



Epidemiologisches Bulletin

4. Mai 2001 / Nr. 18

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Erläuterungen zum Meldesystem gemäß IfSG, zur Bearbeitung der Meldedaten im RKI und zur künftigen Publikation aktueller Daten

Mit dem Übergang vom Bundes-Seuchengesetz zum Infektionsschutzgesetz (IfSG) zum Jahreswechsel 2000/2001 haben sich gegenüber der früheren Erfassung meldepflichtiger Erkrankungen grundlegende methodische Änderungen ergeben. Gegenwärtig hat die auf allen Ebenen mit großem Einsatz verbundene Einführung des neuen Meldesystems einen Grad erreicht, der es dem Robert Koch-Institut ermöglicht, im Epidemiologischen Bulletin in dieser Ausgabe erstmalig und fortan wöchentlich eine aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten zu veröffentlichen. Aus diesem Anlass sollen hier Methoden der Datenerfassung, -verarbeitung und -übermittlung erläutert werden. Die Kenntnis von Einzelheiten ist für die Interpretation der Daten wichtig.

Eine erste Bilanz der Implementierung des neuen Meldesystems

Die Implementierung des neuen Meldesystems verläuft insgesamt erfolgreich. Die Einführung hat weitreichende organisatorische und strukturelle Änderungen sowie die Entwicklung neuer Technologien auf allen Ebenen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Folge. Hinzu kommt, dass für die inhaltliche und technische Vorbereitung des Systems von der Verabschiedung des Gesetzes bis zum In-Kraft-Treten nur knapp ein halbes Jahr Zeit verblieb.

Inzwischen sind über 74.000 Meldungen anonymisiert an das RKI übermittelt worden, die jeweils umfassende epidemiologisch notwendige Einzelfallinformationen enthalten. Wöchentlich sind dabei rund 6.000 neue Datensätze zu verarbeiten. Bereits jetzt sind dem RKI Meldungen aus allen Bundesländern und bundesweit aus 430 der insgesamt 440 Gesundheitsämter (98 %) in einem standardisierten elektronischen Datenformat zugeleitet worden. Die Zahl der Fälle ebenso wie die Einzelinformationen pro Fall machen dieses System europaweit vermutlich zu einem der Überwachungssysteme meldepflichtiger Erkrankungen mit dem größten Datenumsatz und der größten Anzahl beteiligter Ärzte, Laboratorien und Gesundheitsämter. Insbesondere in den Gesundheitsämtern wird jetzt im Rahmen der Meldetätigkeit deutlich mehr als früher geleistet, ohne dass dafür zusätzliches Personal zur Verfügung steht. Aber auch die behandelnden Ärzte und die Fachkräfte in den Laboratorien sind am Erfolg beteiligt. Die positive erste Zwischenbilanz darf nicht darüber hinweg täuschen, dass noch sehr viel zu tun bleibt, insbesondere im Bereich der Vollständigkeit und Qualität der Daten sowie ihrer Auswertung, Darstellung und Veröffentlichung.

Zum Meldeweg

Behandelnde Ärzte und Leiter von Laboratorien müssen meldepflichtige Erkrankungen bzw. Erregernachweise unverzüglich an das zuständige Gesundheitsamt melden (§§ 6, 7 und 8, IfSG). Das Gesundheitsamt übermittelt den Fall spätestens bis zum 3. Arbeitstag der folgenden Woche an die zuständige Landesbehörde. Von dort werden die Fälle dann innerhalb einer Woche an das Robert Koch-Institut übermittelt (s. Abb. 1).

Diese Woche

18/2001

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Anmerkungen zum Meldesystem gemäß IfSG, zur Bearbeitung und zur Publikation aktueller Daten
- ▶ Aktuelle Statistik Stand vom 1. Mai 2001 (15. Woche)

Infektionsschutzgesetz:

Zur Belehrung gemäß § 43 Abs. 1



Mit dem neuen Meldesystem werden zumeist bereits auf Ebene des Gesundheitsamtes die Daten elektronisch verarbeitet und durch standardisierte Datenübermittlungsprotokolle elektronisch an die Landesebene und von dort an das RKI übermittelt. Jeder Fall stellt einen Datensatz mit zahlreichen Zusatzinformationen dar, der bei Aktualisierung eines Falles entsprechend ergänzt wird. Das speziell hierfür vom RKI entwickelte EDV-System ist dabei so angelegt, dass bereits von den Gesundheitsämtern genutzte EDV-Programme weiterhin für das Meldewesen verwendet werden können. Die Notwendigkeit, eine vollständige Kompatibilität zwischen dem RKI-Programm und fünf unterschiedlich strukturierten kommerziellen EDV-Programmen zu erzielen, hat jedoch Schwierigkeiten hervorgerufen, die bislang noch nicht überwunden sind. Trotzdem die Datenübermittlungen durch alle in Deutschland gebräuchlichen EDV-Programme für Gesundheitsämter weitgehend erfolgreich verlaufen sind, bedarf es hier noch weiterer Abstimmung und Weiterentwicklung.

Der Datenbestand ist auf allen Ebenen einheitlich, denn Änderungen, die auf der Ebene des Gesundheitsamtes vorgenommen werden, führen automatisch zu einer entsprechenden Aktualisierung im Datenbestand der Landesbehörde und des RKI. Von Seiten des RKI werden keine Daten verändert, so dass Änderungen immer nur durch die Gesundheitsämter erfolgen können, in denen der Fall primär bearbeitet wird.

Wochen	Tage	Wochentage	
Berichts- woche	1	Montag	Meldungen an das Gesundheitsamt
	2	Dienstag	
	3	Mittwoch	
	4	Donnerstag	
	5	Freitag	
	6	Samstag	
	7	Sonntag	
1. Woche nach Meldung	8	Montag	Eingang in Landesbehörde
	9	Dienstag	
	10	Mittwoch	
	11	Donnerstag	
	12	Freitag	
	13	Samstag	
	14	Sonntag	
2. Woche nach Meldung	15	Montag	Eingang im RKI
	16	Dienstag	
	17	Mittwoch	
	18	Donnerstag	
	19	Freitag	
	20	Samstag	
	21	Sonntag	
3. Woche nach Meldung	22	Montag	Redaktionsschluss Bulletin
	23	Dienstag	
	24	Mittwoch	
	25	Donnerstag	
	26	Freitag	
	27	Samstag	
	28	Sonntag	

Abb. 1: Meldung von Infektionskrankheiten: Darstellung des zeitlichen Verlaufs vom Eingang der Meldung im Gesundheitsamt bis zur Veröffentlichung der Daten im *Epidemiologischen Bulletin*

Zur Arbeit mit den Falldefinitionen

Eine wesentliche Neuerung des IfSG war die Einführung von Falldefinitionen. Nicht alle meldepflichtigen Tatbestände sind auch übermittlungspflichtig. Die Falldefinitionen sollen sichern, dass in allen Gesundheitsämtern einheitlich

über die Übermittlung eingegangener Meldungen an die zuständige Landesbehörde entschieden wird. Diese Entscheidung wird auf der Grundlage der Informationen getroffen, die im Rahmen der Meldung durch das Labor oder den Arzt mitgeteilt oder durch zusätzliche eigene Ermittlungen bekannt wurden. Die Falldefinitionen wurden vom RKI entwickelt und bestehen in der Regel aus einem klinischen und einem labordiagnostischen Teil (http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/IFSG_FALLDEF.HTM).

Ein Fall, der dem Gesundheitsamt gemeldet wurde, muss mindestens eine der unten genannten 4 bzw. 5 Kategorien der Falldefinition erfüllen, um an die zuständige Landesbehörde übermittelt zu werden:

- ▶ **Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigt:** Der klinische und der labordiagnostische Teil der Falldefinition ist erfüllt. Gegenwärtig erfüllen 75 % der an das RKI übermittelte Fälle – ausschließlich der zusätzlich epidemiologisch bestätigten Fälle – diese Kategorie.
- ▶ **Klinisch-epidemiologisch bestätigt:** Der klinische Teil der Falldefinition ist erfüllt und es besteht ein epidemiologischer Zusammenhang zu einem anderen Fall, der durch einen labordiagnostischen Nachweis bestätigt wurde. Ausschließlich der zusätzlich labordiagnostisch bestätigten Fälle erfüllen 5 % der Fälle diese Kategorie.
- ▶ **Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion:** Der labordiagnostische Teil der Falldefinition ist erfüllt, nicht jedoch der klinische Teil der Falldefinition (7 % der Fälle).
- ▶ **Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion:** Der labordiagnostische Teil der Falldefinition ist erfüllt, Angaben zum klinischen Bild sind jedoch nicht ermittelbar (4 %).

Für sechs Krankheiten gilt darüber hinaus auch folgende Kategorie:

- ▶ **Klinisch bestätigte Erkrankung:** Die Falldefinition ist bereits erfüllt, wenn ausschließlich der klinische Teil der Falldefinition erfüllt ist (2 % aller übermittelten Fälle). Dies betrifft folgende Krankheiten: Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS), akute Virushepatitis Non A–E, Masern, Tuberkulose, Poliomyelitis und Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) sowie ihre neue Variante (vCJK).

Zusätzlich zu den oben genannten Anteilen erfüllen 6 % der Fälle sowohl die Kategorie »klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigt«, als auch »klinisch epidemiologisch bestätigt«.

In die aktuelle Statistik des *Epidemiologischen Bulletins* werden bewusst nur die Fälle aufgenommen, die nach Falldefinition klinisch erkrankt sind; diese machen etwa 89 % aller an das RKI übermittelten Fälle aus. Es werden also nur die Fälle veröffentlicht, die mindestens eine der folgenden Kategorien der Falldefinition erfüllen:

- ▶ **klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigt,**
- ▶ **klinisch-epidemiologisch bestätigt,**
- ▶ **klinisch bestätigte Erkrankung (soweit anwendbar).**

Für weiterführende Auswertungen oder themenbezogene Darstellungen bleiben jedoch auch die etwa 11 % der Fälle erhalten, die lediglich die Kategorien »durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion« und »nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion« erfüllen.

Zur Qualitätskontrolle

Das Gesundheitsamt, dem ein Fall gemeldet wurde, ist primär verantwortlich für die vollständige und inhaltlich korrekte Übermittlung der geforderten Daten. Zusätzlich findet jedoch unterstützend eine Qualitätskontrolle der Daten auf Landesebene ebenso wie auch auf der Ebene der

des RKI statt. Hierbei hat sich bereits eine enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsämtern, den zuständigen Landesstellen und dem RKI entwickelt (Rundbriefe von Landesstellen an die Gesundheitsämter, Arbeitstreffen mit Mitarbeitern verschiedener Gesundheitsämter, zwei stark frequentierte Telefoninformationsdienste am RKI – einer für EDV-technische und einer für epidemiologisch-inhaltliche Fragen).

Bislang hatte der Aufbau des Meldesystems und der Datenübermittlung Priorität. In dem Maße, in dem sich die technischen Probleme in diesen Bereich lösen, führt das RKI schrittweise ein umfassendes System zur Qualitätsverbesserung der Meldedaten ein, das sich in zwei Strategien gliedert:

Die **Verbesserung der Prozessqualität** bezieht sich auf alle übermittelten Krankheiten. Diese besteht zum einen in der Anwendung automatisierter Prüfalgorithmen, die potenzielle Unstimmigkeiten einzelner Datensätze identifizieren. Die zuständigen Landesstellen werden über die so identifizierten Datensätze aus ihrem Zuständigkeitsbereich aufmerksam gemacht. Des Weiteren werden die Datensätze stichprobenartig manuell auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft. Auf Grund dieser Erkenntnisse werden verfeinerte Prüfalgorithmen entwickelt und in die EDV integriert, so dass eine selbständige Anwendung auf Landesebene möglich ist. Zusätzlich werden die so gewonnenen Erkenntnisse künftig krankheitsspezifisch zu Informationsbriefen aufbereitet. Diese werden den Landesstellen zur Verteilung an die Gesundheitsämter zur Verfügung gestellt. Die Gesundheitsämter können somit zum einen retrospektiv die bereits erfolgten Übermittlungen selbst überprüfen und ggf. korrigieren, zum anderen sollen die Informationsbriefe helfen, die identifizierten Probleme bei der Bearbeitung neuer Fälle zu vermeiden. Die Verbesserung der Prozessqualität setzt darauf, durch Identifikation und Lösung wiederkehrender Probleme letztlich die Ergebnisqualität zu verbessern.

Neben der Verbesserung der Prozessqualität wird am RKI zusätzlich die selektive **Verbesserung der Ergebnisqualität** durch Einzelfallkontrolle als weitere Strategie durchgeführt. Diese findet bei jenen Krankheiten Anwendung, die so selten sind, dass bereits einzelne fälschlich veröffentlichte Fälle eine deutliche Änderung in der epidemiologischen Interpretation zur Folge haben können. Diese 35 Krankheiten oder Infektionen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Sie machen insgesamt zwar 62% aller 56 meldepflichtigen Krankheiten, jedoch nur etwa 1% aller gemeldeten Fälle aus. Bei allen Fällen dieser Krankheiten oder Infektionen wird von RKI-Mitarbeitern einzeln überprüft, ob die übermittelten Daten den Falldefinitionen entsprechen. Ist dies nicht der Fall oder muss dies aufgrund fehlender Information bezweifelt werden, informiert das RKI die zuständige Landesbehörde über die identifizierten Probleme. Dieser Fall wird dann von der Veröffentlichung in der aktuellen Statistik des *Bulletins* solange zurückgehalten, bis die erforderlichen Korrekturen vom zuständigen Gesundheitsamt vorgenommen und im RKI eingetroffen sind. Trifft diese Korrektur im RKI erst ein, nachdem die zugehörige Meldewoche bereits veröffentlicht wurde, so wird der Fall in der Spalte der Kumulativwerte hinzugefügt.

■ Adenovirus-Konjunktivitis	■ Hämolytisch-urämisches Syndrom	■ Leptospirose
■ Botulismus	■ Hämorrhagische Fieber	■ Listeriose
■ Brucellose	■ Hantavirus-Inf.	■ Marburg-Virus-Inf.
■ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (inkl. neuer Variante)	■ Hepatitis D	■ Milzbrand
■ Diphtherie	■ Hepatitis E	■ Ornithose
■ Ebolavirus-Inf.	■ Hepatitis Non A–E	■ Paratyphus
■ Fleckfieber	■ Kryptosporidiose	■ Pest
■ Frühsommer-Meningoenzephalitis	■ Lassavirus-Inf.n	■ Poliomyelitis
■ Gelbfieber	■ Läuserückfallfieber	■ Q-Fieber
■ Haem.-infl.-Inf.	■ Legionellose	■ Tollwut
	■ Lepra	■ Trichinose
		■ Tularämie
		■ Typhus

Tab. 1: Seltene meldepflichtige Krankheiten bzw. Infektionen, die eine Einzelfallkontrolle durchlaufen

Zur Darstellung der aktuellen Statistik

In der wöchentlich publizierten aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten wird die Anzahl der Fälle aufgeführt, die in der Berichtswoche dem Gesundheitsamt gemeldet wurden. Zu jeder Krankheit werden drei Spalten dargestellt:

► Die **erste Spalte** stellt die Anzahl der Fälle dar, die in der **Berichtswoche** im Gesundheitsamt gemeldet wurden und die innerhalb der vom IfSG vorgegebenen Übermittlungsfristen im RKI eingegangen sind (Abb. 1). Seltene Krankheiten müssen zusätzlich zur Veröffentlichung freigegeben sein (s. o.).

► Die **zweite Spalte** stellt die **Kumulativwerte** aller Fälle dar, die bis zur Berichtswoche den Gesundheitsämtern gemeldet wurden, sofern dies dem RKI übermittelt wurde.

Die Kumulativspalte hat demnach eine Auffangfunktion, um jene Fälle nachträglich in die Statistik aufzunehmen, die erst nach der Übermittlungsfrist im RKI eingetroffen sind. Dies schließt auch jene Fälle ein, die zuvor infolge der Einzelfallqualitätskontrolle zurückgehalten und inzwischen korrigiert wurden. Demnach ist der aktuell dargestellte Kumulativwert im Gegensatz zum früheren System jetzt nicht mehr identisch mit der Summe zuvor veröffentlichter aktueller Statistiken, sondern enthält alle Korrekturen vorangegangener Wochen einschließlich der Löschungen.

Die beschriebene Herangehensweise wird der Tatsache gerecht, dass der Datenbestand dynamisch ist und auch bezüglich vergangener Meldewochen einer fortlaufenden Änderung untersteht. Aus der Kombination der beiden Spalten ergibt sich das bestmögliche Verhältnis aus Vollständigkeit, Datenqualität und Zeitnähe der Veröffentlichung. Langwierige Abstimmungsprozesse mit den Landesbehörden, statistischen Landesämtern und Gesundheitsämtern, die sich in der Vergangenheit weit in das Folgejahr hineinzogen, dürften durch dieses Verfahren entfallen.

► Die **dritte Spalte** enthält die Kumulativwerte der offiziellen Jahresstatistik für den **Vergleichszeitraum** des Vorjahres. In diesem Jahr werden zunächst nur Vergleichswerte zu einzelnen Krankheiten dargestellt, die unter dem BSeuchG etwa vergleichbare Einheiten darstellten (siehe unten).

Für die häufigen Krankheiten werden diese Zahlen nach Krankheit und **nach Bundesland** tabellarisch aufgegliedert. Bei seltenen Erkrankungen findet die Darstellung ohne Aufgliederung in Bundesländer statt. Zusätzlich ist ein blau hinterlegtes Feld vorgesehen, in dem sehr seltene Krankheiten jeweils in einer Kurzdarstellung ausgewiesen werden. Hierdurch können alle – auch die sehr seltenen – meldepflichtigen Ereignisse übersichtlich und aktuell dargestellt werden. Dieses blau hinterlegte Feld kann ebenfalls für die knappe, aktuelle Darstellung ausgewählter Ausbrüche verwendet werden.

Zur Zeitverzögerung der Veröffentlichung

Künftig werden die Meldungen bereits in der 3. Woche nach Eingang im Gesundheitsamt im *Epidemiologischen Bulletin* veröffentlicht und damit in der Regel 2 Wochen aktueller sein, als dies bislang im Meldesystem des Bundes-Seuchengesetzes üblich war. Auswertungen der bisherigen Zeitverläufe haben gezeigt, dass ca. 85–89% der Meldungen innerhalb des beschriebenen Veröffentlichungszeitraumes

im *Bulletin* in der aktuellen Statistik erscheinen werden (Abb. 1). Es wird erwartet, dass sich dieser Wert mit zunehmender Routine in der Datenbearbeitung und -übermittlung noch verbessert.

Zur Vergleichbarkeit mit Daten aus dem Jahr 2000

Die Daten aus dem Jahr 2001 sind nur eingeschränkt vergleichbar mit den Meldedaten der Vorjahre, weil sich das neue Meldesystem in vielem deutlich von dem alten System unterscheidet. Dabei sind sowohl Faktoren denkbar, die zu höheren Übermittlungszahlen führen, als auch solche, die zu niedrigeren Zahlen führen können:

Faktoren, die im Vergleich zum Jahr 2000 zu einer kleineren Zahl von Meldungen führen können:

- ▶ Die Anwendung von Falldefinitionen erhöht die Spezifität, was zum Ausschluss von Fällen führt, die früher Eingang in die aktuelle Statistik geführt hätten.
- ▶ Unvollständige Bearbeitung und Eingabe von Meldungen in das System kann ebenfalls zur Folge haben, dass die Zahl der übermittelten Fälle geringer ausfällt als die tatsächliche Anzahl der Fälle.

Faktoren, die im Vergleich zum Jahr 2000 zu einer größeren Zahl von Meldungen führen können:

- ▶ In der Vergangenheit trafen in manchen Bundesländern Meldungen aus einzelnen Landkreisen nicht rechtzeitig zur Veröffentlichung ein, was durch das jetzige Übermittlungssystem bereits weitgehend verhindert werden konnte.
- ▶ Die Einführung des IfSG wurde von Ärzten und Leitern von Laboratorien mit großem Interesse verfolgt, was sich vermutlich förderlich auf die Meldebeteiligung auswirkt.
- ▶ Nach IfSG ist die überwiegende Zahl der zu meldenden Tatbestände primär durch die Laboratorien zu melden. Vom RKI entwickelte technische Hilfsmittel vereinfachen die Meldetätigkeit für die Laboratorien, was die Meldebereitschaft weiter verbessern dürfte.

Welche Faktoren hierbei überwiegen und wie sich diese bei den verschiedenen Erkrankungen und über die Zeit

Zum Infektionsschutzgesetz nachgefragt:

Wer benötigt eine Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 IfSG?

Anfragen – auch an das RKI – und Meinungsäußerungen aus dem ÖGD zeigen, dass bei Gesundheitsämtern, aber auch in anderen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtspflege gegenwärtig noch Unsicherheit darüber besteht, welcher Personenkreis eine Bescheinigung gem. § 43 Abs. 1 IfSG benötigt. Nur diese Beschäftigten sind im weiteren auch jährlich durch den Arbeitgeber zu belehren (§ 43 Abs. 3 IfSG).

Dazu eine Anmerkung vorweg: Zwar ist die Durchführung des IfSG gem. Art. 83 GG Sache der Länder, das RKI hat für die angesprochenen Rechtsvorschriften keine Regelungsbefugnis und hat sich auch in dieser Frage bisher Zurückhaltung auferlegt, doch wird in den Ländern vielfach die Auffassung vertreten, dass in bestimmten Fällen eine Mitteilung aus dem RKI dazu beitragen kann, eine einheitliche Praxis – auch über Ländergrenzen hinweg – zu entwickeln. So ist die folgende Stellungnahme ein Diskussionsbeitrag und beansprucht keine Rechtsverbindlichkeit. Sie soll helfen, einige Fragen zum IfSG punktuell zu beantworten.

Dass es sich bei den Vorschriften zu Beschäftigten im Lebensmittelbereich um eine in der Praxis komplizierte Rechtsmaterie handelt, zeigt ein Blick in den Kommentar zum IfSG von Bales/Baumann (Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung. Verlag W. Kohl-

hammer, Stuttgart, 2001), der zu § 42 IfSG immerhin 41 Randnummern ausweist. Auch wenn die Autoren dort, gestützt auf eigene Sachkenntnis, Mitteilungen aus den Ländern und Veröffentlichungen, ihre persönlich Auffassung wiedergeben, ist dieser Kommentar (als der umfangreichste) zum IfSG zweifellos richtungsweisend und bietet für einen Großteil der bekannten Fragen juristisch wie medizinisch-fachlich gut begründete Antworten an (z. B. die Rdnrn 1– 5 zu § 43 IfSG, die sich mit dem Begriff ›gewerbsmäßig‹ beschäftigen).

Zu den aktuell veröffentlichten Daten

Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Meldedaten, die von den Gesundheitsämtern über die Landesbehörden an das RKI übermittelt wurden, haben oberste Priorität, damit so früh wie möglich mit der Veröffentlichung der Daten begonnen werden kann. Aus diesem Grund werden Daten über Erregernachweise, die nichtnamentlich nach § 7 Abs. 3 direkt an das RKI zu melden sind, erst zu einem späteren Zeitpunkt in die aktuelle Statistik aufgenommen und von dann an ebenfalls wöchentlich erscheinen. Die betrifft Erregernachweise für HIV, Malaria, Syphilis, Echinokokkose, konnatale Toxoplasmose und konnatale Röteln. – Insgesamt müssen erst noch weitere Erfahrungen mit den Daten gesammelt werden, um eine sinnvolle Interpretation zu erlauben. Im Vergleich zu den Meldedaten vergangener Jahre stehen uns hiermit jedoch schon jetzt sehr valide epidemiologische Daten zur Verfügung, die durch fortlaufende Qualitätsverbesserung weiter optimiert werden können.

Allen am Meldesystem Beteiligten sei an dieser Stelle für die intensive und fruchtbare Zusammenarbeit herzlich gedankt. Alles spricht dafür, dass eine weitere gute Zusammenarbeit ebenso wie eine hohe Meldebeteiligung und nachfolgende breite Nutzung der Daten zu den wesentlichen Merkmalen dieses neuen Überwachungssystems meldepflichtiger Infektionskrankheiten werden.

Problematisch wird die Auslegung der Vorschriften dann, wenn die rein rechtliche Betrachtung abgeschlossen und eine medizinisch-fachliche Bewertung zu Infektionsgefahren für eine abschließende Beschreibung der Sach- und Rechtslage vonnöten ist. So wird im genannten Kommentar in Rdnr. 3 zu § 42 IfSG auf das Berühren von Bedarfsgegenständen bei Spül- und Reinigungsarbeiten und die daraus folgende Übertragungsgefahr von Krankheitserregern eingegangen und am Schluss ausgeführt: »Ob diese Gefahr besteht, hängt insbesondere von der Zeitspanne zwischen einer möglichen Kontamination und der Verwendung der Bedarfsgegenstände ab«. Das Beispiel zeigt, wie schwierig die infektionshygienische Einschätzung einer Situation im Einzelfall sein kann und vor allen Dingen eine Gleichbehandlung von Sachverhalten im Rahmen von Festlegungen durch Erlasse und Verfügungen kaum zu leisten ist.

Grundsätzliche Aussagen

Das IfSG zielt nicht darauf ab, jeden erdenklichen Fall einer Gefährdung durch übertragbare Krankheiten im Lebensmittelbereich zu regeln, sondern konzentriert sich auf wichtige und gefährliche Sachverhalte. Dementsprechend enthält § 42 IfSG Differenzierungen nach bestimmten Lebensmitteln, Krankheiten und Tätigkeiten. Der Aufwand soll in einem angemessenen Verhältnis zu den gesundheitlichen Gefahren stehen (Bales/Baumann: Rdnr. 4 zum § 43 IfSG).

Die §§ 42/43 IfSG sind die ›Nachfolger‹ der §§ 17/18 BSeuchG. Sie enthalten gegenüber dem alten Recht neue Inhalte; es wird durch sie aber der gleiche Schutzzweck wie früher verfolgt. Zum Adressatenkreis der Personen, die ein Zeugnis gem. § 17/18 BSeuchG benötigten, gab es zahlreiche Erlasse durch die Obersten Landesgesundheitsbehörden. Es liegt also nahe, bei der Beschreibung des Personenkreises, der eine Bescheinigung gem. § 43 IfSG benötigt, zunächst einmal die Festlegungen aus der alten Rechtslage heranzuziehen.

Eine nur wörtliche Auslegung (gewerblicher versus privater hauswirtschaftlicher Bereich) oder eine systematische Betrachtung (bestimmte Erkrankungen als Hinderungsgrund, Umgang mit bestimmten Lebensmitteln) führt nicht immer zu befriedigenden Ergebnissen. Vielmehr sollte in Grauzonen (und nur dort) Sinn und Zweck der Vorschriften zugrunde gelegt und unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsprinzips entschieden werden.

Die Lebensmittelhygiene-Verordnung (LMHV) verpflichtet zur Schulung und Unterrichtung des Personals. Von einer behördlichen Belehrung vor Aufnahme der Tätigkeit ist dort nicht die Rede. Die Vorschriften enthalten praktische und ausführliche Hinweise zu baulich-funktionellen und betrieblich-organisatorischen Maßnahmen. Zusammen mit der Feststellung des IfSG, dass die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Lebensmittelbetrieben bei der Prävention übertragbarer Krankheiten gefördert werden soll (§ 1 Abs. 2 IfSG), sollten die beiden Hinweise in die Überlegung, welcher Personenkreis einer Bescheinigung des Gesundheitsamtes bedarf, immer mit einfließen.

Schulungs- und Belehrungsinhalte gem. LMHV und IfSG betreffen die Infektionsprävention und sollten durch Unternehmer (oder durch die von ihnen beauftragten Fachleute) stets in einer Unterrichtseinheit stattfinden. Der Kreis der gem. LMHV und IfSG zu Belehrenden ist gleich; eine Erweiterung oder Eingrenzung des Personenkreises nach der einen oder anderen Rechtsvorschrift widerspräche dem weitgehend deckungsgleichen Schutzzweck beider Gesetze, die Gesundheit der Verbraucher zu schützen.

Deshalb dürfte für die betriebliche Qualitätssicherung gelten: Wo immer Schulungen gem. LMHV stattfinden, sollte auch eine Belehrung gem. IfSG erfolgen und umgekehrt. Für die Entscheidung, ob vor der Aufnahme der Tätigkeit auch eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes gem. § 43 Abs. 1 IfSG zu fordern ist, sollte das Prinzip Eigenverantwortung im Zweifelsfall das ausschlaggebende Argument sein.¹

Sollte Pflegepersonal in Krankenhäusern und Heimen gemäß § 43 belehrt werden?

Ob Pflegepersonal in Krankenhäusern und Heimen eine Belehrung gem. § 43 IfSG benötigt, war eine sehr häufige Frage zu diesem Themenkomplex. Die Bedeutung wird klar, wenn man bedenkt, dass allein in den Krankenhäusern in Deutschland (1997) 340.000 Pflegekräfte im stationären Bereich beschäftigt waren. Legt man eine Beratungsgebühr von DM 50,- zugrunde, entstünden Kosten in Höhe von 17 Mio. DM.

Führt man sich die Belehrungsinhalte vor Augen (Informationen über bestimmte Infektionskrankheiten; Beschäftigte sollen in die Lage versetzt werden, Symptome bei sich selbst zu erkennen; die wichtigsten Maßnahmen der Personalhygiene – Händehygiene – sollen vermittelt werden) dürfte unstrittig sein, dass alle Beschäftigten mit einem Pflegeexamen und angeleitete Kräfte mit Berufserfahrung in der Pflege diese Kenntnis besitzen; sie also nicht durch das Gesundheitsamt belehrt werden müssen.

Zur Belehrung bei nicht voll geschäftsfähigen Personen

Eine weitere Frage betrifft die Erklärung der Sorgeberechtigten und Betreuer von nicht voll geschäftsfähigen Personen gem. § 43 Abs. 1 S.1 Nr. 2 IfSG (Hinderungsgründe für eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich).

Eine wörtliche Auslegung des § 43 Abs. 6 IfSG führte bei 15–18-jährigen Praktikanten (Schüler etc.) sowie bei der Gruppe der geistig Behinderten (die häufig in der Gemeinschaftsverpflegung arbeiten) zu unbilligen Entscheidungen: Im ersten Fall müssten stets die Eltern (oder sonst Sorgeberechtigte) die Erklärung abgeben. In der zweiten Variante wären die amtlich bestellten Betreuer zum Gesundheitsamt mit einzubestellen. Auch durch diese beiden Fallgruppen wird deutlich, dass bei der anstehenden Entscheidung die Umstände des Einzelfalles zu weitergehenden Überlegungen veranlassen sollten.

Jugendliche sind in Teilen grundrechtsmündig und können Erklärungen dann selbst abgeben, wenn sie die erforderliche Einsichtsfähigkeit und Reife haben, sie also die Tragweite dieser Entscheidung selbst erkennen können.² Deshalb sollte bei Belehrungen für Praktika (die meist nur von kurzer Dauer sind) nicht automatisch auf der Anwesenheit der Eltern bestanden werden.

Bei der Belehrung geistig Behinderter für Tätigkeiten in der Küche ist der ›Betreuer‹ im Sinne des IfSG sicherlich nicht die amtlich bestellte Person i. S. des Betreuungsrechts, sondern der Küchenleiter und weitere Beschäftigte die geistig behinderte Mitarbeiter beaufsichtigen und anleiten.

Beitrag aus dem Fachgebiet Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene des RKI. Ansprechpartner ist Herr Dr. A. Nassauer, Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin (E-Mail: info@rki.de oder NassauerA@rki.de). Hinweise und Diskussionsbeiträge sind willkommen.

1. Nassauer A: Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes – Aufgaben für die Arbeitsmedizin. Bundesgesundhbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2001; 44: Heft 5, im Druck
2. Nassauer A: Bedarf es bei der Schutzimpfung Jugendlicher immer der Einwilligung der Eltern? Fortschr Med 1997; 115: 34–38