

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0241(2)  
gel. VB zur öAnhörung am 15.02.  
2017\_epiÜberw.  
10.02.2017

BVÖGD



Bundesverband der Ärztinnen  
und Ärzte des Öffentlichen  
Gesundheitsdienstes e.V.

**Deutscher Bundestag  
18. Wahlperiode**

**Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 15.02.2017  
Drucksache 18/10938**

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten – Stand 23.01.2017**

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf beabsichtigt die Bundesregierung eine Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten im gesamten Bundesgebiet, was unter dem Gesichtspunkt regional oder bundesländerübergreifender Infektionsgeschehen auch aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dringend zu begrüßen ist.

Eine Umsetzung des vorliegenden Gesetzesentwurfes lässt eine wesentliche Verbesserung des Melde- und Informationsflusses hin zur Bundesebene erwarten sowie eine höhere Anwendungssicherheit im Hinblick auf den Datenschutz.  
Zu begrüßen ist auch die vorgesehene Vereinfachung bzw. Verbesserung der Zusammenarbeit zuständiger Behörden auf nationaler und internationaler Ebene.

Dennoch führen die vielfältigen Neuregelungen im vorliegenden Gesetzesentwurf sowohl durch die Generierung einer erheblich höheren Anzahl von Datensätzen im Rahmen des neuen Melde- und Informationssystems (§ 14) als auch durch die Einführung neuer Meldepflichten zu einer nicht zu unterschätzenden Mehrbelastung insbesondere der kommunalen Gesundheitsämter, die in der Betrachtung der Auswirkungen und des Erfüllungsaufwandes keine angemessene Berücksichtigung findet.

***Die vom Robert Koch-Institut formulierten Arbeitserleichterungen und Einsparungen beziehen sich auf die Datenerfassung, -übermittlung und -bearbeitung, nicht aber auf die praktischen Erfordernisse für die Gesundheitsämter.***

***Keine Berücksichtigung findet dabei, dass die umfassende Ermittlungstätigkeit mit konkreter Kenntnis der medizinischen, Gemeinschafts-, gewerblichen und öffentlichen Einrichtungen vor Ort sowie die Festlegung und die Überwachung der Umsetzung von Maßnahmen des Infektionsschutzes durch das Gesundheitsamt unverändert erfolgen müssen und mit der Umsetzung des Gesetzes deutlich zunehmen werden.***

So zum Beispiel ist in einem späteren Schritt vorgesehen, dass die niedergelassenen Ärzte Verdacht, Erkrankung oder Tod der in § 6 festgelegten Infektionskrankheiten elektronisch melden müssen. Bereits jetzt besteht eine solche Meldepflicht für niedergelassene Ärzte, die jedoch nur unzureichend wahrgenommen wird. Eine umfassende Meldung ist aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu begrüßen, wird jedoch zu einer massiven Mehrbelastung führen.

***Weitere Änderungen***, zum Beispiel die Erweiterung der Meldepflichten zu nosokomialen Infektionen und Besiedlungen mit multiresistenten Krankheitserregern bei Ausbrüchen (**§§ 6, 7, 10**), die Erweiterung der nosokomialen Surveillance auf Rehabilitationskliniken (**§ 23 Abs. 4**), wesentlich erweiterte Regelungen zu Übermittlungspflichten entsprechend **§ 27**, Änderungen zu den Gemeinschaftseinrichtungen nach **§§ 34 und 36** und die Einbeziehung der Kleinbadeteiche in die

Wasserüberwachung nach **§ 37** werden zu einer erheblichen Mehrbelastung der Gesundheitsämter führen.

Insbesondere die **Unterrichtungspflichten im neuen § 27 Absatz 3** entsprechend dem Tiergesundheitsgesetz **werfen eine Reihe von Fragen auf**, die nicht ausreichend geklärt sind und deshalb neben dem Mehraufwand zu Verunsicherungen führen werden. Wünschenswert wäre, MRSA oder andere resistente bzw. multiresistente Erreger zu ermitteln, die vom Tier auf den Menschen und umgekehrt übertragen werden, zum Beispiel in Tierzucht- oder Tiermastanlagen. Das jedoch ist offenbar nicht vorgesehen.

**Ein wesentlicher Kritikpunkt an dem vorgesehenen Melde- und Informationssystem ist, dass die Datenhoheit nicht mehr bei den kommunalen Gesundheitsämtern und den Landesgesundheitsbehörden liegt, sondern beim Robert Koch-Institut.**

Gesundheitsämter erhalten die Daten nicht mehr von den ihnen bekannten Ärzten, labordiagnostischen Einrichtungen, Kliniken und Institutionen, sondern aus der vorgesehenen Bundesdatenbank. Landesgesundheitsbehörden erscheinen entsprechend dem Gesetzesentwurf für die Datenübermittlung auf Landesebene nicht mehr erforderlich, benötigen jedoch den Zugriff, um infektionsepidemiologisch bedeutsame Geschehen im Land überwachen und die Aufgabe der Berichterstattung wahrnehmen zu können.

In **§ 36 Abs. 5** wird vorgesehen, dass **Bundesländer eigene Gesetze** zur Feststellung, Verhütung und Verhinderung der Ausbreitung schwerwiegender übertragbarer Krankheiten bei bestimmten Gruppen erlassen können. Das wird durch den BVÖGD **nicht befürwortet**, da unterschiedliche Regelungen nicht zur notwendigen Klarheit im Vorgehen führen.

Begrüßt werden die Neuregelungen in **§ 50a zum Laborcontainment und Ausrottung des Poliovirus**. Unabhängig davon ist ein umfassender Impfschutz in der Bevölkerung sicher zu stellen.

Zu vermissen ist die **Klärung des Begriffes „Bezirk(e)“**, der wiederkehrend aufgeführt wird, z. B. § 9 Abs. 4 und 5. Diese scheint erforderlich, da die Verwendung des Begriffes ohne Erklärung zu Irritationen führen kann. In Berlin zum Beispiel sind die kommunalen Gesundheitsämter bezirkliche. In anderen Bundesländern sind sie zuständig für kreisfreie Städte und Landkreise oder haben Bezirke eine noch andere Bedeutung.

Wenn das Infektionsschutzgesetz in so umfassendem Rahmen überarbeitet wird, wie das mit dem vorliegenden Entwurf erfolgt, sollte erwogen werden, die ggf. Inhalte der IfSG-Meldepflichtanpassungsverordnung (IfSGMeldAnpV) zu Clostridium difficile, MRSA in Blut oder Liquor und zu benannten Carbapenem-resistenten Erregern zu übernehmen sowie die Ergebnisse der LÜKEX-Übung 2013 zu Biotoxinen (z. B. Ricin) zu berücksichtigen.

**Mit der IfSGMeldAnpV und mit der Liste nach § 23 Abs. 4 und 4a können über das Infektionsschutzgesetz weit hinaus gehende Festlegungen getroffen werden, die ihrerseits zu einer massiven Mehrbelastung der Gesundheitsämter führen können.**

Aus den aufgeführten Gründen schlägt der BVÖGD Folgendes vor:

- 1) Es ist von einer nicht zu unterschätzenden Mehrbelastung der Gesundheitsämter auszugehen, die angemessen mit Personal auszugleichen ist. Hierzu ist eine **Evaluation** erforderlich. Mit Beginn der Umsetzung des IfSG sollen vom Bund **zweckgebundene finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, die den Gesundheitsämtern zugutekommen**.
- 2) Die Regelungen in **§ 14** zum neuen Melde- und Informationssystem sollen so formuliert und hierfür die technischen Voraussetzungen geschaffen werden, **dass auch Gesundheitsämter und Landesgesundheitsbehörden Daten einspeisen können und jederzeit den Zugriff**

**auf die erforderlichen Daten für die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und auf Landesebene haben.**

- 3) Die **Unterrichtungspflichten nach § 27 Abs. 3** im Zusammenhang mit dem Tiergesundheitsgesetz **sollen gestrichen und erst nach Klärung der offenen Fragen wieder eingebracht werden.**
- 4) **Unterschiedliche landesrechtliche Regelungen, wie in § 36 Abs. 5 vorgesehen, werden nicht befürwortet.**
- 5) Es sollte eine Verständigung darüber erfolgen, welche Inhalte der IfSG-MeldAnpV und welche Ergebnisse z. B. von LÜKEX-Übungen in das Infektionsschutzgesetz Eingang finden sollen.
- 6) Der wiederkehrende Begriff „Bezirk(e)“ (z. B. § 9 Abs. 4 und 5) sollte näher definiert werden.