

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Vorsitzender Dr. Edgar Franke
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0241(1)
gel. VB zur öANhörung am 15.02.
2017_epiÜberw.
10.02.2017

per E-Mail: ma01.pa14@bundestag.de

09.02.2017

Bearbeitet von
Lutz Decker, DST
Jörg Freese, DLT
Uwe Lübbing, DStGB

Telefon 0221 3771-305
Telefax 0221 3771-409

E-Mail:
lutz.decker@staedtetag.de

Aktenzeichen
53.06.12 D

Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

Sehr geehrter Herr Dr. Franke,

vielen Dank für die Möglichkeit, zum vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten Stellung zu nehmen. Leider ist die von Ihnen genannte Rückmeldefrist äußerst kurz; sie liegt unterhalb von 2 Wochen.

Die kommunale Betroffenheit ergibt sich neben grundsätzlichen Aspekten der Daseinsvorsorge u.a. aus den Eigenschaften der Kommunen als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes als auch als Träger von Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, die von neuen oder geänderten Meldepflichten betroffen sind.

I Grundsätzliches und absehbare Mehraufwände

Die inhaltlichen Änderungen werden aus fachlicher Sicht zwar grundsätzlich vornehmlich begrüßt. Insgesamt ist aber darauf hinzuweisen, dass das IfSG zur Gefahrenabwehr eine gesamtstaatliche Aufgabe wahnimmt und deshalb die Kosten nicht allein den Kommunen auferlegt werden dürfen.

Letztendlich wird v.a. das vorhandene elektronische Melde- und Informationssystem für übertragbare Erkrankungen in erheblichem Umfang erweitert. Dabei werden sehr viele, auch neue Items abgefragt und erfasst. Hierzu gehören z. B. der Impfstatus von Erkrankten, ausführliche

Umfeldbeschreibungen bei nosokomialen Infektionen in Kliniken und die Übermittlung von E-Mail Daten etc.

Wichtig erscheint uns, die Bedeutung der kommunalen Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes besonders hervorzuheben. Essentiell ist, dass die den gesetzlichen Rahmen setzende Landes- und Bundesebene dies adäquat berücksichtigt. Hier muss an den Rahmenbedingungen gearbeitet werden, damit eine zukünftige – auch personelle – Stabilität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sichergestellt werden kann, der die unverzichtbare Basisarbeit auch für dieses in kurzer Zeit erneut novellierte Gesetz leisten muss. Das Robert-Koch-Institut (RKI) etwa erfährt mit dieser Gesetzesnovelle eine Stärkung, die Basis wird weiter eher geschwächt. Deutlich besser muss daher berücksichtigt werden, welche personellen Notwendigkeiten sich nicht nur am RKI sondern auch beim communal getragenen Teil des ÖGD ergeben. Bezeichnend dafür, dass die Bedeutung der örtlichen Situationen zu gering gewichtet wird, ist etwa der Satz unter E 3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung: “...weil sich der administrative Vollzugaufwand im öffentlichen Gesundheitsdienst bei Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems verringern wird“. Vermutlich wird es tatsächlich irgendwann einmal einfacher, wenn alle Labore und Ärzte direkt ihre Werte und Befunde ins geplante vernetzte System eingeben und das Gesundheitsamt nur noch sammeln und weiterleiten muss. Bis es aber so weit ist, bleibt das eine personalintensive Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörden. Es ist in den ersten Jahren mit einem deutlich erhöhten zusätzlichen Ermittlungs- und Arbeitszeitaufwand für die Hygieneüberwachungen in den Gesundheitsämtern zu rechnen. Der konkrete Umfang dieser zusätzlichen Belastung kann derzeit allerdings noch nicht seriös kalkuliert werden.

Kritisch ist auch, dass schon momentan bei Meldungen nach dem IfSG teilweise der Meldepflicht nur lückenhaft nachgekommen wird und diese Situation angesichts des Datenzuwachses noch problematischer wird. Da die Meldungen im Gesundheitsamt eingegeben und dort alle Datenlücken geschlossen werden müssen, werden zunehmend aufwendige Rückfragen an die Meldenden erforderlich werden. Insbesondere im Hinblick auf die Meldepflicht nach § 6 IfSG sollen Regelungen getroffen werden, die an der im Gesundheitsamt erlebten Realität vorbei gehen. Meldungen nach § 6 IfSG erfolgen demzufolge bislang weit überwiegend verspätet oder gar nicht. Durch den vorliegenden Entwurf ist nicht mit Abhilfe sondern vielmehr weiterhin damit zu rechnen, dass ein großer Teil der vorgeschriebenen Meldungen nicht, verspätet und/oder unvollständig erfolgt und dass nicht bestätigte Verdachtsmeldungen dem Gesundheitsamt nicht unverzüglich angegeben werden.

Die Begrenzung des Zeitaufwands für Meldende wird, so eine weitere begründete Befürchtung, nur auf Kosten der Datenqualität möglich sein. Den Meldenden werden zu weitgehende Möglichkeiten eingeräumt, alle ihnen nicht unmittelbar vorliegenden Daten bei der Übermittlung wegzulassen. Die Gesundheitsämter werden insofern auch nicht von eigener Ermittlungsarbeit entlastet. In diesem Zusammenhang wird in unserer Mitgliedschaft teilweise auch die verwendete Begrifflichkeit kritisch gesehen, da wegen eines unbestimmten Begriffs wie „schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit“ (z.B. in § 2 Nr. 3a IfSG) weiterhin mit uneinheitlichen Bewertungen und Meldungen durch die jeweils zuständigen Personen und Stellen zu rechnen sei.

Hinsichtlich der elektronischen Erfassungssysteme ist anzumerken, dass zwischen RKI, Landesstellen und Kommunen derzeit, wie uns berichtet wird, in den wenigsten Fällen kompatible elektronische Erfassungssysteme bestehen. Das RKI gestaltet seine Software SurvNet immer komplexer und für alle nachgeordneten Meldestellen (Länder, Kommunen) schwieriger und steuert damit im Endeffekt auf das Datenmonopol zu. All das macht einen

"kopflastigen Eindruck" ohne Rücksicht und Grundverständnis für die Basisarbeit bzw. Möglichkeiten einer dezentralen Einflussnahme mit sehr guten, in der Praxis bewährten Erfassungssystemen (wie uns aus dem Freistaat Sachen berichtet wird z.B. Octoware). Bezuglich des elektronischen Meldewegs ist zwar bestimmt, dass die Schnittstellen zum elektronischen Melde- und Informationssystem von der zuständigen Stelle zur Verfügung gestellt werden. Unklar bleibt aber, wer die Kosten für die Anpassung der verschiedenen Praxissoftware-Systeme an diese Schnittstelle trägt.

Voraussichtlich wird sich die Situation derart darstellen, dass in einzelnen Kommunen EDV-Systeme betrieben werden, die den Anforderungen nicht entsprechen. Die Teilnahme am elektronischen Melde- und Informationssystem wird deshalb ggf. einzelnen Kommunen nicht möglich sein. Alternativ entsteht für diese Kommunen ein Mehraufwand für EDV, der im vorliegenden Entwurf nicht berücksichtigt ist.

Probleme können auch dadurch entstehen, dass ergänzende Landesverordnungen zur Meldepflicht (sofern vorhanden) im elektronischen Melde- und Informationssystem berücksichtigt werden müssen.

Mit dem elektronischen Melde- und Informationssystem soll der konventionelle Meldeweg auf absehbare Zeit auch nicht vollständig ersetzt werden. Durch zwei nebeneinander bestehende, verschiedene Systeme wird für die Gesundheitsämter ein im Entwurf noch nicht berücksichtigter Mehraufwand entstehen. Es ist als großes Manko des Entwurfs anzusehen, dass offenbar bereits technische Störungen des elektronischen Melde- und Informationssystems antizipiert werden, für die der weiter bestehende konventionelle Meldeweg als Ausweichlösung angesehen wird.

Wegen noch ausstehender Konkretisierungen sind abschließende Berechnungen zum Erfüllungsaufwand schwer. Berücksichtigt man die Erweiterung von Meldepflichten und Falldefinitionen allein der letzten 3 Jahre bei eher sinkendem Personalstand der Gesundheitsämter und die im Entwurf jetzt neu formulierten Erweiterungen, so erscheint jedenfalls bereits jetzt deutlich, dass die erfolgreiche Einführung des elektronischen Meldesystems mit erheblichem Mehraufwand im Personalbereich des ÖGD einhergehen wird, dessen Gegenfinanzierung ungeklärt bleibt. Für alle Fälle mit einer höheren Melde-Compliance aller Meldenden (Ärzte, Labore, Gemeinschaftseinrichtungen) an das Gesundheitsamt muss damit gerechnet werden, dass auch mehr Informationen bearbeitet, selektiert und übermittelt werden müssen. Die personelle Ausstattung und technische Ausstattung der Gesundheitsämter (Hard- und Software) müssen neben den zusätzlichen Rahmenbedingungen am RKI zur Umsetzung der geplanten Gesetzesänderungen ebenfalls sichergestellt werden.

Zu den Mehraufwänden die auch im Bereich der Krankenhäuser entstehen, bitten wir ebenfalls um besondere Beachtung unserer folgenden Ausführungen.

II Zu den Einzelregelungen

Zu Artikel 1- Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

Zu Nr. 3. / § 2:

Der aufgenommene Begriff 'bedrohliche übertragbare Krankheit' stellt keine klare Definition dar, sondern erlaubt durch die Bezeichnungen 'klinisch schwerer Verlaufsformen' und 'schwerwiegende Gefahr' weiterhin vieldeutige Interpretationen. Hier sollte erwogen werden, die Worte 'bedrohlich' und 'schwerwiegend' einer spezifischen Definition zuzuführen.

Es sollte erwogen werden, auch den Begriff 'gehäuftes Auftreten' hier aufzunehmen, und z.B. als einen signifikanten Anstieg der Anzahl von Infektionen gegenüber der einrichtungsspezifischen Grundrate zu definieren. Diese Grundrate kann bekannt sein, wenn die Dokumentation der nosokomialen Infektionen gemäß § 23 korrekt erfolgt.

Zu Nr. 6 / § 6 Abs. 1, Satz 1 a) aa):

Es wurde uns gegenüber angeregt angesichts der sich durch Enteroviren aber auch vektorübertragbare Astroviren (z.B. West Nil Virus) in die Liste der durch den Arzt zu meldenden Infektionskrankheiten „Meningitis“ und „Enzephalitis“ aufzunehmen. In den meisten europäischen Nachbarländern sind diese Krankheitsbilder meldepflichtig.

Es wäre außerdem zu begrüßen, zumindest für ausgewählte Infektionskrankheiten, die in erster Linie klinisch diagnostiziert werden (z. B. Windpocken, Scabies, Keratokonjunktivitis epidemica), eine Fallkategorie „klinisch ohne labordiagnostische Bestätigung“ einzuführen. Die Sicherheit der klinischen Diagnose dieser Erkrankungen ist sehr hoch (zumindest, wenn sie durch entsprechende Fachärzte gestellt wird) und die Veranlassung von labordiagnostischen Maßnahmen in der Praxis daher sehr gering. Eine entsprechende Anpassung der Fallkategorie würde hier sicherlich zu repräsentativeren Meldezahlen führen.

Zu Nr. 6 / § 6 Abs. 1, 5 a) aa) bbb):

Der jetzige Punkt 5 b) (Meldepflicht des Auftretens von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird) sollte unbedingt beibehalten werden, da häufig alleine über diesen Passus zu rechtfertigen ist, dass Ärzte bei Ausbrüchen an das Gesundheitsamt melden. Nicht selten sind es indirekte Hinweise auf Ausbruchsgeschehen in Einrichtungen, die das Gesundheitsamt zu Ermittlungen veranlassen, an deren Ende die Aufdeckung eines Ausbruchs steht. Außerdem ist es immer einfacher, eine Meldepflicht festzustellen, die sich an der Zahl der Betroffenen orientiert als am Schweregrad der Krankheit. Fällt dieser Passus weg, hat das Gesundheitsamt keine Handhabe, Informationen zu den Betroffenen zu erhalten.

Zu Nr. 6 / § 6 Abs. 3 c):

Die Änderung des Gesetzes sieht nicht vor, dass ordnungswidrig handelt, wer der Meldepflicht nach § 6 Abs. 3 IfSG nicht nachkommt. Hingegen sind Verstöße gegen die Meldepflicht gem. § 6 Abs. 1 und 2 IfSG ordnungswidrig. Auch Verstöße gegen die Meldepflicht nach § 6 Abs. 3 IfSG sollten eine Ordnungswidrigkeit darstellen, um die Relevanz der Beachtung der gesetzlichen Meldepflicht zu unterstreichen und Verstöße ahnden zu können.

Zu Nr. 7 / § 7 Abs. 1 a):

Die Meldepflicht für Norovirus-Nachweise in Einzelfällen sollte aufgehoben werden. Diese Meldungen machen einen Großteil (berichtet wird beispielsweise von 25%) aller Meldungen aus. Meldungen von Norovirus-Einzelerkrankungen führen nur extrem selten in der Ermittlung zu Ergebnissen, die Maßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung nach sich ziehen, sind aber aufgrund ihrer Menge sehr personalaufwändig. Nach 15 Jahren Norovirus-Meldepflicht erscheint es uns, dass Noroviren häufig vorkommen, aber keine nennenswerte Mortalität oder schwerwiegende Morbidität mit sich bringen. Ausbrüche durch Norovirus würden weiterhin erfasst werden, wenn der jetzige § 1 Abs. 1 Punkt 5.b (s.o.) erhalten bleibt. Im Vergleich z.B. zur Relevanz von nichtmeldepflichtigen Enterovireninfektionen, die wie Norvirusinfektionen auch häufig in milder Form verlaufen, aber auch zu Meningoenzephalitiden, also eindeutig schwerwiegenden Erkrankungen führen, ist der Fortbestand der Norovirus-Meldepflicht aus infektionsepidemiologischer Sicht nicht nachvollziehbar.

Zu den §§ 6 und 7 insgesamt:

Grundsätzlich wäre es aus epidemiologischer Sicht sinnvoll, die Liste der zu meldenden Infektionskrankheiten und Krankheitserreger außerhalb des Gesetzestextes festzulegen (wie es in anderen europäischen Ländern gehandhabt wird), damit diese Listen unabhängig von Überarbeitungszyklen des Gesetzes an die epidemiologische Lage angepasst werden könnten.

Es ist erstaunlich, dass die neuen, seit 16.03.2016 bestehenden Meldepflichten zu zoonotischer Influenza, schwergradigen Clostridium difficile Infektionen, Astroviren und carbapenemasebildenden Enterobakterien und Acinetobacter nicht in §6 und 7 unter den meldepflichtigen Erregernachweisen aufgezählt werden. Unverständlich bleibt weiterhin, warum Pseudomonas aeruginosa als häufigster carbapenemasebildender Erreger nicht zu den meldepflichtigen Carbapenemasebildnern zählt.

Hinsichtlich der nichtnamentlichen Meldepflicht für Treponema pallidum und HIV wurden wir aus dem Kreis unserer Gesundheitsämter darauf hingewiesen, dass dadurch sexuell übertragbare Erkrankungen auch in Zukunft weiter in den Status der strukturellen Nichtwahrnehmung gedrängt werden und eine Umwandlung der nichtnamentlichen in namenliche Meldepflichten begrüßt würde.

Zu Nr. 8 a) aa) / § 8:

Hier wird der Zusatz „oder Mitteilung“ gestrichen, an anderen Stellen wird im Gesetz aber weiterhin auf die Unterscheidung zwischen Meldung und Mitteilung verwiesen. Im Sinne der Rechtsklarheit sollte in dem kompletten Gesetzestext eine einheitliche Begriffsverwendung vorgenommen werden.

Zu Nr. 8 / § 8 Abs. 1 Nr. 3 a) dd):

Die ersatzlose Streichung des Teilsatzes „wenn ein Befund erhoben wird, der sicher oder mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer meldepflichtigen Erkrankung oder Infektion durch einen meldepflichtigen Krankheitserreger schließen lässt“ sollte nicht erfolgen.

Sinnvoll ist nach uns aus der Praxis mitgeteilten Erfahrungen die Meldung von Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Tuberkulose. Örtlich praktizierende Pathologen mussten auf diese Meldepflicht erst hingewiesen werden. Ohne Ergänzung oder Konkretisierung des Meldeauftrages wird z. B. der Nachweis einer „granulomatösen Entzündung“ aus Lymphknotenbiopsien wahrscheinlich nicht gemeldet. Aufgrund des Umstandes, dass Meldungen nach § 6 IfSG bei nicht ansteckenden Tuberkuloseformen öfters vergessen werden, gingen der Tuberkulosefürsorge durch die geplante Änderung wichtige Hinweise verloren.

Zu Nr. 8 b) / § 8 Abs. 3 Satz 2:

Es wird vorgeschlagen, anstelle von „...und andere als die bereits gemeldeten Angaben nicht erhoben wurden“ die Formulierung „...und wenn nicht andere oder keine anderen als die bereits gemeldeten Angaben erhoben wurden“ zu verwenden.

Zu Nr. 9 / § 9:

Die neu eingefügte Formulierung „soweit vorliegend“ sollte gestrichen werden. Sie erschwert den Gesundheitsämtern das Einfordern notwendiger Angaben und führt zu Mehrarbeit und Zeitverlusten im Meldeablauf.

Die bisherige Formulierung in § 9 Abs. 5 IfSG aF war eine Konkretisierung der nunmehr in § 1a IfSG nF gefassten datenschutzrechtlichen Anforderungen. Diese hatten vor allem den Nutzen, extern Anfragende ohne weitergehende Prüfung der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit ablehnen zu können. Diese Regelungen sollten weiterhin Bestand haben, um den Schutz der

Privat- und Persönlichkeitssphäre im besonders sensiblen Bereich übertragbarer Krankheiten Genüge zu tun.

Zwingende Angabe zum Aufenthaltsstatus in Deutschland: „*asylsuchend*?“

Aufgrund von Problemen der Erreichbarkeit einer Person, ihres sich ändernden Aufenthalts- bzw. Wohnortes und ggf. Verständigungsschwierigkeiten ist es oft schwierig zu ermitteln, ob die Person *asylsuchend* ist. Für eine korrekte Erfassung und damit zuverlässige Statistik ist dies aber notwendig. Dazu erforderlich ist eine Klarstellung des Begriffes „*asylsuchend*“ ggf. unter Verweis auf Spezialgesetze.

Zu Nr. 9 / § 9 Abs. 1 Nr. 1 m):

Die Ermittlung der Staatsangehörigkeit erscheint aus infektiologischen Aspekten nicht relevant; das Geburtsland ausreichend.

Zu Nr. 9 / § 9 Abs. 1 Nr. 1 n):

Die Ermittlung der "intensivmedizinischen Behandlung und deren Dauer" stellt einen erheblichen Aufwand dar. Auch die Gründe, die zu einer intensivmedizinischen Behandlung führen sind komplex. Diese nur in Verbindung mit der meldepflichtigen Erkrankung zu beurteilen ist häufig nicht möglich. Deswegen sollte auf diese Ergänzung verzichtet werden.

Es ergeben sich Mehraufwände auch im Krankenhausbereich, durch die neu geplanten Regelungen zur nicht- bzw. namentlichen Meldung (§ 9 / § 10). Aus den angegebenen Daten wird unschwer erkennbar, dass die Fälle, die zur namentlichen Meldung vorgesehen sind, gegenüber der nichtnamentlichen Meldung einen deutlichen Mehraufwand bedeuten. Die Notwendigkeit dieser Mehraufwände gilt es sorgsam abzuwägen.

Zu Nr. 11 / § 11 Abs. 1:

Hier fehlt in der neuen Formulierung "die erhobenen Daten[..]werden bewertet und spätestens am folgenden Arbeitstag [..]übermittelt" der zeitliche Bezug. Der Arbeitstag, an dem zu melden ist, muss mit dem Eingang der Meldung verknüpft sein.

Zu den §§ 9, 11, 14 insgesamt:

Wichtig ist, dass in dem neuen Gesetz der Melde- und Übermittlungsweg über das Gesundheitsamt erhalten bleibt, da die Arbeit der Gesundheitsämter ein wesentliches Element der Qualitätssicherung in Bezug auf Meldedaten darstellt. Die Datenqualität sowie -vollständigkeit ist von erheblicher Bedeutung, insbesondere hinsichtlich der Frage, wie repräsentativ die Meldedaten sind. Dies hängt entscheidend von der Meldecompliance von Ärzten, Labors, aber auch Gemeinschaftseinrichtungen ab. Bei dem geplanten Konzept eines zentralisierten, elektronischen Meldesystems wird die persönliche Anbindung der meldenden Institutionen an das Gesundheitsamt erheblich eingeschränkt. Dagegen wird angesichts der deutlichen Erweiterung der obligatorischen Meldedetails (Betreuung/ Unterbringung/ Aufnahme/ Entlassung in Einrichtungen nach § 23 Abs.5, Nr.1-7, § 36 Abs.1, Zeitpunkt und -raum der Erkrankung, Tatsachen zur Infektionsquelle / Impfstatus / intensivmedizinische Behandlung u. ä.) der Meldeaufwand größer bei insgesamt zunehmender Arbeitsverdichtung im Gesundheitswesen. Es ist zu befürchten, dass es zu einer irreversiblen Abnahme der Meldezahlen kommen wird, wenn das im Gesetzentwurf beschriebene Verfahren und insbesondere der Umfang der obligatorischen Meldedetails in Kraft tritt. Die Forderung, dass z. B. Kindergärten an diesem Meldekonzept partizipieren, ist u.E. nicht praktisch umsetzbar. Fraglich erscheint auch, inwieweit Erhebungen vorliegen, auf welchem Weg und mit welcher Intention Meldungen an die Gesundheitsämter gelangen. Kundenfreundlichkeit ist ein entscheidender Aspekt, wenn es um die Etablierung eines erfolgreichen Zugangs zum Meldeverfahren geht.

Uns erreichte ein Vorschlag aus unserer Mitgliedschaft hierzu, demzufolge ein Verfahren nach dem Motto „catch and collect“ sinnvoll erscheinen würde. Dies würde bedeuten, dass in einem 1. Schritt mit oberster Priorität versucht wird, der Meldung habhaft zu werden und hierfür die Schwelle für die Meldung so niedrig wie möglich gehalten wird und im 2. Schritt in einem bewältigbaren Umfang Detailinformationen erhoben werden

Im Rahmen der Diskussion mit unserer Mitgliedschaft wurde uns vereinzelt die Position übermittelt, dass die Einführung einer namentlichen Meldepflicht bei nosokomialen Häufungen begrüßt worden wäre.

Kritisch wird in unserer Mitgliedschaft zumindest teilweise eine elektronische ‘Umrechnung‘ der Meldedetails in eine Fallkategorie gesehenen. Demzufolge sollte dieser Schritt in der Hand der Gesundheitsämter bleiben bzw. dahin zurücküberführt werden. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde uns aus einer Mitgliedstadt berichtet, dass seit Einführung des neuen Octoware-Moduls Infektionsschutz ein Teil der Meldungen nicht an die Landesbehörde übermittelt wurde, weil die elektronische Zuordnung der Fallkategorie fehlerhaft war.

Zu § 16:

Hier wurde uns von dem Wunsch nach einer Präzisierung der Reichweite von § 16 berichtet. Es bestünden in dem Zusammenhang Problematiken mit der zuständigen Polizeibehörde hinsichtlich der Durchsetzung von Anordnungen, die nach § 16 erforderlich sind, da sich die Polizei nicht auf das fachliche gesundheitsamtliche Votum verlässt. Ein gesetzlicher Hinweis darauf, dass die Bewertung durch die Fachbehörde bindend ist, wäre sehr hilfreich.

Zu § 25:

Es wäre sehr hilfreich, die Ermittlungspflicht einzuschränken, da Gesundheitsämter nach der aktuellen Fassung verpflichtet sind, bei jeder Einzelmeldung zu ermitteln, was nicht zielführend ist im Hinblick auf Möglichkeiten der Gefahrenabwehr. Die Ermittlungsarbeit bindet derzeit erhebliche Ressourcen, die für eine problemorientierte Präventionsarbeit, wie sie z.B. das neue baden-württembergische ÖGD-Gesetz fordert, sinnvoller verwendet werden könnten.

Zu Nr. 19 / § 34 Abs. 10 a) Satz 2:

§ 34 ist in seiner Komplexität im Rahmen von Gemeinschaftseinrichtungen nicht umsetzbar. Insbesondere die Kette Elternaufklärung > Mitteilung der Infektionskrankheit durch Eltern an Einrichtung > Mitteilung an das Gesundheitsamt funktioniert in der Praxis nur in einem Bruchteil des mitteilungspflichtigen Infektionsgeschehens. Berichtet wurde uns von einem Beispiel, in dem weniger als 10% der mitteilungspflichtigen Infektionseignisse in Kindergärten von den Einrichtungen dem Gesundheitsamt mitgeteilt wurden. Ein Grund ist auch die für den Laien (ErzieherInnen, Eltern) nur in Teilen verständliche Liste der mitteilungspflichtigen Infektionskrankheiten

Zu Nr. 20 / § 36:

Infektionsepidiologisch ist diese neue Meldepflicht für Skabies in den hier genannten Einrichtungen absolut sinnvoll. Zu beachten ist aber, dass jede neue Erweiterung der Meldepflichten eine zusätzliche personelle Belastung in den Gesundheitsämtern nach sich zieht.

Zu Nr. 21 / § 37 Abs. 2:

Ergänzung: „3. Sonstiges Wasser“

Hier sind Fisch-Spa-Becken (diese sind aufgrund der darin befindlichen Lebewesen nicht desinfizierbar), Floating-Tanks und Ähnliches gemeint.

Die Formulierung „zu besorgen“ ist im hier verwendeten Sinne heutzutage unüblich und wirkt unverständlich für den Leser. Ersatzvorschlag: „zu befürchten“. Gleiches gilt auch für den nicht geänderten § 49 Abs. 3.

Zu Nr. 22 / § 38

Die Befugnis zum Erlass einer ausstehenden Badewasser-Verordnung wird vom BMG auf die Länder verlagert, sodass es auch darauf ankommt, dass die Länder davon zeitnah Gebrauch machen.

Seit Jahren wurde keine Bundesverordnung zu den Anforderungen an Schwimm- und Badebeckenwasser erlassen. Aktuell wird die europäische Biozidverordnung erwartet, die noch erhebliche Fragen zu den im Schwimmbadbetrieb üblichen Desinfektionsverfahren aufwerfen wird. In dieser Situation dieses fachlich schwierige Thema in Länderverantwortung zu geben, erscheint fraglich. Gerade an den Grenzen der Bundesländer wäre es den BürgerInnen nur schwer zu vermitteln, warum in verschiedenen Schwimmbädern derselben Region unterschiedliche Anforderungen an das Badewasser herrschen.

Zu Nr. 26 / § 69:

Das IfSG zur Gefahrenabwehr nimmt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahr. Die Kosten dürfen nicht allein den Kommunen auferlegt werden.

Zu Nr. 28 und 29 / §§ 73, 74:

Aus gesundheitsamtlicher Sicht wurde teilweise angeregt, dass buß- und strafbewährt auch sein sollte:

- wer nach §23 Abs. 4 seine Aufzeichnungen nicht bewertet oder keine angemessenen Schlussfolgerungen hinsichtlich Präventionsmaßnahmen zieht oder diese Maßnahmen dem Personal nicht mitteilt oder sie nicht umsetzt.
- wer nach § 36 seine infektionshygienischen Verfahrensweisen nicht oder nicht ausreichend in einem Hygieneplan festgelegt hat.

Grundsätzlich sollte bedacht werden, ob die Strafbewährung in allen Fällen nur auf die Übertragung meldepflichtiger Erreger begrenzt bleiben soll. Die Übertragung von nichtmeldepflichtigen Erregern kann je nach den speziellen Umständen (z.B. postoperativ) viel wesentlichere Folgen für den Betroffenen haben als z.B. die Übertragung von Noroviren, Campylobacter oder Adenoviren.

Zu Artikel 3 - Änderung des IGV-Durchführungsgesetzes

Zu Nr. 1 und 2 / §§ 11, 16:

Es muss im Weiteren geregelt werden, an welcher Stelle die Besonderheiten der Meldungen von einem Luft- bzw. Wasserfahrzeug abgelegt werden, um deren Besonderheiten auch im Hinblick auf die Beweglichkeit sinnvoll gerecht zu werden. Erst dann erscheint der Gesamtsinn des IfSG miterfasst.

Zu Nr. 4. / § 18:

Es erscheint aus der Praxis heraus sinnvoll, dass den einzelnen individuell zurechenbaren öffentlichen Leistungen Gebühren zugeordnet werden. Hier ist im Vorschlag vorgesehen, für

§18 Absätze 1 bis 5 jeweils 75,00 € Gebühr zu erheben. Dies wird dem spezifischen Aufwand für die Absätze 3 bis 5 nicht gerecht.

Gesetz über das Ausländerzentralregister

Hinsichtlich des Gesetzes über das Ausländerzentralregister sowie der zugehörigen Durchführungsverordnung sollte erwogen werden, die Möglichkeiten des Datenzugriffs für den ÖGD zu verbessern. Wenn Bewohner einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber, Spätausiedler und Flüchtlinge an einer übertragbaren Krankheit leiden, kann für den ÖGD der Zugriff auf Daten der Erstaufnahmehuntersuchung sowie des Impfstatus' erforderlich sein, um eine Weiterverbreitung wirksam zu verhindern und für Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige und weitere Kontaktpersonen die jeweils geeigneten, notwendigen Maßnahmen unverzüglich einleiten zu können. Ein entsprechender Datenzugriff sei bislang, wie uns berichtet wurde, nicht möglich.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Stefan Hahn
Beigeordneter
des Deutschen Städttetages



Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes