

Stellungnahme als Einzelsachverständiger zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Deutscher Bundestag Ausschuss für Gesundheit Öffentliche Anhörung „Drittes Bevölkerungsschutzgesetz“

Donnerstag, 12. November 2020, 11:00 bis 14:00

**Prof. Dr. med. Gérard Krause
Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung**

Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache 19(14)246(21) zur öffentl Anh am 12.11.2020 - Drittes Bevölkerungsschutzgesetz - 16.11.2020

Zusammenfassung

Die im Entwurf des „Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes“ vorgesehenen Änderungen sind aus medizin-epidemiologischer Sicht nur bedingt geeignet, die gemäß Begründung formulierten Ziele zu erfüllen.

Es fehlen dringend erforderliche Änderungen im IfSG, wie zum Beispiel die Überwindung der im §11 festgesetzten zeitlich verzögerten Übermittlung, sowie die Regelung, dass Gesundheitsämter an Landesbehörden und RKI pseudonymisiert - derzeit nicht übermittlungspflichtige - Daten übermitteln, die zur Bewertung der Pandemie und der Entscheidung entsprechender Maßnahmen essentiell sind.

Die im aktuellen Änderungsentwurf vorgesehene Abschaffung der Meldeflicht für positive Ergebnisse aus sogenannten Schnelltests droht zu einer steigenden Untererfassung der tatsächlichen Fallzahlen zu führen.

Die nun vorgesehene Abschaffung der erst im Juni 2020 eingeführten nichtnamentlichen personenbezogenen Meldung von positiven und negativen Virus- und Antikörpernachweisen ist sachgerecht. Es fehlt jedoch eine alternative Regelung, um die weiterhin berechnete Zielsetzung zu erreichen, etwa durch eine anonymisierte und aggregierte Meldung durchgeführter Virusnachweise.

Der neu vorgeschlagene §28a Absatz 2 ist nicht geeignet, die erwünschte Rechtssicherheit für Maßnahmen zu schaffen, weil der hier vorgeschlagene Indikator und die dazu genannten Grenzwerte aus mindestens acht Gründen weder epidemiologisch noch durch allgemeine Logik den Bezug zu Maßnahmen rechtfertigen. Absatz 2 sollte vollständig auf definierte Schwellenwerte verzichten und stattdessen auf Leitlinien verweisen, die das RKI im Benehmen mit den Landesbehörden zu erstellen haben.

Zudem wäre dringend ein bundesweites Mortalitätsregister - vermutlich außerhalb des IfSG - einzurichten, wie es der Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten in seiner Stellungnahme Juni 2020 bereits vorgeschlagen hat.

Nachfolgende Ausführungen enthalten neben konkreten Vorschlägen für alternative Formulierungen im Gesetzestext, die dazugehörigen Begründungen und die Erklärung zur Interessenbekundung des Autors.

Nachfolgende Ausführungen adressieren Änderungen im Infektionsschutzgesetz, die im Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vorgesehen sind, sowie solche Regelungen die im besagten Gesetzentwurf noch nicht enthalten sind, aber eingefügt werden sollten, um eine bedarfsgerechte Bewertung und Bewältigung der Pandemie zu ermöglichen.

1.1 Problemstellung zum bestehenden Abschnitt 2 IfSG

Der bestehende Abschnitt 2 des IfSG ist nicht geeignet, die zuständigen Behörden auf Ebene der Kommunen, der Länder und des Bundes mit Informationen auszustatten, die für eine zeit- und sachgerechte Bewertung der Lage und der zu erwägenden Maßnahmen nötig wären. Im Einzelnen betrifft dies folgende Tatbestände bzw. Sachverhalte:

1. IfSG §11 Satz 1 sieht eine sukzessive um jeweils einen Arbeitstag zeitversetzte Verfügbarkeit von übermittlungspflichtigen Daten für die zuständigen Behörden auf Landesebene und das RKI vor. Dies führt zu Zeitverzögerung bzgl. der Datenverfügbarkeit und auch zu Dateninkonsistenzen zwischen Berichten auf kommunaler, Landes- und Bundesebene. Dieser Effekt ist auch Ursache dafür, dass die Statistiken der Hopkins Universität zumeist zeitnäher, mehr Fälle für Deutschland veröffentlichen, als das Robert-Koch Institut (RKI). Die Rechtfertigung für diesen sukzessiven Zeitverzug wird im besagten Paragraphen und seiner Begründung aus der vermeintlichen Notwendigkeit abgeleitet, dass Fallmeldungen „bewertet...“, vervollständigt... und zusammengeführt“ werden müssten. Während diese Notwendigkeit für seltene Krankheiten mit komplexen Falldefinitionen durchaus besteht, ist sie für SARS-CoV-2 keinesfalls mehr gegeben. Ohnehin sieht die Falldefinition des RKI bereits das alleinige Vorliegen einer Labormeldung als ausreichend für die Erfüllung der Übermittlungspflicht und der in den amtlichen Berichten verwendeten Referenzdefinition vor. Die Aufgabe des Gesundheitsamtes besteht daher in Bezug auf eine zeitnahe Berichterstattung (Surveillance) zu COVID-19 vornehmlich darin, sicherzustellen, dass ggf. mehrere eintreffende Meldungen zu einem Fall, keine Doppelmeldung erzeugen. Diese Aufgabe bedingt aber technisch keine sukzessive Übermittlungsverzögerung, sondern kann auch erfüllt werden, wenn Landesbehörden und RKI einen gleichzeitigen Stand zu den Fallzahlen erhalten. Zur Lösung dieses Hindernisses, sollte demnach mindestens für SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 im IfSG eine Rechtsgrundlage für die Sicherstellung eines gleichzeitigen Informationsstands ohne den beschriebenen sukzessiven Übermittlungsverzug geschaffen werden.
2. IfSG §11 Absatz 1, Nummer 1, regelt die Inhalte, die zur betroffenen Person vom Gesundheitsamt an die Landesbehörde und von dort an das RKI zu übermitteln sind. In dieser Regelung fehlt die Nennung von Angaben zu spezifischen Expositionen (Kontakten) zwischen Fällen, so dass es nicht möglich ist, der Landes- und Bundesebene Infektionsketteninformation zu übermitteln. Es müssen Infektionsketten auch dann dokumentiert werden können, wenn die Zuständigkeitsgrenzen von Landkreisen bzw. kreisfreien Städten überqueren, was in der aktuellen Pandemie sehr häufig der Fall ist. Diese systematische Zusammenführung ist aufgrund der Beschränkungen im §11 derzeit nicht möglich, obgleich technische Systeme für deren Umsetzung vorliegen. Als Lösung bietet sich an, im IfSG eine Rechtsgrundlage für eine entsprechende Übermittlungspflicht vom Gesundheitsamt über die Landesbehörden an das RKI in Ergänzung IfSG §11 Absatz 1, Nummer 1 zu schaffen.
3. Weiterhin ist IfSG §11 Absatz 1, Nummer 1e) nicht geeignet, den oben erläuterten Bedarf für systematische Analyse der Infektionsquellen zu ermöglichen, da hier eine Beschränkung auf den „wahrscheinlichen“ Infektionsweg, das Übertragungsrisiko bzw. Infektionsrisiko vorliegt. Die Bewertung, welcher Infektionsweg, welches Übertragungsrisiko bzw. Infektionsrisiko „wahrscheinlich“ ist, kann das Gesundheitsamt bei einem respiratorisch übertragbaren, ubiquitär verbreiteten Erreger wie SARS-CoV-2 methodisch bedingt unmöglich treffen. Tatsächlich trifft dieses Defizit auch bei anderen meldepflichtigen Krankheiten zu, wirkt sich aber im Rahmen der Pandemie als ein besonderes Hindernis aus. Vielmehr ist hierzu zunächst die Übermittlung einer nicht bewertenden Erfassung aller relevanten und bekannten gewordenen Expositionen zu einem Fall erforderlich. Auf dieser

Basis kann dann durch epidemiologische und statistische Analysen in Bezug auf eine Fallpopulation (statt in Bezug auf einen einzelnen Fall) festgestellt werden, welche Arten von Expositionen (z.B. Aufenthalt in Schulen oder Gaststätten) den größten Beitrag zur Verbreitung der Infektion in einem gegebenen zeitlich-räumlichen Kontext haben. Diese Information wiederum ist für eine evidenzbasierte Entscheidung von Maßnahmen von größter Bedeutung. Vor diesem Hintergrund bietet sich an, im IfSG eine Rechtsgrundlage für eine spezifische Übermittlungspflicht zu schaffen, wonach relevante Expositionen zu übermitteln sind.

4. IfSG §11 sieht nicht vor, dass Informationen zu Kontaktpersonen übermittelt werden. Kontaktpersonen stellen zwar keine Fälle dar, werden aber im Zusammenhang von SARS-CoV-2 als Ansteckungsverdächtige gemäß IfSG § 30 abgesondert (Quarantäne). Information darüber, welche Eigenschaften von Fällen oder Expositionen mit einer besonders hohen Zahl von Ansteckungsverdächtigen einhergeht und wiederum welche Eigenschaften (z.B. Alter oder Berufsgruppe) Letztere haben, ist von besonders großer Bedeutung für eine zielgerichtete Steuerung der Pandemiebewältigungsstrategien. Des Weiteren ist diese Information auch von großer Bedeutung für das bevorstehende Verbreitungspotential in einem Landkreis sowie für die Quantifizierung der zu erwartenden Beherrschbarkeit durch das Gesundheitsamt. Zum Beispiel war es eine der wichtigsten von der WHO erhobenen Maßzahlen bei der Westafrikanischen Ebola Epidemie 2015/16, wie hoch der Anteil der Kontaktpersonen (Ansteckungsverdächtige) ist, die erkrankt sind bzw. umgekehrt, wie hoch der Anteil der Fälle ist, die zuvor als Kontaktperson bereits erfasst waren. Dies gibt quantifizierbar Aufschluss darüber, wie gut die Maßnahmen der Gesundheitsämter greifen und dient der fortlaufenden Strategieanpassung. Zudem gibt diese Information auch einen Hinweis über die gesamtgesellschaftliche Belastung, außerhalb der eigentlichen Erkrankten. Um dieses essentielle Informationsdefizit zu überwinden, sollte im IfSG eine Rechtsgrundlage ergänzt werden, die bei der Übermittlung zu einem SARS-CoV-2 Fall auch die Verknüpfung zu Ansteckungsverdächtigen (Kontaktpersonen) übermittlungspflichtig macht. Die zu übermittelnden Informationen müssen auf die essentiellen Variablen beschränkt sein, die für o.g. Bewertung zwingend erforderlich ist (Altersgruppe, Geschlecht, Zugehörigkeit zu vordefinierten Berufsgruppen, Zeitraum der Exposition zum Fall, Zeitraum der Absonderung). Ein Ansteckungsverdächtiger kann einen Kontakt zu einem Fall in Gesundheitsamt A und zugleich zu einem anderen Fall in Gesundheitsamt B haben. Um zu verhindern, dass ein solcher Ansteckungsverdächtiger doppelt gezählt wird, ist hier analog zu derzeitigen Praxis zur Fallübermittlung ein geeignetes Pseudonymisierungsverfahren zu fordern, so dass Doppelzählungen vermieden und Statusänderungen (z.B. vom Ansteckungsverdächtigen zum Fall) dokumentiert werden können. Im Sinne eines optimierten Datenschutzes, wäre auch denkbar, die Informationen zu Kontaktpersonen in aggregierter Form verpflichtend zu machen, was jedoch in Bezug auf Doppelerfassung eine geringere Datenqualität zur Folge hätte.
5. Ein großes Hindernis bei der zeit- und lagegerechten Anpassung von zu übermittelnden Informationen gemäß §12 und §13 IfSG ist die Tatsache, dass Gesundheitsämter ihre IfSG-Fachanwendungen zur Übermittlung mehrheitlich als lokale Systeme betreiben, deren Versionsaktualisierung den örtlichen IT-Beauftragten obliegt. Epidemiologisch bedingte Anpassungen des Datenmodells durch das RKI werden daher technisch nur nach einer oft wochen- oder gar monatelangen Latenz in den unterschiedlichen Gesundheitsämtern aktiviert, abhängig davon, wie rasch eine örtlich verwendete IfSG-Fachanwendung die Änderungen umgesetzt hat und wie rasch ein Gesundheitsamt die neue Version aktiviert. Dies wiederum führt nicht nur zu einer Verzögerung der Umsetzung neuer RKI-Standards, sondern auch zu Uneinheitlichkeit des übermittelten Datenstandards.
6. Es besteht derzeit keine Möglichkeit, zeitnah und todesursachenspezifisch die Sterblichkeit im Rahmen der Pandemie oder anderer gesundheitlicher Notlagen bundesweit einheitliche zu erheben und für die Bewertung der pandemischen Lage heran zu ziehen. Hierauf hat auch der Rat für Sozial und Wirtschaftsdaten im Juni 2020 in einer Stellungnahme hingewiesen.¹ Eine Regelung hierzu ist offenkundig außerhalb des IfSG zu schaffen.

¹ <https://www.konsortswd.de/aktuelles/publikation/sterblichkeit-in-deutschland-muss-besser-und-schneller-erfasst-werden-lehren-aus-der-covid-19-pandemie/>

1.2. Lösungsvorschlag: Ergänzungen im Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

In § 11 Nr. 1e wird folgender Satz angefügt:

„Im Fall von Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19): Erfassung aller relevanten und bekannt gewordenen Expositionen zu einem Fall, einschließlich möglicher Infektionswege sowie das Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat, Impf- und Sero-status und erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung, einschließlich der Kontakte zu anderen Fällen“.

In § 11 Abs. 1 Satz 1 wird nach Nr. 3 der folgende Satz eingefügt:

„Im Fall von Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erfolgt die Übermittlung zweimal täglich in einer Datenbank, die allen Gesundheitsämtern, Landesoberbehörden und RKI zeitgleich und ohne Übermittlungsverzug entsprechend ihrer Zuständigkeit zugänglich ist“.

Nach § 11 Nr. 1 wird folgende Nr. 1a eingefügt:

„Im Fall von Covid19 zur Kontaktperson einer betroffenen Person:

- a) Altersgruppe unterteilt in 10-Jahres Intervallen bis 90, sowie >90
- b) Geschlecht
- c) Berufsgruppe
- d) dreistellige PLZ des Wohnortes
- e) Zeitraum der Exposition zum Fall
- f) Zeitraum der Absonderung

Ein Gesundheitsamt erhebt initial Informationen über Kontaktpersonen einer betroffenen Person (Fall) auch dann, wenn die Zuständigkeit gemäß Wohnort der Kontaktperson einem anderen Gesundheitsamt obliegt und leitet die zur weiteren Bearbeitung erforderlichen Informationen an das für die Kontaktperson zuständige Gesundheitsamt weiter. Ebenso informiert das für die Kontaktperson zuständige Gesundheitsamt das initial erhebende Gesundheitsamt, wenn bei der Kontaktperson eine Infektion mit SAR-CoV-2 festgestellt wurde.

Nach Nr. 1a wird folgende Nr. 1b eingefügt:

Für die Datenbank nach § 11 Abs. 1 Satz 2 (neu) und die Übermittlung der personenbezogenen Daten nach § 11 Nr. 1a (neu) an diese wird ein dem Stand der Technik entsprechendes, geeignetes Pseudonymisierungsverfahren² eingerichtet, das die Umsetzung von §11 Nummer 1 ermöglicht.

Nach § 14 Abs. 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„Für den Betrieb der Datenbank nach § 11 Abs. 1 Satz 2 (neu) stellt der Bund den beteiligten Stellen eine mit den übrigen eingesetzten Verfahren kompatible Software kostenlos zur Verfügung. Die Quellcodes der Lösungen sind im Rahmen einer open source Lizenz frei verfügbar.“

² Von dem Pseudonymisierungsverfahren das derzeit in IfSG §10 Absatz 4 definiert ist, kommt hier nicht in Frage, weil es insbesondere in diesem Kontext nicht datenschutzkonform ist und nicht dem Stand der Technik entspricht.

2.1 Problemstellung zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Nummer 5: §7 Absatz 4

Das Dritte Gesetz sieht vor, diesen erst im Frühjahr 2020 eingeführten Absatz wieder aufzuheben. Tatsächlich war dieser in mehrfacher Hinsicht nicht umsetzbar, weil zum einen das RKI erklärterweise keine dafür geeignete technische Struktur für den Empfang der Meldung anbieten konnte und weil einige der zur Meldung vorgesehenen Informationen den Meldepflichtigen nicht regelhaft vorliegen. Unabhängig davon ist der §7 Absatz 4 insofern problematisch, weil hier datenschutz sensible, pseudonymisierte Daten direkt an das RKI als Einzelfalldaten zu melden sind, die für die Zweckerfüllung des Absatzes nicht zwingend erforderlich sind. Wenn es die primäre Funktion des Absatzes ist, die Gesamtzahl durchgeführter Tests als Nenner für die Bewertung der eingegangenen Fallmeldungen zu schaffen, so ließe sich dies durchaus durch aggregierte anonyme Datenerhebungen erzielen, die in geeigneter Granularität nach Altersgruppen, Zeitintervallen und räumlichen Bezug stratifiziert zu melden wären.

Aus Datenschutzsicht ist jedoch insbesondere die zu meldende, fallbezogene Pseudonymisierung nach §10 Absatz 4, zusammen mit den übrigen zu meldenden Angaben aus §10 Absatz 3 nicht geeignet, eine namentliche Re-identifizierung der Personen zu verhindern. Während dieser Sachverhalt prinzipiell bereits für die anderen in §7 Absatz 3 genannten Meldepflichten problematisch ist, so wirkt das Problem im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 aus zwei weiteren Gründen besonders schwer: Zum einen müssen hier auch negative Befunde gemeldet werden und zum zweiten führen die immensen Testaktivitäten noch nie dagewesenen Ausmaßes, zumindest regional zu einer Erfassung eines sehr großen Teils der Bevölkerung in Bezug auf ihren „Corona-Virus-Teststatus“, selbst wenn dieser Status negativ ist. Gänzlich unerklärlich ist, warum im Absatz 4 zusätzlich auch indirekte Infektionsnachweise wie zum Beispiel Antikörpernachweise ebenfalls meldepflichtig sind. Auch die kurze Meldepflicht lässt sich nicht mit den hier genannten Zielen rechtfertigen. Somit ist es nachvollziehbar, den mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz der im 20. Juni 2020 erst neu eingeführten § 7 Absatz 4 in seiner jetzigen Form zu streichen.

Da es jedoch ein berechtigtes Anliegen gibt, in systematischer Weise die Zahl der durchgeführten Tests zu erfassen, um für die Bewertung der Fallmeldungen einen sachgerechten Bezugswert (Nenner) zu ermöglichen, sollte diese diesbezügliche Meldepflicht auf eine deutlich datensparsamere und datenschutzfreundlichere Weise mittels aggregierter und anonymisierter Meldungen erfolgen.

Nummer 6, Absatz b: §8

Die hier vorgeschlagene Streichung einer Meldepflicht für „Nachweise eines Krankheitserregers durch die Anwendung von In-vitro-Diagnostika, die für patienten-nahe Schnelltests oder zur Eigenanwendung bei Testung auf Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) genutzt werden“ ist in dieser Umfänglichkeit nicht nachvollziehbar und birgt die Gefahr einer zunehmenden Untererfassung von Fallmeldungen. Es ist sogar wahrscheinlich, dass der Einsatz patienten-naher Antigennachweise (Schnelltests) teilweise den Einsatz klassischer Nukleinsäurenachweise (z.B. PCR) ersetzen werden, so dass trotz eigentlich gleich hoher Fallzahl die Zahl der Meldungen dann deutlich niedriger ausfallen würde, wenn die Meldepflicht für Schnelltests entfiel. Des Weiteren sind Antigennachweise Bestandteil der internationalen Falldefinitionen, aus denen sich für Deutschland wiederum internationale Berichtspflichten z.B. im Rahmen von EU ergeben.

Seite 10, Nummer 17: §28a Absatz b

§28a Absatz b ist nicht geeignet, die hier in der Gesetzesbegründung genannten Aufgabe zu erfüllen.

1. Die alleinige Reduktion der Lageeinschätzung auf einen einzigen Messwert, wie hier vorgesehen, ist epidemiologisch nicht begründbar und entspricht nicht dem Stand der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz. Insbesondere für die Rechtfertigung und Indikationsstellung von Infektionsschutzmaßnahmen sind vielmehr folgende zusätzlich Indikatoren von besonderem Wert:
 - Altersverteilung der Fälle
 - Anteil leichter und schwerer Erkrankungen
 - Anzahl hospitalisierter und beatmeter Patienten sowie der diesbezüglichen Versorgungskapazitäten
 - Zeitliche und räumliche Verbreitung von Infektionsketten
 - Anzahl in Quarantäne befindlicher Personen
 - Anzahl oder Anteil betroffener Berufsgruppen
 - Verteilung der wahrscheinlichen Infektionsquellen
 - COVID-19-ursachenspezifische Sterblichkeit
 - Anteil Fälle, die zuvor als Kontaktperson identifiziert waren, sowie Anteil der Kontaktpersonen, bei denen eine SARS-CoV-2 Infektion nachgewiesen wird
 - Dynamik der o.g. Indikatoren über Raum und Zeit
2. Die alleinige Festlegung auf die Gesamtfallzahl in der Bevölkerung lässt außeracht, dass die gesundheitliche Belastung sehr ungleich verteilt ist. Eine gleich gegebene Zahl Fallmeldungen innerhalb einer Schule erfordert gänzlich andere Maßnahmen wie eine gleich hohe Fallzahl in einem Altersheim. Dies wiederum erfordert Indikatoren, die eine derartige Differenzierung ermöglichen.
3. Die Fallmeldezahl allein drückt die Schwere der pandemischen Lage nicht hinreichend aus: Ein Großteil der Meldetatbestände schließt Fälle ein, die ohne oder nur mit unerheblicher Erkrankung einhergehen. Zugleich unterliegt der Anteil der Fallmeldungen an den tatsächlich bestehenden Fällen nachweislich sehr starken Schwankungen von Handlungen, die nicht im Gesetz geregelt werden können: Änderungen der Teststrategien, Änderungen der Falldefinition, veränderliche Testkapazität, oder Einführung neuer Testverfahren, können die bei gleichbleibender tatsächlicher Fallzahl zu sehr unterschiedlichen Melddezahlen führen. Die Größenordnungen dieser Schwankungen können durchaus ein Mehrfaches der im Gesetzentwurf genannten Schwellenwerte ausmachen. Somit besitzt dieser Indikator nicht die erforderliche Robustheit, um entsprechende Maßnahmen davon abhängig zu begründen.
4. Die Begründung des Gesetzentwurfes enthält keinerlei Evidenz, weshalb die Grenzwerte nun bei 35 oder 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner pro 7 Tage liegen soll. Ein Verweis darauf, dass diese Werte die Belastungsgrenze der Gesundheitsämter in Bezug auf Kontaktpersonennachverfolgung darstellten, ignoriert die Tatsache, dass ebendiese Belastungsgrenze durch diverse Maßnahmen positiv beeinflusst werden kann, wie zum Beispiel eine deutlich verbesserte Digitalisierung und personelle Ausstattung der Gesundheitsämter. Aber auch diversen Priorisierungsansätze zur Effizienzsteigerung der Kontaktpersonennachverfolgung werden solche statischen Grenzwerte nicht gerecht.
5. Durch die Festlegung nicht plausibler, fester numerischer Grenzwerte im Gesetz riskiert man umgehend die nächsten rechtlichen Diskussionen über die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen. Damit wäre das Gegenteil dessen erreicht, was erreicht werden sollte, nämlich eine bessere, rechtsstaatliche, gesetzliche Grundlage für Eingriffe in Grundrechte zugunsten des Pandemieschutzes.
6. Selbst wenn es gelänge fixe Grenzwerte zu definieren, die sachgerecht die Aktivierung oder Deaktivierung von Maßnahmen begründen können, so wäre es dennoch nicht sachgerecht, selbige in einem Gesetzestext zu fixieren. Die Pandemie ist – wie in der Begründung richtig ausgeführt - sehr dynamisch. Neue Erkenntnisse oder neu verfügbar werden diagnostische, therapeutische und präventive Methoden können sehr viel schneller eine Anpassung von Grenzwerten erfordern, als dies eine dazu dann nötige Gesetzesänderung ermöglichen könnte.
7. Absatz 2 unterscheidet zwischen „schwerwiegenden“ und „stark einschränkenden“ und „einfachen Maßnahmen“. Obgleich die Begründung nahelegt, es handele sich hierbei um

drei Stufen einer Skala, stellen die hier verwendeten Adjektive allein sprachlich keine Abstufung einer Dimension dar. So korreliert zum Beispiel die Einfachheit einer Maßnahme keineswegs damit, wie schwerwiegend sie in die Bürgerrechte eingreift. Ebenso wenig handelt es sich hier um etablierte Begrifflichkeiten diesbezüglicher Fachdisziplinen.

8. Weder der Gesetzestext noch die Gesetzesbegründung definieren, welche der in Absatz 2 genannten Stufen eine Entsprechung bzgl. der in Absatz 1 genannten Maßnahmen haben. Dies ist tatsächlich auch kaum sachgerecht möglich, weil die Einfachheit einer Maßnahme oder ihre einschränkende Wirkung immer auch abhängig vom jeweiligen Kontext der Umsetzung ist. Abgesehen von den grundsätzlichen Einwänden gegen diese Art der Differenzierung von Einschränkungen, wäre aber dringend erforderlich, eine eindeutige Zuordnung von Maßnahmen erforderlich bzgl. ihrer Eigenschaft Bürgerrechte schwerwiegend einzuschränken. Tut man dies nicht, ist wiederum rechtlichen Auseinandersetzungen der Weg geebnet, während mit dem Gesetz ja gerade eine bessere Rechtssicherheit geschaffen werden soll.

2.2 Lösungsvorschlag: Ergänzungen im Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Nummer 5: §7 Absatz 4

§7 Absatz 4:

Vollständig ersetzen durch:

„Für folgende Krankheitserreger ist die Anzahl durchgeführter Untersuchungen direkter Nachweise in aggregierter Weise zu erfolgen.

1. Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (SARS-CoV) und
2. Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2).

Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 5 [neu] zu erfolgen“

§10 neuer Absatz 5 [neu]

„Die nichtnamentliche aggregierte Meldung nach § 7 Absatz 4 Satz 1 muss für jede Kalenderwoche spätestens am zweiten Werktag der darauffolgenden Woche an das Robert Koch-Institut erfolgen. Die Meldung muss folgende Angaben enthalten:

1. Anzahl durchgeführter Untersuchungen stratifiziert nach
 - a) Geschlecht der betroffenen Person
 - b) Altersgruppe unterteilt in 10 Jahresintervallen bis 90 sowie >90
 - c) die ersten drei Ziffern der Postleitzahl der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes
 - d) Nachweismethode
2. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden

Nummer 17: §28a Absatz b

Vollständig ersetzen durch:

„Das Robert Koch-Institut erstellt im Benehmen mit der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden und unter Verwendung definierter Indikatoren Leitlinien für die Indikationsstellung der in Absatz 1 zu treffenden Maßnahmen.“

Nummer 6, Absatz b: §8

Diese Einschränkung ersatzlos streichen

Interessenbekundung von Prof. Dr. med. Gérard Krause

Funktion und berufliche Zugehörigkeit:

Leiter Abteilung Epidemiologie, Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung (HZI), Braunschweig

Stellvertreter des wissenschaftlichen Geschäftsführers, HZI

Leiter Institut für Infektionsepidemiologie, TWINCORE, Hannover

Lehrstuhl (W3) Infektionsepidemiologie, Medizinische Hochschule Hannover

Die vorstehende Stellungnahme stellt meine persönliche Einschätzung dar und repräsentiert nicht notwendigerweise die Position meines Dienstherrn. Nachfolgende Angaben - auch wenn sie mit „Ja“ beantwortet werden - bedeuten nicht zwangsläufig eine Befangenheit in Bezug auf obenstehende Stellungnahme.

Finanzielle Zuwendungen: Haben Sie persönlich in den vergangenen drei Jahren finanzielle Zuwendungen von Firmen, Lizenzeinnahmen zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten (z.B. Impfstoffe, Diagnostika, Arzneimittel) erhalten?	Nein
Erläuterung: n/a	
Finanzielle Beteiligungen: Sind Sie in Besitz von Aktien oder sonstige finanzielle Beteiligungen zu einer Firma zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten beteiligt (z.B. Impfstoffe, Diagnostika, Arzneimittel)?	Nein
Erläuterung: n/a	
Auftragsstudien: Waren Sie in den vergangenen drei Jahren an Studien im Auftrag oder im Interesse eines Unternehmens zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten beteiligt (z.B. Impfstoffe, Diagnostika)?	Nein
Erläuterung: n/a	
Auftragsgutachten: Waren Sie persönlich in den vergangenen drei Jahren im Rahmen regulatorischer, gesetzgebender oder gerichtlicher Anhörungen gutachterlich für Firmen zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten (z.B. Impfstoffe, Diagnostika) tätig?	Nein
Erläuterung: n/a	
Ämter: Hatten Sie in den vergangenen drei Jahren Funktionen, Mitgliedschaften oder Ämter, in Gremien, Firmen oder Vereinen - bezahlt oder unbezahlt - aus denen sich eine Erwartung ableiten könnte, in Bezug auf die COVID-19 Pandemie eine bestimmte Position einzunehmen?	Nein
Erläuterung: n/a	
Erfindungen: Sind Sie Erfinder von Patenten oder in Prüfung befindlicher Patentanmeldungen, die im Zusammenhang der COVID-19 Pandemie relevant sind oder werden könnten?	Ja
Erläuterung: Low Bandwidth Database Synchronization (LBDS): Ein Verfahren zur mobilen Datenbanksynchronisierung in Regionen ohne Internetanbindung.	
Fördermittel: Hat Ihre Arbeitsgruppe in den vergangenen drei Jahren Fördermittel von Firmen zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten (z.B. Impfstoffe, Diagnostika) erhalten?	Nein
Erläuterung: n/a	
Weitere Hinweise: Gibt es weitere vergangene oder gegenwärtige Zusammenhänge, die als Befangenheit in Bezug auf Aussagen zur COVID-19 Pandemie oder zum IfSG wahrgenommen werden könnten?	Ja
Erläuterung: Von 2000 bis 2013 war ich Fachgebiets- bzw. Abteilungsleiter im Robert-Koch Institut und in dieser Funktion maßgeblich an der Bewältigung epidemischer Lagen von nationaler Tragweite beteiligt (z.B. SARS 2003, H5N1 Influenza 2009, EHEC 2011). Meine Abteilung am HZI ist Empfänger von Drittmitteln zu COVID-19-Forschung u.a. von folgenden Ministerien: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur. Seit 2015 bin ich wissenschaftlicher Leiter des digitalen „Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System“ (SORMAS), welches in Gesundheitsämtern in Deutschland und im Ausland für das Kontaktpersonenmanagement zum Einsatz kommt. SORMAS ist open source und steht ohne Lizenzgebühren frei zur Verfügung.	

Braunschweig, den 12.11.2020