

## **Stellungnahme des Fachausschusses Infektionsschutz des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) vom 27. Januar 2017 zum zweiten Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten**

Im September 2016 legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf zur Änderung des IfSG mit der Bitte um Stellungnahme vor. Ein zweiter Entwurf des "Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten" wurde nachfolgend vom Bundeskabinett am 21. Dezember 2016 beschlossen. Derzeit findet die Bundesratsbefassung statt. Eine Verabschiedung ist bis zum Sommer 2017 geplant.

Im Rahmen der Anhörung zum 1. Entwurf hat der BVÖGD im Oktober 2016 ausführlich Stellung genommen. Die detaillierte Stellungnahme ist dem Anhang zu entnehmen (Anlage). Nachfolgend findet sich ein Überblick über die Änderungen mit einigen wichtigen Informationen zu besonders relevanten Punkten.

### **Überblick**

Kernstück des Entwurfs ist die Weiterentwicklung des Meldewesens hin zu einer durchgängigen elektronischen Informationsverarbeitung. Das Projekt trägt den Namen DEMIS (Deutsches Elektronisches Meldesystem für den Infektionsschutz). Der beschlossene Entwurf enthält aber auch zahlreiche weitere Änderungen verschiedener Abschnitte des IfSG und anderer gesetzlicher Regelungen. Hierzu gehören z. B. die Konkretisierung und Erweiterung der Meldepflichten bei nosokomialen Infektionen und Besiedlungen mit Multiresistenten Krankheitserregern (§§ 6-7), Erweiterung der nosokomialen Surveillance auf Rehakliniken, erweiterte Regelungen zu Benachrichtigungspflichten der Gesundheitsbehörden an z. B. Veterinär- und Immissionsschutzbehörden (§ 27), Änderungen im 6. Abschnitt über Gemeinschaftseinrichtungen, die Einbeziehung von Kleinbadeteichen in die Wasserüberwachung nach § 37 IfSG und Maßnahmen zum Umgang mit Polioviren in Laboren (im Rahmen der weltweiten Polioeradikationsstrategie der WHO, § 50a).

Neben den Änderungen des IfSG erfolgen z.B. auch Änderungen des Internationalen Gesundheitsvorschriften-Durchführungsgesetzes, des Ausländerzentralregister-Gesetzes (AZR) und des Tiergesundheitsgesetzes. Einige der Änderungen werden in der vorliegenden Zusammenstellung näher erläutert.

### **Elektronisches Meldewesen - Hintergrund zu DEMIS**

Mit Inkrafttreten des IfSG im Jahr 2001 wurden elektronische Lösungen zur Verfügung gestellt, mit denen gemeldete Daten von Gesundheitsämtern und Landesbehörden bearbeitet und übermittelt werden können. Für die Meldungen selbst wurde lange Zeit kein solcher Bedarf gesehen. Dies änderte sich mit der Influenza-Pandemie 2009 und dem großen EHEC Ausbruch im Jahr 2011 und führte zu einem entsprechenden Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Hier wurde festgestellt, „...dass die frühzeitige Erkennung von Infektionsgefahren mit überregionalem Bezug eine schnellere Information an die Landesbehörden und das RKI voraussetzen“. Die GMK beauftragte die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, in Zusammenarbeit mit dem BMG und dem RKI Vorschläge für eine Verbesserung des

Meldesystems zu erarbeiten. Hierbei ging es der GMK vor allem um die Nutzung technischer Möglichkeiten, um vollständige tagesaktuelle Zahlen zu erhalten.

### **DEMIS - Ziele und Herausforderungen**

Die durchgängige elektronische Informationsverarbeitung vom Meldenden (z. B. Arzt, Labor, Einrichtungen nach § 34 und § 36) über das Gesundheitsamt und die zuständige Landesgesundheitsbehörde bis zur Bundesebene soll den Aufwand für Meldende und zuständige Behörden reduzieren und den Informationsfluss beschleunigen. Auch sollen Zusammenarbeit der Beteiligten Datenaustausch unterstützt werden, so dass auch große Infektionsereignisse effektiver bearbeitet werden können (Tabelle 1).

Tabelle 1: Hauptziele von DEMIS

Verbesserung der Kommunikation zwischen Meldenden und ÖGD mit Steigerung der Qualität in verschiedenen Dimensionen

- Verbesserung der Meldecompliance
- Realisierbarkeit einer durchgängig medienbruchfreien Prozesskette
- Elektronische Meldung als Regelfall, andere Meldeformen im Ausnahmefall
- Austausch strukturierter Dokumente in maschinenlesbarer Form
- Reduzierung fehlerhafter oder unvollständiger Meldungen
- Verbesserung der Qualität von übermittelten Inhalten in Bezug auf deren Vollständigkeit, Genauigkeit und Sinnhaftigkeit
- Beschleunigung der Meldeprozesse
- Beschleunigung von Übermittlungen

Unterstützung der temporären Erhebung von strukturierten Zusatzinformationen (u. a. § 15 IfSG, IGV)

- Erweiterung von Meldeinhalten
- Erweiterung der Liste der Meldetatbestände

Grundsätzliche Nutzbarkeit für die ad hoc - Bereitstellung von zusätzlichen Informationen durch Meldende

Quelle: RKI 2013. DEMIS: Abschlußbericht Mehrbedarfsanalyse

Hierzu ist eine Vielzahl von Änderungen des IfSG, vor allem des bisherigen 3. Abschnitts (Meldewesen), erforderlich. § 14 ist dabei das zentrale Kernstück der neuen Regelungen. Der Zugriff der zuständigen Behörden (z. B. Kommune, Land) auf die Informationen in DEMIS erfolgt für das gesetzlich geregelte Berechtigungskonzept. Neben der Meldung und Übermittlung stellt das System auch Daten als Feedback für die Anwender und für die Veröffentlichung bereit und enthält zusätzliche Funktionen wie die Signalerkennung, die eine frühzeitige Identifikation von Ausbrüchen ermöglichen soll („Informationsdienst“).

Die Umsetzung sieht eine verbindliche Nutzung des Systems (ab Jahr 2021) vor. Für Labore und Ärzte können die Meldungen automatisiert über Schnittstellen zu bestehenden Labor- bzw. Arztinformationssystemen generiert werden. Dies wird naturgemäß mit Kosten für die jeweiligen Betreiber verbunden sein. Dafür soll allen Meldenden eine kostenlose Internetplattform angeboten werden. Dies wird auch der Meldeweg für Einrichtungen nach § 34 und § 36 sein.

Die Implementierung erfolgt in drei Schritten und soll bis zum 31.12.2020 abgeschlossen sein:

1. Errichtung des technischen Systems und Nutzung der Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes
2. elektronische Meldung durch Labore

### 3. Vollausbau mit Meldung auch durch Ärzte, Gemeinschaftseinrichtungen und weitere Meldepflichtige

DEMIS - Mehr- oder Minderaufwand ?

Die Einführung wird nach Einschätzung der Autoren keineswegs wie angekündigt zu einer Entlastung der Gesundheitsämter führen. Einige wissenschaftliche Publikationen zeigen, dass durch elektronische Meldesysteme wesentlich höhere Meldezahlen generiert wurden als durch herkömmliche Systeme (Faktor 2-4). In der Erweiterung der Begründung des verabschiedeten Entwurfs wurde dieser Punkt zwar angesprochen, aber im Wesentlichen darauf abgestellt, dass über die elektronische Verarbeitung eine Entlastung erfolgt (da Daten nicht mehr eingegeben werden müssen). Auch wenn das RKI die Verbesserung der Meldecompliance als obersten Punkt in den Hauptzielen von DEMIS führt (s. Tabelle 1), enthält die Begründung zum Entwurf bzgl. der Mehrbelastungen nur den lapidaren Hinweis, „...durch das erhöhte Datenaufkommen und die angestrebte höhere Meldecompliance ... kann es zu einer Mehrbelastung der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kommen.“ Auf weitere Herausforderungen in diesem Kontext wird nicht eingegangen. Dazu gehören z. B. Fragen der Datenqualität (die mit dem Argument der zeitnahen Meldung in Konflikt steht) und Herausforderungen an die Qualifikation von Mitarbeiter/innen im Bereich des Datenhandlings und -monitorings. Die vermehrte Einbeziehung von Benachrichtigungen nach § 34 wird möglicherweise eine Datenflut nach sich ziehen. Gesundheitsämter mit engem Kontakt zu Gemeinschaftseinrichtungen berichten bereits jetzt über ähnliche hohe Meldezahlen (nach § 34) wie nach § 7 IfSG. Somit ist trotz der unbestrittenen Erleichterung bei der Erfassung der Meldung von einer deutlichen Erhöhung des Bearbeitungsaufwandes in den Gesundheitsämtern auszugehen.

#### **Erweiterung von Melde- und Unterrichtungspflichten**

In § 6 (Meldepflichtige Krankheiten) wurde präzisiert, dass bereits bei zwei nosokomialen Infektionen im epidemiologischen Zusammenhang (bisher: „Häufung“) eine Meldung zu erfolgen hat. Die im ersten Entwurf vom September 2016 enthaltene Formulierung, wonach nosokomiale Häufungen von Kolonisationen mit in der Liste nach § 23 Absatz 4a genannten Krankheitserregern („RKI-Liste“) zu melden sind, wurde nach Kritik von vielen Seiten gestrichen und ist im verabschiedeten Entwurf nicht mehr enthalten. Mit einer Aktualisierung der Liste durch das RKI wäre damit automatisch eine neue Meldepflicht entstanden. Die namentliche Meldung auch bei Häufungen von Kolonisationen mit MRE wird aber in § 7 indirekt eingeführt. Hier wird die bisher bestehende Regelung, wonach auch nicht in der Vorschrift genannte Krankheitserreger zu melden sind, soweit deren örtliche und zeitliche Häufung auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist, auf Kolonisationen erweitert (§ 7 Absatz 2).

Die Unterrichtungspflichten der Gesundheitsämter nach § 27 werden ausgeweitet und präzisiert. Zunächst wird festgelegt, dass andere Gesundheitsämter benachrichtigt werden müssen, sofern ihnen Aufgaben nach diesem Gesetz zukommen. Offensichtlich sieht der Gesetzgeber hier einen Mangel in der Kommunikation zwischen den unteren Gesundheitsbehörden, den er aber nicht näher thematisiert.

Darüber hinaus wird eine Unterrichtungspflicht an Veterinärbehörden eingeführt, sofern der Verdacht besteht, dass eine nach Tierseuchenrecht meldepflichtige Erkrankung oder eine Tierseuche unmittelbar oder mittelbar vom Tier auf den Menschen übertragen wurde. Gleiches soll auch für die Übertragung von Mensch auf Tier gelten! Zu den dann meldepflichtigen Infektionskrankheiten bzw. -erregern gehören neben Q-Fieber, Tularämie und Leptospirose z. B. auch Campylobacteriose, Salmonellose, Listeriose, und Verotoxin bildende Escherichia coli. Da der Begriff

mittelbar (oder indirekt) von Tier auf Mensch nach der Legaldefinition des IfSG (§ 2) auch Lebensmittel mit einschließt, würde dies bedeuten, dass z. B. bei § 7 Meldung eines *Campylobacter*-Nachweises eine Benachrichtigung der Veterinärbehörden erfolgen müsste, sofern die Ermittlungen den Hinweis auf den Verzehr eines tierischen Lebensmittels ergeben. Das bedarf einer Klärung. Wie umgekehrt eine Übertragung von Mensch auf Tier im Rahmen der Ermittlungen des Gesundheitsamts zu einem gemeldeten Erkrankungsfall festgestellt werden könnte und bei welchen Infektionskrankheiten nach dem Tierseuchenrecht dies in Frage käme, bleibt völlig unklar. Der zunächst naheliegende Gedanke an die Übertragung multiresistenter Keime (z. B. MRSA) scheidet unserer Kenntnis nach aus, da diese nicht unter die oben genannten tierseuchenrechtlichen Regelungen fallen.

Im Gegenzug wird im Entwurf des Gesetzes nach § 35 Tiergesundheitsgesetz die zuständige Tierseuchenbekämpfungsbehörde verpflichtet, Gesundheitsämter über entsprechende Erkrankungsfälle in Tierbeständen zu unterrichten.

### **Änderungen bei Gemeinschaftseinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften**

In § 34 wird Röteln in die Liste der Infektionskrankheiten, die zu einem Tätigkeits- bzw. Betretungsverbot führen, aufgenommen (Absatz 1). Windpocken und Röteln werden in die Liste nach Absatz 3 aufgenommen („Regelung für Mitglieder der Wohngemeinschaft“).

Die erst bei der letzten IfSG-Änderung in § 34 eingefügte Absatz 10a, der die Vorlage einer Impfberatung bei Aufnahme in die Einrichtung fordert, wird um die Verpflichtung der Kindergartenleitung zur Benachrichtigung des Gesundheitsamtes ergänzt, sofern der Nachweis nicht vorgelegt wird.

Ambulante Pflegeeinrichtungen werden in die hygienische Überwachung durch die Gesundheitsämter aufgenommen (§ 36). Dies beinhaltet auch die Pflicht zur Erstellung von Hygieneplänen. Das Auftreten von Skabies in Pflegeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften muss künftig gemeldet werden (§ 36 Absatz 3a).

### **Erweiterung der Tuberkulose-Untersuchungen durch länderspezifische Regelungen**

In § 36 wird in Absatz 5 neu geregelt, dass Bundesländer eigene Gesetze zur Überwachung „bestimmter Gruppen“ erlassen können. Einzelne Bundesländer wünschen strengere Regelungen, z. B. beim Familiennachzug von Asylsuchenden. Dies scheint wenig verständlich, da es auf Personen zutreffen würde, die nicht in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind, oder die häufig nicht aus Tuberkulose-Hochprävalenzländern kommen. Darüber hinaus liegt bei einem erheblichen Anteil der Tuberkulosefälle bei Asylsuchenden keine offene Lungentuberkulose vor und diese sind daher nicht ansteckungsfähig. Eine Ausweitung der Überwachung ist somit nicht zielführend. Abweichende Regelungen zwischen den Ländern erscheinen nicht sinnvoll.

Insgesamt enthält der Entwurf zahlreiche Änderungen, deren Tragweite und konkrete Ausführung noch viele Fragen offen lassen. Dies gilt nicht nur für DEMIS, sondern z. B. auch für die Unterrichtungspflichten nach § 27 IfSG und andere Neuerungen.

### **Anlage:**

Stellungnahme des BVÖGD vom 17.10.2016 zum 1. Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten