS-Erkrankungen in dieser Altersgruppe, die nicht aus den westlichen Industriestaaten kommen, stieg von 28 % im Jahre 1994 bis 1997 kontinuierlich auf 60 %. Unter den 1998 diagnostizierten und bisher anonym an das AIDS-Fallregister im RKI gemeldeten Erkrankungsfällen (dieser Altersgruppe) sind es über 85 %.

Gerade am Welt-AIDS-Tag, der die weltweite Solidarität mit den Betroffenen fördern soll, muß sich die deutsche Gesellschaft die Frage stellen lassen, ob sie HIV-infizierte Menschen ohne deutschen Paß nur als lästige potentielle Bedrohung wahrnimmt oder ob sie auch in ihnen Mitmenschen erkennt, die auf Unterstützung, Hilfe und Verständnis angewiesen sind.

Zahlen zu HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland sind im aktuellen Quartalsbericht »AIDS/HIV III/98« des Robert Koch-Institutes zusammengestellt; dieser kann über Fax unter 030/4547-3566 abgerufen oder schriftlich beim RKI, FG 21, General-Pape-Str. 62-66, 12101 Berlin, angefordert werden. Eckdaten zu HIV/AIDS in Deutschland erscheinen in Kürze im Epidemiologischen Bulletin.

Rotavirus-Infektionen: Epidemiologische Daten zur Charakterisierung der Situation

Rotavirus-Infektionen sind weltweit verbreitet und eine der häufigsten Ursachen für Durchfallerkrankungen im Kindesalter. Besonders betroffen sind Kleinkinder im Alter von 6 Monaten bis zu 2 Jahren. Die Übertragung erfolgt auf fäkal-oralen Wege von Mensch zu Mensch. Die Symptomatik reicht von leichten bis zu schwersten Durchfällen mit fataler Dehydrierung. In Entwicklungsländern mit niedrigem hygienischem Niveau und verbreiteter Unterernährung erlangen diese Erkrankungen eine besonders große Bedeutung, sie sind dort häufiger, verlaufen in der Regel schwerer und enden oft tödlich. – Das Genus Rotavirus zählt zur Familie Reoviridae, bisher sind innerhalb der Gruppe A beim Menschen 6 verschiedene Serotypen bekannt.

Situation in Deutschland

Melddaten: Die epidemiologischen Daten aus Deutschland belegen, daß bei einer Gesamtbetrachtung Rotavirus-Infektionen die häufigste Ursache einer virusbedingten Enteritis infectiosa sind; im Kleinkindesalter dürften sie die häufigste Ursache aller akuten Gastroenteritiden (AGE) sein. 1997 hatten Rotavirus-Infektionen einen Anteil von 7 % an der Enteritis infectiosa insgesamt und von 42 % an den sog. »übrigen Formen«. Mit 17.479 gemeldeten Erkrankungen wurde eine Meldeinzidenz von 93,5 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner erreicht (Quelle: Meldungen aus den neuen Bundesländern und dem Saarland).

Virusdiagnostische Befunde: 57,8 % der Virusnachweise erfolgten bei erkrankten Kindern im ersten Lebensjahr, 31,4 % im 2.–5. Lebensjahr (s. Abb. 1). Der Erkrankungsgipfel im Winter und Frühjahr ist ausgeprägt (s. Abb. 2), 81 % der Virusnachweise erfolgten 1996/97 von Dezember bis Mai (Quelle: Berichtssystem zur Erfassung positiver Virusbefunde der DVV und des RKI).

RoMoD-Studie (Rotavirus-Morbidität in Deutschland): Zur näheren Bestimmung der klinischen und epidemiologischen Bedeutung der Rotavirus-Infektionen in Deutschland wird seit 1997 in fünf Regionen (Freiburg, Erlangen, Dresden, Bochum und Hamburg) eine Studie unter Mitwirkung von sechs Kinderkliniken und 20 pädiatrischen Praxen durchgeführt. Nachfolgend werden einige vorläufige (bisher unveröffentlichte) Daten aus dieser Studie vorgestellt: Im Laufe eines Jahres – von Mai 1997 bis April 1998 – wurden in den beteiligten Arztpraxen 15.500 Kinder medizinisch betreut, von denen 3.875 (25 %) an einer akuten Gastroenteritis erkrankt waren. Nach Durchführung von Untersuchungen zur ätiologischen Klärung wurden bei

Anzahl der Virusnachweise

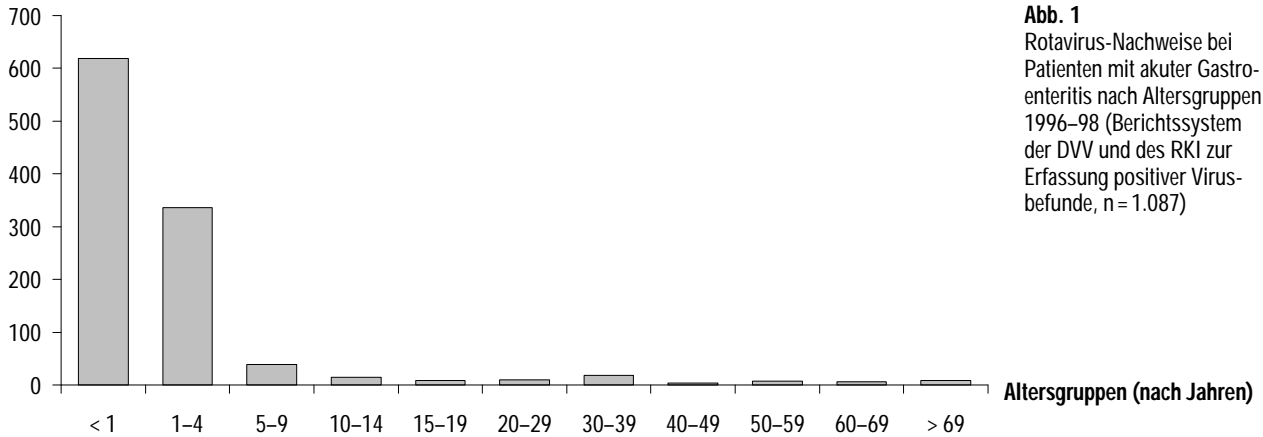


Abb. 1
Rotavirus-Nachweise bei Patienten mit akuter Gastroenteritis nach Altersgruppen, 1996-98 (Berichtssystem der DVV und des RKI zur Erfassung positiver Virusbefunde, n=1.087)

3.087 untersuchten Kindern mit einer AGE 718 Rotavirus-Infektionen (23,3 % der AGE, rund 5 % der Patienten) ermittelt. Damit hatte etwa jedes 20. behandelte Kind eine Rotavirus-Infektion. Der charakteristische Winter-Frühjahrs-Gipfel und die charakteristische Altersverteilung – 33 % der Erkrankungen im ersten und 40 % im zweiten Lebensjahr – bestätigten sich. Insgesamt 101 aller Kinder mit AGE (2,6 %) mußten zur stationären Behandlung eingewiesen werden. Die Kinder mit Rotavirus-Infektion waren durchschnittlich schwerer erkrankt, von ihnen wurden 6,5 % (47/718) eingewiesen, im Gegensatz zu einer Rate von 2,1 % (49/2.369) bei AGE anderer Ätiologie. Am häufigsten eingewiesen wurden Kinder im zweiten Lebensjahr (43 % aller Einweisungen). – **Befunde aus Mainz:** Von 1.377 Kindern, die in der Universitäts-Kinderklinik Mainz mit einer schweren AGE behandelt wurden, wiesen 42,1 % eine Rotavirus-Infektion auf (persönliche Mitteilung an die RoMoD-Studienzentrale).

Die RoMoD-Studie lieferte auch interessante Angaben zu nosokomialen Rotavirus-Infektionen. Die sechs beteiligten Kinderkliniken berichteten über 412 nosokomiale akute Gastroenteritiden, von denen die Hälfte durch Rotaviren verursacht worden war. Nach diesen Daten erwirbt ein in ein Krankenhaus aufgenommenes Kind im Alter bis zu 4 Jahren bei einem 10tägigen Aufenthalt dort mit einer Wahrscheinlichkeit von 2–10 % eine Rotavirus-Infektion; für jüngere Kinder ist das Risiko höher. – Kinder im ersten Lebensjahr hatten einen Anteil von 84 % an den nosokomialen Rotavirus-Infektionen.

Die Serotypisierung bzw. Genotypisierung der im Rahmen der RoMoD-Studie diagnostizierten Rotaviren ergab, daß in Deutschland gegenwärtig hauptsächlich vier Serotypen vorkommen. Am häufigsten wurde der Serotyp 1 nachgewiesen (zwei Drittel), den zweiten Rang belegte der Serotyp 4 (etwa ein Viertel), die restlichen Befunde

Anzahl der Virusnachweise
Erkrankungen

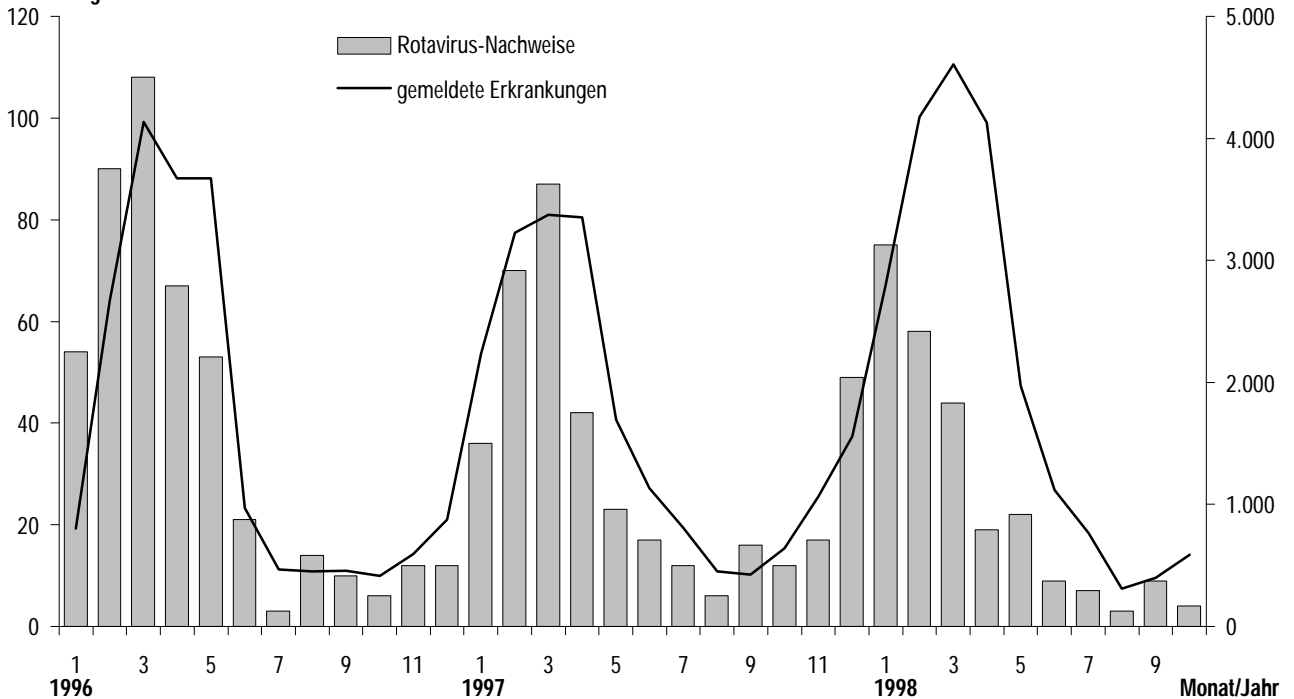


Abb. 2 Akute Gastroenteritiden durch Rotaviren nach Monaten. Virusnachweise (Berichtssystem der DVV und des RKI, n = 1.087) und Erkrankungsmeldungen aus 6 Bundesländern (n = 60.013)

verteilt sich auf die Serotypen 2 und 3, Mischinfektionen und nicht typisierte Rotaviren (Abt. für Medizinische Mikrobiologie und Virologie der Ruhr-Universität Bochum).

Letalität: Darminfektionen führen unter den Bedingungen unseres Gesundheitssystems nur sehr selten zum Tode; das trifft prinzipiell auch für Rotavirus-Infektionen zu, müßte aber durch weitere Daten präzisiert werden.

Internationale Daten

Europa: In der medizinischen Grundversorgung liegt der mittlere Anteil der Rotavirus-Infektionen an den Konsultationen wegen akuter Gastroenteritis (AGE) im Kindesalter nach bisherigen Untersuchungen und Hochrechnungen zwischen 9 % und 29 % (9 % Frankreich^{1,2}, 11 % Italien³, 23 % Deutschland – s. o. –, 26 % Finnland^{4,5}, 29 % Großbritannien³). – Bezogen auf 1.000 Einwohner lagen die ermittelten jährlichen Erkrankungsraten bei 2,6‰ (Finnland³), 4,5‰ (Frankreich^{1,2}) bzw. 6,0‰ (Großbritannien³).

Rotavirus-Infektionen sind schätzungsweise für 20 % (Ungarn³) bis 50 % (Finnland, Niederlande, Schweden, Großbritannien) der Krankenhausbehandlungen von Kindern mit Gastroenteritis verantwortlich (Stichprobenuntersuchung Deutschland, Mainz: 42 %). Die höchste jährliche Rate an Krankenhausaufnahmen von Kindern unter 5 Jahren mit einer Gastroenteritis wurde mit 1,8 pro 1.000 Einwohner in Ungarn ermittelt.³ Die mittlere Dauer der Krankenhausbehandlung betrug 2,0 Tage (Großbritannien) bis 8,3 Tage (Ungarn).

USA: In den Vereinigten Staaten erkranken jährlich schätzungsweise etwa 3,5 Millionen Kinder an einer durch Rotavirus verursachten Gastroenteritis, etwa 100 sterben jährlich daran.⁶ Es wird eingeschätzt, daß Rotavirus-Infektionen dort für etwa ein Drittel der Gastroenteritis-Sterbefälle bei Kleinkindern verantwortlich sind. Der Gesellschaft entstehen durch diese Krankheit geschätzte Kosten von insgesamt 1,4 Milliarden US-Dollar pro Jahr. In den USA wurden verschiedene Berechnungen des Nutzens einer Impfung gegen Rotavirus-Infektionen angestellt, ein Beispiel⁷ wird in der *InfFo* III+IV/98 (erscheint in Kürze) vorgestellt. – **Global:** Von den jährlich weltweit rund 2,5 Millionen durchfallbedingten Sterbefällen werden bis zu eine Million auf Rotavirus-Infektionen zurückgeführt, die hauptsächlich arme und unterentwickelte Länder betreffen (Schätzung der WHO).

Zur Möglichkeit der Schutzimpfung

25 Jahre nach der Entdeckung des Rotavirus wurde im August 1998 in den USA der erste Impfstoff gegen Rota-

virus-Infektionen – ein oral zu applizierender, gegen alle vier Serotypen gerichteter Lebendimpfstoff – zugelassen. Vorausgegangen waren Erprobungseinsätze in Brasilien und Peru sowie in den USA, in Venezuela⁸ und in Finnland. Während die ersten Feldversuche die Erwartungen enttäuscht hatten, konnte nach neuer Einstellung des Impfstoffes ein Schutz vor schweren Verläufen der Erkrankung zu 80–90 % erreicht werden, die gefürchtete Dehydratation wurde zu 75–80 % verhindert, Krankenhauseinweisungen zu 70–100 %.³

Besonders dringend würde dieser Impfstoff zur Reduzierung der Morbidität und Mortalität in den Entwicklungsländern und den sog. Schwellenländern benötigt. Dem steht ein vergleichsweise hoher Preis von etwa 30 US-Dollar pro Dosis (bei drei benötigten Dosen) entgegen.^{6,9} In den Ländern mit einer besseren medizinischen Betreuung müssen Aufwand und Nutzen dieser Impfung sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Die WHO (Regionalbüro für Europa) empfiehlt zunächst einen Ausbau der Surveillance und der Laboruntersuchungen sowie weitere Erprobungseinsätze in Osteuropa (z. B. Bulgarien) und Zentralasien (z. B. Usbekistan). Ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch zu dieser Frage wird angeregt.³

Für das Überlassen erster Daten aus der RoMoD-Studie danken wir stellvertretend für alle beteiligten Ärzte dem Koordinator dieser Studie, Herrn Prof. Dr. J. Forster, Kinderabteilung des St. Josefskrankenhauses, Freiburg im Breisgau. – Auskünfte zum Berichtssystem zur Erfassung positiver Virusbefunde der DVV und des RKI erteilt Frau D. Altmann, FG 23 »Infektionsepidemiologie« des RKI, Tel.: 030 / 4547-3454.

Anfragen zur Labordiagnostik von Rotaviren können an das Konsiliarlaboratorium für Rotaviren, Ruhr-Universität Bochum, Abt. für Med. Mikrobiologie u. Virologie, Universitätsstraße 150, 44801 Bochum (Tel.: 0234 / 700-3189, -2104; Fax: 0234 / 709-4352), gerichtet werden.

1. Flahault A et al.: *BEH* 1995 a; 20: 87–91
2. Flahault A et al.: *Sentinelles traces of an epidemic of acute gastroenteritis in France. Lancet* 1995 b; 346: 162–163
3. WHO Regional Office for Europe: *European Advisory Group on the Expanded Programme on Immunization (EAG/EPI). Report on the Fourteenth Meeting, London, United Kingdom, 27.–29. Januar 1998*
4. Ruuska T, Vesikari T: *Scand J Infect Dis* 1990; 22: 259–267
5. Ruuska T, Vesikari T: *Acta Paediatr Scand* 1991; 80: 500–507
6. *Impfung gegen Durchfall. Infektion & Prävention* 1997; 6: 2
7. Tucker AW et al.: *Cost-effectiveness analysis of a rotavirus immunization program for the United States. JAMA* 1998; 279: 1371–1376
8. Pérez-Schael I et al.: *Efficacy of the rhesus rotavirus-based quadrivalent vaccine in infants and young children in Venezuela. N Engl J Med* 1997; 337: 1181–1187
9. Keusch GT, Cash RA: *A vaccine against rotavirus – when is too much too much? N Engl J Med* 1997; 337: 1228–1229

Gesundheitsschutz und STD-Prävention in verschiedenen Prostitutionsszenen

Vom 16. bis 18. November 1998 fand im Robert Koch-Institut in Berlin – veranstaltet von der SPI-Forschung gGmbH Berlin und gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit – eine Fachtagung zum Thema »HIV/AIDS und STD-Prävention in verschiedenen Prostitutionsszenen in der Bundesrepublik Deutschland« statt. Die etwa 100 Teilnehmer konnten sich drei Tage lang einen umfassenden Überblick über das aktuelle Prä-

ventionsangebot sowohl durch Gesundheitsämter als auch durch nichtstaatliche Organisationen (non governmental organizations, NGOs) in der Bundesrepublik Deutschland verschaffen. Zur Situation in den Grenzgebieten wurden dort aktive Projekte vorgestellt. Besonderes Augenmerk galt den Anforderungen, die die unterschiedlichen Prostitutionsszenen an Präventionsprojekte stellen. In einer abschließenden Rund-Tisch-Diskussion wurde der Entwurf

des neuen Infektionsschutzgesetzes einer kritischen Analyse in Hinblick auf dessen Konsequenzen für die Arbeit im Bereich der HIV/AIDS- und STD-Prävention unterzogen.

Prävention im Prostitutionsbereich berührt verschiedene Problemfelder, wie die Diskriminierung von Frauen generell und von Prostituierten im besonderen, Drogen, Migration, soziale Verelendung, Kinderprostitution, Kriminalität, Menschenhandel, Gewalt. Die Erfahrungen der vorgestellten Projekte haben deutlich gemacht, daß Prävention in diesem Bereich nur erfolgreich sein kann, wenn es gelingt, die verschiedenen Einrichtungen und Behörden, die mit den angesprochenen Themen befaßt sind, in die Präventionsbemühungen einzubinden. Während registrierte Prostituierte durch die Gesundheitsämter erreicht werden können, hat sich in schwer zugänglichen Szenen die aufsuchende Sozialarbeit als wirkungsvolles Angebot bewährt. In bestimmten Szenen stellen niedrigschwellige Versorgungsangebote (Schlafplätze, Verpflegung, Körperhygiene) einen ersten, unerläßlichen Anknüpfungspunkt für Präventionsbemühungen dar.

Da die meisten Beratungsstellen zu einem großen Prozentsatz von MigrantInnen genutzt werden, treten hier verstärkt Probleme hinsichtlich der Abrechnungsmöglichkeiten für medizinische Leistungen und des meist ungeklärten Aufenthaltsstatus auf. Auch die Bereitstellung von Sprachmittlern ist für eine erfolgreiche Arbeit unabdingbar.

HIV/AIDS und STD können in bestimmten Prostitutions-szenen nicht isoliert betrachtet werden, sondern nur im Rahmen des gesamten persönlichen Problemfeldes der Prostituierten: Je schwieriger die eigene soziale Lage, um so geringer die Sorge und das Bewußtsein um die eigene Gesundheit. Verhaltens- und Verhältnisprävention müssen hier Hand in Hand arbeiten. Die in den Beratungsstellen

durchgeführten Untersuchungen bestätigen den bundesweiten Trend, daß die sog. »klassischen« STD im Rückgang begriffen sind, wohingegen z. B. Mykosen, Chlamydiosen und Hepatitis B merklich ansteigen. HIV/AIDS spielt unter den manifestierten Infektionen gegenwärtig nur eine untergeordnete Rolle. Häufig haben es die Beratungsstellen mit verschleppten Krankheiten und z. B. auch mit dringend erforderlichen Zahnbehandlungen zu tun. Für die Prävention bedeutet dies eine klare Erweiterung auf generelles gesundheitsbewußtes Verhalten.

Wenngleich auch die bisherige Rechtslage keine zufriedenstellende Lösung im Bereich der Prostitution darstellt, wurden in der abschließenden Podiumsdiskussion von Seiten der Beratungsstellen Bedenken laut, inwieweit der gegenwärtige Entwurf des geplanten Infektionsschutzgesetzes tatsächlich einen Beitrag zur Verbesserung ihrer Arbeitsgrundlage darstellt. Viele hätten sich eine ausführlichere und zwingendere Festschreibung der Prävention gewünscht.

Als wichtige Ziele für zukünftige Präventionsmaßnahmen wurden intensivere Präventionsangebote an die Freier sowie ein Abbau von für die Präventionsarbeit hinderlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Prostitutionsbereich genannt. Eine damit verbundene Stärkung des Selbstbewußtseins Prostituiertes ist Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Prävention. Auch in Zukunft sollten freiwillige, niedrigschwellige und anonyme Hilfsangebote sowohl von staatlicher als auch von nicht-staatlicher Seite bereitgestellt werden.

Auskünfte zu dieser Veranstaltung und Thematik erteilt Herr Dr. K. Riedmann, RKI, FG 26 »Gesundheitsberichterstattung«, Tel.: 030/4547-3462, Fax: 030/4547-3513, E-Mail: riedmannk@rki.de.

Weitere Informationen: Sozialpädagogisches Institut Forschung gGmbH, Dr. Michael Kraus, Elfriede Steffan, Stresemannstraße 30, 10963 Berlin; Tel.: 030/252 1619, Fax: 030/251 6094, E-Mail: spi.forschung@t-online.de

8. Klinisch-mikrobiologisch-infektiologisches Symposium: Diagnostik und Therapie bei aktuellen Infektionserregern

Termin: 3.–5. Juni 1999

Ort: Berlin

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), Fachgruppe Diagnostik; Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie (PEG); Berufsverband Ärzte für Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie (BÄMI)

Auskunft / Anmeldung:

P & R Kongresse GmbH, Frau Rother
Bleibtreustraße 12, 10623 Berlin
Tel.: 030/885-1008, Fax: 030/885-1029

Parallelveranstaltung zum Symposium:

Wissenschaftlicher Poster-Workshop – NAT:
Methodische Entwicklung in der mikrobiologischen
Nukleinsäure-Diagnostik

Auskunft / Anmeldung:

Dr. A. Roth, Institut für Mikrobiologie und Immunologie
Zum Heckeshorn 33, 14109 Berlin
Tel.: 030 / 8002-2254

4. Kurs für Hygienebeauftragte Ärzte

Termin: 3.–4. Februar 1999

Ort: Freiburg

Veranstalter: Beratungszentrum für neue Standards im Hygienemanagement, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene

Auskunft / Anmeldung:

Frau Doris Federer, Frau Waltraud Schleipen
Beratungszentrum für neue Standards im Hygienemanagement
Universitätsklinikum Freiburg
Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene
Breisacher Straße 60, 79106 Freiburg
Tel.: 0761 / 270-5498, -5497; Fax: 0761 / 270-5492