



# Epidemiologisches Bulletin

8. September 2000 / Nr. 36

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Wichtige Infektionskrankheiten in Deutschland – zur Situation im Jahr 1999 Teil 4: Infektionen des Zentralnervensystems – 2. Folge

### Andere bakterielle Meningitiden (außer den durch Meningokokken verursachten)

Die Meldekategorie der ›anderen bakteriellen Meningitiden‹ schließt eine Vielzahl von Erregern ein, die sehr verschiedene altersspezifische Erkrankungsraten und auch unterschiedliche Verläufe bedingen. Unter der Rubrik der sogenannten ›anderen bakteriellen Meningitiden‹ wurden für das Jahr 1999 insgesamt 1.237 Erkrankungen gemeldet (1,5 Erkr. pro 100.000 Einw.). Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Meldeinzidenz damit kaum verändert (1998: 1.247 Erkr., 1,5 Erkr. pro 100.000 Einw.). Seit 1995 haben die in dieser Gruppe gemeldeten Erkrankungsfälle insgesamt leicht zugenommen (s.a. *Epid. Bull.* 35/2000: 279, Abb. 1).

Höhere Inzidenzraten als in den übrigen Bundesländern werden aus Hessen, Sachsen und Niedersachsen gemeldet (zwischen 1,7 und 2,2 Erkr. pro 100.000 Einw.). Deutlich unter dem für die Bundesrepublik insgesamt ausgewiesenen Wert (<1,1 Erkr. pro 100.000 Einw.) liegen die für Hamburg und Bremen ermittelten Inzidenzraten (s.a. *Epid. Bull.* 35/2000: 280, Abb. 2).

Die höchste altersspezifische Inzidenz wird in den ersten vier Lebensjahren registriert, dabei weist das erste Lebensjahr mit Abstand den höchsten Wert auf; überdurchschnittlich häufig erkranken auch 5- bis 14-Jährige (s.a. *Epid. Bull.* 35/2000: 280, Abb. 3).

Detailliertere Angaben zu den Anteilen der beteiligten Erreger und zur Häufigkeit tödlicher Verläufe standen in den letzten Jahren nur aus den neuen Bundesländern und Berlin zur Verfügung (s. Abb. 1). Es wird angenommen, dass das Erregerspektrum und die Letalität prinzipiell auch die Situation in den übrigen Bundesländern widerspiegeln.

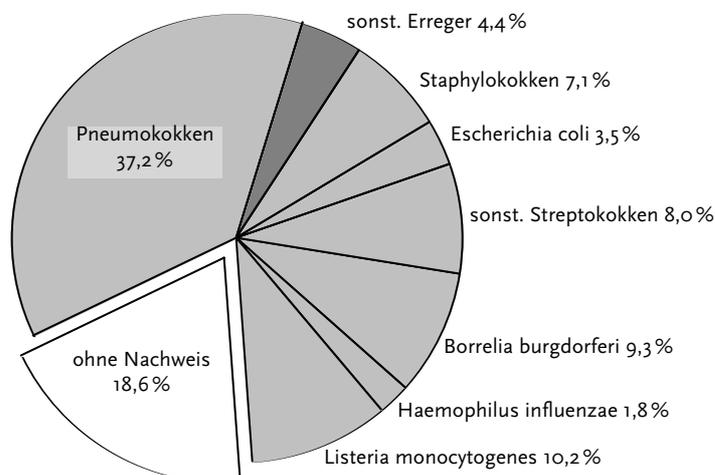


Abb. 1: Gemeldete ›andere bakterielle Meningitiden‹ in den neuen Ländern und Berlin 1999 (N=226): Anteile der Erreger

Diese Woche 36/2000

### Wichtige Infektionskrankheiten in Deutschland Jahresbericht 1999 Teil 4: Infektionen des Zentralnervensystems 2. Folge:

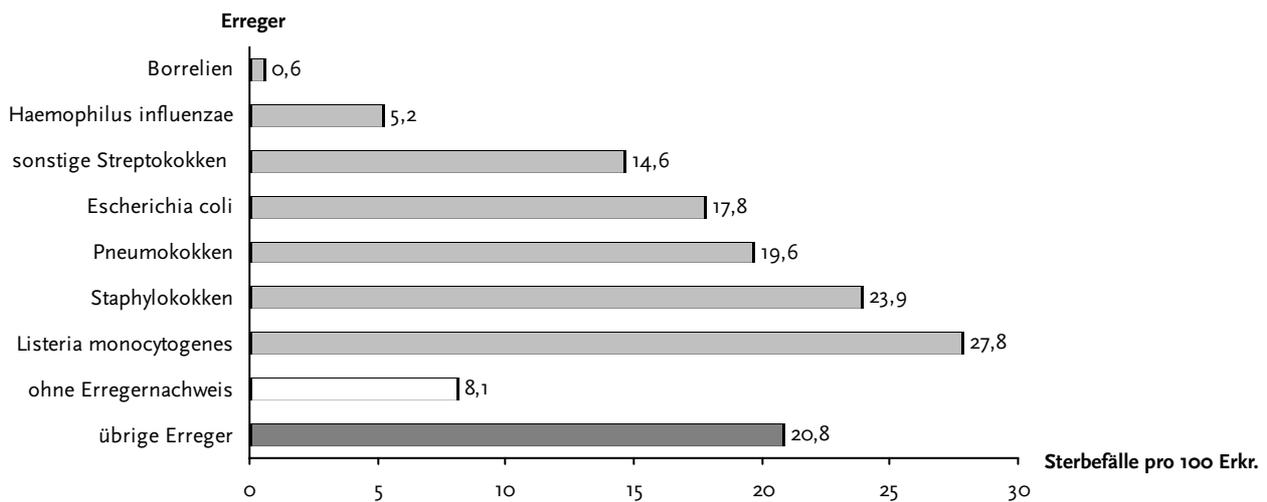
- ▶ Andere bakterielle Meningitiden
- ▶ Virus-Meningoenzephalitis/ übrige Formen der Meningoenzephalitis

**Salmonellose:**  
Gruppenerkrankung  
in Jugendlager

**Mitteilung:**  
Vorbereitung auf das  
Infektionsschutzgesetz (IfSG)

**Meldepflichtige  
Infektionskrankheiten:**  
Wochenstatistik 31/2000





**Abb. 2:** Gemeldete ›andere bakterielle Meningitiden‹ in den neuen Bundesländern und Berlin 1992 bis 1999 (N = 302)  
Erregerspezifische Letalitätsraten

Unter den ›anderen bakteriellen Meningitiden‹ dominieren in den neuen Bundesländern und Berlin auch 1999 Erkrankungen, die durch **Pneumokokken** (*Streptococcus pneumoniae*) verursacht wurden, der Anteil an den ›sonstigen bakteriellen Meningitiden‹ beträgt 37,2%. Es ist nicht für alle Erkrankten bekannt, ob wegen einer besonderen Disposition eine Impfindikation bestanden hätte; für die 20% der Erkrankten, die über 65 Jahre alt waren, trifft das allerdings zu. Im mit dem Meldesystem ESPED gekoppelten Labormeldesystem des RKI, in dem Labordaten zu bestimmten wichtigen bakteriellen Infektionen bei Kindern bis zum 16. Lebensjahr erfasst werden (s. a. *Epid. Bull.* 32/2000), erreichte die Pneumokokken-Meningitis 1999 einen Anteil von 37% (127/342) an allen invasiven Pneumokokken-Infektionen. 54% (69/127) dieser Meningitiden traten im ersten Lebensjahr auf. Die hier erfasste Häufigkeit der Pneumokokken-Meningitis entspricht einer Erkrankung pro Jahr auf 100.000 Kinder bis zum 16. Lebensjahr.

›**Sonstige Streptokokken**‹ (d. h. Streptokokken außer Pneumokokken) wurden in den neuen Bundesländern und Berlin bei 8% der Erkrankungsfälle als Erreger angegeben. Seit 1992 sind damit keine wesentlichen Veränderungen zu beobachten.

**Borrelien** nehmen mit einem Anteil von 9,3% (21 Erkr.) – und dem damit belegten dritten Rang – ebenfalls einen wichtigen Platz hinsichtlich ihres Anteiles an der Gesamtzahl der ›anderen bakteriellen Meningitiden‹ ein. Die Zahl der durch *Borrelia burgdorferi* verursachten Meningitiden lag damit im Bereich der Vorjahreswerte. Die aktuelle Bedeutung der Borreliose, hier nur in der speziellen Manifestation der Neuroborreliose, geht damit aus den Meldedaten hervor. Wie bei anderen hier besprochenen Erkrankungen ist es z. T. schwierig, zwischen vermehrter labor diagnostischer Klärung und echter Zunahme zu unterscheiden. Nach den differenzierten Borreliose-Meldedaten aus dem Land Brandenburg hatte die Neuroborreliose in den letzten 3 Jahren (1997–1999) einen Anteil von 4,4% (87/1.974) an allen serologisch gesicherten Borreliose-Manifestationen; unter den Organmanifestationen außer dem Erythema migrans lag der Anteil bei 12,2% (87/710).

Die Zahl der Meningitiden durch **Listeria monocytogenes** hat in den neuen Bundesländern und Berlin 1999 einen Anteil von 10,2%. – Meningitiden durch **Staphylokokken** wurden bei 7,1% der Erkrankungsfälle ermittelt. Diese Zahl entspricht der langjährig beobachteten Häufigkeit; die 1996 und 1998 ermittelten höheren Werte blieben damit Ausnahmen.

Nach einem vorübergehenden Anstieg im Jahr 1996 wird seit 1997 nur eine geringe Zahl an durch **Haemophilus influenzae** bedingten Meningitiden in den neuen Bundesländern und Berlin registriert (1999: 4 Erkr., 1,8%). Zumindest drei der Erkrankten – im Alter bis zu einem 1 Jahr – hätten durch die Impfung geschützt werden können. Insgesamt dokumentiert sich bei der Meningitis durch *H. influenzae* ein Erfolg der Schutzimpfung; noch vor wenigen Jahren kamen entsprechende Erkrankungsfälle im gleichen Gebiet wesentlich häufiger zur Meldung (1991: 98 Erkr., 1992: 36 Erkr., 1993: 20 Erkr.).

Auch in dem mit ESPED gekoppelten Labormeldesystem des RKI für bakterielle Infektionen im Kindesalter wurden invasive Infektionen durch *Haemophilus influenzae* Typ b vergleichsweise selten erfasst; die Hib-Meningitis hatte 1999 einen Anteil von 54% (7/13) an allen invasiven Hib-Infektionen.

Meningitiden durch **Escherichia coli** haben einen Anteil von 3,5%. – Bei 18,6% aller Erkrankungen an bakterieller Meningitis erfolgte kein Erregernachweis.

Wie bei allen meldepflichtigen Krankheiten werden auch bei den bakteriellen Meningitiden nur Teile der tatsächlichen Morbidität erfasst. Wesentliche Trends deuten sich jedoch an. Zur präziseren Einschätzung der Situation werden weitere Daten (Analyse von Laborbefunden, Senti-nelerhebungen) benötigt.

**Zur Letalität:** Unter den 1999 gemeldeten ›sonstigen bakteriellen Meningitiden‹ wurden für Deutschland insgesamt 111 Sterbefälle erfasst. Die Berechnung der Letalität für diese Gruppe insgesamt ist allerdings nur von geringem Wert, weil die Letalität der durch die verschiedenen Erreger verursachten Meningitiden sehr unterschiedlich ist. Außer-

dem zeigen die Angaben aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, dass diese Sterbefälle durch die Meldung untererfasst werden und zudem durch die Klassifikationsänderung nur schwer mit Daten der Vorjahre vergleichbar sind. So weist die Todesursachenstatistik beispielsweise für 1998 unter ICD10 G00 ›bakterielle Meningitis, anders nicht klassifiziert‹ 127 Sterbefälle aus, d. h. deutlich mehr als die auf dem Meldeweg erfassten Sterbefälle (1998: 93 Fälle).

Um aussagekräftigere Angaben zur Erregerspezifischen Letalität zu erhalten, wurden die in sehr detaillierter Form vorliegenden Meldungen aus den neuen Bundesländern und Berlin für die Jahre 1992 bis 1999 zusammengefasst und auf dieser Basis die Letalität der einzelnen Formen der Meningitis bestimmt (Abb. 2, s. a. *Epid. Bull.* 12/98: 80, Abb. 3).

## Virus-Meningoenzephalitis / übrige Formen der Meningoenzephalitis

Nach dem Bundes-Seuchengesetz waren infektionsbedingte Erkrankungen des ZNS bisher unter den Rubriken ›Meningokokken-Meningitis‹, ›andere bakterielle Meningitiden‹ sowie ›Virus-Meningoenzephalitis‹ und ›übrige Formen der Meningoenzephalitis‹ zu melden. Es hatte sich bewährt, die beiden letzten Meldeeinheiten zusammenfassend darzustellen (›abakterielle Meningitis/Enzephalitis‹): In vielen Fällen werden seröse Meningitiden, bei denen ein Erreger nicht identifiziert worden ist, in der Klinik als virusbedingtes Geschehen eingeschätzt oder es wird die Frage nach dem Erreger offen gelassen. Im letzteren Falle ergibt sich die Zuordnung unter ›übrige Formen‹, im ersteren Fall unter Virus-Meningoenzephalitis. Da virale Meningitiden im Vergleich zu den bakteriellen Meningitiden in der Regel einen klinisch leichteren Verlauf nehmen, ist von einer stärker ausgeprägten Untererfassung dieser Erkrankungen auszugehen. Bekannt schwere Verlaufsformen werden unter den viralen Erkrankungen vor allem bei der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und der Herpes-Meningoenzephalitis beobachtet. In die Untergruppe ›übrige Formen‹ gehören auch die Meningitiden bzw. Meningoenzephalitiden, die durch Pilze (z. B. *Cryptococcus neoformans*) oder Protozoen (z. B. *Toxoplasma gondii*, Naegleria, Acanthamoeba) verursacht werden. Diese Erkrankungsfälle können aber nicht im einzelnen ausgewiesen werden, weil die Meldungen bisher nicht nach Erregern differenziert erfolgten.

Mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) regelt sich die Meldepflicht der ›anderen bakteriellen Meningitiden‹, ›Virusmeningitiden und sonstige Meningitiden‹ nach § 7 des Gesetzes. Vorgesehen ist, bei direktem Nachweis von *Haemophilus influenzae* und *Listeria monocytogenes* aus Blut oder Liquor sowie bei direktem oder indirektem Nachweis von FSME-Virus eine namentliche Meldung mit Begleitangaben laut Vorgabe durch den diagnostizierenden Laborarzt an das Gesundheitsamt, von dort wird diese Meldung über die zuständige Landesbehörde an das RKI weitergeleitet.

Die höchste Letalität unter den bakteriellen Meningitiden wiesen nach den Meldedaten mit mehr als 25% die Meningitiden durch Listerien auf, gefolgt von den Staphylokokken, Pneumokokken und *Escherichia coli*. In den letzten Jahren sind in dieser Erhebung Sterbefälle an Meningitis durch *Haemophilus influenzae* oder an Neuroborreliose seltener geworden. Unter den gemeldeten Meningitiden durch Borrelien und *Haemophilus influenzae* wurden 1998/1999 keine tödlichen Verläufe gemeldet.

Die ›anderen bakteriellen Meningitiden‹ weisen in der Regel eine höhere Letalität auf, als sie für die Meningokokken-Erkrankungen ermittelt wurde. Obwohl bei diesen Erkrankungen grundsätzlich eine hohe Letalität bekannt ist, ist die beobachtete Größenordnung doch bemerkenswert, so dass retrospektive Analysen mit dem Ziel einer Optimierung des Therapieregimes sicher hilfreich wären.

Für 1999 liegen in den Gruppen ›Virus-Meningoenzephalitis‹ und ›übrige Formen der Meningoenzephalitis‹ zusammen Meldungen über insgesamt 1.627 Erkrankungsfälle vor (2,0 Erkr. pro 100.000 Einw.; 1998: 1527 Erkr., 1,9 pro 100.000 Einw.). Davon waren 841 Erkrankungen als Virus-Meningoenzephalitis ausgewiesen (1,0 Erkr. pro 100.000 Einw.); im Jahr 1998 wurden mit 898 Erkrankungen (1,1 pro 100.000 Einw.) etwas mehr Fälle erfasst. 17 der 1999 gemeldeten Erkrankungsfälle verliefen tödlich (1998: 16 Sterbefälle). In der Gruppe der ›übrigen Formen‹ entfallen auf 786 gemeldete Erkrankungen 12 Sterbefälle.

Der Gipfel der saisonalen Verteilung lag wie in den vorhergehenden Jahren im III. Quartal (1999: 427 gemeldete Erkrankungen an Virus-Meningoenzephalitis, 1998: 429). Dieses Erscheinungsbild trifft auch auf die Gesamtgruppe zu. Das saisonale Muster entspricht der in diesem Zeitraum typischen Zirkulation der Enteroviren und unterstreicht deren herausragende Rolle. Die höchste gemeldete Inzidenz war in Sachsen und im Saarland, die niedrigste in Schleswig-Holstein und in Hamburg zu verzeichnen.

Größere Ausbrüche virusbedingter Meningoenzephalitiden sind 1999 nicht bekannt geworden. Das Nationale Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren am RKI registrierte 1999 eine Zirkulation von Enteroviren, die den Vorjahren entsprach und keine Anhaltspunkte für epidemische Entwicklungen gab. Bei Patienten mit aseptischer Meningitis wurden ECHO-Viren der Typen 4, 7, 11 und 30 isoliert.

Das Berichtssystem der DVV und des RKI zur Erfassung positiver Virusbefunde, in dem für 1999 Befunde aus 17 Viruslaboratorien ausgewertet wurden, gestattet eine Aussage über 193 Erreger- bzw. Infektionsnachweise im Zusammenhang mit einer Infektion des Nervensystems. Von diesen wurden 78% durch **Viren der Herpes-Gruppe** (45%) und **Enteroviren** (33%) verursacht. Verteilung der Enterovirusnachweise: 17-mal Coxsackie-Virus, 18-mal ECHO-Virus, 29-mal nicht näher bezeichnete Enteroviren. Unter den Viren der Herpes-Gruppe waren beteiligt:

*Herpes-simplex*-Viren – HSV – (28, davon 21-mal Serotyp 1), Varizellen-Zoster-Viren – VZV – (41) und Zytomegalie-Viren – CMV – (18). Bei den beteiligten Viren der Herpes-Gruppe ist die Manifestation am ZNS ein vergleichsweise seltenes Ereignis (HSV: 10 % aller positiven Nachweise mit klinischen Angaben, VZV: 21 %, CMV: 4 %). Bei den Enteroviren wurden 48 % der positiven Nachweise im Zusammenhang mit einer Infektion des Nervensystems geführt.

Für die FSME liegt für 1999 nur eine Sammlung bestätigter autochthoner Krankheitsfälle aus den FSME-Risikogebieten in Baden-Württemberg und Hessen vor. Für 1999 wurden in diesen beiden Bundesländern 58 FSME-Erkrankungen durch Umfrage in Kliniken erfasst. Für Bayern waren entsprechende Angaben für 1999 nicht verfügbar. Für 1998 wurden in den FSME-Risikogebieten Deutschlands insgesamt 121 Erkrankungsfälle durch Um-

frage ermittelt (1997: 175). In einzelnen Veröffentlichungen werden teilweise höhere Erkrankungszahlen genannt.

Ein Erkrankungsfall nach Art der »neuen Variante« der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, bei dessen Auftreten der Verdacht auf eine übertragbare Krankheit bestände, ist in Deutschland weiterhin nicht beobachtet worden.

Der vorliegende Bericht zu den ZNS-Infektionen 1999 beruht auf den vorliegenden Meldedaten, zusätzlichen Angaben aus den neuen Bundesländern und Berlin, Angaben aus dem Berichtssystem zur Erfassung positiver Virusbefunde der DVV und des RKI, aus dem Labormeldesystem des RKI für bakterielle Infektionen im Kindesalter sowie Daten aus dem NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren am RKI. Daten zu FSME-Erkrankungen in Baden-Württemberg und Hessen erhielten wir von Herrn PD Dr. R. Kaiser (Freiburg), Daten zur Neuroborreliose von der Interdisziplinären Beratergruppe »Lyme-Borreliose« bei der Landesärztekammer Brandenburg (vertreten durch Herrn Dr. T. Talaska, Groß Lindow). – Dank gilt allen Gesundheitsbehörden, Laboratorien und Kliniken, die durch Daten und Befunde zur Surveillance auf diesem Gebiet beigetragen haben.

## Salmonellose-Geschehen in einem Jugendlager nach Verzehr von Tiramisu

In Mecklenburg-Vorpommern (Kreis Ostvorpommern) kam es Anfang August 2000 in einem internationalen Jugendlager zu einer Häufung von z. T. schwer verlaufenden gastroenteritischen Erkrankungen. Etwa 90 aus verschiedenen Ländern teilnehmende Jugendlichen hatten am 01.08. gegen 21 Uhr eine Tiramisu-Speise verzehrt. In der Zeit vom 02. bis zum 04.08. erkrankten 57 Teilnehmer im Alter von 15 bis 25 Jahren mit Durchfällen, Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost, Bauchschmerzen und Fieber. Die Krankheitserscheinungen waren bei 50 der Erkrankten so schwer, dass sie z. T. mehrere Tage in umliegenden Krankenhäusern behandelt werden mussten.

Eingeleitete Stuhluntersuchungen ergaben bei 45 Patienten den Nachweis von *S. Enteritidis*.

Zwei weitere Personen wurden bei Umgebungsuntersuchungen unter den Jugendlichen als Ausscheider von *S. Enteritidis* ermittelt. Die Ermittlungen durch das zuständige Gesundheitsamt und das Veterinäramt belegten bald, dass alle Erkrankten eine bestimmte Zubereitung verzehrt hatten: Die Jugendlichen hatten in Vorbereitung eines Nationalitätenfestes eine Tiramisuspeise unter Verwendung von privat eingekauften Eiern selbst hergestellt und diese anschließend bis zum Verzehr mehrere Stunden ungekühlt aufbewahrt. Durch das zuständige Veterinäramt

konnte in vorhandenen Speiseresten ebenfalls *S. Enteritidis* nachgewiesen werden. Damit ist die Ursache der Erkrankungshäufung geklärt.

**Kommentar:** Das hier beobachtete Salmonellose-Geschehen, das im Jahr 2000 bisher größte in Mecklenburg-Vorpommern, bekräftigt ein weiteres Mal das hohe Risiko von Roheizusatz zu Speisen, die nicht noch einmal erhitzt werden bzw. die Folgen einer nicht sachgemäßen Aufbewahrung solcher Speisen, die ggf. eine extreme Keimvermehrung ermöglicht.

Bei dieser gemeinschaftlichen Zubereitung und Verteilung der Speise handelte es sich nicht um Gemeinschaftsverpflegung im gesetzlichen Sinne und nicht um einen Verstoß gegen die Hühnereier-Verordnung. Allerdings hat der Betreiber der Einrichtung die Auflage bekommen, alle Gäste bzw. Gruppen darüber zu belehren, dass die Zubereitung eigener Speisen zum gemeinschaftlichen Verzehr nur mit Absprache bzw. unter Aufsicht des Küchenpersonals erfolgen darf.

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. med. M. Littmann und Frau Prof. Dr. med. C. Hülße, Landeshygieneinstitut Mecklenburg-Vorpommern, Sitz Rostock.

## Vorbereitung auf das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten – Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Das IfSG hat das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen und tritt am 01.01.2001 in Kraft. Dieses Gesetz verwirklicht eine umfassende Novellierung des deutschen Seuchenrechts und fasst eine Reihe neben dem BseuchG entstandener Regelungen zu einem einheitlichen Regelwerk zusammen. Die Aufgabenbereiche Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten wurden neu strukturiert, teilweise wurden neue Instrumentarien geschaffen. Dem als epidemiologisches

Zentrum institutionalisierten Robert Koch-Institut wurde in diesem Zusammenhang eine Reihe neuer Aufgaben übertragen.

Die Veränderungen sind vielfältig und z. T. grundsätzlicher Art. Vor allem diejenigen, die direkt mit Infektionskrankheiten befasst sind, stehen jetzt vor der Aufgabe, sich auf die neuen Regelungen einzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit, die beteiligten Bundesinstitute und die obersten Gesundheitsbehörden der Länder sind darauf

vorbereitet, diesen Prozess durch Informationen, Interpretationen und Erläuterungen zu begleiten und entstehende Fragen zu klären. Wichtige Aufgaben übernehmen in diesem Zusammenhang die Akademien für das öffentliche Gesundheitswesen, weitere Fortbildungseinrichtungen sowie die einschlägigen Berufsverbände und Fachgesellschaften. Hier einige Hinweise auf aktuelle Aktivitäten und zum Stand der Dinge:

### Publikationen

Der Gesetzestext ist veröffentlicht im Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2000, Teil I, Nr. 33 vom 25.7.2000, S. 1045 ff. Er steht auch im Internet zur Verfügung unter <http://195.20.250.97/BGBl/bgbli/b100033f.pdf>. Eine Textausgabe in Buchform ist in Vorbereitung.

Durch das RKI wurde ein **Themenheft der Zeitschrift Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz** vorbereitet, das im November 2000 erscheint (vorgesehener Auslieferungstermin: 14.11.2000). Folgende Beiträge sind enthalten:

- ▶ ›Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und zu Nachweisen von Krankheitserregern‹,
- ▶ ›Einsatz der RKI-Falldefinitionen zur Übermittlung von Einzelfallmeldungen‹,
- ▶ ›Umsetzung der Übermittlung der meldepflichtigen Infektionen nach dem IfSG‹,
- ▶ ›Umsetzung der Meldung nach § 7 Abs. 3 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen‹,
- ▶ ›Schutz vor lebensbedrohenden importierten Infektionskrankheiten‹,
- ▶ ›Das IfSG – Anpassung des Meldewesens auf Kreis- und auf Landesebene‹,
- ▶ ›Die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes zum Meldewesen aus der Sicht des Gesundheitsamtes‹,
- ▶ ›Das neue Infektionsschutzgesetz – Möglichkeiten zur Verbesserung der Zurückdrängung von Zoonosen‹,
- ▶ ›Surveillance übertragbarer Krankheiten in der Perspektive des Infektionsschutzgesetzes‹,
- ▶ ›Die Bedeutung des IfSG für die Impfprävention übertragbarer Krankheiten‹.

Diese Ausgabe wird gleichzeitig, abweichend vom sonst üblichen Verfahren, vollständig und kostenfrei im Internet angeboten (<http://www.rki.de>). Einzelexemplare der Zeitschrift können beim Springer Verlag bestellt und zu den Bezugsbedingungen erworben werden (Kontakt: Springer Auslieferungsgesellschaft, Frau Irene Nienhaus, PF 10 51 60, 69221 Heidelberg; Tel.: 0 62 21. 34 52 47, Fax: 0 62 21. 34 52 29, E-Mail: [nienhaus@springer.de](mailto:nienhaus@springer.de)).

Ein **›Kommentar zum Infektionsschutzgesetz – IfSG‹**, bearbeitet von S. Bales, H. G. Baumann und N. Schnitzler, erscheint im Verlag W. Kohlhammer GmbH (vorgesehen: Dezember 2000) und ist über den Buchhandel zu beziehen.

### Fortbildungsveranstaltungen

Bisher stehen folgende Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen, Düsseldorf,

fest: am 02.11.2000 in Bonn, am 07.11.2000 in Hannover, am 30.11.2000 in Hamburg, am 12.12.2000 in Frankfurt am Main, am 25.01.2000 in Kassel (Anmeldungen: Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen, Veranstaltungsbüro, Auf'm Hennekamp 70, 40225 Düsseldorf; Fax: 02 11. 3 10 96–34, Tel.: 02 11. 3 10 96–29).

Der **Fortbildungskongress ›Öffentliche Gesundheit 2000‹**, der vom 04.–06.10.2000 in Ingolstadt stattfindet und von der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit veranstaltet wird, enthält ebenfalls Beiträge zu den neuen gesetzlichen Regelungen (Anmeldung: Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, z. H. Frau Friedrich, Winzererstraße 9, 80797 München; E-Mail: [Christine.Friedrich@stmas.bayern.de](mailto:Christine.Friedrich@stmas.bayern.de), Fax: 089.12 61–18 70 70, Tel.: 089.12 61–22 77).

Das Robert Koch-Institut bereitet gegenwärtig spezielle Fortbildungsveranstaltung zum IfSG für Multiplikatoren in den Ländern vor. Auf der Jahresfortbildungsveranstaltung der Bundesinstitute für den ÖGD, die vom 21.–23.03.2001 in Berlin stattfinden wird, gestaltet das RKI einen Komplex zum IfSG (Einladungen zu dieser Veranstaltung werden Ende des Jahres versendet).

### Datenverarbeitung, Formblätter und Merkblätter

Mit der Erarbeitung der elektronischen Programme zur zentralen Verarbeitung der anfallenden Meldedaten konnten erst nach der endgültigen Festlegung der meldepflichtigen Ereignisse begonnen werden. Den obersten Landesbehörden sowie den entsprechenden Software-Firmen werden durch das RKI Spezifikationen zu inhaltlichen und technisch-organisatorischen Fragen der Datenverarbeitung übergeben, die die Grundlage für die Gestaltung der Software für die Gesundheitsbehörden der Länder und Kreise bilden (Termin: Ende September). In diesem Rahmen erfolgt auch ein Vorschlag zur Gestaltung der Meldebögen für die meldenden Ärzte und Laboratorien. Die obersten Landesbehörden erhalten die Muster der Meldebögen unmittelbar nach deren Fertigstellung (voraussichtl. Oktober 2000). Der Druck erfolgt in der Verantwortung der Länder.

Materialien für die **Belehrung der Beschäftigten in Gemeinschaftseinrichtungen und Lebensmittelbetrieben** werden durch das RKI bis Ende Oktober 2000 fertiggestellt und den obersten Landesbehörden zur weiteren Verwendung angeboten.

Die Vorbereitung auf das neue Gesetz und die gemeinsamen Bemühungen um seine erfolgreiche Anwendung werden noch einigen Aufwand erfordern und einige Zeit in Anspruch nehmen. Auf die Gesundheitsämter kommt die Aufgabe zu, den Prozess der Umsetzung in ihrem Zuständigkeitsbereich zu moderieren.

Fragen und Hinweise nehmen die obersten Landesbehörden und das Robert Koch-Institut entgegen. Das *Epidemiologische Bulletin* wird den Prozess der Vorbereitung, Einführung und Anwendung weiter flankieren.