



Epidemiologisches Bulletin

8. Juni 2001 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Meningokokken als Krankheitserreger in Deutschland 2000

Daten aus dem Jahresbericht des Nationalen Referenzzentrums

Für das Jahr 2000 sind in Deutschland bisher insgesamt 756 Meningokokken-Erkrankungen gemeldet worden (1999: 718). Die Meldungen für 2000 entsprechen einer Inzidenzrate von 0,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. In Deutschland bestand damit, verglichen mit anderen Ländern, eine vergleichsweise günstige Situation. Nachfolgend veröffentlichen wir eine kurze Einschätzung der Situation im Jahr 2000 durch das Nationale Referenzzentrum für Meningokokken (NRZM) an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, die auf einer Analyse der erhobenen Befunde beruht:

Dem NRZM standen im Jahr 2000 insgesamt 803 aus mikrobiologischen Laboratorien Deutschlands eingesandte und rekultivierbare Stämme von *Neisseria meningitidis* zur Verfügung. Von diesen wurden 457 Stämme bei systemischen Erkrankungen isoliert (Meningitis, Sepsis, Waterhouse-Friderichsen-Syndrom), 346 Stämme stammten von Keimträgern. Die Rate der Übersendung von Meningokokken-Stämmen, die bei invasiven Meningokokken-Erkrankungen isoliert wurden, an das NRZM hat sich in den letzten Jahren ständig erhöht; das NRZM ist in den letzten Jahren immer stärker in die epidemiologische Überwachung einbezogen worden. Bezogen auf die aus den einzelnen Bundesländern gemeldeten Meningokokken-Meningitiden schwankt die Rate der an das NRZM übersandten Liquor- und Blutisolate allerdings noch zwischen 25% und über 100% (aus Bremen wurden wieder mehr Stämme eingesandt, als Erkrankungen zur Meldung gelangten). Die Zahl der Isolate von systemischen Meningokokken-Infektionen, die im Nationalen Referenzzentrum untersucht und charakterisiert werden konnten, entspricht einem Gesamtanteil von 60,4% der gemeldeten Meningokokken-Meningitiden. – Herkunft der an das NRZM eingesandten Isolate: 45% kamen aus privaten Laborarztpraxen, 31% aus Krankenhauslaboratorien, 17% aus Universitätsinstituten und 7% aus Laboratorien des ÖGD.

72% der *N.-meningitidis*-Isolate von invasiven Erkrankungen wurden vom Januar bis April bzw. Oktober bis Dezember eingesandt. – Die durch das NRZM beobachteten 457 Erkrankungen traten in 426 Fällen (93%) als sporadische Einzelerkrankungen in Erscheinung, 31 Fälle wurden aufgrund evidenter epidemiologischer Zusammenhänge 7 Clustern bzw. lokalen Häufungen (mit 7, 7, 6, 5, 2, 2, 2 Erkr.) zugeordnet (3 mit 13 Erkr. durch Erreger der Serogruppe B, 4 mit 18 Erkr. durch Erreger der Serogruppe C).

Manifestationen und Verlauf: Von den 457 Isolaten bei invasiven Meningokokken-Erkrankungen wurden 198 (43,3%) von Patienten mit einer Meningitis gewonnen. Bei 85 (18,6%) der Patienten manifestierte sich die Erkrankung ausschließlich als Sepsis und bei 87 (19,0%) hatten sich sowohl eine Meningitis als auch eine Sepsis entwickelt (in weiteren 84 Fällen waren Meningitis/Sepsis nicht spezifiziert, in drei Fällen lagen andere invasive Erkrankungen vor).

Sterbefälle: Bei 28 der durch das NRZM beobachteten invasiven Meningokokken-Erkrankungen ist ein tödlicher Ausgang bekannt (Gesamtletalität hier 6,1% – 28/457), unter diesen waren 20 Fälle eines Waterhouse-Friderichsen-Syndroms. Die Isolate von diesen 20 tödlich verlaufenen Erkrankungen an einem Water-

Diese Woche 23/2001

Meningokokken-Erkrankungen:
Situation in Deutschland 2000
nach Daten des NRZ

Poliomyelitis:
Ausbruch in Bulgarien
durch importierte Wildviren

Zum Weltnichtrauchertag 2001:
Eine Betroffene
zu praktischen Problemen
einer rauchfreien Atemluft

Infektionsschutzgesetz:
Hinweise zu den
Regelungen der §§ 42 und 43



house-Friderichsen-Syndrom gehören unterschiedlichen Serogruppen und Serotypen an (13-mal Serogruppe B, 5-mal Serogruppe C, 1-mal Serogruppe W135, 1-mal Serogruppe Y); die Verteilung auf die Serogruppen entsprach damit etwa deren Verteilung bei den Blut- und Liquorisolaten insgesamt. Zwei der Sterbefälle standen in unmittelbarem Zusammenhang mit Auslandsaufenthalten (Erreger der Serogruppe C Serotyp 2a).

Altersverteilung der Erkrankten: Die Einsendungen an das NRZM bestätigen, dass die altersspezifische Inzidenz der Meningokokken-Erkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern am höchsten ist; 42% (194/457) aller Isolate von systemischen Erkrankungen stammten von Kindern in den ersten fünf Lebensjahren. Unter diesen tragen die Kinder im ersten Lebensjahr ein besonders hohes Erkrankungsrisiko (18% der Isolate von systemischen Erkrankungen). Im Jugendalter findet sich ein zweiter Morbiditätsgipfel (20% – 93/457 der übersandten Stämme wurden bei Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren isoliert).

Typisierungsergebnisse der Erreger: Die vollständige Antigenformel eines Meningokokken-Stammes besteht aus der durch die Antigene der Polysaccharidkapsel bestimmten **Serogruppe** (2000 in Deutschland bei invasiven Erkrankungen sechs Gruppen prävalent) sowie dem durch die äußeren Membranproteine bestimmten **Serotyp** und dem **Serosubtyp**. Viele Stämme können nur Serogruppen, nicht aber Serotypen oder Serosubtypen zugeordnet werden.

Durch den Einsatz molekularbiologischer Methoden kann durch das Nationale Referenzzentrum bei Stämmen mit identischen Antigenformeln die klonale Identität bestimmter Isolate wahrscheinlich gemacht bzw. ausgeschlossen werden. Damit können z. B. die genetische Verwandtschaft der Erreger eines Ausbruches oder der Zusammenhang verschiedener kleinerer örtlicher Ausbrüche bzw. verschiedener sporadischer Fälle nachgewiesen werden.

Wie in den Vorjahren gehörten auch im Jahr 2000 die Isolate aus Liquor oder Blut fast ausschließlich den ›klassischen‹ **Serogruppen B und C** an (zusammen 92,3% aller Isolate). Bei der Verteilung der Isolate ergab sich 2000 für Gesamtdeutschland ein Anteil der Serogruppe C von 21,4%, der recht genau dem Durchschnittswert für Serogruppe-C-Erkrankungen für die Jahre 1990–99 von 21,3% entspricht. Der Anteil der Serogruppe B betrug 70,9%. Stämme der selteneren **Serogruppen Y und W135** waren für 3,5% bzw. 3,3% der invasiven Erkrankungen verantwortlich und spielten damit keine besondere Rolle im epidemischen Geschehen.

In der Verteilung der Serogruppen bestehen Unterschiede innerhalb Deutschlands. So ergaben sich in den Bundesländern mit mehr als 10 Stammeinsendungen – bei einem Schwanken der Anteile der Erkrankungen durch Erreger der **Serogruppe C** von 6% bis 39% – vergleichsweise hohe Anteile in **Bayern** (27% – 15/56) und in **Baden-Württemberg** (39% – 24/61). In den neuen Bundesländern waren bisher Infektionen durch Erreger der Serogruppe B deutlich prädominant, jetzt hat sich der Anteil der Serogruppe C in den südlicheren dieser Länder **Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen** deutlich erhöht (durchschnittlich 28% – 11/39).

Die 324 **Gruppe-B-Isolate** aus Blut oder Liquor sind 80 Antigenformeln zuzuordnen, acht von diesen haben einen Anteil von 48%, die übrigen traten nur vereinzelt auf (1–8 Nachweise). Unter den von invasiven Erkrankungen

stammenden Serogruppe-B-Isolaten waren – wie in den Vorjahren – der Serotyp 15/Serosubtyp P1.7,16 am häufigsten (Antigenformel: **B:15:P1.7,16**; Anteil: 13,3% der Serogruppe B). In Gesamteuropa herrschten bis 1995 ebenfalls B15-Stämme vor, seit 1996 B4-Stämme. **B:4:P1.4-Isolate** waren in Deutschland im Jahr 2000 der dritthäufigste Phänotyp (6,5%). Eine größere Anzahl von Stämmen der Serogruppe B war weder einem Serotyp noch einem Serosubtyp zuzuordnen (B:NT:NST), diese Stämme wurden am zweithäufigsten nachgewiesen (7,7%).

Die 98 **Gruppe-C-Isolate** aus Blut oder Liquor sind 24 Antigenformeln zuzuordnen. Die im Jahr 2000 vorherrschenden Phänotypen der systemischen Serogruppe-C-Isolate sind Stämme der **Serotypen 2a und 2b mit den Subtypen P1.2, P1.5, P1.2,5 und NST** (nicht serotypisierbar), die ebenfalls europaweit dominieren. Der Anteil des Serotyps 2a mit den Subtypen P1.2, P1.5, P1.2,5 und NST blieb mit 37,8% (37/98) – wie in den vergangenen Jahren – relativ hoch (1999: 39,8%, 1998: 53,6% aller Gruppe-C-Stämme von invasiven Erkrankungen). Die C:2a-Isolate gehören in der Regel dem **ET-37-Komplex** (ET = elektrophoretischer Typ) an, die C:2b-Isolate entsprechen dem A4-Cluster. Auch der Anteil der invasiven C:2b-Isolate blieb mit 16,3% in der Größenordnung des Vorjahres (14,8%).

Bei der molekularbiologischen Typisierung der C:2a- und C:NT-Stämme war im Jahr 2000 mit einem Anteil von 27% ein weiterer geringer Anstieg der Isolate, die innerhalb des ET-37-Komplexes dem Klon **ET-15** entsprachen, festzustellen. Die meisten ET-15-Stämme (8 der 17 Isolate) stammten aus Baden-Württemberg (davon 4 aus Karlsruhe).

Im Zusammenhang mit dem Hadsch 2000 (der alljährlichen Pilgerschaft zu den heiligen Stätten des Islam in Saudi-Arabien) war es bei Teilnehmern, Rückkehrern und Kontaktpersonen weltweit zu mehreren Hundert Meningokokken-Erkrankungen gekommen, überwiegend durch Meningokokken-Stämme der Serogruppe W135. Dies hat auch Auswirkungen auf Deutschland gehabt (s. a. *Epid. Bull.* 35/2000: 282–283). 15 Isolate von invasiven Erkrankungen gehörten der Serogruppe W135 an (3,3%; 1999: 1,0%). 11 der 15 Stämme entsprachen bei molekularbiologischer Typisierung (PFGE) dem Ausbruchsstamm, der dem ET-37-Komplex angehört. Auch ein B:2a:P1.2-Stamm, der von einer erkrankten Pilgerin isoliert wurde (s. a. *Epid. Bull.* 15/2000: 119–120), erwies sich als diesem Komplex zugehörig (hier hatte vermutlich ein Kapselaustausch stattgefunden). Zwei der durch Meningokokken der Serogruppe W135 mit den Eigenschaften des ›Mekka-Stammes‹ Erkrankten lebten im Haushalt von Pilgern, bei vier weiteren waren indirekte Kontakte zu Mekkapilgern ersichtlich (Verwandte, Nachbarn, Teilnahme an Feiern), in den übrigen Fällen war ein Zusammenhang mit dem Hadsch nicht erkennbar.

Ergebnisse der Resistenztestungen: Der Anteil der Stämme mit einer moderaten Penicillin-G-Empfindlichkeit hat im Berichtsjahr zugenommen: 8,5% der Meningokokken-Isolate waren nur mäßig gegen Penicillin G empfindlich, im Einzelnen: 7,9% der Stämme von invasiven Erkrankungen, 8,5% der Isolate von Keimträgern (1999 4,8% sowohl bei invasiven Stämmen als auch bei Keimträger-Isolaten, in

den Vorjahren durchschnittlich 3,9%). Stämme der Serogruppe C zeigten häufiger eine nur intermediäre Penicillin-G-Empfindlichkeit (2000: 17,6%, 1999: 15,9%). Penicillin-G-resistente Meningokokken sind dem NRZM auch im Jahr 2000 nicht zugegangen. Vier Isolate von invasiven Erkrankungen und ein Isolat von einem Keimträger waren gegenüber Rifampicin resistent (0,6%, 5/803), fünf Stäm-

me, darunter zwei Keimträger-Isolate, wiesen eine mäßige Rifampicin-Empfindlichkeit auf (0,6%); damit ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen gegenüber den Vorjahren.

Quelle: Tätigkeitsbericht 2000 des Nationalen Referenzzentrums für Meningokokken am Hygiene-Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, erarbeitet von Frau Dr. I. Ehrhard und Herrn Prof. Dr. H.-G. Sonntag.

Polioerkrankungen in Bulgarien durch importierte Wildviren

Surveillance und Impfungen in der Endphase der Eradikation besonders wichtig

Der letzte autochthone Poliomyelitisfall in der WHO-Region Europa trat im November 1998 im Südosten der Türkei auf. Im Ergebnis systematischer Surveillance gab es seit dieser Zeit keine Hinweise auf das Zirkulieren von Polio-wildviren in Europa. In diesem Zusammenhang sind Poliomyelitis-Erkrankungen, die in diesem Jahr in Bulgarien aufgetreten sind, von großer Bedeutung. Am 20.03.2001 erkrankte ein 13 Monate altes ungeimpftes Kind aus Burgas am Schwarzen Meer mit Fieber und Erbrechen, am 21.03. wurde es wegen einer gleichzeitig bestehenden Tonsillitis in ein Krankenhaus aufgenommen, dort entwickelte sich am 24.03. eine Parese des linken Beines, was zur Verlegung in eine Infektionsabteilung führte. Zwei am 24.03. und 25.03. entnommene Stuhlproben wurden dem Nationalen Poliolo-labor zugeleitet.

Aus dem Stuhl wurde am 17.04. ein Poliovirus Typ 1 isoliert und am gleichen Tag an das Regionale Referenzlabor der WHO in Paris zur intratypischen Differenzierung geschickt. Mit verschiedenen Methoden (ELISA, Neutralisationstest mit monoklonalen Antikörpern, Sabin-spezifische PCR) wurde das Virus als Wildvirus charakterisiert. Am 27. April bestätigte das WHO Regionalbüro der WHO für Europa das Auftreten einer durch Polio-wildvirus Typ 1 verursachten Erkrankung in Bulgarien und informierte das Hauptquartier in Genf.

Das Kind gehört der Ethnie der Roma an, einer Gruppe mit erfahrungsgemäß oft geringer Beteiligung an Impfungen und anderen medizinischen Vorsorgemaßnahmen. Es wurden Stuhlproben von Kontaktpersonen untersucht und eine erste Impfkampagne organisiert; innerhalb von zwei Tagen erhielten 1.622 Kinder im Umfeld des erkrankten Mädchens OPV (Gesamtpopulation der Gruppe an diesem Ort: 10.077).

Am 23. April entwickelte sich eine zweite Polioerkrankung. Sie betraf ein 2-jähriges, ebenfalls ungeimpftes, der Population der Roma angehörendes Kind aus Jambol (etwa 80 km von Burgas entfernt im Landesinneren). Am 2. Mai wurde ein weiteres Poliovirus bei einem offensichtlich noch ungeimpften 3-jährigen Kind isoliert, einer Kontaktperson des in Burgas erkrankten Kindes. Auch diese Isolate konnten als Wildviren bestätigt werden. Sequenzanalysen und Datenbankrecherchen an den CDC in Atlanta, USA zeigten eine 97%ige Homologie zu aktuell in Nordindien zirkulierenden Polio-wildviren. Alle drei in Bulgarien isolierten Polio-wildviren waren identisch. Bis Ende April wurden insgesamt rund 17.000 Kinder der gefährdeten Population

auch in angrenzenden Gebieten geimpft. Weitere Impfaktionen sind geplant.

Schlussfolgerungen: Dieses Beispiel unterstreicht erneut, dass ein guter Individual- und Populationsschutz nur durch konsequente Polioimpfungen zu erreichen ist. Solange es außerhalb Europas noch Endemiegebiete der Poliomyelitis gibt, muss mit der Einschleppung von Polio-wildviren und auch Erkrankungsfällen ungeimpfter Personen gerechnet werden. Gemeinschaften mit niedriger Impfmunität sind ganz besonders gefährdet und können ein Zirkulieren eingeschleppter Wildviren ermöglichen (das haben z. B. mehrere Ausbrüche im sog. ›Bibelgürtel‹ in den Niederlanden eindrucksvoll belegt). – Reisende nach Bulgarien sind nicht unmittelbar gefährdet, sie sollten aber vorsorglich auf eine aktuelle Impfmunität gegen Polio achten (Grundimmunisierung bzw. Auffrischung mit IPV, wenn die letzte Impfung länger als 10 Jahre zurückliegt; zwei Dosen IPV, wenn bisher keine Impfung erfolgte)

Die WHO fordert alle Länder auf, in der Endphase der Eradikation die Polio-Surveillance (AFP-Surveillance, Kontrolle der Viruszirkulation) zu intensivieren und in den konsequenten Bemühungen um hohe Impfraten im Kindes- und Jugendalter nicht nachzulassen. Sie strebt eine weltweite Eradikation der Poliomyelitis bis 2005 an (s. a. ›Poliomyelitis: Endphase der Eradikation hat begonnen‹. *Epid. Bull.* 43/2000: 341–343). Die Zertifizierung erfolgt zunächst auf regionaler Ebene. Einige Regionen der Erde gelten bereits heute als poliofrei. Auf dem amerikanischen Kontinent wurde bereits 1994 die Eliminierung von Polio-wildviren zertifiziert, im Jahr 2000 folgte die Westpazifische Region (s. a. *Epid. Bull.* 47/2000: 373). Das Europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen strebt die Zertifizierung des Freiseins von Polio-wildviren für die WHO-Region Europa im nächsten Jahr an. Voraussetzung dafür ist die Unterbrechung der Zirkulation von Polio-wildviren, die durch ein geeignetes Surveillance-System zu beweisen ist. Dabei gilt die Erfassung und virologische Abklärung akut auftretender schlaffer Paresen (AFP-Surveillance) als Goldstandard. Zwei **Bedingungen der Zertifizierung** müssen erfüllt werden: 1. über einen Zeitraum von drei Jahren dürfen keine Polio-wildviren gefunden werden (Ausnahme: unmittelbar importierte Infektionen), 2. auf den Nachweis importierter Wildviren muss adäquat reagiert werden (Umgebungsuntersuchungen; Impfungen).

Bericht aus dem NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren am RKI

Nachtrag zum Weltnichtrauchertag 2001:

Von der Schwierigkeit, rauchfrei zu atmen – eine Nichtraucherin berichtet

Anliegen des Epidemiologischen Bulletins des RKI ist es, das Abwenden von Gesundheitsgefahren für die Bevölkerung mit den verfügbaren Mitteln bestmöglich zu unterstützen. Dazu gehört auch die Förderung weltweiter, durch die WHO organisierter Initiativen, z. B. des Weltnichtrauchertages am 31. Mai 2001, der dem Schutz der nicht rauchenden, aber durch Rauch gefährdeten Mitmenschen gewidmet war. Zwei Beiträge dazu fanden bereits Eingang in die Ausgabe 21/2001, ein dritter, besonders engagiert und für das Bulletin ungewöhnlich, weil aus der Sicht einer Betroffenen geschrieben, konnte in der Ausgabe nicht mehr berücksichtigt werden. Weil diese persönlichen Gedanken einer Wissenschaftlerin »aus der Praxis, für die Praxis« aber besonders geeignet erscheinen, das Problem bewusst zu machen, Nachdenken und Umdenken anzustoßen, sollen sie hier weitgehend unverändert als Nachtrag zum Weltnichtrauchertag erscheinen:

Wie entzieht man sich im alltäglichen Lebensablauf den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch? Ein Problem, das in unserem Land weitaus schwerer zu lösen ist, als es zunächst erscheint und für Nichtraucher eine Vielzahl von Einschränkungen in allen Lebensbereichen bedeutet. Probleme für Nichtraucher ergeben sich praktisch überall im täglichen Leben. Die Unannehmlichkeiten zeigen sich z. B. wenn man die letzten verbliebenen echten Kommunikationszentren betritt: die Zeitungsläden um die Ecke. Hier halten sich Anwohner gerne zu einem kleinen Plausch mit dem Verkaufspersonal oder anderen Anwohnern auf – sehr häufig rauchend. Wie überhaupt Rauchen ein Gemeinsamkeit schaffendes Phänomen zu sein scheint – wenn geraucht wird, rauchen meist alle auf einmal. Als Nichtraucher verkürzt man daher zwangsläufig den Aufenthalt in diesen Läden – sofern das Betreten nicht überhaupt vermieden wird – auf ein Minimum, obwohl man doch eigentlich gerade die kleinen Läden in der Nachbarschaft unterstützen möchte. Nach diesem gescheiterten Versuch der Unterstützung lokaler Kleinunternehmen versucht man, wenigstens umweltbewusstes Verhalten durch Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel zu zeigen. Beim Warten auf Busse und Straßenbahnen trifft man jedoch auf Raucher, die in der dicht gedrängten Menge in einem kleinen Schutzhäuschen unbedingt rauchen müssen! Also wartet man außerhalb des Wartehäuschens, auch wenn es regnet (Feuchtigkeit soll ja auch gut sein für die Haut, für Dauerwellen allerdings weniger). Also steigt man – falls möglich – besser in die Tiefen der U-Bahn um, dort ist das Rauchen nämlich inzwischen verboten (in Berlin). Theoretisch. Praktisch wird das Verbot dagegen gerne ignoriert und schon ist man wieder in dem quasi abgeschlossenen Raum der Bahnsteige dem Rauch ausgesetzt. Beschließt man, lieber zu Fuß zu gehen, wird einem von Vorausgehenden der Qualm durch den Wind in die Nase gepustet.

Möchte man nach all der Unbill in einem Restaurant ausruhen, ist das nur in einem der wenigen Nichtraucher-Restaurants oder im Sommer in Lokalitäten mit Außenflächen möglich, da die Rauch-Konzentration gerade in Res-

taurants häufig unerträglich ist. Allerdings ist man auch in Gartenrestaurants nur eingeschränkt vor dem herüberwehenden Rauch der Nachbartische sicher. Besonders tückisch sind dabei Pfeifen- und Zigarrenraucher, die offenbar eine besondere Nähe zur freien Natur haben. Flüchtet man vor all diesen Beeinträchtigungen ins Kino, sind Aufenthaltsraum und Kinokasse häufig in einem Raum. Während des endlosen Wartens auf eine kleiner werdende Kassenschlange wird man aus der gesamten Umgebung der ebenfalls Wartenden vollgequalmt – und flüchtet. Am besten ins Fitness-Studio, das soll ja schließlich der Gesundheit dienen. Leider gibt es aber sogar einzelne Studios mit angeschlossenem Bistro (eine natürlich an sich gute Einrichtung), das man durchqueren muss, um ins Studio zu kommen, und in dem das Rauchen erlaubt ist! Bei Nachfragen nach der Vereinbarkeit zwischen Fitness und Rauchen bekommt man dann – wie so häufig – den Vorwurf der mangelnden Toleranz gegenüber Rauchern zu hören. Schockiert geht man trostsuchend zu seinem Arzt, nur um festzustellen, dass entweder dieser selbst raucht oder – mit seiner Duldung – das Personal der Praxis (auch wenn es meist versteckter passiert und bei weitem nicht so häufig wie im täglichen Leben, tröstet es nicht wirklich).

Beschließt man, sich zur Ablenkung dem Kaufrausch hinzugeben und die garantiert rauchfreie Zone eines Warenhauses aufzusuchen, sollte man über eine stabile Blase verfügen. Anderenfalls muss man durch dichte Rauchwolken im Kaufhaus-Restaurant zu den meist dort gelegenen Toiletten eilen. Glaubt man, sich diesen Problemen durch den Besuch von Veranstaltungen unter freiem Himmel entziehen zu können, so sieht man sich auch hier getäuscht. Mit großer Sicherheit wird jemand vor, neben oder hinter einem Qualm verbreiten, dem man dann wieder ausweichen muss. Dabei kann man die grazile, abgewinkelte Armhaltung von Rauchern bewundern, die den Tabakrauch in perfekter Weise von ihnen selbst fernhält und direkt in die Atmungsorgane der daneben stehenden Nachbarn leitet. Auf Flohmärkten wird man so von der Betrachtung der ausliegenden Pretiosen abgehalten und spart eine Menge Geld. Diese ersparten Ausgaben sowie die durch Nichtkauf von Zigaretten vermiedenen beträchtlichen Kosten würden zusammen mühelos den Kauf einer Atemmaske ermöglichen. Leider sind diese weder hübsch noch praktisch und daher keine wirkliche Hilfe im täglichen Nichtraucherleben.

Resigniert sagt man sich, dann eben keine Freizeitvergnügungen – auf zu Fortbildungsveranstaltungen im Gesundheitswesen. Hier sollte man sich doch auf der sicheren Seite befinden. Und siehe da: zu Beginn der Veranstaltung wird auf das generelle Rauchverbot in allen Räumen hingewiesen! In der Pause sieht man dann jedoch ganz selbstverständlich die Rauchschwaden verschiedener Raucher, und ebenso selbstverständlich stehen überall Aschenbecher. Auf den Hinweis an das Personal, es sei Rauchverbot angekündigt, wird geantwortet, dass man die armen Menschen doch nicht nach draußen in die Kälte

schicken könne. Abgesehen davon, dass es bei strahlendem Sonnenschein draußen schon angenehm temperiert war, ist das Pausieren in der Kälte Nichtrauchern – d. h. der Mehrheit der Anwesenden – im Umkehrschluss dann aber wohl ohne weiteres zuzumuten. Die hilfeschuchende Nachfrage bei den Organisatoren wird mit dem Hinweis abgewiesen, man wolle jetzt keine Konflikte mit den Rauchern.

Verzweifelt geht man nach all diesen Erlebnissen nach Hause in die anscheinend einzige rauchfreie Zone. Die Rückzugsmöglichkeit in den Privatbereich bezieht sich allerdings nur begrenzt auf den Balkon, da rauchende Nachbarn auch hier die Atemluft beeinträchtigen. Will man sich im Urlaub erholen, wird man gleich morgens im Frühstückssaal von qualmenden Gästen gefährdet – ebenso wie die meist zahlreich anwesenden Kinder. Die Gaststätten-Problematik in den Urlaubsorten und in den Autobahnrestaurants beeinträchtigt den Urlaub ebenso wie am Wohnort. Da Raucher zudem häufig Zigaretten ungenutzt überallhin wegwerfen, wird der Genuss der Betrachtung von Denkmälern – an denen man die Kippen natürlich ebenfalls findet – auch beeinträchtigt.

Man fragt sich, wie dies alles möglich sein kann (genannt wurden ja nur einige Beispiele, dabei sogar unter Ausklammerung des Problembereichs Arbeitsplatz). Aber eigentlich haben Raucher – und viele Nichtraucher, die sich der sie umgebenden Gefahren oftmals nicht bewusst sind und die Problematik daher sogar bagatellisieren – es ja wirklich nicht leicht. Es gibt zwar unzählige wissenschaftliche Untersuchungen und Veröffentlichungen über die Gefahren durch Rauchen und Passivrauchen – aber die werden von der Allgemeinheit selten gelesen. Nun gut, es steht auch auf allen Zigarettenpackungen – aber das wird offensichtlich ebenfalls ignoriert. Werbung mit schönen, aktiven, glücklichen, rauchenden Menschen ist erlaubt, Verbote werden nicht kontrolliert, bekannte Personen bis in höchste Staatsämter rauchen in der Öffentlichkeit – wobei Zigaretten die ultimative Belästigung überhaupt darstellen. Fast überall kann man Zigaretten kaufen. Das Rauchen im Auto ist erlaubt, obwohl durch Hantieren mit Zigaretten – wie bei Handys – auch Unfälle entstehen können und eine massive Luftverunreinigung auf kleinstem Raum auftritt. Nicht einmal für die besonders schutzbedürftigen Kinder schlägt das Herz der Gesellschaft und der Politik – auch Kinder, dabei sogar Kinder mit Asthma werden dem Qualm bedenkenlos durch Fremde und durch die eigenen Eltern ausgesetzt. Dies könnte wohl einer Körperverletzung an Minderjährigen gleichgesetzt werden.

Wahrscheinlich werden einfach nicht die richtigen Argumente zur Raucher-Aufklärung genannt. Obwohl in allen Umfragen zu den Wünschen der Bevölkerung die Gesundheit eine herausragende Stellung einnimmt, kann sich in der Praxis offenbar kaum jemand zu tatsächlichen Verhaltensänderungen durchringen. Würde jedoch darauf hingewiesen, dass neben den bekannten Folgen des Rauchens Nikotin auch die Schönheit und die Potenz (ein im Anti-Raucher-Land USA besonders thematisierter Aspekt) beeinträchtigt, wären vielleicht mehr Betroffene beunruhigt und zu Konsequenzen bereit. Auch würden vermut-

lich Anti-Rauch-Kampagnen mit öffentlich bekannten und beliebten Persönlichkeiten einen größeren Effekt erzielen als die Standard-Aufklärungsmaßnahmen, die vorrangig die Vernunft ansprechen. Dazu müsste es aber überhaupt erst einmal zu einer öffentlichen Thematisierung kommen. In letzter Zeit war dies nur im Zusammenhang mit dem geplanten, aber bisher nicht durchgesetzten Tabak-Werbeverbot in der Europäischen Union der Fall.

Überall in Deutschland sieht man rauchende Menschen als üblichen Bestandteil des öffentlichen Bildes – in der Realität, in Fernsehfilmen und in der Werbung. Dies alles geschieht ohne öffentliche Debatte und ständige Proteste der Nichtraucher über die Gesundheitsgefahren für die Bevölkerung. Wie ist das möglich, wenn Tabakrauch wirklich so gefährlich ist? Die Raucher können sich damit zurücklehnen und weitermachen wie bisher. Die schweigende Mehrheit der Nichtraucher arrangiert sich weiterhin individuell mit der Problematik und setzt sich vielfach unausweichlichen Gesundheitsgefahren aus. Zudem sind es immer die Nichtraucher, die sich ihr Recht auf giftfreie Luft erkämpfen müssen und dabei als intolerant und sogar egoistisch dargestellt werden. Ein aktives Vorgehen gegen diese Zumutungen traut man sich dabei häufig nicht, weil als Gegenäußerungen der Raucher in der Öffentlichkeit oftmals üble Pöbeleien erfolgen oder man mit Angriffen rechnen muss. Also versucht man wegzugehen oder hält es aus, wenn es keine Alternative gibt.

Durch gesellschaftliche und politische Duldung des Rauchens werden diejenigen geschützt, die Giftstoffe achtlos gegenüber anderen und vor allem Kindern verbreiten. Nichtraucher dagegen sind, von den wenigen bisher durchgeführten Maßnahmen zum Nichtraucherschutz abgesehen, gezwungen, sich der täglichen Gesundheitsgefährdung durch Tabakrauch auszusetzen oder durch ständige Wachsamkeit gegenüber Qualmquellen die Exposition zu vermeiden. Eine teilweise Vermeidung ist nur durch umfassende Planung möglich. Raucher müssen dagegen bei uns selten planen, wie sie rauchfreie Zeiten überstehen – sie rauchen einfach. Nicht die Raucher müssen recherchieren, wo es Gaststätten, Hotels etc. gibt, in denen sie sich ungehindert mit kanzerogenen Stoffen einnebeln dürfen, sondern Nichtraucher müssen Initiativen gründen und Verzeichnisse erarbeiten, in denen solche Lokalitäten mit Nichtraucherschutz oder Rauchverbot aufgeführt sind. In den meisten Fällen ist der Nichtraucher gezwungen, aktiv Wege zu finden, sich dem gesundheitsgefährdenden Qualm zu entziehen, und nicht der Raucher als Verursacher hat eine Gefährdung und Belästigung anderer zu vermeiden. Damit ist eine Umkehrung der ansonsten beim Umgang mit Giftstoffen üblichen Prinzipien gegeben, ohne dass es dagegen täglich öffentliche Proteste gibt.

Man wünscht sich hier ein verantwortungsvolleres Vorgehen von Politik und Gesellschaft gegen gefährliche Gift-/Suchtstoffe und vor allem auch wirksamere Aktivitäten zum Schutz der Kinder, der schwächsten Glieder der Gesellschaft, die zudem ihre Lebensbedingungen nicht selbst beeinflussen können!

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. Hedi Schreiber, Berlin.

Hinweise zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG):

Welche Personen werden von den Regelungen der §§ 42 und 43 erfasst und welche benötigen eine Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 ?

Der Umgang mit Lebensmitteln findet in vielen, z. T. sehr unterschiedlichen Lebenssituationen statt. Die gesundheitlichen Aspekte dieser sehr verschiedenen Tätigkeiten besitzen eine hohe praktische Bedeutung und lassen gerade im Zusammenhang mit der Umsetzung des IfSG viele neue Fragen entstehen. Der Anwendungsbereich der diesbezüglichen §§ 42 und 43 IfSG reicht von der lebensmittelverarbeitenden Industrie über die gewerbliche Gastronomie bis hin zu Aktivitäten, die im Freizeitbereich stattfinden. Eine solche Vielfalt von tatsächlichen Lebenssituationen kann gesetzlich nicht für alle Fälle detailliert, sondern nur unter Verwendung von unbestimmten, auslegungsfähigen und auslegungsbedürftigen Rechtsbegriffen erfasst werden.

Der vorliegende Beitrag, der die Kenntnis der §§ 42 und 43 IfSG voraussetzt, soll ergänzend zu der bisher dazu veröffentlichten Literatur (s. insbesondere Bales/Baumann, Infektionsschutzgesetz – Kommentar und Vorschriftensammlung – § 42f., Kohlhammer 2001) eine Hilfestellung zu der in den Ländern zu entscheidenden Frage geben, welche Personen von den Regelungen der §§ 42 und 43 IfSG erfasst werden und welche Personen gemäß § 43 Abs. 1 IfSG eine Belehrung benötigen. Es handelt sich – wie bei dem ersten Beitrag aus dem RKI zu diesem Themenkreis (Epid. Bull. 18/01: 120–121) – um einen persönlichen Kommentar, der aber hier dadurch besonderes Gewicht erhält, dass er von Fachleuten aus dem BMG, Gesundheitsministerien zweier Länder und einem Gesundheitsamt gemeinsam erarbeitet wurde.

Zweck der §§ 42 und 43 IfSG

Die in den §§ 42 und 43 IfSG geregelten gesundheitlichen Anforderungen an Personen beim Umgang mit Lebensmitteln dienen dem Ziel, zu verhindern, dass infizierte Personen über Lebensmittel andere Personen infizieren. Das Lebensmittel soll als kontaminiertes Zwischenglied einer Infektionskette ausgeschlossen werden. Das Ziel soll dadurch erreicht werden, dass Personen, von denen aufgrund einer Krankheit, eines Krankheitsverdachts oder einer Infektion eine besondere Kontaminationsgefahr für Lebensmittel ausgeht, der Umgang mit bestimmten Lebensmitteln sowie generell Tätigkeiten in Küchen von Gaststätten und solchen Einrichtungen, in denen Gemeinschaftsverpflegung hergestellt wird, grundsätzlich verboten wird. Die betroffenen Lebensmittel und die betroffenen Tätigkeiten sowie die ein Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot auslösenden Krankheiten und Krankheitserreger sind in § 42 IfSG im Einzelnen aufgelistet.

Da Regelungsgegenstand nur die Abwendung lebensmittelspezifischer Gefahren ist, bleiben hierbei solche Krankheiten unberücksichtigt, bei denen zwar eine Ansteckungsgefahr von Mensch zu Mensch besteht, dem Medium Lebensmittel jedoch keine Gefahr steigende Bedeutung zukommt.

Liegen die entsprechenden Voraussetzungen vor, so treten die in § 42 IfSG geregelten **Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote** (sofern es sich nicht um den privaten hauswirtschaftlichen Bereich handelt) **automatisch** ein, ohne dass es einer behördlichen Anordnung bedarf. Gleiches gilt für die Aufhebung der Verbote, für die weder eine behördliche Anordnung noch eine Bescheinigung oder eine Beurteilung durch einen Arzt gesetzlich vorgeschrieben ist. Um eine breite Beachtung der Regelungen zu erreichen, wenden sich die wesentlichen Ge- und Verbote sowohl an die Beschäftigten als auch an die Arbeitgeber. Für gewerbsmäßig tätige Personen sieht § 43 Abs. 1 IfSG vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeiten eine **Belehrung** durch das Gesundheitsamt oder einen beauftragten Arzt vor.

Wann ist eine Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 IfSG erforderlich ?

Ob eine Belehrung erforderlich ist, richtet sich danach,

- ▶ ob eine **Tätigkeit im Sinne von § 42 Abs. 1 IfSG** ausgeübt wird; Kriterien sind: Art der Tätigkeit, Art der Lebensmittel und Ort der Tätigkeit, und
- ▶ ob die Tätigkeit **erstmalig >gewerbsmäßig<** im Sinne von § 43 Abs. 1 IfSG ausgeübt wird.

Voraussetzungen nach § 42 Abs. 1 IfSG und betroffene Personenkreise

a) Unter die Regelung von § 42 Absatz 1 fallen zunächst grundsätzlich alle Personen, die außerhalb des privaten hauswirtschaftlichen Bereichs beim **Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen** der in § 42 Abs. 2 IfSG genannten Lebensmittel tätig sind und mit diesen in Berührung kommen.

Die Begriffe >Herstellen<, >Behandeln< und >Inverkehrbringen< sind in § 7 Abs. 1 LMBG, der auch für die Auslegung der Vorschrift herangezogen werden kann, definiert. Unter **Berührung** beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der Lebensmittel ist eine unmittelbare Berührung zu verstehen. Die mittelbare Berührung ist nur über Bedarfsgegenstände vorstellbar und diesbezüglich in Satz 2 geregelt. Eine Einschränkung, wie in Satz 2, wonach die dort genannten Personen mit den Bedarfsgegenständen so in Berührung kommen müssen, dass eine Übertragung von Krankheitserregern auf die Lebensmittel zu befürchten ist, gilt für das Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen – mit Ausnahme der Einschränkung in Satz 1 Nr. 2 – nicht. Personen, die lediglich mit bereits **verpackten Lebensmitteln** umgehen, kommen mit diesen Lebensmitteln nicht in Berührung. Der Regelungszweck greift bei verpackten Lebensmitteln deshalb nicht, weil bei einer verschlossenen Verpackung zwar eine Übertragung von Krankheitserregern über die Verpackung möglich ist, die Übertragungsgefahr dann jedoch nicht lebensmittelspezifisch ist.

b) Bei Personen, die Tätigkeiten in **Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung** ausüben, besteht das Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot unabhängig von der ausgeübten Tätigkeit. Die Regelung gilt generell für alle betroffenen Personen, bei denen die unter den Nummern 1 bis 3 aufgeführten Infektionen oder Erkrankungen vorliegen, unabhängig davon, welche Lebensmittel dort verarbeitet werden, welche Tätigkeiten sie dort ausüben und ob sie mit Lebensmitteln oder Bedarfsgegenständen in Berührung kommen oder nicht. Zu dem betroffenen Personenkreis zählen daher nicht nur die Personen, die direkt bei der Zubereitung der Speisen tätig sind, sondern z. B. auch Personen, die mit **Spül- oder Reinigungsarbeiten** in den Küchen beschäftigt sind.

Durch die Formulierung >sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung< werden auch die

Küchen von Kantinen, Krankenhäusern, Säuglings- und Kinderheimen, die in § 17 Abs. 4 des früheren BSeuchG ausdrücklich genannt waren, erfasst. Darüber hinaus auch die Küchen von sonstigen Einrichtungen, in denen – wie etwa in **Jugendheimen, Jugendherbergen, Altersheimen, Stationsküchen, Casinos oder Kantinen** – für die gemeinschaftliche Verpflegung von Bediensteten, Besuchern oder der die Einrichtung Nutzenden Lebensmittel hergestellt, behandelt oder abgegeben werden, ohne dass es insoweit auf eine bestimmte Größenordnung der Einrichtung ankommt. Nach Sinn und Zweck der Vorschrift fallen auch solche Küchen darunter, in denen für viele Personen Speisen hergestellt werden, die anschließend zu einer Vielzahl von Verbrauchern transportiert werden (z. B. **Pizza-Service, »Essen auf Rädern«**).

Satz 2 erstreckt die Regelung von Satz 1 auch auf solche Personen, die mit **Bedarfsgegenständen**, die beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der in Absatz 2 genannten Lebensmittel oder in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung verwendet werden, so in Berührung kommen, dass eine Übertragung von Krankheitserregern auf die Lebensmittel zu befürchten ist. Der Begriff »Bedarfsgegenstände« ist in § 5 Abs. 1 LMBG, der auch für die Auslegung der Vorschrift herangezogen werden kann, definiert. Danach gehören zu den Bedarfsgegenständen insbesondere Gegenstände, die dazu bestimmt sind, bei dem Herstellen, Behandeln, Inverkehrbringen oder dem Verzehr von Lebensmitteln verwendet zu werden und dabei mit den Lebensmitteln in Berührung zu kommen oder auf diese einzuwirken, sowie für diese Gegenstände bestimmte Reinigungs- und Pflegemittel.

Berührung mit den in Satz 2 genannten Bedarfsgegenständen haben insbesondere Personen, die mit **Spül- oder Reinigungsarbeiten** beschäftigt sind und dabei Behältnisse für Lebensmittel oder Geräte für die Be- oder Verarbeitung von Lebensmitteln berühren. Verrichten Personen Spül- oder Reinigungsarbeiten in Küchen, fallen sie bereits nach Satz 1 Buchstabe b) unter den Anwendungsbereich der Vorschrift, da dort Tätigkeiten in Küchen generell erfasst werden.

Handelt es sich um Tätigkeiten, die außerhalb der unter Satz 1 Buchstabe b) genannten Küchen ausgeführt werden, so ist für die Anwendung der Vorschrift zusätzlich zur Berührung erforderlich, dass durch die Berührung der Bedarfsgegenstände eine Übertragung von Krankheitserregern auf die Lebensmittel zu befürchten ist. Dies ist danach zu beurteilen, ob bei objektiver Betrachtungsweise die Gefahr besteht, dass Krankheitserreger von einer infizierten Person auf die Bedarfsgegenstände und später von diesen auf die Lebensmittel selbst übertragen werden können. Ob diese Gefahr besteht, hängt insbesondere von der Zeitspanne zwischen einer möglichen Kontamination und der Verwendung der Bedarfsgegenstände ab.

Personen, die bei der **Herstellung** oder beim **Verkauf von Bedarfsgegenständen** tätig sind, werden von der Vorschrift

grundsätzlich nicht erfasst. Gegen eine Erfassung dieser Personen spricht bereits, dass die Überschrift des 8. Abschnitts »Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln« darauf hinweist, dass die Regelungen für Personen gelten sollen, die in Bereichen tätig sind, in denen ein Umgang mit Lebensmitteln stattfindet. Davon kann nicht gesprochen werden, wenn es um Tätigkeiten bei der Produktion oder beim Verkauf von Bedarfsgegenständen geht. Auch spricht gegen die Anwendung in diesen Bereichen, dass bei der Herstellung der Bedarfsgegenstände in der Regel noch nicht feststeht, wann und für welche Lebensmittel sie verwendet werden sollen und Satz 2 sich ausdrücklich nur auf die in Absatz 2 genannten Lebensmittel bezieht. Im Unterschied zu Spül- und Reinigungstätigkeiten besteht in der Regel auch kein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen einer möglichen Kontamination und dem Kontakt mit Lebensmitteln, so dass auch keine vergleichbare Gefahrensituation vorliegt.

Inverkehrbringen, Transportieren oder Austeilen von Speisen: Ob § 42 IfSG auch auf **Kellner** Anwendung findet, hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Die Tätigkeit von Kellnern ist zwar ein Inverkehrbringen im Sinne von Satz 1 Buchstabe a). Soweit dem Kellner die Speisen jedoch aus der Küche gereicht werden und er sie lediglich transportiert, kommt er regelmäßig nicht im Sinne der 2. Voraussetzung von Buchstabe a) mit diesen in Berührung. Er hat dann keinen unmittelbaren Kontakt mit den Lebensmitteln, sondern nur mit den beim Inverkehrbringen benutzten Bedarfsgegenständen.

Die für Bedarfsgegenstände geltende Regelung von Satz 2 trifft auf den Kellner dabei nicht zu, da er diese Bedarfsgegenstände in der Regel nur von außen berührt, so dass eine Übertragung von Krankheitserregern auf die Lebensmittel, wie es die Anwendung von Satz 2 voraussetzt, nicht zu befürchten ist. Ist der Kellner hingegen bei der Herstellung des Essens behilflich, so wird er von der Regelung erfasst. Er ist »tätig ... beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen« und kommt dabei im Sinne von Satz 1 Buchstabe a) mit den Lebensmitteln in Berührung. Betritt er bei seiner Tätigkeit die Küche, um die Speisen von dort abzuholen, so ist das Abholen bereits eine Tätigkeit im Sinne von Satz 1 Buchstabe b), so dass er dann ebenfalls von der Vorschrift erfasst wird. Entsprechende Maßstäbe sind für Personen anzuwenden, die Speisen transportieren und/oder austeilen (z. B. **Pizza-Auslieferungsfahrer, Flugbegleiter, Bedienstete bei »Essen auf Rädern«**).

Pflegepersonen in Krankenanstalten, Heimen und ähnlichen Einrichtungen: Sie gehen in der Regel mit Speisen um, die in den Küchen vorportioniert wurden, auf den einzelnen Stationen vorgehalten und nur vom Pflegepersonal (ohne unmittelbare Berührung) ausgegeben werden. Auch bei der Mithilfe der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei der Nahrungsaufnahme von Patienten erfolgt die Speisenzufuhr i. d. R. durch entsprechendes Geschirr oder Besteck (Bedarfsgegenstände), bei deren bestimmungsgemäßem Gebrauch keine unmittelbare Berührung der Lebensmittel

stattfindet. Die Kontakte mit den Bedarfsgegenständen sind überwiegend nur mittelbar, so dass gemäß den vorgenannten Ausführungen für ›Kellner‹ hier § 42 i. d. R. keine Anwendung findet. Selbst mit der Hand zugeführtes Gebäck dürfte kaum die Gefahr in sich bergen, dass damit Infektionskeime vermehrt und übertragen werden.

Zubereiten oder Portionieren von Speisen, z. B. in Küchen von Kindertagesstätten, Hortplätzen, Stationsküchen (einschließlich Milchküchen): Hierbei kommt es in der Regel auch zu unmittelbaren Kontakten mit den Lebensmitteln bzw. bei der Geschirreinigung zu einem Kontakt mit den Bedarfsgegenständen im Sinne von § 42 Abs. 1 Satz 2 IfSG. Werden dort typischerweise (nicht ausnahmsweise) Speisen verarbeitet, so handelt es sich zudem auch um eine Einrichtung zur Gemeinschaftsverpflegung im Sinne von Satz 1 Buchstabe b.

Zur ›Gewerbsmäßigkeit‹ im Sinne von § 43 Abs. 1 IfSG

Wesentliches Kriterium für die Anwendbarkeit von § 43 Abs. 1 IfSG und damit für die Notwendigkeit einer Belehrung ist, dass es sich um eine **gewerbsmäßige Tätigkeit** handelt. Welche Tätigkeiten als ›gewerbsmäßig‹ im Sinne der Vorschrift anzusehen sind, ist weder im IfSG noch in der *Amtlichen Begründung* näher definiert. Wegen des unterschiedlichen Zwecks und der unterschiedlichen Zielsetzung ist der Begriff im Infektionsschutzrecht zwar grundsätzlich eigenständig zum Gewerberecht zu interpretieren, dennoch gibt es weitgehende Überschneidungen. So wird in der Regel von einer gewerbsmäßigen Tätigkeit auszugehen sein, wenn eine Tätigkeit im Rahmen eines Gewerbes und zu gewerblichen Zwecken, also mit der Absicht der Gewinnerzielung und auf Dauer vorgenommen wird. Allerdings ist nicht unbedingt erforderlich, dass mit der Tätigkeit selbst auch Gewinn erzielt werden soll, es kann sich auch um eine unentgeltliche Tätigkeit handeln. Für das Vorliegen des Kriteriums ›gewerbsmäßig‹ spricht, dass die Tätigkeit im Rahmen der Teilnahme am wirtschaftlichen Verkehr durchgeführt wird. Dazu zählt z. B. auch, wenn von einem Gewerbebetrieb unentgeltlich Speisen ausgegeben werden.

Schwierig ist die Auslegung des Begriffs ›gewerbsmäßig‹ in solchen Grenzfällen, die zwar nicht (mehr) dem **privaten hauswirtschaftlichen Bereich** zuzuordnen sind, in denen jedoch Personen Lebensmittel für andere Personen zubereiten oder an diese abgeben, zu denen sie keine besonderen privaten Beziehungen haben. Dazu gehören z. B. einmalige **Tätigkeiten** im Rahmen größerer **Straßenfeste, Sommerfeste, Trödelmärkte, Vereinsveranstaltungen, Wochenend- oder Ferienlager**. Für diesen Personenkreis gilt – da es sich um Tätigkeiten außerhalb des privaten hauswirtschaftlichen Bereichs handelt – das Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot von § 42 IfSG. Diese Tätigkeiten sind aber **nicht** als ›gewerbsmäßig‹ i. S. v. § 43 zu betrachten, weil der Begriff im IfSG eher eng und nicht – wie im Lebensmittelrecht – weit auszulegen ist.

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 gesundheit-

lichen Gefahren stehen. Für die Praxis bedeutet dies, dass man bei Tätigkeiten im Rahmen von **einmaligen Veranstaltungen**, wie z. B. – auch öffentlichen – Straßenfesten, Sommerfesten, Trödelmärkten, Vereinsveranstaltungen, Wochenend- oder Ferienlager, bei denen Speisen angeboten werden, auch dann **nicht** von **gewerbsmäßigen Tätigkeiten** im Sinne dieser Vorschrift ausgehen kann, wenn mit der Veranstaltung Gewinn erwirtschaftet werden soll. Auch wird man Tätigkeiten nicht einbeziehen können, die – außerhalb des wirtschaftlichen Verkehrs – nur an wenigen Tagen im Jahr (angemessen dürften höchstens **drei Tage** sein) unregelmäßig bei vereinzelt Veranstaltungen von Vereinen oder anderen Personengruppen ausgeübt werden. Eine Belehrung dürfte deshalb z. B. auch für die Personen nicht erforderlich sein, die sich bei – auch mehrmals im Jahr stattfindenden – Ferienlagern beim Kochen für die eigene Gruppe abwechseln (Fehlen des Faktors Öffentlichkeit). Gegen eine ›gewerbsmäßige‹ Ausübung spricht auch, wenn – außerhalb des wirtschaftlichen Verkehrs – Tätigkeiten in Organisationsformen ausgeübt werden, bei denen keine Funktionen im Sinne eines ›Arbeitgebers‹ oder ›Dienstherren‹ vorhanden sind. Es empfiehlt sich jedoch, bei der Genehmigung solcher Veranstaltungen durch die zuständige Stelle zumindest auf die Bestimmungen des § 42 IfSG durch Übergabe entsprechender Informationen hinzuweisen.

Handelt es sich um Tätigkeiten von Personen, die **regelmäßig und häufig** bei Veranstaltungen – auch z. B. in Vereinen – oder bei Festen mit einem großen Publikumszulauf, wie **Dorffeste, Feuerwehrfeste, Erntedankfeste** u. ä., deren Beköstigung in der Regel durch professionelle Anbieter sichergestellt wird, derartige Tätigkeiten ausüben, so muss dies nach dem Schutzzweck der Vorschrift hingegen als ›gewerbsmäßig‹ betrachtet werden.

Tätigkeiten mit Lebensmitteln in Schulen, Kindergärten und ähnlichen Einrichtungen: Bei den sehr verschiedenartigen Tätigkeiten mit Lebensmitteln in diesem Bereich ist von Folgendem auszugehen:

► **Betriebspraktika für Schüler** in allgemeinbildenden Schulen und **Praktika von Studenten im Rahmen von Tätigkeiten nach § 42 IfSG** finden in der Regel in Betrieben und Einrichtungen statt, die am wirtschaftlichen Verkehr teilnehmen. Wie teilweise bereits in Erlassen der Länder zum früheren BSeuchG geregelt, sind diese Tätigkeiten als gewerbsmäßig zu betrachten und es ist eine einmalige Belehrung nach § 43 Abs. 1 IfSG erforderlich.

► **Schüler und Lehrer von Hauswirtschaftsschulen** wurden durch die Ausnahmeregelung des § 18 Abs. 1 letzter Satz BSeuchG von der Vorlage des Zeugnisses nach §§ 17, 18 BSeuchG entbunden. Das IfSG sieht diese Ausnahme nicht mehr vor. Aus der amtlichen Begründung zum IfSG geht eindeutig hervor, dass Lehrer und Schüler von hauswirtschaftlichen und nahrungsgewerblichen Klassen eine entsprechende Belehrung und Bescheinigung nach § 43 IfSG benötigen. Wörtlich heißt es dort: »Mit den gegenüber § 18 Abs. 1 Bundes-Seuchengesetz neu formulierten Aufgaben und Pflichten des Gesundheitsamtes, der Personen, die

Tätigkeiten gemäß § 42 ausüben, und der Betreiber von Lebensmittelunternehmen, sollten auch Lehrer und Schüler von hauswirtschaftlichen und nahrungsgewerblichen Klassen frühestmöglich vertraut sein.« Damit sind **Belehrungen** durch das Gesundheitsamt vorzusehen. Da diese Belehrungen durch das Gesundheitsamt nicht wiederholt werden müssen, ist die entsprechende Bescheinigung des Gesundheitsamtes gleichzeitig auch für die spätere Berufsausübung sinnvoll.

► Anders zu beurteilen ist im Hinblick auf die **Schüler der in allgemeinbildenden Schulen** angebotene Kochunterricht. Die an diesem Unterricht teilnehmenden Schülerinnen und Schüler müssen nicht belehrt werden, weil die dort zubereiteten Speisen in der Regel auch in der Kochgemeinschaft verzehrt werden, also in einem überschaubaren, eher dem Privatbereich zuzuordnenden Kreis. Bei den dort im Kochunterricht tätigen **Lehrern** wird man allerdings eine Belehrung fordern müssen.

► Ausgabe von **Schulfrühstück durch Schüler oder durch Eltern in Schulen und Kindergärten**: Sofern Eltern oder Schüler zur Ausgabe von Schulfrühstücken u.ä. regelmäßig Tätigkeiten ausüben, die unter den § 42 IfSG fallen, also wenn die Lebensmittel zubereitet werden und nicht nur ein Umgang mit verpackten Lebensmitteln erfolgt, hat eine Belehrung nach § 43 Abs. 1 IfSG zu erfolgen.

Grundsätzliches zur Belehrung

Die **Belehrung durch das Gesundheitsamt ist nur für die erstmalige Ausübung** der Tätigkeiten erforderlich. Dabei stellt die Regelung auf die Ausübung der Tätigkeiten selbst ab. Nicht von Bedeutung ist, bei welchem Arbeitgeber oder Dienstherrn die Tätigkeiten ausgeübt werden oder wurden. Die **Neuaufnahme der Tätigkeiten bei einem anderen Arbeitgeber oder Dienstherrn** bedeutet daher keine ›erstmalige‹ Ausübung im Sinne der Vorschrift. Wie sich aus der Amtlichen Begründung ergibt, ist auch bei einem Wechsel innerhalb der in § 42 Abs. 1 IfSG geregelten Tätigkeiten keine neue Bescheinigung und damit auch keine neue Belehrung erforderlich. Für die Gültigkeit der Bescheinigung hat es keine Auswirkungen, wenn die Tätigkeit – auch langjährig – unterbrochen wird. Verfügen die Personen bereits über ein Zeugnis nach § 18 BSeuchG, so ist wegen der Übergangsvorschriften in § 77 Abs. 2 IfSG keine Belehrung nach § 43 Abs. 1 IfSG erforderlich.

Im Hinblick auf die Gesetzesautomatik der Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote und die in den §§ 73 bis 75 geregelten Straf- und Bußgeldbewehrungen wird geraten, in den nur schwierig zu beurteilenden Grenzfällen im Zweifel eher eine Belehrung durchzuführen, statt auf diese zu verzichten.

Bei **Einrichtungen, in denen ärztliche Mitarbeiter vorhanden sind**, kommt eine Beauftragung dieser Ärzte durch das Gesundheitsamt in Betracht. – Die Belehrung kann auch als **Gruppenbelehrung** durchgeführt werden. Allerdings ist den einzelnen Personen auch die Möglichkeit einzuräumen, gesondert vertrauliche Angelegenheiten zu besprechen.

Sonderfälle der Belehrung

► Im Falle der **Geschäftsunfähigkeit oder der beschränkten Geschäftsfähigkeit** ist es nach der Rechtslage ausreichend, wenn der Sorgeberechtigte einer geschäftsunfähigen oder einer nicht voll geschäftsfähigen Person mündlich **oder** schriftlich belehrt wurde. Die in § 43 Abs. 6 IfSG genannte Verpflichtung nach § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, die den Sorgeberechtigten und den Betreuer trifft, umfasst grundsätzlich auch die Belehrung, da nur dann das Wissen vorhanden ist, eine **schriftliche Erklärung** darüber abzugeben, dass ihm keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot der Sorgeperson bekannt sind. Hätte der Gesetzgeber allerdings eine vollinhaltliche, also mündliche **und** schriftliche Belehrung durch das Gesundheitsamt für diesen Personenkreis gewollt, hätte er auch § 43 Abs. 1 Nr. 1 IfSG in die Verweisung in Absatz 6 aufnehmen müssen. Dies ist jedoch nicht geschehen, so dass lediglich eine Belehrung ›im Sinne von‹ § 43 Abs. 1 Nr. 1 IfSG erforderlich ist. Der Begriff ›im Sinne von‹ kann (im Unterschied zum Begriff ›gemäß‹) durchaus so interpretiert werden, dass es sich bei der Belehrung der **Sorgeberechtigten** um eine **mündliche oder schriftliche Belehrung** handelt. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass durch § 43 Abs. 6 IfSG nur die Erklärung ersetzt werden soll, § 43 Abs. 1 Nr. 1 IfSG mithin auf die geschäftsunfähige oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkte Person weiter Anwendung findet, so dass auch diese grundsätzlich zu belehren ist.

► Bei der Belehrung **geistig Behinderter** für Tätigkeiten in der Küche ist der ›Betreuer‹ im Sinne des IfSG die amtlich bestellte Person i. S. des Betreuungsrechts, nicht jedoch der Küchenleiter oder weitere Beschäftigte, die geistig behinderte Mitarbeiter beaufsichtigen und anleiten. Dies ergibt sich daraus, dass in § 43 Abs. 6 IfSG derjenige genannt wird, dem die Sorge für die Person zusteht. Desgleichen ist auch der ›Betreuer‹ genannt, soweit die Sorge für die Person zu seinem ›Aufgabenkreis‹ gehört. Bei den Betreuern (von Volljährigen) handelt es sich um die nach § 1896 BGB vom Vormundschaftsgericht bestellte Personen. Die Diktion der Vorschrift (Betreuer, Personensorge, Aufgabenkreis) greift die Termini des zivilrechtlichen Betreuungsrechts auf, so dass davon auszugehen ist, dass es sich hier um die amtlich bestellten Betreuerpersonen handelt. Die Betreuer brauchen jedoch nicht (vgl. oben) an der mündlichen Belehrung teilzunehmen.

► Bei **Schülerinnen und Schülern**, die belehrt werden müssen (z. B. in Berufsbildenden Schulen, Hauswirtschaftsschulen), entfällt die Wiederbelehrung und Dokumentation nach § 43 Abs. 4 und 5 IfSG, weil die Schule nicht als Arbeitgeber fungiert. Hingegen müssen angestellte und beamtete Lehrer und sonstige Arbeitnehmer, soweit sie Tätigkeiten des § 42 IfSG wahrnehmen, vom Arbeitgeber/Schulleitung wiederbelehrt werden.

Für die Erarbeitung dieses Kommentars danken wir Herrn Dr. S. Bales, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, Herrn Dr. Bußmann, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz, Herrn C. Siewerin, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover, Frau Dr. Heyer, Gesundheitsamt Bonn und Herrn PD Dr. N. Schnitzler, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn.