



Epidemiologisches Bulletin

3. August 2001 / Nr. 31

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFIZIENSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur HIV/AIDS-Epidemie in Osteuropa

Der Auftakt des 8. Deutschen AIDS-Kongresses, der vom 4.–7. Juli 2001 in Berlin stattfand (s. a. Epid. Bull. 30/01), war ein ›Osteuropatag‹, der sich der aktuellen Situation in den östlichen Nachbarstaaten und den angrenzenden Ländern der GUS widmete. Über die dort gegebenen Einschätzung wird nachfolgend zusammenfassend berichtet:

In der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS), in Lettland, Estland, Litauen und Polen bilden heute Drogengebraucher die überwiegende Mehrheit der von HIV-Infektionen Betroffenen. In der Slowakei, in Tschechien und in Ungarn stellen homo- und bisexuelle Männer die größte Betroffenenengruppe dar (s. a. Übersicht in der Tabelle 1).

Zwischen Mitte der 80er und Mitte der 90er Jahre waren die GUS und das Baltikum eine Zone, in der HIV-Infektionen nur sporadisch auftraten, abgesehen von einigen nosokomialen Ausbrüchen, bei denen Hunderte von Personen, meist Kinder, über unzureichend sterilisierte Instrumente infiziert wurden. Der Übergang von einer sporadischen zur epidemischen Ausbreitung begann zuerst in der Ukraine – etwa Mitte der neunziger Jahre, als HIV sich mit großer Geschwindigkeit vorwiegend unter Drogengebrauchern auszubreiten begann.

Nach Eindringen des Virus in die **Gruppe der i.v. Drogengebraucher** konnten die lokalen HIV-Prävalenzen dort innerhalb kürzester Zeit zweistellige Werte – z. T. über 50 % – erreichen, weil der Drogenkonsum häufig in Gruppen und unter Mehrfachverwendung unsteriler Spritzen und Kanülen erfolgte. Neben HIV werden auf diesem Wege auch HBV und HCV stark verbreitet. Die HCV-Prävalenzen bei i.v. Drogenkonsumenten in dieser Region überschreiten 90 %, die HBV-Prävalenzen sind ebenfalls sehr hoch. Bei den betroffenen Drogenkonsumenten handelt es sich daher in der Regel um Zweifach-, häufig auch Dreifachinfektionen.

Verschärft wird die Epidemie unter Drogengebrauchern durch Änderungen der Konsumgewohnheiten und des Drogenangebots. Bis etwa Mitte der neunziger Jahre wurde intravenös vorwiegend ein selbstgebrautes Opiat (›Kompott‹) gespritzt, seit etwa 5 Jahren setzt sich aber zunehmend Heroin durch, welches heute fast ausschließlich konsumiert wird und für das aggressiv neue Konsumenten geworben werden, wodurch die Gesamtzahl der Konsumenten deutlich ansteigt. Der Preis ist relativ niedrig, für einen Tagesbedarf bezahlt der Konsument z. B. in St. Petersburg (Russland) ca. 2 US-Dollar. Konsumiert wird Heroin vor allem in Gruppen von Jugendlichen, wobei als Motive neben sozialen Problemen (Arbeits- und Perspektivlosigkeit) vor allem Neugier und Unerfahrenheit mit Drogen eine wichtige Rolle spielen. Nadel- bzw. Spritzenaustausch sind beim Konsum von Heroin die Regel. Das Einstiegsalter wird immer niedriger, ein großer Teil der Konsumenten ist heute unter 18 Jahren, fast alle sind unter 25.

Ein Indiz dafür, dass es sich bei der HIV-Epidemie um eine sehr frische Epidemie handelt, ist die Tatsache, dass z. B. in St. Petersburg die HIV-Prävalenz bei jüngeren, weniger erfahrenen Drogengebrauchern deutlich höher ist als bei älteren, die schon länger injizieren. Ein staatliches Drogenhilfesystem existiert praktisch nicht. Es gibt zwar viele Angebote zum Drogen-Kurzzeitentzug, aber nur sehr wenige Angebote zur Drogenrehabilitation. Methadonprogramme gibt

Diese Woche 31/2001

HIV-Infektionen/AIDS:

- ▶ Zur Situation in Osteuropa: Bericht vom 8. Deutschen AIDS-Kongress
- ▶ Task Force der Staaten der Ostseeregion erklärt HIV/AIDS zum Schwerpunkt

Tuberkulose:

Screening bei Spätaussiedlern im Grenzdurchgangslager Friedland – Erfahrungen bei der Umsetzung des IfSG

Publikationshinweis:

Tagungsband zum Symposium ›Kinderumwelt und Gesundheit‹ in Potsdam 2001 veröffentlicht



Land	Geschätzte Zahl der HIV-Infizierten 1999 bzw. 2000*	Bisherige Hauptübertragungswege	Bemerkungen
Albanien	< 100	Hetero, Homo/Bi	
Armenien	< 500	Hetero, IVDA	
Aserbaidschan	< 500	IVDA, Hetero	
Bosnien-Herzegowina	750	Hetero ~ Homo/Bi ~ IVDA	etwa gleich häufig
Bulgarien	300	Hetero, Homo/Bi	hohes Risiko einer Ausbreitung unter IVDA
Estland	< 500	Homo/Bi, Hetero, IVDA	Beginn der Ausbreitung unter IVDA 2000
Georgien	< 500	IVDA	ART nicht verfügbar
Jugoslawien	5.000	IVDA, Hetero, Homo/Bi	
Kasachstan	3.500	IVDA, Homo/Bi, Hetero	
Kirgistan	< 100		
Kroatien	350	Homo/Bi, Hetero, IVDA	
Lettland	1.250	IVDA, Homo/Bi, Hetero	Beginn der Epidemie unter IVDA 1997 Zugang zu ART
Litauen	< 500	IVDA, Homo/Bi, Hetero	Zugang zu ART
Mazedonien	< 100	Hetero, IVDA, Homo/Bi	ART nicht verfügbar
Moldawien	4.500	IVDA, Hetero, Homo/Bi	
Polen	13.000 *	IVDA, Homo/Bi ~ Hetero	Zugang zu ART, derzeit ca. 1.200 Behandelte
Rumänien	7.000 (5.000 Kinder, 2.000 Erwachsene)	Nosokomial, Hetero	begrenzter Zugang zu ART, z.T. durch Arzneimittelspenden
Russland	350.000 *	IVDA, Hetero, Homo/Bi	begrenzter Zugang zu ART, derzeit ca. 400 Behandelte (300 Moskau, 100 St. Petersburg); Epidemie bei IVDA begann etwa 1997
Slowakei	400	Homo/Bi, Hetero	Zugang zu ART
Slowenien	200	Homo/Bi, Hetero, IVDA	
Tadschikistan	< 100		
Tschechien	2.200	Homo/Bi, Hetero, IVDA	Zugang zu ART
Turkmenistan	< 100		
Ukraine	300.000 *	IVDA, Hetero, Homo/Bi	Epidemie bei IVDA begann 1995; ZDV/NVP begrenzt verfügbar für Prävention der Mutter-Kind-Übertragung
Ungarn	2.500–4.000 *	Homo/Bi, Hetero	Zugang zu ART, aktuell ca. 200 Behandelte
Usbekistan	< 100		
Weißrussland	17.000–18.000 *	IVDA, Hetero, Homo/Bi	

Tab. 1: Stand der HIV-Epidemie in Zentral- und Osteuropa Ende 1999 bzw. Ende 2000 (ART = antiretrovirale Therapie, Hetero = heterosexuelle Kontakte; Homo/Bi = Homo- oder bisexuelle Kontakte; IVDA = intravenös Drogenabhängige; ZDV/NVP = Zidovudin/Nevirapin)

es bislang – bis auf einzelne Projekte in Litauen – nicht. Die Rückfallrate nach Drogenentgiftung ist dementsprechend hoch. Die Drogenprävention beschränkt sich auf wenig effektive, z. T. auch kontraproduktive und wenig glaubwürdig vermittelte Botschaften.

Untersuchungen zum sexuellen Risikoverhalten zeigen bei den überwiegend jungen, in der Mehrzahl männlichen Drogenkonsumenten relativ hohe Partnerzahlen und geringen Kondomgebrauch. Eine in Zukunft noch deutlich ansteigende Zahl von Sekundärinfektionen über heterosexuelle Kontakte bei Sexualpartnerinnen und -partnern sowie eine Zunahme von Mutter-Kind-Übertragungen sind zu erwarten.

Bei den Personen und Institutionen, die im Bereich der HIV-Prävention unter Drogengebrauchern und Prostituierten arbeiten, sind schadensbegrenzende Maßnahmen (*harm-reduction*-Strategie) mittlerweile akzeptiert. Spritzenaustauschprogramme, niedrighwellige Kontakt-, Beratungs- und Untersuchungsangebote werden überwiegend

von nichtstaatlichen Organisationen (NGO) organisiert. Das Verhältnis dieser NGO zu den staatlichen Institutionen im Bereich der Gesundheit und der öffentlichen Sicherheit (Polizei) kann lokal sehr unterschiedlich aussehen: die Palette reicht von vertrauensvoller und konstruktiver Zusammenarbeit bis zu offener Konfrontation (Verbote, Verhaftungen, Anschläge).

Homo- und bisexuelle Männer spielen bislang als von der HIV-Epidemie betroffene Gruppe eine untergeordnete Rolle. Allerdings etabliert sich in den Großstädten eine kommerzielle schwule Subkultur mit Bars, Diskotheken und Saunen, die die Kontaktmöglichkeiten deutlich verbessern. Dank verminderter staatlicher Überwachung und Repression entwickeln sich auch nichtkommerzielle Kontaktorte wie Parks und andere öffentliche Treffpunkte (*Cruising*-Gebiete). Eigene schwule Medien (Szenezeitungen o.ä.) gibt es nicht. Befragungen in den »kommerziellen« Schwulenszenen ergeben zwar ähnliche Partnerzahlen wie in Schwulenszenen Nordamerikas und Westeuropas, aber

tendenziell geringere Kondomverwendungsraten. Unklar ist, wie groß die einzelnen Teilszenen der schwulen Subkultur sind und wie sie untereinander kommunizieren. Auffallend ist das vergleichsweise niedrige Durchschnittsalter in der kommerziellen Subkultur. Der Anteil ›bisexueller‹, oftmals verheirateter Männer dürfte vor allem unter

den Älteren höher sein als in Westeuropa und Nordamerika. Es bestehen daher mehr Möglichkeiten einer gegenseitigen Beeinflussung der Ausbreitung von HIV über heterosexuelle und über homosexuelle Kontakte.

Kongressbericht aus dem Fachgebiet ›Infektionsepidemiologie‹ des Robert Koch-Institutes

Task Force zur Überwachung übertragbarer Krankheit in der Ostseeregion: HIV/AIDS wird zum Schwerpunkt gemeinsamer Aktivitäten

Auf dem Gipfeltreffen der Ministerpräsidenten der Ostseerainerstaaten wurde im April 2000 die Einrichtung einer Task Force zur Überwachung übertragbarer Krankheiten vereinbart, um wirksam zur Überwindung der ungewöhnlich starken Ausbreitung wichtiger Infektionskrankheiten in einigen dieser Länder beizutragen. Auf der Grundlage einer Analyse von Trends und Besonderheiten übertragbarer Krankheiten im Ostseeraum kamen die in der Task Force mitarbeitenden persönlichen Beauftragten der Ministerpräsidenten der 11 beteiligten Länder (in Deutschland Prof. Dr. R. Kurth, Präsident des Robert Koch-Institutes, für den Kanzler) zu dem Ergebnis, dass neben **Tuberkulose** und **Antibiotikaresistenzen** insbesondere die **Verhütung und Bekämpfung von HIV und AIDS** eine große gesundheitspolitische Herausforderung darstellen. Darüber hinaus wurden eine zuverlässige und kompatible **Surveillance**, funktionierende **Frühwarnsysteme** sowie eine **verbesserte medizinische Grundversorgung** zu Schwerpunkten für eine verstärkte internationale Zusammenarbeit erklärt. Mit dem Ergebnisbericht ›Healthy Neighbours‹ wurden den Ministerpräsidenten Empfehlungen für gemeinsame Aktivitäten gegeben, die in Abstimmung mit der EU, der WHO und UNAIDS umgesetzt werden sollen.

Seit Beginn der Jahres wird an der Implementierung dieser Empfehlungen gearbeitet. Wie für HIV/AIDS wurden auch für die Schwerpunkte Tuberkulose, Antibiotikaresistenzen/nosokomiale Infektionen, Surveillance sowie medizinische Grundversorgung Programmgruppen gebildet, die bi- bzw. multilaterale Projekte initiieren sollen. Perspektiven für einen Drei- bzw. Zehnjahreszeitraum wurden gesetzt. Das Ziel der Projekte und Initiativen im HIV/AIDS-Bereich besteht in einer deutlichen Verlangsamung der HIV-Ausbreitung sowohl bei den primär betroffenen i.v. Drogenabhängigen als auch der sekundären Übertragungen durch sexuelle Kontakte in die Allgemeinbevölkerung hinein. Ehrgeiziges Ziel der Initiative ist es, innerhalb von 10 Jahren die Zahl der HIV-Neuinfektion auf unter 20 neue Fälle pro eine Million Einwohner zu senken (für Russland hieße das ein Rückgang auf etwa 3.000 HIV-Neuinfektionen pro Jahr).

Nähere Informationen zum Anliegen der Task Force sowie zu konkreten Projekten werden im Internet unter www.baltichealth.org angeboten. Vertreter von Institutionen und Projekten, die an einer Zusammenarbeit mit HIV/AIDS – Projekten in Estland, Lettland, Litauen und Russland im Rahmen dieser Initiative interessiert sind, werden gebeten, sich im Robert Koch-Institut mit Dr. Ulrich Marcus (Tel.: 01888.754-3467, E-Mail: MarcusU@rki.de) in Verbindung zu setzen.

Erfahrungen bei der Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes:

Tuberkulose-Screening nach § 36 Abs. 4 im Grenzdurchgangslager Friedland

Das IfSG sieht in § 36 Abs. 4 vor, dass jeder Spätaussiedler vor oder unverzüglich nach Aufnahme in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes dem Leiter dieser Einrichtung ein ärztliches Zeugnis vorzulegen hat, wonach bei ihm keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose gegeben sind. Außer bei Schwangeren und Jugendlichen unter 15 Jahren soll sich das Zeugnis auf eine Röntgenaufnahme des Thorax stützen, die im Geltungsbereich des Gesetzes erstellt wurde. Das Grenzdurchgangslager Friedland ist eine der beiden zentralen Aufnahmeeinrichtungen des Bundes für Spätaussiedler und hat gegenwärtig jährlich etwa 100.000 Personen kurzzeitig aufzunehmen. Das zuständige Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales des Landes Niedersachsen hat zur Implementierung der Regelung des § 36 Abs. 4 IfSG eine Projektgruppe eingesetzt, deren Aufgabe die organisatorische Regelung der Untersuchungen und die Festlegung des Untersuchungsumfanges im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ist. Über erste Erfahrungen dieser Projektgruppe wird hier berichtet:

Die Spätaussiedler treffen in der Regel nach mehrtägiger Busfahrt am Wochenende ein und werden spätestens 4–5 Tagen nach der Ankunft in die Bundesländer weitergeleitet. Aufgrund der begrenzten Unterkunftskapazität und auch aus finanziellen Gründen ist es nicht möglich, die Verweilzeiten der Spätaussiedler zu verlängern. Während des relativ kurzen Aufenthaltes im Grenzdurchgangslager erfolgt die Registrierung durch das Bundesverwaltungsamt und verschiedene weitere Stellen (z. B. Krankenversicherung, Arbeitsamt, Wohlfahrtsverbände, Nachforschungsdienst des DRK). Alle Stationen sind erfahrungsgemäß mit Andrang und erheblichen Wartezeiten verbunden. Durch die Vorgabe des IfSG wurde in den vorgegebenen Zeitrahmen eine neue, zeitintensive Position eingefügt; dies stellte alle Beteiligten vor erhebliche Probleme.

Die gesetzliche Regelung geht von einer erhöhten Tuberkuloseprävalenz bei den Spätaussiedlern und möglichen besonderen Ansteckungsgefahren innerhalb der Gemeinschaft aus und soll zunächst dem Schutz vor Neuinfektionen

innerhalb der Einrichtung dienen. Dies entspricht dem Wortlaut des § 36 Abs. 4 IfSG. Eine Regelung zur Weiterleitung der Untersuchungsergebnisse (Zeugnisse) z. B. an die aufnehmenden Bundesländer ist im Gesetz selbst nicht vorhanden. Das IfSG sieht lediglich vor, nach Anhaltspunkten für eine ansteckende Lungentuberkulose zu fahnden. Eine abschließende Diagnostik ist aus Zeitgründen in Friedland nicht möglich. Erhobene auffällige Befunde begründen lediglich einen Verdacht auf Tuberkulose und fallen daher nach Einschätzung der Gesundheitsbehörden des Landes Niedersachsen nicht unter die Meldepflicht nach § 8 IfSG (behandlungsbedürftige Erkrankung an Tuberkulose).

Die für das Zeugnis erforderliche Untersuchung wird im Sinne eines Screenings (Röntgenaufnahme des Thorax in einer Ebene) und ggf. kurzer körperlicher Untersuchung durchgeführt. Nicht röntgenpflichtige Personen werden ausschließlich körperlich untersucht. Ein Tuberkulinhauttest kommt nicht zur Anwendung, da er im Lager nicht mehr abgelesen werden kann und seine Aussagekraft wegen Impfungen und stattgefundenen Auseinandersetzungen mit den Erregern fraglich ist.

Seit Ende Februar d.J. wurden die Spätaussiedler in vier Kliniken, einer Praxis und dem Gesundheitsamt Göttingen radiologisch untersucht. Bei 19 dieser Personen wurde zur Sicherung des Befundes in zwei Ebenen geröntgt. Bis zum 14.06.01 wurden im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten insgesamt 4.227 (16% der röntgenpflichtigen Personen) erfasst. Die Auswahl erfolgte durch das Bundesverwaltungsamt nach dem Zufallsprinzip, wobei Hauptkriterium der Aufruf zur Registrierung zu einer bestimmten Zeit und Volljährigkeit war. Weitere Einrichtungen und eine größere Untersuchungskapazität standen im näheren Umkreis aus verschiedensten Gründen nicht zur Verfügung.

Zwischenzeitlich wurde nach europaweiter Ausschreibung eine Firma, die über Erfahrungen in der Durchführung von Reihenuntersuchungen verfügt, mit der Wahrnehmung der Untersuchungen beauftragt. Dieser Dienstleister wird die vollständige Röntgenuntersuchung der röntgenpflichtigen Personen und die klinische Untersuchung der übrigen schrittweise bis zum Herbst d. J. sicherstellen. Die Röntgenuntersuchungen werden dokumentiert, die Unterlagen stehen Nachuntersuchern auf Anforderung zur Verfügung.

Trotz der fehlenden gesetzlichen Grundlage für die Weiterleitung des Zeugnisses hat sich das Land Niedersachsen doch entschieden, dies im Einverständnis mit den Probanden und in deren Interesse zu tun, um nötige weiterführende Diagnostik ohne Zeitverzug zu sichern und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Das Zeugnis zur Vorlage beim Leiter des Grenzdurchgangslagers sieht folgende Punkte vor, die vom untersuchenden Arzt anzukreuzen sind:

- a) radiologisch keine Anhaltspunkte für tuberkulöse Veränderungen der Lungen;
- b) radiologische Darstellung von tuberkulösen Veränderungen der Lungen; radiologisch und klinisch keine Anhaltspunkte für eine ansteckende (offene) Tuberkuloseerkrankung der Lungen (Aufnahme im Grenzdurchgangslager Friedland möglich); ggf. weiterführende Diagnostik im Aufnahmebundesland empfohlen (gesondert anzukreuzen!)
- c) radiologisch liegen Anhaltspunkte für eine ansteckende (offene) Tuberkuloseerkrankung vor (keine Aufnahme im Grenzdurchgangslager Friedland empfohlen),
 - c1) nicht transportfähig, sofortige Diagnostik im Bereich des Grenzdurchgangslagers erforderlich,
 - c2) Transport einzeln oder im Familienverband bei Tragen einer Tuberkulose-Schutzmaske (EN 149; Schutzstufe FFP 2) möglich; weitere Diagnostik im Aufnahmebundesland erforderlich.

Für nicht röntgenpflichtige Personen erfolgt eine Modifizierung.

Bisherige Ergebnisse des Tuberkulose-Screenings

Eine genaue Aufschlüsselung der Untersuchungsergebnisse an zwei Standorten für den Zeitraum vom 06.03. bis 17.05.2001 (die Befundung erfolgte durch denselben in der Tuberkulosedagnostik besonders erfahrenen Radiologen) ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Lediglich bei drei Probanden ergab sich die Notwendigkeit weiterführender stationärer Diagnostik wegen des radiologisch begründeten Hinweises auf eine offene Tuberkulose, die jedoch bei keinem einen entsprechenden Nachweis ergab. Ein Spätaussiedler dieser Gruppe wurde im geschützten Einzeltransport in das Aufnahmebundesland überführt.

Nebenbefundlich ergab sich bei einer weiteren Person der Bedarf spezieller Diagnostik, weil der Verdacht auf eine maligne Erkrankung im Raum stand. Lediglich eine Person, die sich direkt nach der Anreise in der Krankenstation meldete, war an offener Tuberkulose erkrankt.

Bisher hat das Land Niedersachsen etwa 200.000 DM für die Untersuchung nach dem IfSG, mithin fast 50 DM pro Person aufbringen müssen. Diese beinhalten neben der Röntgenleistung auch Kosten für Transfers und Begleitung der Probanden zur Untersuchung.

Die Stichprobe zeigte erwartungsgemäß, dass sich bei rund drei Vierteln der untersuchten Personen radiologisch – zum Teil durch äußerst diskrete Veränderungen nachweisbar – im Laufe ihres Lebens mit den Erregern auseinandergesetzt hat. Allerdings ist die nur bei recht wenigen der Untersuchten (hier 1%) auszusprechende Empfehlung zur weiterführenden Diagnostik zur Bewertung des Ausmaßes der Veränderungen von erheblicher Bedeutung. Zweifellos ist das gewählte Screening bei Befundung durch einen erfahrenen Radiologen geeignet, Personen mit auf-

Anzahl d. Probanden	davon nach Röntgenuntersuchung			
	ohne Hinweise auf Tbc	mit Hinweisen auf abgelaufene Infektion	verdächtige, weiter zu klärende Befunde: weitere Diagnostik im Aufnahmebundesland empfohlen (ohne Verdacht auf >offene Tbc<)	Hinweise auf >offene< Tbc
1.448	333 (23%)	1.102 (76%)	13 (1%)	0

Tab. 1: Ergebnisse des Tuberkulose-Screenings mittels Röntgenuntersuchung bei einer Stichprobe von Spätaussiedlern im Grenzdurchgangslager Friedland von März bis Mai 2001 (1.448 an zwei Standorten Untersuchte)

fälligen Befunden zu identifizieren. Vor dem Hintergrund des IfSG ist von Bedeutung, dass bei keiner der untersuchten Personen radiologisch Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorlagen.

Zusammenfassende Einschätzung

Im Grenzdurchgangslager Friedland war seit längerer Zeit nicht mehr systematisch auf ansteckungsfähige Tuberkulose untersucht worden. Es bereitete deshalb in der Einführungsphase erhebliche logistische Probleme, der gesetzlichen Vorgabe nach § 36 Abs. 4 IfSG in vollem Umfang zu entsprechen; diese dürften nach der inzwischen getroffenen Regelung künftig entfallen. Dargestellt wurde, was in der ersten Phase der Einführung erreicht werden konnte – die Untersuchung einer Stichprobe von 16 % der Spätaussiedler. Bei 84 % der Spätaussiedler konnte das geforderte Zeugnis, dass keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Tuberkulose vorliegen, vorerst nicht erbracht werden. Es wurden aber die Voraussetzungen geschaffen, der Vorgabe des Gesetzes voll zu entsprechen.

Es wird die Auffassung vertreten, dass in einem Grenzdurchgangslager wie diesem nur ein erstes Screening auf Tuberkulose in Form einer Röntgenuntersuchung bzw. einer klinischen Untersuchung bei denen, die nicht geröntgt werden, und keine vollständige Untersuchung zum Ausschluss einer Tuberkulose realisiert werden kann. Die nur sehr kurze Verweildauer der Spätaussiedler im Grenzdurchgangslager Friedland begrenzt auch den Effekt als Schutzmaßnahme innerhalb der Einrichtung. Aufgrund der vorliegenden Erfahrungen erscheinen bei der Tuberkulose weitergehende Untersuchungen in den Nachfolgeeinrichtungen der jeweiligen Bundesländern sinnvoller.

Für diesen Erfahrungsbericht danken wir Herrn Dr. med. Dag Danzglock und Herrn Udo Bünger, Projektgruppe zur Umsetzung des IfSG im Grenzdurchgangslager Friedland (Heimkehrerstr. 16, 37133 Friedland; Tel.: 055 04 8033 24, E-Mail: dag.danzglock@br-lg.niedersachsen.de).

Dank für die Mitwirkung an der Auswertung der Untersuchungsergebnisse gilt Herrn Dr. med. Porsch, Facharzt für Radiologie, Landeskrankenhaus Göttingen.

Kommentar: Umfangreiche Erfahrungen mit speziellen Tuberkulose-Infektionsrisiken innerhalb von Risikogruppen und Gemeinschaftseinrichtungen begründen die hier thematisierte Erweiterung des alten § 48 a Abs. 2 BSeuchG

auch auf Einrichtungen zur Aufnahme von Spätaussiedlern, speziell auch die Erstaufnahmeeinrichtungen des Bundes. Bei zu erwartender signifikant höherer Prävalenz (die in den hier vorgestellten Stichprobenuntersuchungen zwar nicht so deutlich in Erscheinung tritt, aber valide belegt ist), möglicher hoher Ansteckungsgefahr durch unerkannte Erkrankte und der zunehmenden Gefahr der Einschleppung multiresistenter Erreger aus den Herkunftsregionen sind Vorsorgemaßnahmen **zum frühestmöglichen Zeitpunkt** notwendig.

In einem Grenzdurchgangslager sollte zum Zeitpunkt der Einreise und vor der Weiterreise in andere Bundesländer und Kommunen ein möglichst effizientes Tuberkulose-Screening als erstes Glied in einer Kette weiterer infektionshygienischer Vorsorgemaßnahmen installiert werden. Das geforderte Gesundheitszeugnis zum Ausschluss ansteckungsfähiger Tuberkulose soll das Risiko von *M.-tuberculosis*-Infektionen vermindern und dient sowohl den Untersuchten als auch den Personen in ihrer Umgebung. Das Land Niedersachsen hat sich als Träger des Grenzdurchgangslagers auf diese Aufgabe eingestellt und unterbreitet das vorstehend beschriebene Angebot. In Kürze wird für alle Spätaussiedler, die das Lager durchlaufen, ein Zeugnis darüber garantiert, ob Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Tuberkulose vorliegen. Dieses Vorgehen dürfte sich nach bisher möglicher Einschätzung mit dem Gesetz in Übereinstimmung befinden. Die weitere Klärung auffälliger Befunde würde in Nachfolgeeinrichtungen verlagert werden.

Im Grenzdurchgangslager ausgestellte Gesundheitszeugnisse sollten in der Tat schon aus Gründen des Strahlenschutzes weitergereicht werden. Die zweifelfreie Feststellung einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose bei einer zur Erlangung des Gesundheitszeugnisses eingeleiteten Untersuchung würde zur Überweisung in eine Behandlungseinrichtung führen, wo die Diagnose bestätigt und eine Meldung nach § 8 IfSG ausgelöst würde.

In dem vorgelegten Erfahrungsbericht wurden sowohl die großen Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung des IfSG in diesem Bereich als auch ein Lösungsweg dargestellt. Das eröffnet Möglichkeiten für gemeinsame Überlegungen, ob das vorgestellte Vorgehen, das zunächst einen beträchtlichen Fortschritt darstellt, im Gesamtsystem des vorbeugenden Infektionsschutzes so akzeptiert werden kann.

Kinderumwelt und Gesundheit: RKI bietet Bericht über Potsdamer Symposium 2001 an

Vom 22.–24. Februar 2001 fand in Potsdam ein Symposium zum Thema »Kinderumwelt und Gesundheit« statt, auf dem die Situation analysiert, Defizite ermittelt und Handlungsvorschläge erarbeitet wurden. Veranstalter waren die Kommission für Umweltfragen der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. und das Robert Koch-Institut; das Bundesministerium für Gesundheit unterstützte die Veranstaltung.

Mit dem im Sommer 1999 veröffentlichten gemeinsamen Aktionsprogramm »Umwelt und Gesundheit« (APUG) des Ministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit wurde für Deutschland eine Verpflichtung eingelöst, die aus mehreren vom Regionalbüro der WHO für Europa organisierten Konferenzen resultiert.

Eine wichtige Zielvorgabe stellt die Abschlusserklärung der 3. Konferenz der Gesundheits- und Umweltminister aus 51 Ländern der WHO-Region Europa vom 16.–18. Juni 1999 in London dar, auf der festgelegt wurde, eine Handlungsbasis für den Schutz der Gesundheit der Bevölke-

rung in Bereichen, die durch ungünstige Einflüsse von Umweltfaktoren gefährdet sein können, zu entwickeln. Beide Ministerien betonten in einer gemeinsamen Pressemitteilung am 15.06.1999, dass den Zusammenhängen von Umweltbelastungen und Kindergesundheit besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden soll.

Ein jetzt vom RKI herausgegebener Tagungsband enthält die auf dem Potsdamer Symposium definierten prioritären Handlungsfelder, die aus dem Diskussionsprozess resultierende »Potsdamer Erklärung«, Beiträge der Experten und eine ausführliche Übersicht über umweltepidemiologische Studien an Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland.

Der Band »Kinderumwelt und Gesundheit – Status, Defizite, Handlungsvorschläge«, Symposium Potsdam, 2001 (136 Seiten) kann gegen Einsendung von Briefmarken (3,- DM) kostenfrei beim RKI angefordert werden. **Kontaktanschrift:** Dr. U. Kaiser, RKI, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin. Telefonische Bestellungen sind nicht möglich.