



# Epidemiologisches Bulletin

12. Januar 2001 / Nr. 2

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Zum Vorkommen von Enterovirus-Infektionen im Jahr 2000

Virusmeningitis besonders durch ECHO-Viren der Serotypen 13, 30 und 6

Die im Jahr 2000 im Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE) am RKI durchgeführte Enterovirus-Diagnostik umfasste insgesamt 888 Untersuchungen von Materialien, die von erkrankten Personen stammten (690 Einsendungen von klinischem Material zur Diagnostik, 198 Virusisolate zur Typisierung). Bei den direkten Enterovirusnachweisen mittels Virusanzucht ( $n = 345$ ) wurden im Jahr 2000 vergleichsweise viele ECHO-Viren typisiert, deren Nachweis insbesondere mit dem klinischen Bild einer aseptischen Meningitis korrelierte.

Eine Besonderheit des Jahres 2000 war der häufige Nachweis von **ECHO-Virus Typ 13**. Dieser Serotyp ist schon länger bekannt, wurde aber bis zum Jahr 2000 in Deutschland nur sehr selten nachgewiesen. Dieser Erreger verursachte zwei regionale Erkrankungshäufungen in Sachsen-Anhalt und Sachsen (hier ergänzt durch ECHO 30) und sporadische Erkrankungen in weiteren Bundesländern.

Der Nachweis ECHO-Virus Typ 13 aus Patientenproben (Stuhl, Liquor) und Virusisolaten, die aus weiteren Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Baden-Württemberg) zur Serotypbestimmung an das NRZ PE geschickt wurden, belegt eine weiträumige Streuung dieser Infektionen im Jahr 2000 in Deutschland. Vorwiegend handelte es sich auch hier um Patienten mit aseptischer Meningitis. Weitere Krankheitsbilder, bei denen ECHO-Virus Typ 13 isoliert werden konnte, waren Facialisparesen (2 x), Enteritis (1 x) und akute schlaffe Paresen (AFP, 1 x). – Auch aus dem europäischen Ausland gab es im Jahr 2000 Hinweise über vermehrte Nachweise von ECHO-Virus Typ 13 (so aus England und Wales<sup>1</sup>).

Im NRZ PE wurden ECHO-Virus-13-Isolate aus verschiedenen Regionen auf molekularer Ebene charakterisiert (Sequenzvergleichsstudien in der proteinkodierenden Region VP1). Dabei konnte gezeigt werden, dass die aktuell zirkulierenden ECHO-Virus-13-Isolate untereinander eine sehr hohe Homologie in der Nukleinsäuresequenz aufwiesen, sich jedoch deutlich sowohl vom Prototypstamm als auch von Patientenisolaten, die in den 50iger Jahren isoliert wurden, unterschieden.

Über insgesamt 18 Wochen – von Mai bis Anfang September – lief in **Sachsen-Anhalt**, konzentriert auf Teile der Kreise Weißenfels und Merseburg-Querfurt, ein Virusmeningitis-Geschehen ab (siehe *Epid. Bull.* 38/2000: 305–306). Bei insgesamt 91 bis Mitte September registrierten Erkrankungen handelte es sich fast ausschließlich um Kinder im Alter zwischen 4 Monaten und 15 Jahren, die akut unter heftigen Kopfschmerzen, Fieber, leichter Nackensteifigkeit und unterschiedlich stark ausgeprägtem Erbrechen litten. Alle Kinder waren so krank, dass eine kurzzeitige Krankenhauseinweisung erfolgte. Nur fünf Erkrankungsfälle betrafen Erwachsene. Die Virusdiagnostik zur Klärung der Ursache wurde im Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt eingeleitet und im Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren fortgesetzt. In den stichprobenartig untersuchten Liquorproben wurden Enteroviren durch Virusanzucht und/oder PCR nachgewiesen. Bei Einbeziehung molekularer Untersuchungen

Diese Woche

2/2001

### Enterovirusinfektionen:

- ▶ Situation in Deutschland im Jahr 2000
- ▶ Situation im Raum Frankfurt/Main im Jahr 2000

### ARE/Influenza:

Aktuelle Situation

### Infektionsschutzgesetz:

- ▶ Start des neuen Meldesystems
- ▶ Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen
- ▶ Info-Dienst des RKI
- ▶ Antworten auf Anfragen zum Meldeverfahren



Rang	1997			1998			1999			2000		
	Serotyp	Anzahl	Anteil	Serotyp	Anzahl	Anteil	Serotyp	Anzahl	Anteil	Serotyp	Anzahl	Anteil
1	Echo 30	134	28,7%	Echo 11	46	21,8%	Cox B3	22	19,0%	Echo 13	53	29,6%
2	Polio 1	59	12,6%	Polio 3	22	10,4%	Echo 30	20	17,2%	Echo 30	49	27,4%
3	Cox B5	41	8,8%	Polio 2	21	10,0%	Echo 11	12	10,3%	Polio 1*	20	11,2%
4	NTV	39	8,4%	Echo 30	18	8,5%	Echo 7	11	9,5%	Echo 6	11	6,1%
5	Echo 7	33	7,1%	Polio 1	18	8,5%	Echo 4	9	7,8%	Cox B4	7	3,9%
6	Cox B4	33	7,1%	Cox B2	15	7,1%	Cox A5	7	6,0%	Entero 71	6	3,4%
7	Polio 2	27	5,8%	Echo 22	15	7,1%	Cox B6	7	6,0%	Cox B5	6	3,4%
8	Polio 3	27	5,8%	Echo 7	10	4,7%	Cox B2	6	5,2%	Cox A9	5	2,8%
9	Echo 11	22	4,7%	NTV**	9	4,3%	Echo	5	4,3%	Cox B1	4	2,2%
10	Echo 3	13	2,8%	Echo 3	8	3,8%	Polio 3	3	2,6%	NPEV	2	1,1%
11	Cox B3	12	2,6%	Echo 6	4	1,9%	NPEV***	3	2,6%	Echo 25	2	1,1%
12	Echo 6	11	2,4%	Cox B5	4	1,9%	Cox A7	3	2,6%	Echo 19	2	1,1%
13	Echo 21	5	1,1%	Cox B3	4	1,9%	Echo 25	2	1,7%	Cox B6	2	1,1%
14	Cox B2	3	0,6%	Cox A9	4	1,9%	Cox A16	2	1,7%	Cox B3	2	1,1%
15	Echo 25	2	0,4%	Cox B4	3	1,4%	Cox B1	2	1,7%	Polio 2	1	0,6%
		<b>98,7%</b>			<b>95,3%</b>			<b>98,3%</b>		<b>96,1%</b>		

\* Isolate stammen von 2 Patienten; \*\* nicht typisierbares Enterovirus; \*\*\* Non-Polio-Enterovirus

Tab. 1: Die 15 häufigsten Enterovirus-Serotypen 1997–2000 (Virusisolierungen und Typisierungen des NRZ PE)

(Nukleinsäuresequenzanalyse) kann ECHO-Virus Typ 13 als einheitliches ätiologisches Agens dieser Erkrankungen angesehen werden.

Eine weitere regionale Häufung sporadischer Erkrankungen an aseptischer Meningitiden wurde in **Sachsen** beobachtet. Schwerpunkte des Geschehens waren Leipzig und Plauen, im September auch der Muldentalkreis. Von Juni bis September wurden insgesamt 131 Virusmeningitiden registriert (74% Kinder, 26% über 15-Jährige). Nach den Erkrankungstagen markieren sich zwei Gipfel im Juli und September. Hier handelte es sich nicht um einen einheitlichen Erreger. Neben ECHO-Virus Typ 13 (Leipzig, Grimma) wurde auch vermehrt **ECHO-Virus Typ 30** (Plauen) diagnostiziert.

Ein dritter ECHO-Virus-Serotyp, der eine Rolle im Zusammenhang mit aseptischen Meningitiden gespielt hat, war **ECHO-Virus 6**. In der Tabelle 1 sind auf der Basis der Untersuchungsergebnisse des NRZ PE die häufigsten Enterovirus-Serotypen im Jahr 2000 im Vergleich zu den Vorjahren zusammengestellt. Es wird ersichtlich, dass einige Serotypen über die Jahre kontinuierlich auftreten (z. B. ECHO-Virus 30), während andere sich nur in bestimmten Jahren ausgebreitet haben (z. B. ECHO-Virus 13).

Die saisonale Verteilung der Enterovirusnachweise am NRZ PE zeigt die bekannte Häufung dieser Infektionen im Sommer und Herbst (Abb. 1) Die im Jahr 2000 beobachtete leichte Verschiebung in die Herbstmonate könnte durch die recht milden Temperaturen erklärt werden. Die gehäuf-

Anzahl

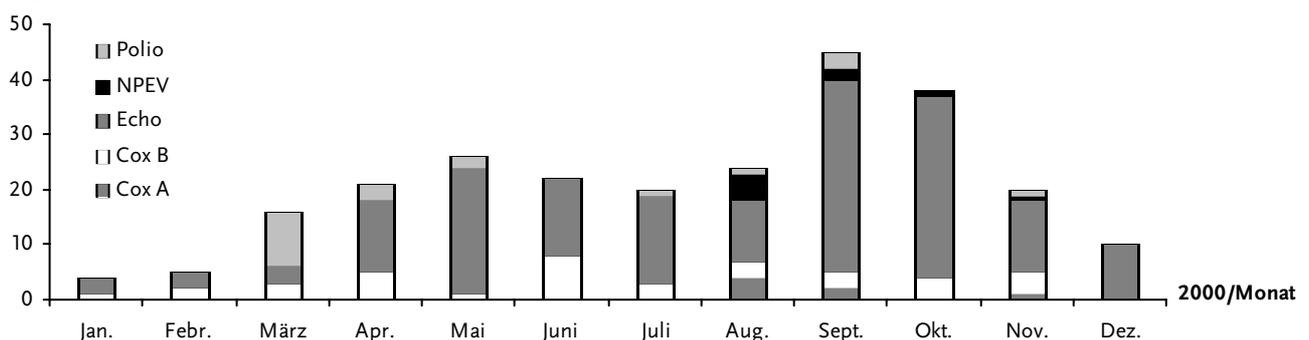


Abb. 1: Saisonale Verteilung Enterovirus-positiver Befunde, NRZ PE, im Jahr 2000

ten ECHO-Virusnachweise im Mai stehen im Zusammenhang mit dem Geschehen in Sachsen-Anhalt.

Tabelle 2 zeigt die Untersuchungsergebnisse bezogen auf Patienten mit aseptischer Meningitis: Im Jahr 1999 waren vorwiegend ECHO-Viren der Typen 30, 4 und 7 als Erreger nachgewiesen worden, im Jahr 2000 – wie beschrieben – ECHO-Viren der Typen 13, 30 und 6. Bei den übrigen Enteroviren gab es im Jahr 2000 keine Besonderheiten. Die isolierten Polioviren waren Impfstämme (Sabin-like), sie stammten von zwei Patienten (darunter eine Patientin mit längerer Ausscheidung; s. a. *Epid. Bull.* 19/2000: 153). Die im Rahmen der AFP-Surveillance durchgeführten Untersuchungen bestätigten erneut, dass eine Zirkulation von Polio-Wildviren in Deutschland nicht mehr stattfindet.

Jahr	Patienten mit asept. Mening.	dv. Enterovirus pos.	% pos.	Serotypen
1997	131	118	90,1	E30, 7, 21, Cox B3-5
1998	5	4	80,0	A9, E25, EV71
1999	47	29	61,7	E30, 11, 7, 4
2000	162	72	44,4	E13, 30, 6

Tab. 2: Wichtige Enteroviren als Erreger einer aseptischen Meningitis (NRZ PE, 1997–2000)

1. CDC: Viral meningitis associated with increase in echovirus typ 13. *Commun Dis Rep CDR Weekly* 2000; 10 (38): 277, 280

Bericht aus dem Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren am Robert Koch-Institut. Ansprechpartner sind Frau Dr. S. Diedrich und Herr PD Dr. E. Schreier. Zum Geschehen in Sachsen wurden die Epidemiologischen Monatsberichte der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen des Freistaates Sachsen verwendet.

## Enterovirus-Infektionen: Kurzmeldung zur Situation im Jahr 2000 im Raum Frankfurt/Main

Enteroviren zirkulieren in der Regel vermehrt in der warmen Jahreszeit. Jede »Saison« und in der Regel auch jede Region weist eine bestimmte Verteilung der Erregertypen auf. Das Institut für Medizinische Virologie im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, legt jetzt erste Daten zur Situation im Jahr 2000 vor (zur Saison 1999 war im *Epid. Bull.* 48/99: 362–363 berichtet worden):

Probeneinzugsgebiet für die Universitätsklinik Frankfurt ist die Umgebung der Stadt Frankfurt am Main. Im Jahr 2000 war in diesem Raum ein deutlicher Anstieg von Enterovirus-Infektionen ab Juni/Julii zu verzeichnen. Im Gegensatz zu den Vorjahren (1997–99) findet sich eine Häufung von Infektionen noch im Oktober. Dies ist ungewöhnlich, weil sich der sonst übliche Rückgang der Infektionen im Frühherbst hier erst im November abzeichnet. Abbildung 1 zeigt die diesjährigen Erkrankungsfälle im Vergleich zu denen der Vorjahre 1997–99. Primär wurde zum Enterovirusnachweis die Zellkultur benutzt. Insgesamt wurde bis Ende November mittels Virusisolierung auf Zellkulturen und/oder PCR bei 53 Patienten Enterovirus nachgewiesen (1999: 42 Fälle; 1998: 26 und 1997: 78 Fälle). Von diesen 53 Patienten erfolgte bei 49 Patienten nur eine Virusisolierung auf der Zellkultur, während bei einem Patienten das Virus sowohl in der Anzucht als auch mit der PCR nachgewiesen werden konnte. Bei 3 Patienten wurde Enterovirus nur mittels der PCR im Liquor nachgewiesen.

Alle Befunde wurden bei Patienten des Klinikums bzw. aus dem Einzugsgebiet erhoben, Angaben zur Diagnose lagen bei 32 Erkrankungsfällen vor; bei 19 Patienten bestand die klinische Diagnose »Meningitis«, 9 Patienten waren unter einem gastroenteritischen Krankheitsbild erkrankt. Es handelte sich um sporadische Einzelerkrankungen bei einer unauffälligen epidemischen Gesamtsituation. Der Enterovirusnachweis mittels Virusanzucht auf Zellkulturen wurde bei 50 Patienten in 58 Proben (2 Rachenabstriche, 33 Stuhlproben, 23 Liquores) geführt. Die positiven Befunde

Typen	Anz. d. Isolate	Typen	Anz. d. Isolate
Echovirus 6	12	Nicht typisierbares	
Echovirus 9	5	Enterovirus	9
Echovirus 11	3	Coxsackie A9	1
Echovirus 30	14	Coxsackie B1	1
Enterovirus 70	1	Coxsackie B2	3
Enterovirus 71	3	Coxsackie B4	6

Tab. 1: Isolierungen von Enterovirus auf Zellkulturen. Institut für Medizin. Virologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, 3.3.–20.11.2000 – Die 58 Isolate stammen von 50 Patienten.

verteilen sich auf 10 Typen des Enterovirus, damit ergab sich im Berichtsjahr ein besonders buntes Bild (s. Tab. 1). Häufigste Typen waren ECHO-Virus 6 ( $n=12$ ; 20,7%) und ECHO-Virus 30 ( $n=14$ , 24,1%). Tabelle 1 zeigt die einzelnen Enterovirustypen, die aus den 58 Patientenproben isoliert werden konnten. Infektionen durch ECHO-Virus Typ 13, die in mehreren Bundesländern auffällig wurden, u. a. im Rahmen regionaler Häufungen in Sachsen-Anhalt und Sachsen, sind im Raum Frankfurt nicht beobachtet worden.

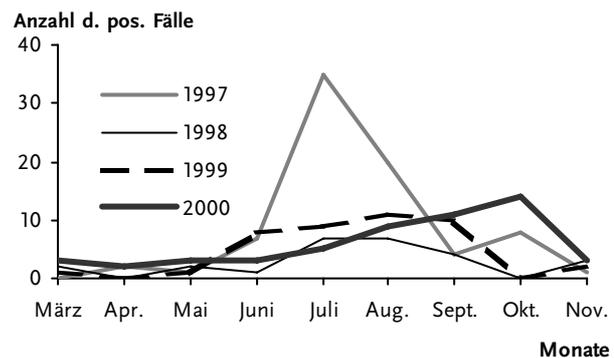


Abb. 1: Enterovirusinfektionen in den Jahren 1997, 1998, 1999 und 2000 im Raum Frankfurt am Main

Für diesen Situationsbericht aus der Region Frankfurt am Main danken wir Frau Dr. med. S. Buxbaum und Herrn Prof. Dr. H. W. Doerr, Institut für Medizinische Virologie im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.

## Akute respiratorische Erkrankungen (ARE) / Influenza – aktuelle Situation

In Deutschland haben sich die sporadischen Influenzavirusinfektionen von Erregern des Subtyps A/H1N1 weiter ausgedehnt, ohne dass die Influenza-Aktivität bisher eine größere Erkrankungswelle ausgelöst hätte. Die Tendenz ist steigend. Der ARE-Anteil an den Praxiskontakten im Netz der Praxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), der sich in der 52. Woche wegen der vielen arbeitsfreien Tage etwas überhöht darstellte, hat sich aber auch gegenüber der 51. Woche leicht weiter erhöht und liegt damit etwas über dem für diese Woche zu erwartenden »Normalbereich« (insgesamt 13,2%, 25,1% in pädiatrischen und 10,5% in allgemeinmedizinischen Praxen). Diese Entwicklung betrifft alle Bundesländer; gemessen an den Beobachtungen in den Meldepraxen erscheint die ARE-Morbidität in Berlin/Brandenburg, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz vergleichsweise höher. Es gibt bisher keine Hin-

weise auf besonders schwere Verläufe Influenza-typischer Erkrankungen.

Das NRZ für Influenza in Berlin und Hannover hat bisher eine Reihe sporadischer **Influenza-A(H1N1)-Infektionen** bestätigt (37 Isolate), die feintypisierten Stämme sind der im aktuellen Impfstoff enthaltenen Variante **A(H1N1)/New Caledonia/20/99** ähnlich. Infektionen durch Influenzavirus A/H3N2 und Influenzavirus B bleiben Einzelereignisse. – In vielen Ländern Europas gibt es gegenwärtig Anzeichen für eine sporadische Influenza-Aktivität (Typ A Subtyp H1N1, vereinzelt H3N2 und Typ B), lokale Erkrankungshäufungen werden aber weiterhin nur in Nordfrankreich und Belgien beobachtet.

Quelle: Mitteilungen des NRZ für Influenza am Robert Koch-Institut, Berlin (Frau Dr. B. Schweiger) und am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Hannover (Dr. R. Heckler) sowie der Arbeitsgemeinschaft Influenza, Marburg (Dr. H. Uphoff).

## Infektionsschutzgesetz in Kraft getreten

Neues System der epidemiologischen Surveillance beginnt zu arbeiten

*Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz – IfSG ist am 1.1.2001 in Kraft getreten. Umfangreiche neue Regelungen betreffen die Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Trotz aller bisherigen Informationen und Vorbereitungen sind in der Phase der Einstellung auf das neue Gesetz Fragen und Probleme zu erwarten. Das Bundesministerium für Gesundheit, die beteiligten Bundesinstitute und die obersten Gesundheitsbehörden der Länder sind darauf eingerichtet, besonders die Einführungsphase informierend und beratend zu begleiten. Das Robert Koch-Institut, jetzt als epidemiologisches Zentrum institutionalisiert, ist auf die Entgegennahme und Verarbeitung von Meldungen nach den neuen Vorgaben vorbereitet.*

**Erfolgreicher Start:** Inzwischen sind die ersten Meldungen in den Gesundheitsämtern verarbeitet worden und über die zuständigen Landesstellen am RKI eingegangen. Die erste Übermittlung eines Fallberichtes nach IfSG erreichte das RKI am 8. Januar 2001 aus dem Gesundheitsamt Südliche Weinstraße aus Landau. Übermittelt wurde der Fall einer Erkrankung durch *Giardia lamblia*. Die Übermittlung erfolgte auf elektronischem Wege mit Hilfe des vom RKI entwickelten Programms SurvNet@RKI. Inzwischen wurden bereits über 70 Fallberichte aus drei Bundesländern (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Thüringen) zu den unterschiedlichsten Erkrankungen elektronisch übermittelt. Die inhaltliche Datenqualität war in den meisten Fällen sehr zufriedenstellend; ein Hinweis darauf, dass auf der Gesundheitsamtsebene auflaufende Meldungen nach Falldefinitionen bearbeitet werden.

**Publikationen zum IfSG:** Der Gesetzestext ist veröffentlicht im Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2000, Teil I, Nr. 33 v. 25.7.2000, S. 1045 ff., im Internet unter <http://195.20.250.97/BGBL/bgbllf/b100033f.pdf>.

Eine **Textausgabe** als Broschüre mit einer Einführung von W. Kuhlmann ist im Verlag Reckinger & Co. Siegburg erschienen (ISBN 3-7922-0078-3). Ein **Kommentar zum Infektionsschutzgesetz – IfSG**, bearbeitet von S. Bales, H. G. Baumann und N. Schnitzler, ist im Verlag W. Kohlhammer GmbH erschienen und kann über den Buchhandel oder den Verlag (Fax: 07 11.78 63-2 63 bezogen werden (ISBN 3-17-015228-9, Preis: 99,75 DM).

Im November 2000 ist ein Themenheft der Zeitschrift **Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz** zum IfSG erschienen. Hier werden die Anforderungen im Rahmen des Meldewesens, die Aufgaben der Surveillance und die Grundsätze präventiver Maßnahmen erläutert. Diese Ausgabe wird gleichzeitig, abweichend vom sonst üblichen Verfahren, vollständig und kostenfrei im Internet angeboten (<http://www.rki.de>). Einzelnummern der Zeitschrift können beim Springer Verlag bestellt und zu den Bezugsbedingungen erworben werden. **Kontaktadresse:** Springer Auslieferungsgesellschaft, Frau I. Nienhaus, PF 10 51 60, 69221 Heidelberg; Tel.: 0 62 21. 345-247, Fax: 0 62 21. 345-229, E-Mail: [nienhaus@springer.de](mailto:nienhaus@springer.de).

### Hinweis auf Veranstaltungen

**Presse-Workshop:** Das Robert Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) führen am 25.01.2001 gemeinsam in Berlin einen Presse-Workshop mit verschiedenen Beiträgen zum IfSG durch (Hauptinhalt: Regelungsprinzipien des IfSG, Sinn und Zweck der Erfassung von Infektionskrankheiten, Aspekte der Schutzimpfungen, der Krankenhausinfektionen und der Belehrung in Lebensmittelbetrieben). Pressevertreter, die bis zum 15.01.2001 keine Einladung erhalten haben und teilnehmen möchten können, sich über die Pressestelle des RKI (Tel.: 030.4547-2239 oder Fax 030.4547-2265) anmelden.

**Jahresfortbildungsveranstaltung der Bundesinstitute für den ÖGD vom 21.–23.03.2001 in Berlin:** Das RKI gestaltet am 22.03. einen Komplex zum IfSG. Anmeldungen: Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, Frau Buschick, Tel.: 030.8412-4302, Fax: 030.8412-4970, E-Mail: [S.Buschick@bgvv.de](mailto:S.Buschick@bgvv.de).

### Kontaktmöglichkeiten bei Fragen zum IfSG: Zentrale Rufnummern am Robert Koch-Institut

Das RKI bietet ab sofort Rufnummern sowie E-Mail-Adressen für den ÖGD an. Die Telefone sind in der normalen Büroarbeitszeit besetzt und können dazu genutzt werden, aktuelle Fragen zum IfSG an kompetente Mitarbeiter/innen des RKI zu richten:

- ▶ Zentrale Rufnummer für inhaltliche Fragen zum IfSG:  
Tel.: 01888.754-4636; E-Mail: [ifsg@rki.de](mailto:ifsg@rki.de)
- ▶ Rufnummer für technische Fragen in Bezug auf die elektronische Datenübermittlung gemäß IfSG:  
Tel.: 01888.754-7878, E-Mail : [survnet@rki.de](mailto:survnet@rki.de)
- ▶ Rufnummer für die Bestellung von Meldeformularen nach § 7 Abs. 3 IfSG: 01888.754-3424; E-Mail: [ifsg-labinfo@rki.de](mailto:ifsg-labinfo@rki.de)
- ▶ In dringenden Notfällen ist außerhalb der regulären Dienstzeiten ein kompetenter Ansprechpartner über die Telefonzentrale des RKI (Tel.-Nr.: 01888.754-0) zu erreichen.

## Zum Infektionsschutzgesetz nachgefragt: Fragen und Antworten zum Meldeverfahren

Im RKI werden Fragen zum IfSG gesammelt, deren Klärung aus der Sicht der Gesundheitsbehörden von allgemeinem Interesse ist. Wichtige Antworten werden im *Epid. Bull.* publiziert. Heute Weiteres zum Meldeverfahren:

### 1. Wo sind die Meldebögen für nichtnamentliche Meldungen nach § 7 Absatz 3 IfSG zu beziehen und wie sind sie zu versenden?

Die Meldebögen für die nichtnamentlichen Meldungen sind beim RKI unter der Telefon-Nr. 030.4547-3424, Fax-Nr. 030.4547-3566 zu bestellen und werden kostenfrei zugestellt. Da es sich um Meldebögen mit Durchschlägen für den anfordernden Arzt handelt, können diese Bögen nicht kopiert werden. Die örtlichen Gesundheitsämter können diese Meldebögen ebenfalls verteilen.

Das erste Blatt des Meldebogens ist – soweit möglich – vom Labor auszufüllen und direkt an das RKI zu senden. Das Labor sendet den Durchschlag des Meldebogens zusam-

men mit dem erstellten Labor-Befund an den Arzt, der die Untersuchung angefordert hat, damit er die noch fehlenden Informationen vervollständigen kann und den Bogen dann von sich aus direkt an das Robert Koch-Institut sendet.

### 2. An welches Gesundheitsamt muss die namentliche Meldung nach § 7 Absatz 1 IfSG erfolgen?

Grundsätzlich ist die namentliche Meldung nach § 7 Abs. 1 IfSG für Erregernachweise an das Gesundheitsamt zu senden, das für den Arzt zuständig ist, der die Untersuchung angefordert hat. Das Robert Koch-Institut entwickelt ein Programm, das die automatische Zuordnung der Postleitzahl des einsendenden Arztes hin zum zuständigen Gesundheitsamt mit der aktuellen Adresse ermöglicht. Dieses Programm wird auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt.

### 3. Wie kann die Erstellung von Meldungen im Labor automatisiert werden?

Das Robert Koch-Institut stellt eine Formularvorgabe zur Verfügung, die es den Laboratorien ermöglicht, die Meldung maschinell auszudrucken. Darüber hinaus hat das RKI eine Codetabelle entwickelt, die in die entsprechenden Labor-EDV-Programme eingebaut werden kann, wodurch es möglich ist, meldepflichtige Tatbestände gemäß den Erregernachweisen automatisch zu identifizieren und somit einen Meldevorgang automatisch in Gang zu setzen. Beide Hilfsmittel sind in Abstimmung mit Laborsoftware-Herstellern entwickelt worden und werden vom RKI kostenfrei zur Verfügung gestellt.

### 4. Wie kann das Labor das für die Meldung zuständige Gesundheitsamt identifizieren?

Das RKI entwickelt derzeit ein EDV-Instrument, das die automatische Zuordnung von der PLZ des einsendenden Arztes hin zum zuständigen Gesundheitsamt mit der vollständigen Adresse ermöglicht. Dieses Instrument wird ebenfalls kostenfrei zur Verfügung gestellt werden und kann ggf. in die Labor-EDV eingebaut werden.

### 5. Können die Meldungen elektronisch erfolgen?

Eine elektronische Meldung ist zunächst nicht möglich. Das Robert Koch-Institut versucht aber als Pilotprojekt, ebenfalls in Zusammenarbeit mit Labor-EDV-Herstellern elektronische Wege zur Meldung von Erregernachweisen zu entwickeln. Dabei müssen noch technische wie auch datenschutzrechtliche Probleme gelöst werden.

### 6. Was tun, wenn der HBs-Antigennachweis im Rahmen einer Impfkontrolle positiv ist?

Zu melden sind alle positiven Erregernachweise nach §7 Absatz 1 des IfSG, soweit sie auf eine akute Infektion hinweisen, ungeachtet dessen, ob ein Bestätigungstest durchgeführt wurde oder nicht. Dies bedeutet auch, dass zum Beispiel ein positiver HBs-Antigennachweis, der im Rahmen einer Impfkontrolle erfolgte, nicht meldepflichtig ist, denn hier ist durch die Indikation/Fragestellung der Laboruntersuchung deutlich, dass kein Hinweis auf eine akute Infektion besteht. Umgekehrt sind positive Erregernachweise zunächst als Hinweis auf eine akute Infektion, also als meldepflichtig zu betrachten, sofern nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich um eine chronische Infektion handelt.

### 7. Werden die alten Tuberkulose-Labormeldebögen weiterhin benutzt?

Die Tuberkulose-Labormeldebögen mit vierfacher Durchschlag werden gegenwärtig den Bedürfnissen des IfSG angepasst und neu gedruckt. Bis diese bereit stehen, sollten die alten Laborbögen weiterhin genutzt werden.

### 8. Werden die alten Meldebögen für die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit weiterhin benutzt?

Nein, die alten CJK-Meldebögen mit Durchschlag dürfen nicht mehr benutzt werden. Vielmehr sollte durch den fest-

stellenden Arzt der Bogen für die Meldung von Erkrankungen und durch den Arzt der Pathologischen Untersuchungsstelle der Bogen für die Meldung von Krankheitserregern benutzt werden. Beide Bögen werden jeweils von den Landesgesundheitsbehörden herausgegeben. Informationen, die zur Übermittlung notwendig sein sollten, in den Bögen aber nicht enthalten sind, müssen von den Gesundheitsämtern ggf. nachermittelt werden.

### 9. Welche Formen der CJK sind zu melden?

Die klassische Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ist ebenso meldepflichtig wie die »Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit« (vCJK). Ausgenommen von der Meldepflicht sind diejenigen CJK-Fälle bei denen eine hereditäre Form nachgewiesen ist. Dies bedeutet, für einem Blutsverwandten des fraglichen Falles muss eine ärztliche CJK-Diagnose vorliegen. Der bloße anamnestische Hinweis durch Betroffene oder Angehörige genügt hierbei nicht. Alle Fälle, bei denen nicht sicher nachgewiesen ist, dass es sich um einen hereditären Fall handelt, sind grundsätzlich an das Gesundheitsamt zu melden.

### 10. Besteht eine Übergangsfrist? Können die alten Meldebögen benutzt werden?

Ab dem 1. Januar 2001 sind alle Fälle über die im IfSG vorgegebenen Meldewege zu melden. Es sollten die neuen Meldebögen benutzt werden, die von den Landesbehörden (bzw. dem RKI im Fall der nichtnamentlich zu meldenden Erregernachweise) herausgegeben werden. Eine **Ausnahme** stellt der Tuberkulose-Labormeldebogen dar, für den bis zur Verteilung eines neuen Durchschlagbogens der alte Bogen benutzt werden kann.

### 11. Was ist zu tun, wenn im Gesundheitsamt nur eine Labormeldung ohne Arztmeldung eintrifft?

Bei 22 Erregern ist ausschließlich der Erregernachweis durch die Untersuchungsstelle (Laboratorien, Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik) an das Gesundheitsamt meldepflichtig (§7 Absatz 1). Für diese Fälle ist der Arzt nicht meldepflichtig, denn es handelt sich um Erreger, deren Krankheiten nicht im §6 Absatz 1 genannt sind. Die klinischen und demographischen Informationen, die für die Übermittlung an die zuständige Landesbehörde für diese Fälle verlangt werden, muss dann das zuständige Gesundheitsamt aktiv ermitteln.

Eine **Ausnahme** bilden die Tatbestände nach §6 Abs. 2 (Personal im Umgang mit Lebensmitteln §42 Abs. 1 oder mehrere gleichartige Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang), bei den zusätzlich auch der Arzt meldepflichtig ist. Bei den Krankheiten, die sowohl im §6 Absatz 1 als auch im §7 Absatz 1 als Erregernachweis genannt sind, sind der Arzt und die Untersuchungsstelle meldepflichtig. In jedem Fall ist das Gesundheitsamt gehalten, übermittlungspflichtige Tatbestände zu bearbeiten und gemäß den Falldefinitionen zu übermitteln.