

Umsetzung der Meldung nach § 7 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen

Zusammenfassung

Mit Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes werden Nachweise von einigen Krankheitserregern direkt nichtnamentlich an das Robert Koch-Institut gemeldet und nicht mehr, wie bisher nach dem Bundes-Seuchengesetz, an das Gesundheitsamt. Diese Meldepflicht bezieht sich auf den Nachweis von *Treponema pallidum*, HIV, *Echinococcus* sp., *Plasmodium* sp., Rubellavirus (nur bei konnatalen Infektionen) und *Toxoplasma gondii* (nur bei konnatalen Infektionen). Meldepflichtig sind die Leiter der Einrichtungen, an denen die Erregerdiagnostik durchgeführt wurde, in der Regel Labore. Um alle benötigten Informationen für die Meldung zu erhalten, ist der Arzt, der das Material zur Diagnose eingeschickt hat, verpflichtet den Meldepflichtigen (Laborleiter) zu unterstützen. Die Meldung wird mit allen bekannten Informationen vom Labor (Meldepflichtigen) ausgefüllt, das Original an das RKI gesandt und der Durchschlag zur Komplettierung an den Arzt, der die Probe eingeschickt hat. Dieser wiederum schickt diesen Durchschlag nach Komplettierung an das RKI und ist somit seiner Zuarbeitungspflicht nachgekommen. Mit diesem neuen Meldeverfahren erhofft man sich, bessere Daten über Infektionen zu erhalten, bei denen kein direktes Tätigwerden des Gesundheitsamtes notwendig ist. Um genaue Aussagen über diese Infektionen in Deutschland machen zu können, ist es wichtig, dass alle Ärzte bei der Erfüllung dieser Meldepflicht mitwirken.

Schlüsselwörter

Infektionsschutzgesetz · Nichtnamentliche Meldepflicht · Mehrfachmeldung · Verschlüsselung

Bereits nach dem alten Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) waren Medizinaluntersuchungsämter und sonstige öffentliche aber auch private Untersuchungsstellen verpflichtet, Untersuchungsbefunde, die auf einen meldepflichtigen Fall schließen ließen, dem Gesundheitsamt zu melden. Im § 7 des IfSG ist die Meldepflicht für den Nachweis von Krankheitserregern jetzt neu geregelt. Hierbei wird zwischen namentlichen und nichtnamentlichen Meldungen unterschieden. Während für die meisten Nachweise von Krankheitserregern eine namentliche Meldepflicht an das Gesundheitsamt besteht, werden einige Erregernachweise nichtnamentlich direkt an das Robert Koch-Institut gemeldet.

Die namentliche Meldung ist auf solche Krankheitserreger beschränkt, deren Nachweis ein Tätigwerden des Gesundheitsamtes erfordern kann, um geeignete Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Eindämmung der Weiterverbreitung einzuleiten. Die nichtnamentliche

Meldepflicht nach § 7 Abs. 3 IfSG umfasst diejenigen Krankheitserreger, bei denen solche fallbezogenen Maßnahmen durch das Gesundheitsamt nicht erforderlich bzw. nicht angezeigt sind. Die nichtnamentliche Meldepflicht bezieht sich auf sechs Krankheitserreger. Im Einzelnen sind dies *Treponema pallidum*, HIV, *Echinococcus* sp., *Plasmodium* sp., Rubellavirus (nur bei konnatalen Infektionen) und *Toxoplasma gondii* (nur bei konnatalen Infektionen).

Wer ist zur Meldung verpflichtet?

Zur Meldung verpflichtet sind die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich der Krankenhauslaboratorien, die Leiter von Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik sowie der Arzt, der Untersuchungen in seiner eigenen Praxis durchführt. Werden die Laboruntersuchungen im Ausland durchgeführt, so ist im Inland derjenige zur Meldung verpflichtet, der die Untersuchung veranlasst hat. (§ 8 Abs. 1 Nr. 2, 3 und Abs. 4 IfSG). Meldepflichtig sind auch Ärzte die labordiagnostische Nachweise in ihrer eigenen Praxis erbringen. Das Labor in der eigenen Praxis ist auch eine Untersuchungsstelle im Sinne des IfSG.

Notification procedure for anonymous case reporting according to the new Protection against infection Act

Abstract

According to the former notification procedures, most notifiable infectious diseases (with the exception of HIV) were reported to the local health authorities. With the institution of the new Protection against infection Act (IPA) the diagnosis of a number of infectious pathogens will be reported anonymously directly to the Robert Koch Institute (RKI). These mandatory notifications refer to the diagnosis of *Treponema pallidum*, HIV, *Echinococcus sp.*, *Plasmodium sp.*, *Rubellavirus* (only congenital infections) and *Toxoplasma gondii* (only congenital infections). The head of the facility conducting the diagnostic test (laboratory) is responsible for the carrying out of the notification. In order to obtain all information required in the notification, the physician, who is sending in the material for testing, is required by law, to support the person responsible for carrying out of the notification by supplying the necessary data. First, the laboratory fills out the notification form with all the available information and sends the original to the RKI. Then, together with the test results, a copy of the notification is sent to the physician who initiated the diagnostic test. The physician completes any missing data in the form and sends this copy to the RKI. By doing so the physician has fulfilled his obligation to support the notification process. This new reporting system will yield better data about infectious pathogens that do not require direct intervention by the local health authorities. In order to obtain reliable data, it is important that all physicians support the notification process.

Keywords

Protection against infection Act · Mandatory anonymous reporting system · Double reporting · Codification

Leithema: Infektionsschutzgesetz

An wen erfolgt die Meldung?

Die Meldungen nach § 7 Abs. 3 IfSG erfolgen nicht an die Gesundheitsämter, sondern innerhalb von zwei Wochen direkt an das Robert Koch-Institut. Dabei ist ein vom RKI erstelltes Formblatt oder ein geeigneter Datenträger zu verwenden (§ 10 Abs. 4 IfSG).

Welche Angaben umfasst die Meldung

Die Angaben, die in der Meldung enthalten sein müssen, umfassen Geschlecht, Monat und Jahr der Geburt des Patienten, die ersten drei Ziffern der Postleitzahl des Hauptwohnortes, Monat und Jahr der Diagnose, Angaben zum Untersuchungsbefund, zum Untersuchungsmaterial, zur Nachweismethode, zum wahrscheinlichen Infektionsweg/Infektionsrisiko, zum Land, in dem die Infektion wahrscheinlich erworben wurde, sowie Name, Anschrift und Telefonnummer des Meldenden. Bei Malaria muss die Meldung zusätzlich Angaben zur Expositions- und Chemoprophylaxe enthalten (§ 10 Abs. 1 IfSG).

Die HIV-Meldung muss zum Abschluss der Mehrfachmeldung ein und der selben Person eine die Anonymität wahrende fallbezogene Verschlüsselung enthalten (§ 10 Abs. 1 Nr. 1 IfSG). Diese besteht aus dem dritten Buchstaben des ersten Vornamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Vornamens sowie dem dritten Buchstaben des ersten Nachnamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Nachnamens. Bei Doppelnamen wird jeweils nur der erste Teil des Namens berücksichtigt; Umlaute werden in zwei Buchstaben dargestellt. Namenszusätze bleiben unberücksichtigt (§ 10 Abs. 2). So wird z. B. aus "Dr. Schultz, Sabine" die fallbezogene Verschlüsselung: H7 B6 und aus "zur Mühle-Ambach, Karl-Heinz" wird E6 R4. Diese Verschlüsselung dient lediglich der Erkennung von Mehrfachmeldungen ein und derselben Person und wird gelöscht, wenn dieser Zweck erfüllt ist (§ 10 Abs. 5 IfSG).

Verpflichtung zur Unterstützung des Meldepflichtigen

Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass nicht selten Material zur Untersuchung in ein Labor geschickt

wird, ohne dass für die Beurteilung der Labordiagnose wichtige Begleitinformationen angegeben werden. Dem meldepflichtigen Labor liegen die für die Meldung erforderlichen Informationen nicht vollständig vor. Aus diesem Grund ist im IfSG festgelegt, dass der einsendende Arzt den Meldepflichtigen – insbesondere bei der Erhebung der Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsweg bzw. Infektionsrisiko, zum Land, in dem die Infektion wahrscheinlich erworben wurde, bei Malaria zur Expositions- und Chemoprophylaxe und bei HIV zur fallbezogenen Verschlüsselung – zu unterstützen hat (§ 10 Abs. 1 Satz 2 IfSG).

Meldung mittels Durchschlagbogen

Um diese Unterstützung durch die einsendenden Ärzte zu ermöglichen, ohne dass der zur Meldung verpflichtete Laborarzt zeit- und kostenintensive Rückfragen bei den Einsendern durchführen muss, wird die Meldung der Krankheitserreger nach § 7 Abs. 3 IfSG auf einem Durchschlagbogen durchgeführt. Das Original des Meldebogens ist für die Meldung des meldepflichtigen Laborarztes an das RKI vorgesehen. Hier muss der Meldepflichtige alle ihm verfügbaren Angaben eintragen und die Meldung binnen 14 Tagen an das RKI senden. Der Durchschlag des Meldebogens, der alle Angaben des Labors enthält, wird vom Labor i. d. R. zusammen mit dem Befund der Untersuchung an den einsendenden Arzt geschickt. Der zur Unterstützung des Meldepflichtigen verpflichtete Arzt muss nun auf dem Durchschlagbogen alle fehlenden Angaben ergänzen und schickt dann den Durchschlagbogen an das RKI. Jeder Meldebogen mit seinem Durchschlagbogen trägt eine fortlaufende Nummer. Die zusammengehörigen Melde- und Durchschlagbögen können dann im RKI anhand der gleichlautenden Nummer zugeordnet werden.

Die jeweiligen für die Meldung zu verwendenden Formblätter werden derzeit vorbereitet, gedruckt und über das RKI, die Landesgesundheitsbehörden und die Gesundheitsämter rechtzeitig zum Inkrafttreten des IfSG zur Verfügung gestellt. Exemplarisch ist hier der Entwurf des HIV-Meldebogens abgedruckt (Abb. 1; nur Vorderseite des Meldebogens). Im Folgenden soll bei zwei



ERHEBUNGSBOGEN FÜR POSITIVE HIV-BESTÄTIGUNGSTESTE

Erfassung der in der Bundesrepublik Deutschland diagnostizierten HIV-Infektionen nach § 7 Abs. 3 IfSG

☎ 01888-754-3421
01888-754-3424

Angaben zur untersuchten Person

Um Mehrfachmeldungen erkennen zu können, wird eine **fallbezogene Verschlüsselung** aus Elementen des Vor- und Familiennamens des Patienten benutzt. Bitte vom Vor- und Familiennamen nur den **dritten Buchstaben** in den Kästchen eintragen. Bei mehr als 9 Buchstaben bitte eine Null in das Kästchen eintragen. **Umlaute** werden als **zwei Buchstaben** gezählt. Bei zusammengesetzten Vor- bzw. Familiennamen nur den ersten Namensteil berücksichtigen. Namenszusätze (z.B.: Dr., von) entfallen.
Beispiele: Dr. Schultz, Sabine (H) (7) (B) (6) , zur Mühle-Ambach, Karl-Heinz (E) (6) (R) (4)

Familienname Vorname

Geburtsdatum **Geschlecht** **Erste drei Ziffern der Postleitzahl**

Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

- der Hauptwohnung des Untersuchten
 - ersatzweise des einsendenden Arztes
 - ersatzweise des einsendenden Labors

Diagnostik **Datum des HIV-Testes** Monat Jahr

Ergebnis des Bestätigungstestes

Nachweis von Antikörpern gegen	Bestätigung im eigenen Labor	Welcher Bestätigungstest wurde durchgeführt
HIV-1 <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Western Blot <input type="radio"/>
HIV-2 <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Immun-Fluoreszenz <input type="radio"/>
		Immun-Präzipitation <input type="radio"/>

Wurde bereits zu einem früheren Zeitpunkt in Deutschland ein positiver Bestätigungstest erhoben?

Ja Keine Angabe möglich Nein

Nur bei Neugeborenen ≤ 18 Monate

Positiver AK-Nachweis (HIV-exponiertes Kind)
 Positiver Virusnachweis (HIV-infiziertes Kind)

Letzter negativer HIV-Test Monat Jahr

CD4-T-Zellzahl bei aktueller HIV-Diagnose / µl

Viruslast bei aktueller HIV-Diagnose / ml

Klinisches Stadium der HIV-Erkrankung (CDC)

Asymptomatisch (A)
 Symptome, kein AIDS (B)
 Symptome, AIDS (C)
 Keine Angabe

Anlass der aktuellen Untersuchung

Blut-/Organspende Schwangerschaft Anamnestisches Infektionsrisiko
 Klinische Differentialdiagnose Sonstiges* Dem Berichtenden unbekannt

Wahrscheinliches Infektionsrisiko

Homosexuelle Kontakte
 i.v. Drogengebrauch
 Hämophilie Monat Jahr
 Bluttransfusion/Blutprodukte (außer Hämophilie)
 Berufliche Exposition (Medizinalberufe)*
 Heterosexuelle Kontakte
 Patient aus Endemiegebiet
 Prä-/perinatale Infektion
 Andere Risiken*
 Infektionsrisiko ist nicht zu ermitteln

Informationen zum Risiko der vermuteten Infektionsquelle bei

- heterosexueller Transmission (Risiko des Partners)
 - prä-/perinatale Infektion (Risiko der Mutter)

Bisexuelle Kontakte
 i.v. Drogengebrauch
 Hämophilie
 Heterosexuelle Kontakte
 Endemiegebiet*
 Andere Risiken*

Land, in dem die HIV-Infektion wahrscheinlich erworben wurde

Deutschland anderes Land

Herkunftsland des Patienten

Deutschland anderes Land

HIV-Infektion der Infektionsquelle gesichert

Ja Nein

Bemerkungen (Angaben zum ständigen oder vorübergehenden Wohnsitz in Deutschland, zu Infektionsrisiken usw.)

* Bitte näher erläutern

vom Labor auszufüllen

RKI/IAZ 8/2000

Abb.1 ▲ Erhebungsbogen für positive HIV-Bestätigungsteste

wichtigen Erkrankungen aus dieser Gruppe – HIV-Infektion und Malaria – auf einige Besonderheiten der Meldung hingewiesen werden.

Die frühere Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungsteste

Ziel der "Verordnung über die Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungsteste (Laborberichtsverordnung, LabVO)", die am 1. Oktober 1987 in Kraft trat, war es, anhand der zusammengeführten Daten aus allen Laboratorien, die HIV-Bestätigungsteste durchführen, einen Überblick über die Gesamtzahl, die Risikostruktur und die regionale Verteilung der HIV-Infizierten zu erhalten. Die Laborberichtsverordnung verpflichtete jeden Arzt, der Bestätigungsteste zum Nachweis von Antikörpern gegen HIV durchführte, die positiven Ergebnisse in Form eines anonymen Berichts an das Robert Koch-Institut zu melden. Es wurde damals jedoch nicht berücksichtigt, dass viele HIV-Infizierte im Rahmen der initialen HIV-Diagnose oder im Laufe der Zeit mehrfach in unterschiedlichen Laboratorien untersucht werden. Durch die völlig anonyme Meldung konnten Mehrfachmeldungen nur dann erkannt werden, wenn das berichtende Labor auf dem Meldebogen angab, dass die untersuchte Blutprobe von einer bereits als HIV-positiv bekannten Person stammt. Diese Information lag aber oftmals dem Labor nicht vor, was zu einer erheblichen Zahl von nicht zu erkennenden Mehrfachmeldungen führte, die nach Schätzungen des RKI einen Anteil von 30% bis 50% erreichten.

Bereits ab Mitte 1998 wurde daher in Ergänzung zu der geltenden Laborberichtsverordnung eine freiwillige Meldung des behandelnden Arztes eingeführt mit dem Ziel, die Testerfassung in eine fallbezogene Dokumentation überzuleiten. Durch die Angaben des einsendenden (behandelnden) Arztes konnten Mehrfachmeldungen besser erkannt und die tatsächliche Zahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen wesentlich genauer als früher erfasst werden. Gleichzeitig konnte die Vollständigkeit der für die epidemiologische Beurteilung wichtigen Informationen zum wahrscheinlichen Infektionsweg deutlich erhöht werden.

Die neue Meldepflicht für HIV

Mit dem Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG) zum 1. Januar 2001 wird die alte Laborberichtsverordnung abgelöst. Die Erfahrungen, die mit der früheren LabVO gesammelt wurden, sind in die neuen Bestimmungen des IfSG eingeflossen. So bleibt die Meldung der HIV-Infektion auch nach dem neuen IfSG nichtnamentlich. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Gesundheitsämter, neben den wichtigen Beratungs- und Testangeboten, keine weiteren direkten Maßnahmen, die eine namentliche Meldung erfordern würden, durchführen können, um Infektionen zu verhindern. Um bei Wahrung der Anonymität der Betroffenen gleichzeitig Mehrfachmeldungen von bereits zuvor gemeldeten Personen erkennen zu können, wurde die bereits für die Erfassung von AIDS-Fällen etablierte und bewährte fallbezogene Verschlüsselung auch für die Meldung von HIV-Infektionen eingeführt und im IfSG verankert. Die damit ermöglichte fallbezogene Erfassung der HIV-Neudiagnosen soll europaweit in Ergänzung zur bestehenden AIDS-Fallerfassung eingeführt werden. In Zukunft werden diese Daten die mit Einführung der antiretroviralen Therapie in ihrer Aussagekraft eingeschränkten AIDS-Fallregisterdaten ergänzen und zu einer besseren Einschätzung der aktuellen Situation beitragen.

Der neue Meldeweg für HIV

Für die Praxis bedeutet dies, dass die Labore, die HIV-Bestätigungsteste durchführen wie bisher zur Meldung des positiven Befundes an das RKI verpflichtet bleiben. Neu ist, dass zur Erkennung von Mehrfachmeldungen eine fallbezogene Verschlüsselung auf dem neuen überarbeiteten Meldebogen einzutragen ist. Wenn nicht alle auf dem Formblatt anzugebenden Daten dem Labor bekannt sind, so muss der meldepflichtige Laborarzt diese Angaben ermitteln. Der einsendende Arzt ist zur Unterstützung bei der Erhebung dieser Angaben verpflichtet. Der meldepflichtige Laborarzt kann seiner Verpflichtung fehlende Daten zu ermitteln auf einfache Weise nachkommen, indem er den Durchschlagbogen der Originalmeldung an den einsendenden (behandelnden) Arzt schickt. Der einsendende Arzt kommt seiner

Verpflichtung zur Unterstützung des Meldepflichtigen nach, indem er den Durchschlagbogen mit seinen Ergänzungen an das RKI sendet. Dort werden Originalmeldung und Durchschlag anhand einer auf den Bogen gedruckten fortlaufenden Nummer zusammengeführt und ausgewertet. Dieser Meldeweg hat sich in der Erprobungsphase seit Mitte 1998 sehr gut bewährt und zu einer deutlichen Verbesserung der Datenqualität gegenüber der alleinigen Labormeldung geführt.

In der Behandlung der HIV-Krankheit sind in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt worden. Dennoch ist eine echte Heilung bisher nicht möglich. Daher ist nach wie vor die wirksame Prävention von Neuinfektionen der wichtigste Faktor, um den zukünftigen Verlauf der HIV/AIDS-Epidemie günstig zu beeinflussen. Die möglichst genaue Kenntnis der Faktoren, die die Ausbreitung der HIV-Infektionen bestimmen, ist eine entscheidende Voraussetzung für die Gestaltung, Evaluation und Anpassung von gezielten, effektiven Präventions- und Interventionsprogrammen. Wir bitten daher alle in der Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten tätigen Kolleginnen und Kollegen in Klinik, Praxis und Labor, uns bei der Erhebung der notwendigen Daten zu unterstützen.

Malaria-Erfassung nach IfSG

Die Malaria gehört in Deutschland zu den Infektionskrankheiten, für die eine relativ gute Datenlage existiert. Schon seit den 60er Jahren wurden Einzelfallangaben anhand eines Erhebungsbogens erfasst. Das stand im Zusammenhang mit der Verpflichtung, detaillierte Angaben zur Malaria-Situation in Deutschland an die WHO weiterzugeben.

Die frühere Malaria-Erfassung

Den Gesundheitsämtern kam in der Vergangenheit bei der Erhebung der Malaria-Daten eine große Rolle zu. Sie übernahmen es, Angaben aus Kliniken und Arztpraxen zu sammeln und mit den eigenen Ermittlungsergebnissen zusammenzuführen bzw. Ärzte in die Datenerhebungen mit einzubeziehen. Es gelang in den letzten Jahren, Angaben zum Einzelfall für über 90% der gemeldeten Fäl-

le zu bekommen (1999: ca. 95%). So liegen differenzierte Angaben unter anderem darüber vor, in welchen Ländern die Infektionen erworben wurden, welcher Nationalität die Erkrankten sind, welche Plasmodien-Spezies die Erkrankung verursachte, welche Prophylaxemaßnahmen erfolgten, aus welchem Grund die Reise angetreten worden war bzw. – bei Ausländern – zu welchem Zweck sie sich in Deutschland aufhielten. Daten zur Reisedauer waren ebenso verfügbar wie Angaben zur Krankheitsbehandlung und zum Ausgang der Erkrankungen [1, 2, 3]. Diese Daten bildeten die Grundlage dafür, die Situation in Deutschland zu beurteilen, um Präventionsstrategien modifizieren bzw. verändern zu können. Ein Beispiel hierfür waren im Jahr 1999 die in größerer Zahl (21 Fälle) aufgetretenen Malaria-Erkrankungen nach Reisen in die Dominikanische Republik und die in diesem Zusammenhang veränderten Empfehlungen zur Prophylaxe.

Der neue Meldeweg für Malaria

Mit dem Inkrafttreten des IfSG wird es bei der Erfassung der Malaria zu einigen Veränderungen kommen. Die Malaria wird nicht mehr wie bisher namentlich an das Gesundheitsamt gemeldet, sondern zählt nach § 7 Abs. 3 IfSG zu der Gruppe von Erkrankungen, bei denen der Nachweis des Krankheitserregers, d. h. Plasmodium sp., nichtnamentlich direkt an das RKI gemeldet wird.

Meldepflichtig ist der Arzt, der eine Malaria diagnostiziert. Für den Fall, dass der diagnostizierende Arzt nicht der behandelnde Arzt ist, kann es vorkommen, dass der Meldepflichtige nicht über alle benötigten Informationen verfügt. Auch hier können die fehlenden Angaben über den einsendenden Arzt mittels des

Durchschlags des Meldebogens erhoben werden. Auf diese Weise soll gewährleistet bleiben, dass alle mit dem Nachweis und der Behandlung befassten Einrichtungen oder Ärzte in die künftige Erfassung einbezogen bleiben. Nach IfSG hat der einsendende Arzt den Meldepflichtigen zu unterstützen. Das gilt insbesondere für die Erhebung der Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsweg bzw. zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko, zum Land, in dem die Infektion wahrscheinlich erworben wurde sowie für die Angaben zur Expositions- und Chemoprophylaxe.

Um eine kontinuierliche Bewertung der Malaria-Situation in Deutschland zu gewährleisten wird angestrebt, die Erhebung der bereits in dem bisherigen Erhebungsbogen als relevant eingestuften Daten, soweit nach IfSG zulässig, weiter aufrechtzuerhalten. Darüber hinaus muss im Rahmen der internationalen Berichterstattung (z. B. an die WHO) die Einhaltung der allgemein gültigen Standards für die epidemiologische Erfassung gesichert werden.

Die Erfassung der Malaria-Erkrankungen entsprechend IfSG wird ab 1. Januar 2001 – nach Inkrafttreten des Gesetzes – in der beschriebenen Weise erfolgen. Wir möchten alle Beteiligten um Unterstützung bitten, die seit Jahren gute Erfassung der Malaria-Fälle in Deutschland weiterhin mit einem hohen Maß an Engagement fortzuführen.

Literatur

1. Schöneberg I, Apitzsch L, Rasch G (1998) Malaria – Erkrankungen und Sterbefälle in Deutschland 1993–1997. Gesundheitswesen 60:755–761
2. Robert Koch-Institut (1999) Malaria, Jahresbericht 1998. Epid Bull 17:127–130
3. Robert Koch-Institut (2000) Importierte Infektionskrankheiten, Jahresbericht 1999. Epid Bull 29:231–235
4. Bales, Baumann (in press) Kommentar zum Infektionsschutzgesetz (IfSG). Kohlhammer-Verlag

D. Rosenkranz, G. Bachmann, G. Einsele, H-M. Harres

Bodenschutz

Ergänzbare Handbuch der Maßnahmen und Empfehlungen für Schutz, Pflege und Sanierung von Böden, Landschaft und Grundwasser. Ergänzbare Loseblattwerk, 30. und 31. Lieferung, Erich Schmidt Verlag, Berlin, Bielefeld, München, 4002 S, 12 Ausschlagtafeln, (ISBN 3-503-02718-1), DM 248.—.

Beide Ergänzungslieferungen bieten die üblichen Kombinationen von Originalarbeiten, Ausschussberichten und Verordnungsdokumentationen. Um die rechtlichen Anforderungen des Bodenschutzgesetzes (BodSchG) und des Immissionsschutzgesetzes (BImSchG) anzugleichen, wird die Abteilung niederschlagsbezogener (Depositions-) Werte zum Schutz des Bodens geboten. Die "Elemente der Sickerwasserprognose zur Gefahrenbeurteilung Grundwasser bei kontaminierten Böden" erweitern das aktuelle Feld der differenzierten Gefahrenbeurteilung. Die räumliche Planung kann, wie am Beispiel des Ruhrgebietes gezeigt wird, bodenkundliche und auf den Schutz der Böden bezogene Sachverhalten einbeziehen.

Arbeitsergebnis einer Arbeitsgruppe des "Bundesverbandes Boden" ist die ökochemische Charakterisierung von Waldböden als Pflanzenstandort und als Bestandteil des Wasserkreislaufs. Dokumentiert werden die Bundes-Bodenschutz- und Altlastenverordnung (BBodSchV), die Handlungsempfehlungen des Bundeslandwirtschaftsministeriums zur guten fachlichen Praxis der landwirtschaftlichen Bodennutzung, die Bioabfallverordnung (BioAbF), das Bayerische Bodenschutzgesetz (BayBodSchG) und die EG-Entscheidung "EG-Umweltzeichen Bodenverbesserungsmittel".

G. Milde (Berlin)